

CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



ESTÁNDARES
PARA LA
CERTIFICACIÓN
DE CLÍNICAS
DE ATENCIÓN
PRIMARIA Y
CONSULTA DE
ESPECIALIDADES

CAPCE

Vigentes a partir del 1 de julio de 2012

CENTENARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL **1917 - 2017**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General

Dr. José Narro Robles

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Vocales Titulares:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Secretaría de Desarrollo Social

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

Secretaría de Economía

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

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Secretaría de Educación Pública

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Universidad Nacional Autónoma de México

Vocales Auxiliares:

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Instituto Politécnico Nacional

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

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

Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

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

Secretaría de Salud en el Estado de Tamaulipas, representante de la Zona Noreste

Secretaría de Salud en el Estado de Tlaxcala, representante de la Zona Centro

Secretaría de Salud de Campeche, representante de la Zona Sureste

Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México

Coordinación General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Academia Mexicana de Pediatría, A. C.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.

Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.

Colegio Médico de México, A. C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.

Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria de la Transformación

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Presidente de la Comisión
Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Secretaria Técnica de la Comisión
Dra. Sara Fonseca Castañol

Comisionados:

Secretaría de Salud
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Institutos Nacionales de Salud
Universidad Nacional Autónoma de México
Secretaría de Salud Pública del Estado de Baja California, representante de la Región Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Tamaulipas, representante de la Región Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de Tlaxcala, representante de la Región Centro
Secretaría de Salud de Guanajuato, representante de la Región Occidente
Secretaría de Salud de Morelos, representante de la Región Suroeste
Secretaría de Salud de Campeche, representante de la Región Sureste
Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de México
Secretaría de Salud del Estado de Sonora
Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Dirección de Enfermería y Coordinación General de la Comisión Permanente de Enfermería
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención
Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.
Asociación Mexicana para el Estudio de las Infecciones Nosocomiales, A.C.
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

SECRETARIADO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dra. Sara Fonseca Castañol

Directora General Adjunta de Articulación y

Responsable del Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 59036

Correo electrónico: sara.fonseca@csg.gob.mx

Dr. Lino Campos Álvarez

Director de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 59073

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

Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde

Director de Desarrollo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 59035

Correo electrónico: Javier.soberanes@csg.gob.mx

Lic. Eduardo José Flores González

Subdirector de Asuntos Jurídicos del Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 53522

Correo electrónico: eduardo.flores@csg.gob.mx

Mtro. Aaron Padilla Orozco

Subdirector de Operaciones e Innovación

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 59035

Correo electrónico: aaron.padillao@csg.gob.mx

Lic. Metztlí Xochizuatl Benítez López

Jefa del Departamento de Vinculación

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 53592

Correo electrónico: vinculacion@csg.gob.mx

Correo electrónico: metztli.benitez@gmail.com

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	6
SÍNTESIS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN	11
POLÍTICAS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN	15
ENFOQUE DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN	19

SECCIÓN UNO

Estándares Centrados en el Paciente (ECP)	20
---	----

SECCIÓN DOS

Estándares Centrados en la Gestión (ECG)	48
--	----

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

El Consejo de Salubridad General

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

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

El Consejo de Salubridad General tiene como mandato la emisión de disposiciones en materia de salubridad general de la República, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en su Reglamento Interior, aprobadas por el Presidente de la República, se encuentra el

promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica.

Certificación de Establecimientos de Atención Médica

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

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

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

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

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

En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), el cual emitió el “Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud” y un

documento para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, solamente el primero fue autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaría de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los subsistemas que conforman el SiNaCEAM son:

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

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

En este tenor, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica encomendó a la Dirección General Adjunta de Articulación que elaborara una propuesta de actualización de los Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de

Especialidades, ya que los que estaban vigentes hasta 2011 no tenían el enfoque de seguridad del paciente ni de las instalaciones, por lo anterior, se realizó una investigación basada en:

- El análisis de los incumplimientos de dichos establecimientos en los últimos dos años
- Las mejores prácticas de atención médica
- La actualización de la normatividad vigente
- La opinión y consenso de expertos en el tema, representativos de las instituciones que brindan atención médica.

Como resultado de la investigación se publicaron los nuevos Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades vigentes a partir del 1 de julio de 2012. Actualizándose con la presente versión el 1 de junio de 2015.

SÍNTESIS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

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

- Inscripción y Autoevaluación.
- Auditoría.
- Dictamen.

PRIMERA FASE: INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN.

Para que un establecimiento se inscriba al SiNaCEAM, debe:

- Tener, por lo menos, un año de funcionamiento.
- Contar con las Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables Sanitarios que correspondan a los servicios que brinda.
- No tener procedimientos administrativos abiertos con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o con las áreas de regulación sanitaria de las entidades federativas.
- No contar con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa.

La Autoevaluación contempla aquellos elementos que debe cumplir un establecimiento en función de lo dispuesto en la Ley General de Salud, sus Reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas; en este contexto, los estándares para la Autoevaluación especifican los requisitos de personal, estructura, equipamiento y sistemas de información que son obligatorios para los establecimientos que incursionen en el proceso de certificación. Los estándares considerados en la Autoevaluación incluyen los mínimos indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión.

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

El formato de “Solicitud de inscripción” y la “Autoevaluación” pueden obtenerse de la página web: www.csg.gob.mx

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

SEGUNDA FASE: AUDITORÍA

Es la segunda fase del proceso de certificación y se lleva a cabo por medio de la evaluación de las Metas Internacionales de Seguridad de los Pacientes, Estándares de atención al paciente, de apoyo a la atención y estándares ponderados como indispensables calificados como cumplidos en la Autoevaluación. La Auditoría se desarrolla con rastreadores, los cuales pueden ser de tres tipos:

- Rastreador de Paciente
- Rastreador de Sistemas
- Rastreador Indeterminado

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

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

TERCERA FASE: DICTAMEN

El Dictamen es la fase del proceso de certificación en donde, de forma colegiada y después de haber revisado puntualmente cada uno de los Informes de Auditoría, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (en adelante la Comisión) dictamina si un Establecimiento es “Certificado” o es “No Certificado” bajo las siguientes **REGLAS DE DECISIÓN**:

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

1. Mantiene vigentes los siguientes requisitos de la fase de Inscripción y Autoevaluación:
 - 1.1 Licencia Sanitaria, Avisos de Funcionamiento y de Responsable Sanitario correspondientes.
 - 1.2 No tiene Procedimientos Administrativos Abiertos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
 - 1.3. Cumple todos los estándares ponderados como “indispensables” para la prestación de servicios de atención médica.
 - 1.4 No cuente con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa.
2. Obtiene, como resultado de la Auditoría, una calificación promedio igual o mayor a:
 - 2.1 Cinco para cada estándar.
 - 2.2 Seis para cada sección.
 - 2.3 Seis en toda la Cédula (en adelante calificación general aprobatoria).
3. Los establecimientos que obtengan una **calificación general aprobatoria pero incumplan o cumplan parcialmente estándares ponderados como “indispensables” y/o con observaciones de auditoría relevantes** (situaciones que ponen en riesgo la vida y seguridad de los pacientes, familiares y/o trabajadores del establecimiento o que representan alguna transgresión a la normatividad vigente), se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.
4. Los establecimientos que obtengan una **calificación general aprobatoria menor a “9” pero incumplan la regla 2.1 y/o 2.2**, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.
5. Una vez que el establecimiento notifique el cumplimiento requerido, según corresponda a la regla 3 y/o 4, se programará una visita de verificación y se presentará el resultado ante la Comisión para que dictamine el caso. Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin demostrar el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”. **Si el establecimiento cumple con lo requerido por la Comisión, se recalculará la calificación general aprobatoria.**

6. Los establecimientos que obtengan una **calificación general aprobatoria mayor o igual a “9” e incumplan la regla descrita en el inciso 2.1**, se les otorgará el Certificado señalándoles que, después de un año, se les realizará una Auditoría de Seguimiento para constatar su cumplimiento, el resultado se presentará ante la Comisión para que dicte el caso. Si el establecimiento no demuestra cumplir el o los estándares señalados, se suspenderá la vigencia de su Certificado.

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

7. Si el Establecimiento obtiene una **calificación general aprobatoria entre 6.0 y 8.9**, la vigencia del Certificado será de 2 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 8.9, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al establecimiento para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
8. Si el Establecimiento obtiene una **calificación general aprobatoria igual o mayor a 9.0**, la vigencia del Certificado será de 3 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 9.0, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al establecimiento para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
9. El Establecimiento que obtenga un dictamen de **“NO CERTIFICADO”** por parte de la Comisión podrá inscribirse nuevamente al proceso de certificación en un plazo no menor a 6 meses. Por cada dictamen consecutivo de “No Certificado” se incrementará en 6 meses el plazo que deberá esperar el establecimiento para inscribirse al proceso de certificación, el cual nunca será mayor a 18 meses.
10. Para mantener la vigencia del Certificado durante el plazo dictaminado por la Comisión, el establecimiento, según aplique, deberá:
 - 10.1 Mantener el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de Certificación o Recertificación, el cual deberá demostrarlo en las Auditorías que aleatoriamente programe el Consejo de Salubridad General.
 - 10.2 Concluir Procedimientos Administrativos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales, dentro del plazo que señale la Comisión.
 - 10.3 Implementar procesos de mejora cuando las instancias de arbitraje médico, estatales o federales, dictaminen quejas “Con evidencia de mala práctica” y/o “Con responsabilidad institucional”.

POLÍTICAS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Con la finalidad de mejorar y transparentar los lineamientos operativos del Proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, así como de informar en forma más eficaz y dar certidumbre en los diferentes procesos que pueden seguir los Establecimientos de Atención Médica ante el Consejo de Salubridad General, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica aprobó, en su 3ra. Sesión Ordinaria 2012, celebrada el 25 de septiembre de 2012, las siguientes políticas que deberán observarse y cumplirse a cabalidad en los procesos de certificación de los establecimientos que se inscriban a partir del día 26 de septiembre de 2012:

Política de: Actualización de datos

Los establecimientos de atención médica deberán de informar por escrito al Consejo de Salubridad General sobre los cambios organizacionales que realicen, particularmente:

- Cambio de Director del Establecimiento.
- Cambio de Responsable Sanitario.

Política de: Notificación de cambios en el establecimiento de atención médica

Cuando los Establecimientos de Atención Médica Certificados realicen cambios de:

- Domicilio
- Razón social
- Modificaciones y/o ampliaciones en las instalaciones que impliquen aumento de camas hospitalarias y/o prestación de nuevos servicios de atención médica, respecto de los especificados en el formato de inscripción.

Deberán dar aviso al Consejo de Salubridad General, mediante escrito libre informando del respectivo cambio, el cual debe ser firmado por el Director del Establecimiento o su representante legal, debiendo acompañar en éste último caso, copia del poder notarial que acredite su personalidad, además de adjuntar la documentación pertinente que compruebe dichos cambios.

En un lapso no mayor a un año, contado a partir de la fecha de recepción de la documentación, se realizará una visita de seguimiento al establecimiento para comprobar que se mantenga o mejore el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de Certificación o Recertificación; los resultados de la visita de seguimiento se presentarán a dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Política de: Denuncia

Si el personal del Establecimiento de Atención Médica considera que durante el desarrollo de la fase de auditoría, el equipo auditor o uno de sus integrantes comete alguna falta grave o contraria a derecho, es importante que de aviso de forma inmediata, mediante el llenado del “ANEXO 2 DENUNCIA” del Manual del Proceso para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades, a la Dirección General Adjunta de Articulación al Tel: 01(55) 5263-9257 o al correo electrónico sara.fonseca@salud.gob.mx, quien deberá confirmar la recepción del mismo vía telefónica, para que, en su caso, se interrumpa la evaluación correspondiente y se inicie, nuevamente y de forma inmediata, una segunda evaluación con un equipo diferente de auditores, preferentemente conformado por personal de la Dirección General Adjunta de Articulación del Consejo de Salubridad General.

Con lo anterior, se salvaguarda el proceso y el resultado de la auditoría para que el establecimiento sea dictaminado con objetividad por parte de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Ahora bien, con el llenado y presentación del “ANEXO 2 DENUNCIA”, el personal del establecimiento de atención médica formaliza su inconformidad ante el Consejo de Salubridad General; para que dicha denuncia tenga validez, es indispensable que este anexo debidamente cumplimentado sea entregado dentro de los 5 días laborales posteriores a la ocurrencia del hecho denunciado.

Es importante hacer mención que, en caso de llenar el “ANEXO 2 DENUNCIA”, el Consejo de Salubridad General realizará la correspondiente investigación de lo que ahí se asiente. En caso de encontrar elementos constitutivos de algún delito, se dará parte a las autoridades competentes. Por lo que se les apercibe a los Establecimientos de Atención Médica a conducirse con verdad, toda vez que lo que se registre en dicho ANEXO 2, se hace “bajo protesta de decir verdad”, y en caso de declarar falsamente, se estará incurriendo en responsabilidades penales y se informará a la autoridad ministerial para que proceda según lo establecido en los artículos 247 y 248 Bis del Código Penal Federal.

Cabe resaltar que, de ninguna manera, la presentación de la denuncia predispondrá al Consejo de Salubridad General sobre el Proceso de Certificación del respectivo Establecimiento de Atención Médica; asimismo, respetará la confidencialidad de la información asentada en el formato de denuncia y será respetuoso de las demás acciones que el establecimiento considere pertinentes.

Política de: Derecho de Réplica

En caso de que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, haya emitido el dictamen de no certificar al establecimiento, éste podrá ejercer el derecho de réplica, conforme lo dispone el artículo 15 del Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y será de la forma siguiente:

1. Elaboración del escrito de réplica, el cual deberá contener:
 - Lugar y fecha de emisión.
 - Nombre, denominación o razón social de quien o quienes promuevan la solicitud, o en su caso de su representante legal o apoderado, en este último caso, acompañar el poder notarial que acredite dicha personalidad.
 - Domicilio para recibir notificaciones y nombre de la persona o personas autorizadas para recibirlas.
 - Exposición clara y debidamente argumentada de los hechos y razones que motivan y justifican la solicitud. Se podrán anexar documentos y fotografías o cualquier otra prueba que se estime pertinente, fijando los puntos sobre los que versen y que apoyen sus argumentos.
2. La réplica deberá presentarse ante el Consejo de Salubridad General dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación del dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
3. El Consejo de Salubridad General acordará dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de presentación, respecto de la admisibilidad de la réplica, y en su caso de las pruebas ofrecidas. Sólo podrán desecharse las pruebas propuestas por los interesados cuando no tengan relación con el fondo del asunto, sean innecesarias o contrarias a la moral y al derecho. Tal resolución se notificará al interesado debidamente fundada y motivada.
4. El desahogo de las pruebas admitidas se realizará dentro de un plazo no mayor a quince días hábiles, contado a partir de su admisión. Si las pruebas ameritan su desahogo en el establecimiento de atención médica, ésta se realizará un plazo no mayor a quince días hábiles.
5. La práctica de las actuaciones necesarias para el desahogo de las pruebas que hayan sido admitidas, lo notificará formalmente el Consejo de Salubridad General a los interesados, con una anticipación de tres días hábiles.
6. Para tener información más detallada sobre el establecimiento de atención médica en el que se esté llevando a cabo una revisión de dictamen, el Consejo de Salubridad General podrá solicitar un informe u opinión a los miembros del equipo auditor involucrados el respectivo "Informe de Auditoría".
7. Una vez desahogadas las pruebas admitidas, se pondrán las actuaciones a disposición de los interesados, para que en su caso, formulen alegatos por escrito, en un plazo no mayor

a diez días hábiles, los que serán tomados en cuenta por el Secretario del Consejo de Salubridad General al dictar la resolución.

8. A partir de lo anterior, el Consejo de Salubridad General resolverá lo que corresponda, en un plazo no mayor a tres meses.

El trámite y resolución de toda réplica se hará de conocimiento en Sesión Ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Política de: Inhabilitación de Establecimientos de Atención Médica por autoridad administrativa

Cuando los Establecimientos de Atención Médica deseen inscribirse al Proceso de Certificación por primera vez, o busquen la recertificación ante el Consejo de Salubridad General, es indispensable que no cuenten con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa. De ser el caso, se le negará al establecimiento de atención médica la inscripción al proceso de certificación, hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspondiente haya emitido el comunicado oficial de que dicho establecimiento ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

En caso de que la autoridad administrativa sancione con inhabilitación a algún establecimiento de atención médica con Certificado vigente, relacionada con la prestación de servicios de atención médica, el Consejo de Salubridad General procederá a realizar una Auditoría Intencionada y los resultados los someterá a dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Dependiendo del resultado obtenido en la visita de la Auditoría Intencionada:

- a) Se confirmará la vigencia del Certificado.
- b) Se revocará el Certificado otorgado al establecimiento.

En el caso de que se le revoque el Certificado al establecimiento, este no podrá volver a inscribirse al Sistema Nacional de Certificación hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspondiente haya emitido el comunicado oficial de que dicho establecimiento ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

IMPORTANTE:

Cualquier escrito por parte del personal del establecimiento de atención médica manifestado en estas políticas, deberá ser presentado en la oficialía de partes del Consejo de Salubridad General, dirigido a:

DR. JESÚS ANCER RODRÍGUEZ
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Lieja No. 7, Piso 2, Colonia Juárez, C.P. 06600,
Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

ENFOQUE

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

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

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

SECCIÓN UNO

ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE

Estándar ECP.1

El establecimiento de atención médica ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad a la que atiende y se comunica con ella para responder a sus necesidades y facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica.




Propósito de ECP.1

El establecimiento ha definido cuál es su área geográfica de influencia y los grupos comunitarios, incluyendo grupos étnicos y los grupos de población que reciben sus servicios, asimismo, los líderes conocen cuáles son las características de la población que atiende, por ejemplo, los datos demográficos relevantes como la edad, nivel socioeconómico, escolaridad, creencias y valores culturales, características epidemiológicas, como enfermedades infecciosas, crónico degenerativas, entre otros.

El establecimiento diseña sus servicios de acuerdo a la población a quien dirige su atención y planifica una comunicación permanente con su población. La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios de comunicación, a través de organizaciones dentro de la comunidad o a través de terceros. Los tipos de información incluyen:

- información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención; e
- información sobre la calidad de los servicios, la cual se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían pacientes.

Elementos Medibles de ECP.1

1. El establecimiento ha identificado su área geográfica de influencia, sus grupos comunitarios y población de interés. 
2. El establecimiento cuenta con un diagnóstico de la comunidad y población a la que brinda sus servicios. 
3. El establecimiento implementa una estrategia de comunicación con estos grupos, acorde a su contexto sociocultural. 
4. El establecimiento proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.
5. El establecimiento proporciona información, actualizada y continua, sobre la calidad de sus servicios.

Estándar.ECP.1.1

El establecimiento participa activamente con la comunidad con programas de prevención y promoción de la salud.

Propósito de ECP.1.1

La prevención y promoción de la salud deben ser las prioridades de un establecimiento que brinda atención primaria, para este fin, el establecimiento cuenta con programas, de acuerdo a las características de la población que atiende, su misión y recursos, que incluyen al menos lo siguiente:


- a) Salud Materna y Control Prenatal
- b) Control del niño sano
- c) Atención integral del adolescente
- d) Atención integral del adulto mayor
- e) Enfermedades Crónico-degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares)
- f) Sobrepeso y Obesidad
- g) Prevención y control de la Tuberculosis
- h) Salud sexual y reproductiva (incluyendo climaterio y menopausia)
- i) Violencia Familiar

- j) Prevención de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual
- k) Prevención, detección y atención temprana de Cáncer (Cervicouterino, mama, próstata)
- l) Infecciones respiratorias (incluyendo influenza)
- m) Enfermedades diarreicas
- n) Adicciones
- o) Salud Bucal
- p) Enfermedades de alto impacto epidemiológico de acuerdo a la zona

Un ejemplo en nuestro país de programas integrales dirigidos a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades son los Programas PrevenIMSS y PrevenSSSTE.

Además el establecimiento cuenta con un **Programa de Educación para la Salud** que incluye, según corresponda, los temas antes mencionados, el cual va dirigido a la población de pacientes a la que brinda atención y a la comunidad en general, dando prioridad a la prevención de enfermedades.

Elementos Medibles de ECP.1.1

1. De acuerdo a la misión y recursos del establecimiento, se cuenta con los programas de prevención y promoción de la salud mencionados en el propósito del estándar.
2. Los programas se encuentran implementados.
3. El establecimiento cuenta con un programa de educación para la salud. 
4. El programa se encuentra implementado.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.2

Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme de todos los pacientes.

Propósito de ECP.2

Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en todo el establecimiento. A fin de llevar a cabo el principio de “un único nivel de calidad de atención”, es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente. En particular, los servicios prestados a poblaciones similares de pacientes en múltiples servicios se guían por políticas y procedimientos que resultan en una atención uniforme. Además, los directores aseguran que esté disponible el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los turnos.

Las políticas y procedimientos dan cumplimiento a lo señalado en las leyes y reglamentaciones correspondientes.

La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:

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

Elementos Medibles de ECP.2

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

Estándar ECP.3

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

Propósito de ECP.3

Los establecimientos de atención médica prestan servicios a comunidades con características diversas. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas o dialectos, presentar una diversidad cultural u otras barreras que dificulten el proceso de acceso y obtención de atención. La organización está familiarizada con estas barreras y ha implementado procesos para eliminarlas o reducirlas durante el proceso de admisión y en la prestación de los servicios. La organización también busca disminuir el impacto de estas barreras en la prestación de servicios.

Elementos Medibles de ECP.3

1. Los directivos y el personal del establecimiento identifican y documentan las barreras más comunes en su población de pacientes. 📄
2. Existe un proceso para superar o limitar las barreras durante el proceso de admisión.
3. Existe un proceso para limitar el impacto de las barreras sobre la prestación de servicios.
4. Se implementan estos procesos.
5. Los accesos son directos y seguros, consideran lo necesario para personas con discapacidad, inconscientes o cualquier otra limitación.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.4

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

Propósito de ECP.4

Cada establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables y en riesgo, e implementa procesos para proteger sus derechos; el personal comprende sus responsabilidades en estos procesos. Como mínimo, están protegidos los niños, las personas con discapacidad, los adultos mayores, las pacientes embarazadas y demás población en riesgo identificada. Dicha protección va más allá de la agresión física, abarcando otras áreas de seguridad como son: la protección contra el abuso, la atención negligente, la negación de servicios o la asistencia en caso de incendio o sismo.

Elementos Medibles de ECP.4

1. El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables. 📄
2. Los niños, las personas con capacidades diferentes, los adultos mayores, las pacientes embarazadas y demás personas vulnerables identificadas, se encuentran protegidas.
3. El personal comprende sus responsabilidades en el proceso de protección.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.4.1**

Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.

Propósito ECP.4.1

El establecimiento es responsable de proteger a los pacientes contra agresiones físicas por parte de los visitantes, de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es particularmente importante en el caso de bebés, niños, adultos mayores y demás personas que no tengan la posibilidad de protegerse a sí mismas o que no puedan manifestar su necesidad de pedir ayuda. El establecimiento procura evitar las agresiones a través de procesos tales como la investigación de las personas que se encuentren dentro del establecimiento sin la debida identificación, el control de las áreas que sean remotas o estén aisladas de la instalación, y procura responder rápidamente ante quienes se crea que corren peligro de sufrir una agresión.

Elementos Medibles de ECP.4.1

1. El establecimiento cuenta con un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.
2. El proceso se ocupa de bebés, niños, adultos mayores y demás personas con capacidades diferentes o con limitaciones para protegerse.
3. Existe un proceso que define las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.
4. Se investiga a las personas sin identificación.
5. Existe un proceso que permita identificar y registrar a todas las personas que ingresan al establecimiento.
6. Se controlan las áreas remotas o aisladas de la instalación

Estándar ECP.5

La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles.

Propósito de ECP.5

Los pacientes solo pueden tomar decisiones informadas y participar en el proceso de atención si comprenden la información que se les proporciona. Por consiguiente, se presta especial atención al formato, lenguaje e idioma empleados para comunicarse e impartir educación a los pacientes y sus familiares acorde a su contexto sociocultural. Los pacientes responden en forma diferente a las instrucciones orales, los materiales impresos, las cintas de video, las demostraciones, entre otros, por lo que puede que sea necesario que los miembros de la familia o los intérpretes ayuden con la educación o traduzcan materiales. Es importante reconocer las limitaciones de los niños para actuar como traductores, para comunicar información y educación importantes tanto clínica como de otra índole; por consiguiente, sólo deberá recurrirse a los niños como traductores como último recurso.

Elementos Medibles de ECP.5

1. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un formato comprensible.
2. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un lenguaje e idioma comprensible.
3. Las Cartas de los Derechos de los Pacientes se expresan en un formato, lenguaje e idioma comprensibles para la población que atiende el establecimiento de atención médica.



Estándar ECP.6

El establecimiento cuenta con un proceso para el registro de pacientes que recibirán servicios

Propósito de ECP.6

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

Elementos Medibles de ECP.6

1. Existen políticas que guían el registro de pacientes. 
2. Existen políticas que estandarizan el proceso de programación de citas. 
3. La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.7**


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

Propósito de ECP.7

Cuando el establecimiento cuente con Servicio de Urgencias o Admisión Continua, los pacientes con necesidades de atención de urgencia o inmediata deben ser identificados mediante un proceso de triage. Una vez identificados éstos pacientes deben ser evaluados por un médico u otro personal calificado, antes que a otros pacientes, accediendo lo más rápido posible al tratamiento para atender sus necesidades. El proceso de triage se realiza en base a criterios fisiológicos, siempre que sea posible y adecuado. Se capacita al personal para determinar cuáles son los pacientes con necesidades inmediatas y cómo darles prioridad a su atención.

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

Elementos Medibles de ECP.7

1. El establecimiento utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas. 
2. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.
3. El personal recibe capacitación para aplicar los criterios.
4. Los pacientes son priorizados según la urgencia de sus necesidades de atención médica.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.8

El establecimiento diseña y ejecuta procesos para brindar servicios de atención médica al paciente, coordinada y continua.

Propósito de ECP.8

A medida que los pacientes avanzan en su proceso de atención, varias áreas o servicios y su personal se ven involucrados, esto implica el hacer coincidir las necesidades del paciente con los recursos del establecimiento o en su caso fuera de él, esto por lo general se logra empleando los criterios o políticas establecidas que determinan que los traslados sean adecuados y oportunos dentro de la organización.

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

- los servicios de urgencia, si corresponde,
- los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y
- otros servicios y entornos complementarios de atención

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

Elementos Medibles de ECP.8

1. Los líderes diseñan e implementan procesos que garantizan la coordinación y continuidad de la atención, incluidos:
 - los servicios de urgencia, si corresponde,
 - los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y
 - otros servicios y entornos complementarios de atención
3. La continuidad y la coordinación son evidentes durante todas las fases de la atención.
4. La continuidad y la coordinación son evidentes para el paciente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE


Estándar ECP.9

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

Propósito de ECP.9

La referencia de un paciente para que vea a un profesional de la atención fuera del establecimiento, se basa en su estado de salud y en las necesidades de atención o servicios para su continuidad. El médico responsable del paciente determina y autoriza la referencia. También se pueden utilizar criterios para indicar cuando es necesario referir a un paciente.

Elementos Medibles de ECP.9

1. Existe una política que establece el proceso de referencia para los pacientes. 
2. La referencia se basa en las necesidades continuas de atención que tenga el paciente.
3. Se refiere a los pacientes conforme al proceso descrito en la política.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.9.1

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

Propósito de ECP.9.1

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

Elementos Medibles de ECP.9.1

1. El establecimiento identifica a los prestadores de servicios, instituciones calificadas y personas en su comunidad que están más asociados con los servicios del establecimiento.
2. La referencia se realiza con personal o a una institución calificada.
3. Las referencias se realizan para servicios de apoyo.

Estándar ECP.9.2

El proceso de referencia del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte.

Propósito de ECP.9.2

El proceso del establecimiento para la referencia del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte. El establecimiento debe proporcionar o hacer los arreglos necesarios para transportar a los pacientes (por ejemplo contactar a la familia o amigos del paciente) que por su estado y condición de salud, así lo ameriten.

Elementos Medibles de ECP.9.2

1. El proceso de referencia de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
2. El transporte se adecua a las necesidades del paciente.

Estándar ECP.9.3

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

Propósito de ECP.9.3

Las ambulancias, propias o subrogadas, cumplen con las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes. Estas leyes y reglamentaciones regulan el nivel de asignación de personal para los distintos tipos de transporte urgente, por ejemplo, el requisito de la presencia de un médico durante el transporte de determinados tipos de pacientes, así como el mantenimiento de los vehículos, las competencias de los conductores y técnicos en urgencias médicas, etc. Cuando hay un proceso específico de habilitación o licencia para las ambulancias, el establecimiento cuenta con él. Las ambulancias deberán contener el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para el traslado de acuerdo a las necesidades y al estado de los pacientes.

Elementos Medibles de ECP.9.3

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

Estándar ECP.9.4

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

Propósito de ECP.9.4

El establecimiento se asegura que las ambulancias se supervisen, se deja constancia de ello de la siguiente manera:

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

Elementos Medibles de ECP.9.4

1. Una persona calificada dirige la operación de las ambulancias.
2. Existe supervisión médica de toda atención proporcionada al paciente durante el traslado.
3. Las personas calificadas seleccionan y aseguran el tipo de ambulancia adecuada a las necesidades del paciente.
4. Existe una inspección regular y un programa de mantenimiento preventivo para todas las ambulancias.
5. Las ambulancias están incluidas en el programa de prevención y control de infecciones del establecimiento, e incluyen, según sea pertinente, la exposición del personal y de los pacientes a agentes biológicos y químicos.
6. Durante el traslado en ambulancia se respetan los derechos de los pacientes.
7. Si las ambulancias son subrogadas, se garantiza que se cumplan los elementos medibles del 2 al 6 como parte de la supervisión y el control de servicios subrogados.

Estándar ECP.10

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

Propósito de ECP.10

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

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

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

Elementos Medibles de ECP.10

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

Estándar ECP.10.1

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

Propósito de ECP.10.1

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

Los valores y creencias fuertemente arraigados pueden modificar el proceso de atención y el modo en que los pacientes responden ésta. Por consiguiente, cada prestador de atención busca comprender la atención y los servicios que presta dentro del contexto de valores y creencias del paciente

Elementos Medibles de ECP.10.1

1. Se identifican los valores y las creencias de la población que atiende el establecimiento.
2. Se respetan los valores y creencias de los pacientes.

Estándar ECP.10.2

Durante el proceso de atención se respeta la necesidad de privacidad del paciente.

Propósito de ECP.10.2

La privacidad del paciente es importante, en especial durante entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos, tratamientos y transporte. Los pacientes podrían desear tener privacidad respecto a cierto personal del establecimiento, otros pacientes e incluso respecto a miembros de su familia. Además, es

posible que los pacientes no deseen ser fotografiados, grabados ni participar en entrevistas de auditoría para la certificación. Si bien existen algunos enfoques comunes para ofrecer privacidad a todos los pacientes, éstos podrían tener necesidades y expectativas de privacidad diferentes o adicionales. Para lo anterior, el personal debe consultar al paciente sobre sus necesidades y expectativas de privacidad. Esta comunicación entre el personal y el paciente genera confianza y una comunicación abierta; no es necesario documentarla.

Elementos Medibles de ECP.10.2

1. El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad de los pacientes durante su atención.
2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta durante todo el proceso de atención.
3. Los directivos se aseguran de contar con la infraestructura necesaria para brindar privacidad a los pacientes que así lo requieran.

Estándar ECP.10.3

La información del paciente es confidencial.

Propósito de ECP.10.3

La información médica que se concentra y documenta es importante para la comprensión del paciente y sus necesidades, así como para la prestación de la atención y servicios. Esta información puede estar impresa, en formato electrónico o en una combinación de ambos. El establecimiento resguarda dicha información, la clasifica como confidencial e implementa políticas y procedimientos que la protegen contra pérdidas o usos incorrectos. Las políticas y procedimientos son acordes a las leyes y reglamentaciones vigentes.

El personal respeta la confidencialidad de la información del paciente, no haciendo comentarios relacionados con los pacientes en lugares públicos. El personal está al tanto de las leyes, reglamentaciones y normatividad que rigen la confidencialidad de la información.

La organización cuenta con una política que establece el proceso para que los pacientes tengan acceso a su información conforme a la normatividad vigente.

Elementos Medibles de ECP.10.3

1. Se informa a los pacientes sobre la forma en que se mantendrá la confidencialidad de su información conforme las leyes, reglamentaciones y normatividad aplicables.
2. La organización clasifica y respeta como confidencial la información médica del paciente.

Estándar ECP.10.4

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

Propósito de ECP.10.4

Los pacientes y sus familiares participan en el proceso de atención tomando decisiones, haciendo preguntas e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamiento. El establecimiento respalda y promueve la participación del paciente y su familia en todos los aspectos de la atención, mediante la elaboración e implementación de políticas y procedimientos. El personal administrativo, el personal clínico y demás personal, participan en la elaboración de dichas políticas y procedimientos. Todo el personal recibe capacitación sobre las políticas y procedimientos, y sobre su rol en el respaldo de los derechos de los pacientes y sus familiares en lo que se refiere a su participación en los procesos de atención.

Elementos Medibles de ECP.10.4

1. Se elaboran políticas y procedimientos para respaldar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención
2. El personal recibe capacitación sobre las políticas, procedimientos y su rol en el respaldo de la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.

Estándar ECP.10.5

El establecimiento informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica; asimismo, les informa sobre su derecho a participar en estos procesos.

Propósito de ECP.10.5

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

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

Elementos Medibles de ECP.10.5

1. Los pacientes son conscientes de su derecho a manifestar una queja y del proceso para hacerlo.
2. Las quejas se revisan y resuelven conforme al mecanismo del establecimiento.
3. Los dilemas que surgen durante el proceso de atención se revisan conforme al mecanismo del establecimiento.
4. Las políticas y procedimientos identifican a los participantes del proceso.
5. Las políticas y procedimientos identifican el modo en que pueden participar el paciente y su familia.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.10.6


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

Propósito de ECP.10.6

Una de las principales formas en las que los pacientes se involucran en sus decisiones de atención es otorgando un consentimiento informado. A fin de consentir, un paciente debe ser informado de aquellos factores relacionados con la atención planificada necesaria para tomar una decisión informada. El consentimiento informado puede obtenerse en varios momentos del proceso de atención, por ejemplo: antes de la realización de determinados procedimientos o tratamientos. El proceso de consentimiento está claramente definido por el establecimiento en sus políticas y procedimientos, y cumple con la normatividad vigente.

Se informa a los pacientes y familiares sobre los análisis, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. Los pacientes y familiares entienden quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento. Se capacita a determinado personal para informar a los pacientes, obtener y documentar el consentimiento.

Elementos Medibles de ECP.10.6

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

2. Se capacita al personal designado a fin de implementar las políticas y los procedimientos.
3. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme a las políticas y procedimientos.

Estándar ECP.10.7

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

Propósito de ECP.10.7

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

- el estado del paciente,
- el o los tratamientos propuestos,
- los beneficios e inconvenientes,
- las posibles alternativas,
- las probabilidades de éxito,
- los posibles problemas relacionados con la recuperación; y
- los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.

Elementos Medibles de ECP.10.7

1. Se informa a los pacientes sobre su estado de salud.
2. Se informa a los pacientes sobre los procedimientos y tratamientos propuestos, y el personal autorizado a realizarlos.
3. Se informa a los pacientes acerca de los beneficios e inconvenientes potenciales del tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles problemas relacionados con la recuperación.
4. Se informa a los pacientes acerca de posibles alternativas al tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles resultados de no someterse al tratamiento.
5. Se informa a los pacientes acerca de la probabilidad de éxito del tratamiento(s) propuesto(s).


Estándar ECP.10.8

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

Propósito de ECP.10.8

En ocasiones, el consentimiento informado requiere la participación de un tercero, por ejemplo cuando el paciente tiene discapacidad o cuando el paciente es menor de edad. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a un tercero responsable para la toma de decisiones, en el contexto de la normatividad vigente. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, se documenta en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de ECP.10.8

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.11**

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

Propósito de ECP.11

La valoración inicial de un paciente es fundamental para identificar sus necesidades y comenzar el proceso de atención. La evaluación inicial proporciona información para:

- entender la atención que el paciente necesita,
- formular un diagnóstico inicial; y
- comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

Para obtener esta información, la evaluación inicial incluye una valoración del estado de salud a través de una exploración física y un interrogatorio sobre la salud del paciente. Una evaluación psicológica de tamizaje determina el estado emocional del paciente (por ejemplo, si está deprimido, temeroso o agresivo y pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás). La información social no está destinada a “clasificar” al paciente, por el contrario, los contextos sociales, culturales como valores y creencias, familiares y económicos de un paciente son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.

Esta valoración se realiza en todos los pacientes de primera vez y en los subsecuentes cuando es necesario actualizarla.

Elementos Medibles de ECP.11

1. A todos los pacientes de primera vez se les realiza una evaluación inicial conforme a la política del establecimiento. 📄
2. A todos los pacientes subsecuentes se les actualiza su evaluación inicial cuando corresponde, de acuerdo a la política del establecimiento.
3. La evaluación médica inicial incluye una historia clínica y un examen físico de acuerdo al alcance y contenido definidos en la política del establecimiento.
4. A cada paciente se le realiza una evaluación psicológica de tamizaje como parte de la evaluación inicial según sea adecuada para sus necesidades.
5. A cada paciente se le realiza una evaluación social, cultural y económica inicial según sea adecuada para sus necesidades.
6. La evaluación inicial da como resultado la comprensión de toda atención previa y la atención que el paciente necesita.
7. La evaluación inicial da como resultado la selección del mejor entorno para la atención.
8. La evaluación inicial da como resultado un diagnóstico inicial.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.12**

Los servicios de laboratorio, propios o subrogados están disponibles para atender las necesidades de los pacientes.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.12.1**

Los servicios de laboratorio, propios o subrogados, cumplen con leyes y reglamentaciones vigentes, cuentan con personal calificado, con los insumos adecuados y con programas de calidad y seguridad.

Propósito de ECP.12 y ECP.12.1

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

Cuando los servicios de laboratorio se otorgan en el establecimiento:

- a) Se organizan y prestan atención dando cumplimiento a los estándares, leyes, reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas.
- b) Se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional calificado.
- c) Los análisis son realizados por personal debidamente capacitado y experimentado.
- d) Cuentan con un programa de seguridad en el Laboratorio, implementado y adecuado para los riesgos y peligros existentes
- e) Cuentan con procedimientos de control de calidad documentados, implementados y supervisados.
- f) Cuentan con la disponibilidad adecuada de reactivos e insumos

Cuando los Servicios de laboratorio son subrogados, éstos cumplen con los requisitos de calidad establecidos por el establecimiento, en donde al menos se garanticen los puntos señalados en los incisos a) al f).

Los resultados de laboratorio emitidos por servicios propios o subrogados están disponibles de manera oportuna de acuerdo con los tiempos definidos por el establecimiento.

ECP.12 Los servicios de laboratorio propios o subrogados están disponibles para atender las necesidades de los pacientes.

Elementos Medibles

1. El Laboratorio cuenta con Aviso de Funcionamiento vigente.
2. Los resultados de laboratorio están disponibles de acuerdo a los tiempos definidos por el establecimiento

ECP.12.1 Los servicios de laboratorio propios o subrogados cumplen con leyes y reglamentos vigentes, cuentan con personal calificado, con los insumos adecuados y con programas de calidad y seguridad.

Elementos Medibles

1. Los servicios de laboratorio cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes y Normas Oficiales Mexicanas.
2. Los servicios de laboratorio subrogados cumplen con las cláusulas de calidad definidas por el establecimiento.
3. Los análisis son realizados por personal debidamente capacitado y experimentado.
4. Los servicios de laboratorio se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional calificado.
5. Para los servicios propios, se cuenta con un programa implementado de control de calidad
6. Para los servicios propios, se cuentan con un programa de seguridad en el Laboratorio, implementado y adecuado para los riesgos y peligros existentes.
7. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.13**

Los servicios de imagenología y rayos X propios o subrogados están disponibles para atender las necesidades de los pacientes.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.13.1**

Los servicios de imagenología y rayos X propios o subrogados cumplen con leyes y reglamentaciones vigentes, cuentan con personal calificado, con los insumos adecuados y con programas de calidad y seguridad.

Propósito de ECP.13 y ECP.13.1

El establecimiento cuenta con un sistema, propio o subrogado, para proporcionar los servicios de imagenología y rayos X, requeridos según las necesidades de su población de pacientes, de los servicios clínicos ofrecidos y de los prestadores de atención médica.

Cuando los servicios de imagenología y rayos X se otorgan en el establecimiento:

- a) Se organizan y prestan atención dando cumplimiento con los estándares, leyes, reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas.
- b) Se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional calificado.
- c) Los análisis son realizados por personal debidamente capacitado y experimentado.
- d) Cuentan con un programa de seguridad radiológica.
- e) Cuentan con procedimientos de control de calidad.
- f) Cuentan con la disponibilidad adecuada de insumos

Cuando los Servicios de imagenología y rayos X son subrogados, éstos cumplen con los requisitos señalados en los incisos a) al f).

Los resultados de imagenología y rayos X emitidos por servicios propios o subrogados están disponibles de manera oportuna de acuerdo con los tiempos definidos por el establecimiento.

ECP.13 Los servicios de imagenología y rayos X propios o subrogados están disponibles para atender las necesidades de los pacientes.

Elementos Medibles

1. Los Servicios de imagenología y rayos X cuentan con Licencia Sanitaria con vigente.
2. Los estudios de imagenología y rayos X están disponibles de acuerdo a los tiempos definidos por el establecimiento

ECP.13.1 Los servicios de imagenología y rayos X propios o subrogados cumplen con leyes y reglamentaciones vigentes, cuentan con personal calificado, con los insumos adecuados y con programas de calidad y seguridad.

Elementos Medibles

1. Los servicios de imagenología y rayos X cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes y Normas Oficiales Mexicanas.
2. Los servicios de imagenología y rayos X subrogados cumplen con las cláusulas de calidad definidas por el establecimiento.
3. Los estudios son realizados por personal debidamente capacitado y experimentado.
4. Los servicios de imagenología y rayos X se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional calificado.
5. Se cuenta con un programa de control de calidad
6. Se cuenta con un programa de seguridad radiológica.
7. Los insumos esenciales están disponibles.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.14**

La atención prestada a cada paciente se documenta en el expediente clínico del paciente.

Propósito de ECP.14

El proceso de planeación utiliza los datos de la evaluación inicial para identificar y priorizar la atención y cubrir las necesidades del paciente. La atención se anota en el expediente.

Elementos Medibles de ECP.14

1. La atención planeada está personalizada y se basa en los datos de la evaluación del paciente.
2. La atención prestada a cada paciente se anota en el expediente clínico del paciente.
3. El profesional que brinda la atención anotará la atención prestada a cada paciente en el expediente clínico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.14.1

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

Propósito de ECP.14.1

Las actividades de atención al paciente incluyen órdenes/indicaciones, por ejemplo, para análisis de laboratorio y administración de medicamentos. Personal calificado será quien ordene los procedimientos diagnósticos, entre otros.

Las órdenes/indicaciones se documentan en el expediente clínico y se encuentran en un lugar uniforme dentro de los mismos, que garantiza la comunicación y la continuidad de la atención durante las consultas subsecuentes.

Elementos Medibles de ECP.14.1

1. Las órdenes/indicaciones cumplen la política del establecimiento. 📄
2. Todas las órdenes/indicaciones para exámenes de diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio clínico incluyen una indicación/justificación clínica cuando sea necesario para su interpretación.
3. Sólo emiten órdenes/indicaciones quienes están autorizados para hacerlo.
4. Las órdenes/indicaciones se encuentran en un lugar uniforme dentro de los expedientes clínicos que garantiza la continuidad de la atención durante las consultas subsecuentes

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.14.2

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

Propósito de ECP.14.2

Los procedimientos de diagnóstico y demás procedimientos realizados, junto con sus resultados, se anotan en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de ECP.14.2

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.14.3

En cada consulta se documenta una nota de evolución que garantiza la continuidad de la atención en consultas subsecuentes.

Propósito de ECP.14.3

Las notas de evolución deben de garantizar que en las consultas subsecuentes se cuente con toda la información necesaria para garantizar la continuidad de la atención de cada paciente.

Elementos Medibles de ECP.14.3

1. Los expedientes clínicos cuentan con una nota de evolución de cada consulta a la que el paciente acude.
2. Las notas de evolución cuentan con la información necesaria para garantizar la continuidad de la atención.

Estándar ECP.15

Los pacientes y, según sea adecuado, sus familiares, reciben instrucciones comprensibles de seguimiento en cada consulta.

Propósito de ECP.15

Los pacientes deben de recibir instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades. Las instrucciones incluyen el nombre y domicilio de los establecimientos para la continuidad de la atención, cualquier retorno al establecimiento con fines de seguimiento y cuándo debe obtenerse atención de urgencia. Se incluye a la familia cuando el estado o la capacidad de un paciente le impiden comprender las instrucciones de seguimiento o cuando desempeña un papel dentro del proceso de atención.

El establecimiento informa las instrucciones al paciente y, según sea adecuado, a su familia, en forma simple y comprensible. Las instrucciones de seguimiento se entregan por escrito.

Elementos Medibles de ECP.15

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

Estándar ECP.16

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

Propósito de ECP.16

Los establecimientos de atención médica atienden una variedad de pacientes con diferentes necesidades de atención médica.

Algunos pacientes son considerados de alto riesgo debido a su edad, su estado o la naturaleza crítica de sus necesidades; por ejemplo, los niños y adultos mayores con frecuencia no pueden expresarse por sí mismos, no entienden el proceso de atención y no pueden participar en las decisiones respecto a su atención.


Las políticas y procedimientos son herramientas importantes para que el personal comprenda a estos pacientes y servicios y puedan responder de manera exhaustiva, competente y uniforme. Los líderes son responsables de:

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

Se incluyen en el proceso a los pacientes y servicios identificados en ECP.16.1 hasta ECP.16.9, cuando estuvieran presentes en el establecimiento. Se incluyen pacientes y servicios de alto riesgo adicionales cuando están representados en la población de pacientes y en los servicios del establecimiento.

Es probable que los establecimientos deseen identificar los riesgos colaterales como resultado de cualquier procedimiento o plan de atención. Tales riesgos, cuando están presentes, se pueden prevenir educando al personal y elaborando políticas y procedimientos adecuados.

Elementos Medibles de ECP.16

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.1

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.2

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.3

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.4

Las políticas y procedimientos guían la atención de los embarazos de alto riesgo incluyendo adolescentes.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.5

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en etapa terminal.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.6

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.7

Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.16.8**

Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes que son sometidos a sedación

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.16.9**

Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes en quienes se realizan procedimientos invasivos y/o de alto riesgo.

Propósito de ECP.16.1 a ECP.16.9

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

Es particularmente importante que la política o procedimiento identifiquen:

- a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales, por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas;
- b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
- c) la autorización del paciente o familiar mediante la firma de un consentimiento informado especial, si correspondiera;
- d) los requisitos de seguimiento del paciente;
- e) las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
- f) la manera de garantizar la continuidad de la atención y la adherencia al tratamiento.


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

Nota: en el caso de los estándares ECP.16.1 a ECP.16.9 los elementos **a)** hasta **f)** del propósito deberán incluirse en las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

ECP.16.1 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en situación de urgencia.


Elementos Medibles de ECP.16.1

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

ECP.16.2 Las políticas y los procedimientos guían el uso de los servicios de reanimación en todo el establecimiento.


Elementos Medibles de ECP.16.2

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE**Estándar ECP.16.3**

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

Elementos Medibles de ECP.16.3


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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.4

Las políticas y procedimientos guían la atención de los embarazos de alto riesgo incluyendo adolescentes.

Elementos Medibles de ECP.16.4


1. Hay políticas y procedimientos guían la atención de los embarazos de alto riesgo incluyendo adolescentes. 
2. Los pacientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.5

Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en etapa terminal.

Elementos Medibles de ECP.16.5




1. Hay políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en etapa terminal. 
2. Los pacientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.6

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

Elementos Medibles de ECP.16.6


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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.7

Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Elementos Medibles de ECP.16.7


1. Hay políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas. 
2. Los pacientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.8

Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes que son sometidos a sedación.

Elementos Medibles de ECP.16.8

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

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.16.9

Las políticas y los procedimientos guían la atención de los pacientes en quienes se realizan procedimientos invasivos y/o de alto riesgo.

Elementos Medibles de ECP.16.8

1. Hay políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en quienes se realizan procedimientos invasivos y/o de alto riesgo. 📄
2. Los pacientes reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

Estándar ECP.17

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

Propósito de ECP.17

Los medicamentos, como un importante recurso en la atención médica, deben organizarse de manera efectiva y eficiente. El manejo y el uso de los medicamentos no sólo es responsabilidad del servicio farmacéutico, sino también de los directores y prestadores de atención médica. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos del establecimiento.

A fin de garantizar el manejo y el uso eficientes y efectivos de los medicamentos, el establecimiento lleva a cabo una revisión del sistema, al menos una vez al año, que incluye la selección y adquisición de medicamentos, su almacenamiento, prescripción y transcripción, dispensación, preparación y, administración y control. La revisión tiene en cuenta prácticas basadas en evidencias, datos de calidad y mejoras documentadas a fin de comprender la necesidad y prioridad de mejoras continuas del sistema en cuanto a la calidad y la seguridad de los pacientes.

Elementos Medibles de ECP.17

1. Existe un plan o programa que identifica y describe el modo en que los medicamentos se organizan, manejan y utilizan (Sistema de Medicación) en todo el establecimiento. 📄
2. El plan o programa cuenta con políticas que guían las fases del manejo y uso de medicamentos dentro del establecimiento.
3. Existe al menos una revisión documentada del sistema de manejo y uso de medicamentos dentro de los 12 meses previos. 📄

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.17.1

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

Propósito de ECP.17.1

Se supervisa el Sistema de Medicación con un enfoque multidisciplinario abarcando los procesos clínicos y de gestión. Quien o quienes realizan esta supervisión están calificados.

Elementos Medibles de ECP.17.1

1. Se supervisa el sistema de medicación con un enfoque multidisciplinario.
2. Quien o quienes realizan la supervisión están calificados.

Estándar ECP.17.2

Se garantiza un abasto suficiente de medicamentos para la cantidad y el tipo de pacientes que atiende el establecimiento.

Propósito de ECP.17.2

Un problema frecuente al que se enfrentan las clínicas de atención primaria y consulta de especialidades es la carencia de medicamentos lo cual impacta en el tratamiento y continuidad de la atención. Para evitar lo anterior, los directivos garantizan un abasto suficiente (por lo menos para los siguientes tres meses) para surtir las recetas de los pacientes.

Elementos Medibles de ECP.17.2

1. Se cuenta con un inventario suficiente de medicamentos por lo menos para los siguientes tres meses.
2. Se garantiza el surtimiento oportuno y completo de las recetas.
3. Los directivos controlan mensualmente el abasto y el surtimiento de recetas.

Estándar de ECP.17.3

Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.

Propósito de ECP.17.3

En todos los lugares donde se almacenan medicamentos, se hace evidente lo siguiente:

- a) los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto;
- b) se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes;
- c) los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias;
- d) los electrólitos concentrados no se almacenan en las unidades de atención; cuando sea necesario desde el punto de vista clínico hay estrategias o acciones para evitar errores en su administración;
- e) todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del establecimiento, para asegurar que los se encuentren debidamente resguardados y almacenados;
- f) los medicamentos de urgencia están disponibles en las áreas donde son necesarios, o estarán fácilmente accesibles dentro del establecimiento, para cumplir con las necesidades de urgencia

Elementos Medibles de ECP.17.3

1. Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.
2. Se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.
3. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.
4. Todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del establecimiento, para asegurar que los se encuentran debidamente resguardados y almacenados.
5. Los medicamentos de urgencia están disponibles en las áreas donde son necesarios, o estarán fácilmente accesibles dentro del establecimiento, para cumplir con las necesidades de urgencia

Estándar ECP.17.4

El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de circulación de medicamentos.

Propósito de ECP.17.4

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar, recuperar y devolver o destruir medicamentos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa de todo uso o destrucción de medicamentos vencidos o caducados.

Elementos Medibles de ECP.17.4

1. Hay un sistema implementado de retiro de circulación de medicamentos.
2. Las políticas y procedimientos impiden el uso de los medicamentos caducos o fuera de uso. 📄
3. Las políticas y procedimientos se ocupan de la destrucción de los medicamentos caducos o fuera de uso. 📄
4. Las políticas y procedimientos están implementados.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.17.5

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

Propósito ECP.17.5

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

Elementos Medibles de ECP.17.5

1. Las políticas guían la prescripción de medicamentos en el establecimiento. 📄
2. La prescripción se realiza conforme a las políticas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECP.17.6

La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.

Propósito de ECP.17.6

Cuando se preparan y/o se administran medicamentos en el establecimiento, se identifica al personal autorizado para prepararlos y/o administrarlos.

La preparación de medicamentos se lleva a cabo en un área higiénica y segura.

La administración segura de medicamentos incluye la verificación de:

- a) el medicamento prescrito;
- b) la caducidad,
- c) la dosis prescrita;
- d) la vía de administración prescrita; y
- e) la identificación del paciente.

Elementos Medibles de ECP.17.6

1. Los medicamentos se preparan en áreas higiénicas y seguras.
2. Se cuenta con un sistema seguro para la administración de los medicamentos dentro del establecimiento.
3. Los medicamentos se administran tal como se prescriben.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar de ECP.17.7

Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.

Propósito de ECP.17.7

El médico, el personal de enfermería y demás profesionales de la salud, trabajan juntos para controlar a los pacientes que toman medicamentos. El propósito de la monitorización es evaluar el efecto del medicamento sobre los síntomas, biometría hemática, función renal, función hepática y detectar **Acontecimientos Adversos por Medicamentos (AAM)**; ya sean errores de medicación, reacciones adversas a medicamentos (RAM) o efectos secundarios. Basándose en el control, la dosis o el tipo de medicamento, se puede ajustar cuando sea necesario. Es adecuado controlar la respuesta del paciente ante la(s) primera(s) dosis de un medicamento nuevo, dicho control pretende identificar la respuesta terapéutica de manera anticipada, por ejemplo, reacciones alérgicas e interacciones medicamentosas.

El control de los efectos de los medicamentos incluye la observación y documentación de todo Acontecimiento Adverso por Medicamentos:

- El establecimiento cuenta con una política que identifica todas las reacciones adversas que deben registrarse en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia y aquellos que deben informarse en el marco de la normatividad vigente. La sospecha de reacción adversa grave o letal deberá ser reportada hasta 7 días naturales después de su identificación y no más de 15 días si se trata de 1 solo caso, cuando se trate de 3 o más casos iguales con el mismo medicamento o se presente en el mismo lugar, deberán ser reportados inmediatamente.
- El establecimiento cuenta con un proceso de reporte y análisis de errores de medicación.

Elementos Medibles de ECP.17.7

1. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.
2. Las reacciones adversas a medicamentos y las sospechas de reacción adversa, se notifican dentro del marco de tiempo exigido por la normatividad vigente, en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia.

Estándar ECP.17.8



Los errores y cuasifallas de medicación se notifican mediante un proceso y marco de tiempo definidos por el establecimiento.

Propósito de ECP.17.8

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar, reportar y analizar errores de medicación. El proceso incluye la definición operativa de error de medicación, y se emplea un formato estandarizado para el reporte, y la educación del personal en cuanto al proceso y sensibilización acerca de la importancia de reportar dichos eventos. El proceso de reporte y análisis forma parte del programa de calidad y seguridad del paciente. El programa se centra en la prevención de errores de medicación mediante la comprensión de

los tipos de errores que ocurren en el establecimiento y en otras organizaciones. Las mejoras de los procesos de medicación y la capacitación del personal se emplean para evitar errores en el futuro.

Elementos Medibles de ECP.17.8

1. Se cuenta con una definición operativa de error de medicación. 
2. Se cuenta con un proceso para reportar y analizar los errores de medicación. 
3. La información sobre los errores de medicación se utiliza para mejorar los procesos de manejo y uso de medicamentos.
4. El personal está capacitado para identificar y reportar errores de medicación.

Estándar de ECP.18

Garantizar el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas según las leyes, lineamientos y normas vigentes.

Propósito de ECP.18

De acuerdo al contexto, recursos y tipo de población o pacientes que atiende un establecimiento, es importante que realice actividades de prevención, como la vacunación; en este contexto, cuenta con políticas y procedimientos que guían la conservación, almacenamiento y administración de vacunas.

De acuerdo con el tipo de población que atiende el establecimiento, se deberá contar con políticas y procedimientos específicos para este tipo de pacientes, por ejemplo, recién nacidos, mujeres embarazadas, adultos mayores e inclusive el personal como parte del Programa de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Elementos Medibles de ECP.18

1. Cuando corresponda, hay políticas y procedimientos que guían la conservación y almacenamiento adecuados, así como, la administración oportuna de vacunas.
2. La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.

Estándar de ECP.19

El establecimiento proporciona orientación, capacitación e información sobre el proceso de atención para el conocimiento y participación del paciente y de su familia para la toma de decisiones sobre su atención.

Propósito de ECP.19

El establecimiento educa al paciente y a su familia a fin de que adquieran el conocimiento y las destrezas necesarias para participar en sus procesos de atención, basándose en la misión, los servicios prestados y el entorno de los pacientes. La organización planifica sus recursos, para educar al paciente y a su familia, de manera efectiva. Por consiguiente, puede optar por designar un coordinador de educación o un comité de educación, crear un servicio o simplemente trabajar con todo el personal para proporcionar la educación de manera coordinada.

Elementos Medibles de ECP.19

1. El establecimiento planifica la educación de modo tal que coincida con su misión, servicios y población de pacientes.
2. Existe una estructura y un proceso adecuado para la educación en todo el establecimiento.
3. Los recursos educativos se organizan de manera efectiva.

Estándar ECP.19.1

La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, según sea adecuado para la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro de dispositivos, interacciones potenciales

entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, ejercicio, manejo del dolor y técnicas de rehabilitación.

Propósito de ECP.19.1

El establecimiento ofrece educación en áreas que conllevan un alto riesgo para los pacientes.

El establecimiento emplea materiales y procesos estandarizados para educar a los pacientes en, por lo menos, los siguientes temas:

- el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos que toma el paciente, incluidos los posibles efectos secundarios de los medicamentos;
- la adherencia terapéutica
- el uso seguro de dispositivos;
- las interacciones potenciales entre los medicamentos prescritos y otros medicamentos y los alimentos;
- dieta y nutrición;
- ejercicio;
- manejo del dolor; y
- técnicas de rehabilitación.

Elementos Medibles de ECP.19.1

1. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos y sus potenciales efectos secundarios.
2. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la adherencia terapéutica.
3. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro de dispositivos.
4. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la prevención de interacciones entre los medicamentos prescritos y otros medicamentos y los alimentos.
5. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la dieta y la nutrición adecuadas.
6. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el ejercicio adecuado.
7. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el manejo del dolor.
8. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.

Estándar ECP.19.2

La educación del paciente y de su familia incluye temas específicos de acuerdo a las características de la población a la que otorga sus servicios.

Propósito ECP.19.2

El establecimiento ofrece educación en áreas que conllevan un alto riesgo para los pacientes y que además son temas y/o programas de salud prioritarios en México, como los programas de PrevenIMSS y PrevenISSSTE.

El establecimiento emplea materiales (por ejemplo folletos o trípticos) y procesos estandarizados para educar a los pacientes, cuando así corresponda, en los siguientes temas:

- a) Salud Materna y Control Prenatal
- b) Datos de alarma en embarazadas
- c) Lactancia Materna
- d) Control del niño sano
- e) Atención integral del adolescente
- f) Atención integral del adulto mayor

- g) Enfermedades Crónico-degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares)
- h) Sobrepeso y Obesidad
- i) Prevención y control de la Tuberculosis
- j) Salud sexual y reproductiva (incluyendo climaterio y menopausia)
- k) Violencia Familiar
- l) Prevención de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual
- m) Prevención, detección y atención temprana de Cáncer (Cervicouterino, mama, próstata)
- n) Infecciones respiratorias (incluyendo influenza)
- o) Enfermedades diarreicas
- p) Adicciones
- q) Salud Bucal
- r) Enfermedades de alto impacto epidemiológico de acuerdo a la zona

Elementos Medibles de ECP.19.2

1. Cuando corresponde, el establecimiento brinda educación al menos en los temas señalados en el propósito.
2. El establecimiento emplea materiales y procesos estandarizados para brindar educación a los pacientes y a su familia.

Estándar ECP.19.3

Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia, y posibilitan una interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal a fin de que la educación se logre.

Propósito de ECP.19.3

El aprendizaje tiene lugar cuando se presta atención a los métodos empleados para educar. Entender las necesidades de los pacientes y de sus familias, ayuda a que el establecimiento seleccione los métodos educativos y los educadores adecuados, y que identifique el rol de la familia.

Se alienta a los pacientes y familiares a participar en el proceso de atención, diciendo lo que piensan y haciendo preguntas al personal para asegurarse de una correcta comprensión de la información. El personal reconoce el papel importante que desempeña el paciente en la prestación de atención médica segura y de buena calidad.

La oportunidad de interacción entre el personal, el paciente y su familia permite una retroalimentación que asegura que la información se comprenda, sea adecuada y útil. El establecimiento decide cuándo y cómo reforzar la educación oral con materiales escritos, a fin de mejorar la comprensión y ofrecer una referencia educativa futura.

Elementos Medibles de ECP.19.3

1. La interacción entre el personal, el paciente y su familia confirma que se comprendió la información.
2. Quienes imparten educación, alientan a los pacientes y sus familiares a hacer preguntas y a decir lo que piensan, como participantes activos.
3. La información oral se refuerza con material escrito, según sea adecuado para las necesidades y preferencias de aprendizaje del paciente.

SECCIÓN DOS

ESTÁNDARES CENTRADOS EN LA GESTIÓN

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECG.1

El establecimiento cuenta con un proceso para la prevención, reducción y control de infecciones que es respaldado por un plan o programa y supervisado por personal calificado.

Propósito ECG.1

El establecimiento cuenta con un proceso para la prevención y control de infecciones que se adecua a la ubicación geográfica y tamaño del establecimiento, los niveles de riesgo y la complejidad de las actividades que se llevan a cabo en la organización. El cual se encuentra respaldado por un Plan o programa documentado que se basa en la información epidemiológica que genera el establecimiento e incluye a pacientes, familiares y a todo el personal incluyendo servicios subrogados, si corresponde. Al menos una persona calificada coordina y supervisa el plan o programa.

Elementos Medibles de ECG.1

1. Se cuenta con un proceso para la prevención y control de infecciones que incluye a toda la organización
2. El proceso para la prevención y control de infecciones está respaldado por un plan o programa acorde a la ubicación geográfica del establecimiento, su situación epidemiológica, tamaño, riesgos y complejidad. 📄
3. El plan o programa es coordinado y supervisado por personal capacitado.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECG.1.1

La organización establece las prioridades del plan o programa de prevención y control de infecciones.

Propósito de ECG.1.1

Cada establecimiento de atención médica debe identificar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección, y los dispositivos y procedimientos asociados que proporcionarán el foco de atención de los esfuerzos para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de las infecciones.

El establecimiento implementa, según corresponda, estrategias de manera proactiva a fin de reducir riesgos de infección asociados con:

- a) La higiene de manos
- b) La limpieza y esterilización del equipo
- c) El manejo de la ropa
- d) Disponibilidad y uso adecuado de medidas de protección estándar.
- e) Disposición y desecho de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos
- f) Controles mecánicos y de ingeniería
- g) Demoliciones o construcción de espacios

Elementos Medibles de ECG.1.1

1. La organización ha definido cuáles son las infecciones de mayor importancia epidemiológica que deben ser prioridad para el Plan o Programa.
2. La organización estableció prioridades de atención del plan o programa para prevenir o reducir la incidencia de las infecciones.

3. El establecimiento incluye en el Plan o Programa la implementación de estrategias para reducir los riesgos de infección asociados con:
 - a) La limpieza y esterilización del equipo
 - b) El manejo de la ropa
 - c) Disponibilidad y uso adecuado de medidas de protección estándar.
 - d) Disposición y desecho de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos
 - e) Controles mecánicos y de ingeniería
 - f) Demoliciones o construcción de espacios.

Estándar ECG.1.2

El establecimiento notifica las infecciones a la autoridad sanitaria correspondiente.

Propósito de ECG.1.2

A fin de contribuir con la vigilancia epidemiológica, el establecimiento notifica las infecciones según corresponda a lo descrito en las leyes, reglamentaciones y Normas Oficiales Mexicanas.

Elementos Medibles de ECG.1.2

1. Las infecciones se notifican a la autoridad correspondiente.
2. El establecimiento toma las debidas acciones en cuanto a medidas provenientes de la autoridad correspondiente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECG.2

Los líderes del establecimiento participan en la elaboración y control del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Propósito de ECG.2

Si una organización va a iniciar, mantener mejoras y reducir los riesgos para los pacientes y el personal, es fundamental que cuente con liderazgo y planificación, las cuales provienen de los directivos del establecimiento.

El **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)**, aprueba y da seguimiento plan o programa de calidad y seguridad del paciente y, mediante su visión y respaldo, crea y mantiene la cultura de calidad del establecimiento.

Elementos Medibles de ECG.2

1. Existe un COCASEP con objetivos definidos, donde participa el director del establecimiento, que sesiona periódicamente, da seguimiento puntual al plan o programa de calidad y seguridad del paciente.
2. Existe un plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el COCASEP, elaborado por los líderes del establecimiento, de manera multidisciplinaria con un enfoque sistémico y proactivo. 📄
3. El COCASEP asegura el cumplimiento del plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente.

Estándar ECG.2.1

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

Propósito de ECG.2.1

Los líderes del establecimiento colaboran para que el programa de calidad y seguridad del paciente desarrolle una cultura de calidad y seguridad del paciente e impacte sobre todos los procesos y sistemas críticos del establecimiento. Esto requiere colaboración y compromiso, a través de un enfoque multidisciplinario.

Los directivos se aseguran de que el plan o programa se ocupe de:

- el rol de cada uno de los componentes del sistema de atención en el diseño y rediseño de los procesos de mejora;
- un enfoque multidisciplinario que incluya a todo el establecimiento
- un enfoque sistémico en el que se empleen procesos de calidad y conocimientos similares o uniformes para llevar a cabo todas las actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de ECG.2.1

1. Los líderes del establecimiento colaboran para llevar a cabo el programa de calidad y seguridad del paciente
2. El plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente abarca a todo el establecimiento.
3. El plan o programa emplea un enfoque sistémico y multidisciplinario para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

Estándar ECG.2.2

Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento priorizan qué procesos deben controlarse y qué actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente deben llevarse a cabo.

Propósito de ECG.2.2

Una función esencial de los directivos y responsables de las áreas del establecimiento es definir prioridades empleando datos e información. Generalmente, los recursos para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente son escasos, por lo tanto los directivos definen prioridades, considerando riesgos y procesos críticos, procesos con problemas o con tendencia a tenerlos y los relacionados directamente con la calidad de la atención y la seguridad del entorno.

Elementos Medibles de ECG.2.2

1. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento establecen prioridades para las actividades de control.
2. Los directivos y responsables de las áreas establecen prioridades para las actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estándar ECG.2.3

El personal está capacitado para participar en el plan o programa.

Propósito de ECG.2.3

La participación en la recolección y el análisis de datos, así como en la planificación e implementación de las mejoras de la calidad y seguridad requieren conocimientos y destrezas de los que carece la mayoría del personal. Por consiguiente, cuando se les solicita que participen en el programa, el personal recibe capacitación acorde a su rol. Es posible que sea necesario ajustar los horarios del personal para destinar el suficiente tiempo a la participación completa en las actividades de capacitación y mejora como parte de las tareas laborales habituales. El establecimiento cuenta con un docente, que puede ser un integrante de su equipo, con el conocimiento técnico y profesional pertinente para impartir la capacitación. Cuando la

capacitación es impartida por personal externo los directivos se aseguran que cuente con conocimiento técnico y experiencia profesional, así como, la capacidad docente.

Elementos Medibles de ECG.2.3

1. Existe un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
2. Una persona capacitada con experiencia, conocimientos y nivel profesional pertinente, imparte la capacitación.
3. El personal participa en la capacitación como parte de sus tareas laborales habituales.
4. Cuando la capacitación es impartida por personal externo se demuestra conocimiento técnico, experiencia profesional, habilidades docentes.

Estándar ECG.3

Los directivos identifican medidas claves (indicadores) para controlar los procesos y resultados clínicos y de gestión del establecimiento.

Estándar ECG.3.1

El método de monitorización es confiable y adecuado al proceso que se quiere mejorar.

MEJORA EN LOS PROCESOS CLÍNICOS

Estándar ECG.3.2

La mejora en los procesos clínicos incluye aquellos aspectos de la evaluación del paciente seleccionados por los directivos.

Estándar ECG.3.3

La mejora en los procesos clínicos incluye aquellos aspectos del contenido y uso de los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados por los directivos.

Estándar ECG.3.4

La mejora en los procesos clínicos incluye al menos dos áreas prioritarias, con riesgos identificados o con problemas, seleccionados por los directivos.

MEJORA EN LA GESTIÓN

Estándar ECG.3.5

La mejora en la gestión incluye aquellos aspectos de las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia seleccionados por los directivos.

Estándar ECG.3.6

La mejora en la gestión incluye aquellos aspectos de las expectativas y la satisfacción del personal seleccionado por los directivos.

Estándar ECG.3.7

La mejora en la gestión incluye al menos dos áreas prioritarias, con riesgos identificados o con problemas, seleccionados por los directivos.

Propósito de ECG.3 a ECG.3.7

La mejora de la calidad y la seguridad del paciente están dirigidas por los datos. Como la mayoría de los establecimientos de atención médica cuentan con recursos limitados, no pueden recolectar datos para controlar todo lo que desean, por consiguiente, cada establecimiento debe elegir cuáles procesos, resultados clínicos y de gestión son los más importantes a controlar basándose en su misión, las necesidades del paciente y los servicios. El control a menudo se centra en aquellos procesos de alto riesgo para los pacientes, los de mayor frecuencia y/o los que tienden a presentar problemas.

Los directivos deben hacer la selección final de los indicadores (frecuencia, porcentaje, tasa, índice, entre otros) que formarán parte del plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente. Las medidas seleccionadas están relacionadas con las áreas clínicas y de gestión importantes seleccionadas por los líderes. Además de los dos indicadores establecidos, los líderes seleccionan al menos dos de las siguientes áreas de mejora clínica y dos de gestión para monitorizar y demostrar la implementación de las estrategias o acciones que son prioridad para que la organización mejore la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

La mejora en los procesos clínicos puede incluir dos de las siguientes áreas:

- a) Servicios de Laboratorio
- b) Servicios de Radiología y Diagnóstico por imagen
- c) Adherencia Terapéutica
- d) Uso de Medicamentos
- e) Prevención y Control de Infecciones
- f) Efectividad de la educación al paciente y su familia
- g) Promoción a la Salud

La mejora en la gestión puede incluir dos de las siguientes áreas:

- a) Abasto de insumos y medicamentos habitualmente necesarios, esenciales para atender las necesidades del paciente.
- b) Gestión de recursos
- c) Cumplimiento de una disposición legal, un reglamento o una Norma Oficial Mexicana en materia de salud, seguridad o higiene
- d) Referencia/Contrarreferencia oportuna
- e) Comunicación con la comunidad

Para cada una de estas áreas, los directivos deciden:

- el proceso, procedimiento o resultado a medir;
- la disponibilidad de “ciencia” o “evidencia” que respalde la medida;
- la forma en que se logrará la medición; y
- la frecuencia de la medición.

La identificación del proceso o del resultado a medir es el paso más importante. Es preciso que la selección se centre en, por ejemplo: los puntos de riesgo en los procesos, los procedimientos que con frecuencia presentan problemas o se realizan con mucha frecuencia y los resultados que pueden definirse claramente y que están bajo la responsabilidad de la unidad.

La frecuencia de la recolección de datos está asociada con la frecuencia con la cual se utiliza el proceso o se lleva a cabo el procedimiento en particular, se necesitan datos suficientes de todos los casos o un muestreo de casos, para respaldar las conclusiones y las recomendaciones.

Cuando una medida (indicador) existente ya no proporciona datos útiles para analizar los procesos, procedimientos o resultados, se seleccionan nuevas medidas (indicadores). Por lo tanto, los indicadores o los estándares para medir estos indicadores pueden cambiar. El establecimiento debe contar con un historial documentado de los indicadores que ha medido.

A fin de controlar los procesos, resulta necesario determinar cómo organizar las actividades de control, con qué frecuencia recolectar datos y cómo incorporar la recolección de datos en los procesos de trabajo diario. Los controles también resultan útiles para comprender mejor o examinar profundamente las áreas bajo estudio. Del mismo modo, el análisis de los datos de control puede dar como resultado estrategias para mejorar el área que se está controlando. El control es entonces útil para comprender la efectividad de la estrategia de mejora.

ECG.3 Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican medidas claves (indicadores) para controlar los procesos y resultados clínicos y de gestión del establecimiento.

Elementos Medibles

1. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para mejorar los procesos clínicos.
2. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento identifican las medidas claves (indicadores) para mejorar la gestión.
3. Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento tienen en cuenta las medidas de respaldo seleccionadas, como la evidencia científica.
4. El control incluye medidas relacionadas con los procesos y resultados.
5. El control forma parte del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
6. Los resultados de los indicadores se comunican al personal.

ECG.3.1 El método de monitorización es confiable y adecuado al proceso que se quiere controlar.

Elementos Medibles

1. La técnica para la recolección de datos es confiable y adecuada al proceso seleccionado.
2. La herramienta seleccionada para la recolección de datos es confiable y adecuada al proceso seleccionado.
3. La o las personas responsables de recolectar la información han sido capacitadas para llevar a cabo el proceso.
4. La frecuencia de la recolección de datos adecuada al proceso seleccionado.
5. El alcance de la medición es adecuada al proceso seleccionado.

MEJORA DE LOS PROCESOS CLÍNICOS

ECG.3.2 La mejora en los procesos clínicos incluye aquellos aspectos de la evaluación del paciente seleccionados por los directivos.

Elementos Medibles

1. La mejora incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos se usan para estudiar áreas que se pretende mejorar.
3. Los datos se usan para evaluar la efectividad de las mejoras.

ECG.3.3 La mejora en los procesos clínicos aquellos aspectos de la disponibilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados por los directivos.

Elementos Medibles

1. La mejora incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos se usan para estudiar áreas que se pretende mejorar.
3. Los datos se usan para evaluar la efectividad de las mejoras.

ECG.3.4 La mejora en los procesos clínicos incluye al menos dos áreas prioritarias, con riesgos identificados o con problemas, seleccionados por los directivos.

Elementos Medibles

1. La mejora incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos se usan para estudiar áreas que se pretende mejorar.
3. Los datos se usan para evaluar la efectividad de las mejoras.

MEJORA DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN

ECG.3.5 La mejora en la gestión incluye aquellos aspectos de las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia seleccionados por los directivos.

Elementos Medibles

1. La mejora incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos se usan para estudiar áreas que se pretende mejorar.
3. Los datos se usan para evaluar la efectividad de las mejoras.

ECG.3.6 La mejora en la gestión incluye aquellos aspectos de las expectativas y la satisfacción del personal seleccionado por los directivos.

Elementos Medibles

1. La mejora incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos se usan para estudiar áreas que se pretende mejorar.
3. Los datos se usan para evaluar la efectividad de las mejoras.

ECG.3.7 La mejora en la gestión incluye al menos dos áreas prioritarias, con riesgos identificados o con problemas, seleccionados por los directivos.

Elementos Medibles

1. La mejora incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos se usan para estudiar áreas que se pretende mejorar.
3. Los datos se usan para evaluar la efectividad de las mejoras.

Estándar ECG.4

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

Propósito de ECG.4

A fin de tomar decisiones, se deben analizar y transformar los datos en información útil. El análisis de datos involucra a personas que entienden el manejo de la información, están capacitadas en métodos de agrupación y categorización de datos y saben cómo usar diversas herramientas estadísticas. El análisis de datos involucra al personal responsable de la medición del proceso o el resultado. Por consiguiente, el análisis de datos proporciona una retroalimentación constante de información sobre gestión de la calidad, para ayudar a dichas personas a tomar decisiones y a mejorar continuamente los procesos clínicos y de gestión. La comprensión de las técnicas estadísticas resulta útil para el análisis de datos, en especial para interpretar la variación y decidir dónde se necesita mejorar.

Las gráficas de comportamiento, las de control, los histogramas y los diagramas de Pareto son ejemplos de herramientas estadísticas útiles para comprender las tendencias y las variaciones en la atención médica.

Elementos Medibles de ECG.4

1. Los datos se categorizan, agrupan, analizan y transforman en información útil.

2. Las personas con la experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso.
3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado.

Estándar ECG.4.1

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

Propósito de ECG.4.1

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

1. Consigo mismo en diferentes periodos, como por ejemplo mes a mes, o de un año a otro;
2. con otras organizaciones similares, por ejemplo mediante bases de datos de referencia
3. con estándares de calidad reconocidos o los establecidos por leyes, reglamentaciones o programas;
4. con las mejores prácticas documentadas o con guías de práctica clínica.

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

Elementos Medibles de ECG.4.1

1. Dentro del establecimiento las comparaciones se hacen a lo largo del tiempo.
2. Se hacen comparaciones con organizaciones similares.
3. Se hacen comparaciones con estándares de calidad reconocidos.
4. Se hacen comparaciones con las mejores prácticas conocidas.

Estándar ECG.5

Los directivos definen un proceso para identificar y dar seguimiento a los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas.



Propósito de ECG.5

Con el propósito de construir una cultura de aprendizaje, la organización establece definiciones operativas para evento centinela, evento adverso y cuasifallas y diseña un mecanismo para su reporte y análisis, con el propósito de aprender de los errores y crear acciones o estrategias para que no vuelvan a ocurrir por las mismas causas.

Todos los eventos que cumplen con la definición de “centinela” se evalúan mediante un análisis de causa-raíz. Cuando el análisis de causa-raíz revela que la aplicación de ciertas mejoras en los sistemas u otras acciones pueden prevenir o reducir el riesgo de que tales eventos vuelvan a ocurrir, el establecimiento rediseña los procesos y toma las medidas adicionales que sean adecuadas para tal fin.

Se cuenta con un mecanismo para el análisis de cada uno de los eventos adversos y cuasifallas reportados, así como, un análisis de patrones y tendencias en su conjunto.

Elementos Medibles de ECG.5

1. Se ha establecido una definición operativa de evento centinela. 
2. Se analiza la causa-raíz de todos los eventos centinela.
3. Los directivos toman medidas respecto a los resultados del análisis de las causas identificadas.
4. Se ha establecido una definición operativa de evento adverso y cuasifallas. 
5. Se analizan cada uno de los eventos adversos y cuasifallas reportados.
6. Se analizan patrones y tendencias de los eventos adversos y cuasifallas reportados.
7. El análisis de patrones y tendencias ayuda a prevenir eventos adversos y cuasifallas.

Estándar ECG.6

Se logran y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad.

Propósito de ECG.6

El establecimiento emplea la información proveniente del análisis de datos para identificar posibles mejoras o reducir (o prevenir) eventos adversos. Los resultados del control de calidad contribuyen a la identificación de dónde debe planificarse una mejora. En particular, las mejoras se planifican para las áreas prioritarias de recolección de datos, identificadas por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Elementos Medibles de ECG.6

1. El establecimiento planifica e implementa mejoras utilizando un proceso coherente seleccionado por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.
2. El establecimiento documenta las mejoras logradas y sostenidas.

Estándar ECG.6.1

Se emprenden actividades de mejora de la calidad y seguridad para las áreas prioritarias que identificaron los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.

Propósito de ECG.6.1

El establecimiento utiliza recursos adecuados e involucra al personal, áreas y servicios más cercanos a los procesos o actividades a mejorar. La responsabilidad de la planificación y realización de una mejora se asigna a una persona o a un equipo, se proporciona toda capacitación necesaria y se pone a disposición el manejo de la información y otros recursos.

Una vez planificado, los datos se recolectan durante un periodo de prueba para demostrar que el cambio planificado representó realmente una mejora. A fin de asegurar que la mejora es sostenida, se recolectan los datos de control para realizar un análisis permanente. Se incorporan los cambios efectivos al procedimiento habitual y se lleva a cabo la capacitación necesaria al personal. El establecimiento documenta y difunde las mejoras logradas y sostenidas como parte de su plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de ECG.6.1

1. Las áreas de prioridad que identifican los directivos y responsables de las áreas del establecimiento se incluyen en las actividades de mejora.
2. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.
3. Los cambios se planifican y se prueban.
4. Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.
5. Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.
6. Se hacen los cambios necesarios a fin de llevar a cabo y mantener las mejoras.
7. Se documentan y difunden las mejoras exitosas en todo el establecimiento.

Estándar ECG.7

Se rediseña al menos un proceso prioritario al año con el propósito de reducir de manera proactiva los riesgos.

Propósito de ECG.7

Los establecimientos de atención médica necesitan adoptar un proceso proactivo para analizar los riesgos identificados en los procesos. Una herramienta que facilita dicho análisis proactivo de las consecuencias de un evento que podría ocurrir en un proceso crítico, de alto riesgo, es el Análisis de Modo y Efecto de Fallo.

Para que el análisis sea efectivo, es preciso que los directivos, adopten y aprendan el enfoque, identifiquen los procesos de alto riesgo en términos de seguridad del paciente, del personal y de las instalaciones, y luego usen la herramienta proactiva en un proceso de riesgo prioritario. Luego del análisis de los resultados, toman medidas para rediseñar el proceso o acciones similares para reducir el riesgo en el proceso, el cual se lleva a cabo al menos una vez por año y se documenta.

Elementos Medibles de ECG.7

1. Se ejecuta sistemáticamente un proceso mediante el cual se identifican áreas de alto riesgo en términos de seguridad del paciente y del personal.
2. Los directivos priorizan los riesgos de seguridad de los pacientes y del personal al menos una vez por año.
3. El establecimiento documenta el uso de una herramienta proactiva de reducción de riesgos, al menos una vez por año, sobre uno de los procesos identificados como de riesgo prioritario.
4. Los directivos toman medidas para rediseñar los procesos identificados como de alto riesgo basándose en el análisis.

Estándar ECG.8

Se define la cantidad, educación, aptitudes, conocimiento y demás requisitos necesarios para el personal.

Propósito de ECG.8

Se define la cantidad necesaria de personal, la educación, aptitudes, conocimientos y demás requisitos como parte de la asignación de personal para cubrir las necesidades del paciente.

Para lo anterior, se cuenta con un plan o programa el cual es desarrollado por directivos. Se tienen en cuenta los siguientes factores para proyectar las necesidades de personal:

- la misión del establecimiento;
- la diversidad de pacientes que atiende el establecimiento, así como la complejidad y gravedad de sus necesidades;
- los servicios que presta el establecimiento; y
- la tecnología usada en la atención al paciente.

El establecimiento cumple con las leyes, reglamentos y normas que definen los niveles deseados de educación y aptitudes, así como la cantidad y variedad de personal según el tipo de establecimiento.

El plan o programa se revisa y se actualiza periódicamente según sea necesario.

Elementos Medibles de ECG.8

1. Se cuenta con un Plan o Programa que guía la cantidad y las competencias del personal.
2. La misión del establecimiento, la variedad de pacientes, los servicios y la tecnología se toman en cuenta para la planificación.
3. Se definen la educación, aptitudes y conocimiento para el personal.
4. Se incorporan a la planificación el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes.
5. El plan se revisa y se actualiza periódicamente según corresponda.

Estándar ECG.8.1

Las responsabilidades de cada trabajador se definen en una descripción del puesto actualizada.

Propósito de ECG.8.1

Todo el personal cuenta con una descripción del puesto actualizada, la cual es la base para su asignación, orientación y evaluación del desempeño.

La descripción del puesto establece claramente las responsabilidades y funciones específicas relacionadas con la atención del paciente.

Los requisitos de este estándar se aplican a todos los tipos de “personal” que necesitan una descripción del puesto, que trabajan a tiempo completo, a medio tiempo, son voluntarios o empleados temporales.

Elementos Medibles de ECG.8.1

1. Cada trabajador cuenta con una descripción del puesto.
2. La descripción del puesto del personal clínico especifica las actividades relacionadas con la atención del paciente.
3. Las descripciones de los puestos son actuales de acuerdo con la política del establecimiento.

Estándar de ECG.8.2

Los directivos elaboran e implementan procesos para reclutar, seleccionar, designar al personal y otros procedimientos relacionados.

Propósito de ECG.8.2

El establecimiento ofrece un proceso eficiente y coordinado para:

- reclutar personal para los cargos disponibles;
- seleccionar personal con base en una evaluación de competencias, aptitudes y conocimiento; y
- designar personal del establecimiento.

Elementos Medibles de ECG.8.2

1. Existe un proceso para reclutar personal.
2. Existe un proceso para seleccionar con base en una evaluación de competencias.
3. Existe un proceso para designar personal.
4. El proceso es uniforme en todo el establecimiento.
5. El proceso está implementado.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECG.8.3

El establecimiento utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal clínico sean coherentes con las necesidades de los pacientes.

Propósito de ECG.8.3

El establecimiento contrata al personal calificado a través de un proceso que hace coincidir los requisitos del puesto con las competencias del candidato. Este proceso también asegura que las aptitudes del personal sean, desde un principio y con el tiempo, coherentes con las necesidades de los pacientes.

Para el personal clínico, según las descripciones del puesto, el proceso incluye:

- Una evaluación inicial para asegurar que la persona realmente pueda asumir las responsabilidades de la descripción del puesto. Esta evaluación se realiza al comenzar a desempeñar las responsabilidades laborales, o antes. El establecimiento podrá tener un periodo de “prueba” o de otro tipo durante el cual supervise y evalúe de cerca al personal clínico. El establecimiento asegura que el personal que presta servicios de alto riesgo o brinda atención a pacientes de alto riesgo sea evaluado en el momento en que empieza a brindar atención. El área o servicio al cual se asigna el personal, evalúa las aptitudes, conocimientos necesarios y conductas laborales deseadas.
- El establecimiento define el proceso y la frecuencia de la evaluación permanente de las capacidades del personal. La evaluación permanente asegura que la capacitación se realice cuando se necesite y que el personal pueda asumir nuevas responsabilidades o diferentes. Si bien, la evaluación permanente, preferentemente debe ser continua, existe al menos una evaluación anual documentada de cada miembro del personal clínico que trabaja según una descripción del puesto.

Elementos Medibles de ECG.8.3

1. El establecimiento usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal clínico con las necesidades del paciente.
2. Los nuevos miembros del personal clínico son evaluados en el momento en que comienzan sus responsabilidades laborales.
3. El área o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
4. El establecimiento define la frecuencia de la evaluación permanente del personal clínico.
5. Existe al menos una evaluación anual documentada para cada miembro del personal clínico que trabaja según una descripción del puesto, o con mayor frecuencia, según lo defina el establecimiento.

Estándar ECG.8.4

El establecimiento utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal no clínico sean coherentes con las necesidades del establecimiento y los requisitos del cargo.

Propósito de ECG.8.4

El establecimiento busca personal que pueda cumplir por completo con los requisitos de los cargos no clínicos. El supervisor del personal proporciona orientación para el cargo y se asegura de que el trabajador pueda cumplir con las responsabilidades de la descripción del puesto. El trabajador recibe el nivel de supervisión necesario, y periódicamente se le evalúa para asegurar su buen desempeño en el cargo.

Elementos Medibles de ECG.8.4

1. El establecimiento usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal no clínico con los requisitos del cargo.
2. El nuevo personal no clínico es evaluado en el momento en que comienza sus responsabilidades laborales.
3. El área o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
4. El establecimiento define la frecuencia de la evaluación permanente del personal no clínico.
5. Existe al menos una evaluación del desempeño documentada del personal no clínico cada año o con mayor frecuencia, según lo defina el establecimiento.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECG.8.5

Existe información documentada sobre la evaluación del personal en las áreas correspondientes.

Propósito de ECG.8.5

Cada trabajador tiene un expediente con la información sobre sus competencias, los resultados de las evaluaciones y un historial laboral. Los expedientes están estandarizados y se mantienen actualizados de acuerdo con la política del establecimiento.

Elementos Medibles de ECG.8.5

1. Se mantiene la información del personal.
2. Los expedientes del personal contienen las competencias.
3. Los expedientes del personal contienen la descripción del puesto o los privilegios de acuerdo a las políticas.
4. Los expedientes del personal contienen el historial laboral.
5. Los expedientes del personal contienen los resultados de las evaluaciones iniciales y al menos una evaluación anual del desempeño.
6. Los expedientes del personal contienen un registro de la educación que se le ha brindado dentro del servicio, de acuerdo a la política del establecimiento.

7. Los expedientes del personal están estandarizados y se mantienen actualizados, de acuerdo a la política del establecimiento.

Estándar ECG.8.6

Todo el personal clínico y no clínico recibe una inducción general y específica al momento de su asignación.

Propósito de ECG.8.6

Para un correcto desempeño, el personal de nuevo ingreso, sin importar el nivel de responsabilidad, debe comprender el funcionamiento de la organización y cómo contribuirán sus responsabilidades clínicas o no clínicas al cumplimiento de la misión del establecimiento. Esto se logra mediante una orientación general y específica con respecto a las responsabilidades laborales de su cargo. La orientación incluye, el reporte de eventos adversos, las prácticas de prevención y control de infecciones, las políticas del establecimiento, el uso de equipo de protección personal, la comunicación de peligros y riesgos y demás, según corresponda. Los trabajadores de los servicios subrogados y los voluntarios también reciben orientación con respecto al establecimiento y su asignación o responsabilidades específicas, por ejemplo seguridad del paciente.

Elementos Medibles de ECG.8.6

1. El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe una inducción general y específica que incluye las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
2. Los trabajadores de servicios subrogados reciben una inducción general y específica que incluye las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
3. Los voluntarios reciben una inducción general y específica que incluye las tareas asignadas.

Estándar ECG.8.7

Cada miembro de la organización recibe educación permanente dentro del servicio y demás educación y capacitación para mantener o mejorar sus aptitudes y conocimiento.

Propósito ECG.8.7

El establecimiento recolecta datos de varias fuentes para comprender las necesidades de educación permanente del personal. Los resultados de los indicadores de calidad y seguridad son una fuente de información para identificar las necesidades de educación del personal. Además, los resultados de los simulacros, la introducción de nueva tecnología, los resultados observados en la evaluación del desempeño del personal, los nuevos procedimientos clínicos, los planes futuros para ofrecer nuevos servicios, representan fuentes de información. El establecimiento tiene un proceso para reunir e integrar los datos de las deferentes fuentes de información para elaborar el programa de educación del personal y determina cuáles miembros de la organización deben recibir educación continua para mantener sus competencias; dicha educación se controla y documenta.

Para mantener un desempeño aceptable del personal, el establecimiento ofrece capacitación sobre nuevos equipos y procedimientos, para lo cual pone a disposición (o consigue) instalaciones, educadores y tiempo para la educación permanente dentro del servicio y otros tipos de educación. Esta educación es importante para cada miembro de la organización, además de serlo para la mejora continua del establecimiento con el fin de cubrir las necesidades de los pacientes; por ejemplo, el personal médico puede recibir educación sobre los avances en la práctica médica. Los logros educativos de cada miembro de la organización se documentan en su expediente.

Elementos Medibles de ECG.8.7

1. El establecimiento utiliza varias fuentes de datos e información, incluidos los resultados de los controles de calidad y seguridad, para identificar las necesidades educativas del personal.
2. Los programas educativos se planifican según estos datos e información.

3. El personal del establecimiento recibe educación y capacitación permanentes dentro del servicio.
4. La educación es pertinente para mejorar las competencias del personal de cubrir las necesidades del paciente y/o para los requisitos de educación continua.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECG.9

El personal que brinda atención al paciente, así como los demás miembros que la organización identifica, reciben capacitación y pueden demostrar una competencia adecuada en técnicas de reanimación.

Propósito de ECG.9

Cada establecimiento identifica al personal a capacitar en técnicas de reanimación y el nivel de capacitación (básico o avanzado) adecuado para su función en el establecimiento.

El nivel adecuado de capacitación para estas personas se repite cada dos años. Existen pruebas que demuestran que cada miembro del personal que asiste a la capacitación realmente logra el nivel de competencia deseado.

Elementos Medibles de ECG.9

1. Se identifica al personal que brinda atención al paciente y demás personal que debe recibir capacitación en reanimación cardiopulmonar.
2. El nivel adecuado de capacitación se proporciona con una frecuencia suficiente para cubrir las necesidades del personal.
3. Existen pruebas para demostrar si un miembro del personal aprobó la capacitación.
4. El nivel deseado de capacitación de cada persona se repite cada dos años.

Estándar ECG.10

La formación de los profesionales de la salud, cuando se lleva a cabo en el establecimiento, está guiada por los parámetros educativos definidos por el programa académico.

Propósito de ECG.10

A menudo, los establecimientos de atención médica son los campos clínicos para la formación de médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud, por ejemplo, nutriólogos o psicólogos en formación. Cuando participa en dichos programas de formación, el establecimiento:

- Cuenta con mecanismos para supervisar los programas;
- obtiene y acepta los parámetros del programa académico;
- tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas dentro del establecimiento;
- tiene documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes;
- comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante; e
- integra a los participantes en los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, y demás programas del establecimiento.

Elementos Medibles de ECG.10

1. El establecimiento obtiene y acepta los parámetros del programa académico.
2. El establecimiento tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas dentro del establecimiento.
3. El establecimiento tiene documentación del estado de inscripción, habilitación o certificaciones logradas, y clasificación académica de los participantes.
4. El establecimiento comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante.

5. El establecimiento integra al personal en formación a los programas de inducción, calidad, seguridad del paciente, y demás programas del establecimiento.

Estándar ECG.11

El establecimiento brinda un programa de salud y seguridad para el personal.

Propósito de ECG.11


La salud y seguridad del personal de un establecimiento son importantes para mantener la salud, satisfacción y productividad del personal. La seguridad del personal también forma parte del programa de calidad y seguridad. El modo en que el establecimiento orienta y capacita al personal, ofrece un lugar de trabajo seguro, mantiene el equipo biomédico y demás equipos, previene o controla las infecciones asociadas con la atención médica, además de otros factores en su conjunto, determinan la salud y el bienestar del personal.

Sin importar la asignación de personal y la estructura del programa, el personal comprende cómo informar y recibir atención, asesoría y seguimiento por lesiones como pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, identificación de riesgos y condiciones peligrosas en la instalación, y demás temas de salud y seguridad. El programa también puede ofrecer una evaluación inicial de salud laboral, vacunas y exámenes preventivos periódicos, tratamiento para trastornos comunes relacionados con el trabajo, como lesiones lumbares o lesiones más urgentes. Por lo tanto, un programa de salud y seguridad para el personal debe incluir al menos:

- a) Evaluación de riesgos por perfil de puestos
- b) Dotación del equipo de protección al personal
- c) Capacitación en actos seguros
- d) Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo
- e) Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.

El diseño del programa incluye aportes del personal y se basa en los recursos clínicos del establecimiento, así como en los de la comunidad.

Elementos Medibles de ECG.11

1. Se cuenta con un plan o programa de salud y seguridad del personal que incluye al menos lo siguiente: 
 - a) Evaluación de riesgos por perfil de puestos
 - b) Dotación del equipo de protección al personal
 - c) Capacitación en actos seguros
 - d) Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo
 - e) Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.
2. El programa es sensible a las necesidades urgentes y no urgentes del personal mediante atención directa y/o derivaciones.
3. Los datos del programa se integran al programa de calidad y seguridad del establecimiento.
4. Existe una política sobre el suministro de vacunas para el personal.
5. Existe una política sobre la atención, asesoría y seguimiento del personal expuesto a enfermedades infecciosas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

Estándar ECG.12

La comunicación es efectiva en todo el establecimiento.

Propósito de ECG.12

La comunicación efectiva dentro de un establecimiento de atención médica es un tema que involucra al liderazgo. Por consiguiente, las autoridades del establecimiento de atención médica comprenden la dinámica de la comunicación: entre los grupos profesionales, entre grupos profesionales y no profesionales; entre los profesionales y directores; entre los profesionales y los familiares; y con otras organizaciones, por nombrar algunas. Las autoridades del establecimiento no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como modelos mediante la comunicación efectiva de la misión del establecimiento, sus estrategias, planes y demás información relevante; también prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información en el establecimiento.

Elementos Medibles de ECG.12

1. Las autoridades se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en todo el establecimiento.
2. Hay una comunicación efectiva en el establecimiento.
3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.
5. Las autoridades comunican la misión del establecimiento y las políticas, planes y objetivos a todo el personal.

Estándar ECG.13

El expediente clínico del paciente está a disposición de los prestadores de atención, a fin de facilitar la comunicación de información esencial.

Propósito de ECG.13

El expediente clínico del paciente es una fuente primaria de información en el proceso de atención y evolución del paciente, es una herramienta esencial de comunicación. Para que esta información resulte útil y respalde la continuidad de la atención, debe estar disponible para la atención según sea necesario, y deberá mantenerse actualizada. Las notas sobre la atención al paciente deben estar a disposición de todos los prestadores de atención. La política del establecimiento identifica a los profesionales que tienen acceso al expediente clínico, a fin de asegurar la confidencialidad de la información del paciente.

Elementos Medibles de ECG.13

1. La política determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico del paciente.
2. El expediente está a disposición de dichos prestadores.
3. El expediente está actualizado para asegurar la comunicación de la información más reciente.

Estándar ECG.14

Se mantiene la confidencialidad de la información.

Propósito de ECG.14

El establecimiento mantiene la confidencialidad de los datos y la información, y tiene especial cuidado en la preservación de la confidencialidad de datos e información de los pacientes.

Elementos Medibles de ECG.14

1. Existe una política escrita que se ocupa confidencialidad de la información conforme a las leyes y reglamentaciones. 📄
2. La política está implementada.
3. Se controla el cumplimiento de la política.
4. El establecimiento cuenta con un proceso, conforme a la normatividad vigente, que define los requisitos para que el paciente acceda a su información.

Estándar ECG.14.1

Se mantiene la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos.

Propósito de ECG.14.1



Las políticas y procedimientos se ocupan de los procesos de seguridad que sólo permiten al personal autorizado el acceso a los datos y la información clasificada. El acceso a las distintas categorías de información se basa en las necesidades identificadas por cargo laboral y función, incluido el personal en formación.

Un proceso efectivo define:

- quién tiene acceso a la información;
- la información a la cual tiene acceso una persona;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; y
- el proceso a seguir en caso de que se violen la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto importante al mantener la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico de un paciente e ingresar información. El establecimiento elabora una política para autorizar a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en los expedientes clínicos. Existe un proceso para garantizar que sólo personal autorizado ingrese información en los expedientes clínicos de los pacientes.

Elementos Medibles de ECG.14.1

1. El establecimiento cuenta con una política escrita que se ocupa de la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos, que se basa en las leyes y reglamentaciones vigentes. 
2. La política incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información identificada. 
3. Se identifican las personas que pueden acceder a cada categoría de datos e información y las que tienen un cargo laboral que les permite el acceso.
4. La política está implementada.
5. Se controla el cumplimiento de la política.

Estándar ECG.14.2

Los expedientes clínicos y la información del establecimiento están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.

Propósito de ECG.14.2

Los expedientes clínicos y demás datos e información están seguros y protegidos en todo momento; por ejemplo: los expedientes clínicos activos se guardan en áreas a las que sólo tiene acceso el personal profesional de la salud autorizado, y se archivan en sitios donde es poco probable la presencia de calor, agua, fuego u otros agentes que provoquen daños o pérdida de la información. El establecimiento también tiene en cuenta el acceso no autorizado a la información archivada electrónicamente e implementa procesos para prevenir dicho acceso.

Elementos Medibles de ECG.14.2

1. Los expedientes clínicos y la información están protegidos contra pérdidas o destrucción.
2. Los expedientes clínicos y la información están protegidos contra alteraciones y acceso o uso no autorizados.

Estándar ECG.15

Una política, guía o lineamiento define los requisitos para elaborar y mantener políticas y procedimientos.

Propósito de ECG.15

La política, guía o lineamiento describe cómo se llevará a cabo lo siguiente:


- a) la revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de personal autorizado, antes de su publicación;
- b) el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y los procedimientos;
- c) los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos estén disponibles dondequiera que se utilicen;
- d) la identificación de los cambios en las políticas y los procedimientos;
- e) el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento;
- f) el control de las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento;
- g) la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error; y
- h) la identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos en circulación.

El sistema de seguimiento permite que cada documento se identifique por título, fecha de emisión, fecha de edición y/o de la revisión actual, número de páginas, persona que autorizó la emisión y/o revisó el documento, e identificación en la base de datos (si correspondiera).

Existe un proceso para asegurarse de que el personal haya leído y estén familiarizados con las políticas y procedimientos relevantes para su trabajo.

Los procesos para la elaboración y el mantenimiento de las políticas y procedimientos están implementados.

Elementos Medibles de ECG.15

1. Existe una política, guía o lineamiento que define los requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos, que describe al menos los siguientes puntos: 
 - a. la revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de personal autorizado, antes de su publicación;
 - b. el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y los procedimientos;
 - c. los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos estén disponibles dondequiera que se utilicen;
 - d. la identificación de los cambios en las políticas y los procedimientos;
 - e. el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento;
 - f. el control de las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento;
 - g. la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error; y
 - h. la identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos en circulación.
2. Las políticas, guías y/o lineamientos están implementados.

Estándar ECG.16

El establecimiento inicia y mantiene un expediente clínico para cada paciente que se atiende en el establecimiento.

Propósito de ECG.16

Todo paciente evaluado o tratado en un establecimiento de atención médica cuenta con un expediente clínico. Se asigna al expediente un identificador exclusivo para el paciente, o se emplea algún otro mecanismo para vincular al paciente con su expediente. Un único expediente y un único identificador permiten a la organización localizar fácilmente los expedientes clínicos del paciente y documentar la atención de los usuarios en el tiempo.

Elementos Medibles de ECG.16

1. Se abre un expediente clínico para cada paciente.
2. Los expedientes clínicos de los pacientes se conservan mediante el uso de un identificador exclusivo o número de expediente clínico del paciente o algún otro método efectivo.

Estándar ECG.17

El expediente clínico contiene información suficiente como para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento.

Estándar ECG.17.1

El expediente clínico contiene información suficiente para garantizar la continuidad de la atención entre los prestadores de atención en consultas subsecuentes.

Estándar ECG.17.2

El expediente clínico da cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades del Consejo de Salubridad General.

Estándar ECG.17.3

Cuando corresponde, el expediente clínico de cada paciente que recibe atención de urgencia incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

Propósito de ECG.17 a ECG.17.3

El expediente clínico de cada paciente debe presentar información suficiente para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento administrado y documentar el curso y los resultados del tratamiento. Un formato y contenido estandarizados del expediente ayuda a promover la integración y la continuidad de la atención entre los varios profesionales de la salud que trabajan con el paciente, durante la atención y en consultas subsecuentes.

Los expedientes se integran de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades del Consejo de Salubridad. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por el personal de salud que brinda atención al paciente además del personal médico y de enfermería, por ejemplo: nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Cuando el establecimiento otorga atención de Urgencias, el expediente de cada paciente que recibe atención de urgencia incluye la siguiente información:

- a. La hora de llegada del paciente.
- b. Las conclusiones al terminar el tratamiento.
- c. El estado del paciente al alta.
- d. Las instrucciones para la atención de seguimiento.

ECG.17 El expediente clínico contiene información suficiente como para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento.

Elementos Medibles

1. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para identificar al paciente.
2. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para apoyar el diagnóstico.

3. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento.
4. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para documentar el curso y los resultados del tratamiento.

ECG.17.1 El expediente clínico contiene información suficiente para garantizar la continuidad de la atención entre los prestadores de atención en consultas subsecuentes.

Elementos Medibles

1. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para garantizar la continuidad de la atención entre los prestadores de atención.
2. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para garantizar la continuidad de la atención en consultas subsecuentes.

ECG.17.2 El expediente clínico da cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades del Consejo de Salubridad General.

Elementos Medibles

1. Los expedientes clínicos da cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.
2. Los expedientes clínicos da cumplimiento a los registros solicitados por los Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades del Consejo de Salubridad General.
3. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.

ECG.17.3 Cuando corresponde, el expediente clínico de cada paciente que recibe atención de urgencia incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

Elementos Medibles

1. Cuando corresponde, los expedientes clínicos de urgencia incluyen la hora de llegada.
2. Cuando corresponde, los expedientes clínicos de urgencia incluyen las conclusiones al terminar el tratamiento.
3. Cuando corresponde, los expedientes clínicos de urgencia incluyen el estado del paciente al alta.
4. Cuando corresponde, los expedientes clínicos de urgencia incluyen todas las instrucciones para la atención de seguimiento.

Estándar ECG.18

La política del establecimiento identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico del paciente, y determina el contenido y el formato del expediente.

Propósito de ECG.18

El acceso a cada categoría de información se basa en la necesidad y está definido por cargo laboral y función, incluido el personal en formación. Un proceso efectivo define:

- quién tiene acceso a la información;
- la información a la cual tiene acceso una persona;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; y
- el proceso a seguir en casos en que se violen la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto de mantener la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico e ingresar información el mismo. El establecimiento elabora una política para autorizar a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en los

expedientes clínicos de los pacientes. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en los expedientes clínicos de los pacientes, y que el autor del ingreso se identifique.

Elementos Medibles de ECG.18

1. Las personas autorizadas para ingresar información en el expediente clínico de un paciente están identificadas en la política del establecimiento.
2. El formato y la ubicación de la información ingresada están determinados por la política del establecimiento.
3. Solo las personas autorizadas ingresan información en los expedientes clínicos de los pacientes.

Estándar ECG.18.1

Como parte de sus actividades de mejora del desempeño, el establecimiento evalúa periódicamente el contenido del expediente clínico del paciente.

Propósito de ECG.18.1

Cada establecimiento determina el contenido y el formato del expediente clínico del paciente, cumpliendo lo señalado en la NOM-004-SSA3-2012, y cuenta con un proceso para evaluar el contenido de los expedientes. Ese proceso forma parte de las actividades de mejora del desempeño del establecimiento y se lleva a cabo periódicamente. La revisión de expedientes de los pacientes se basa en una muestra que representa a los facultativos que prestaron la atención y los tipos de atención prestada.

El proceso de revisión del expediente lo realiza un grupo multidisciplinario (Comité del Expediente Clínico), conformado por el personal médico, el personal de enfermería y demás profesionales clínicos relevantes autorizados a ingresar información. La revisión se centra en lo oportuno, completo y legible.

Elementos Medibles de ECG.18.1

1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.
2. La revisión emplea una muestra representativa.
3. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos de los pacientes o a manejar los mismos.
4. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.
5. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a lo exigido por la NOM-168-SSA1-1998.
6. Los resultados del proceso de revisión se incorporan en el mecanismo de supervisión de calidad del establecimiento.

Estándar ECG.19

La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención brindada al paciente, la gestión del establecimiento y el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estándar ECG.19.1

El establecimiento cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, y ha determinado qué datos y qué información categorizan y/o se agrupan periódicamente a fin de cumplir con las necesidades de información del personal clínico, director del establecimiento y de organismos ajenos a la organización.

Estándar ECG.19.2

El establecimiento cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.**Propósito ECG.19 a ECG.19.2**

El establecimiento recolecta y analiza datos agrupados y categorizados para respaldar la atención al paciente y la gestión del establecimiento. Los datos agrupados y categorizados proporcionan un perfil del establecimiento en el tiempo, y permiten comparar el desempeño del establecimiento con el de otras organizaciones. Por consiguiente, los datos agrupados y categorizados constituyen una parte importante las actividades de mejora del desempeño del establecimiento. En particular, los datos agrupados y categorizados sobre el manejo de riesgos, gestión del sistema de servicios básicos, pueden ayudar a la organización a comprender su desempeño actual y a identificar oportunidades para mejorar.

Los prestadores de atención médica, investigadores, educadores y directivos, a menudo necesitan información que los ayude con sus responsabilidades, dicha información puede incluir literatura científica y de gestión, guías de práctica clínica, hallazgos de investigación y metodologías educativas.

Al participar en bases de datos externas de desempeño, un establecimiento de atención médica puede comparar su desempeño con el de otros a nivel local, nacional e internacional. La comparación del desempeño es una herramienta efectiva para identificar oportunidades para mejorar y documentar el nivel de desempeño de la organización. Las redes de atención médica y quienes compran o pagan para recibir atención médica con frecuencia solicitan dicha información. Las bases de datos externas son sumamente variadas, y van desde bases de datos de seguros hasta las de sociedades profesionales. Es posible que las leyes, reglamentos y normas vigentes exijan a los establecimientos que colaboren con algunas bases de datos externas. En todos los casos, se mantiene la seguridad y la confidencialidad de los datos y de la información.

ECG.19 La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención brindada al paciente, la gestión del establecimiento y el plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de ECG.19

1. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la atención al paciente.
2. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan la gestión del establecimiento.
3. La agrupación y categorización de los datos y la información respaldan el plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

ECG.19.1 El establecimiento cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, y ha determinado qué datos y qué información categorizan y/o se agrupan periódicamente a fin de cumplir con las necesidades de información del personal clínico, director del establecimiento y de organismos ajenos a la organización.

Elementos Medibles de ECG.19.1

1. El establecimiento cuenta con un proceso para categorizar y agrupar datos e información, en respuesta a las necesidades identificadas de los usuarios.
2. El establecimiento proporciona los datos necesarios a organismos ajenos a la organización.

ECG.19.2 El establecimiento cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

Elementos Medibles de ECG.19.2

1. El establecimiento cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de las mismas.
2. El establecimiento contribuye brindando datos o información a bases de datos externas, conforme a las leyes o reglamentaciones.
3. El establecimiento compara su desempeño utilizando como referencia bases de datos externas. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad de la información.

Estándar ECG.20

El establecimiento cumple con las leyes, reglamentaciones y requisitos de inspección de la instalación.

Propósito de ECG.20

Lo primero a tener en cuenta en cualquier instalación física son las leyes, reglamentaciones y demás requisitos relacionados con la instalación. Dichos requisitos pueden diferir, dependiendo de la antigüedad y la ubicación de la instalación, y de otros factores, por ejemplo, códigos y reglamentos de construcción de edificios, códigos de seguridad contra incendios, entre otros.

Los directores del establecimiento son responsables de

- conocer las leyes, reglamentaciones locales, nacionales y demás requisitos que correspondan a las instalaciones del establecimiento;
- implementar los requisitos correspondientes o los requisitos alternativos aprobados; y
- planificar y presupuestar las actualizaciones o sustituciones necesarias identificadas por los datos de control para cumplir con los requisitos correspondientes.

Cuando el establecimiento recibe una notificación por no cumplir con los requisitos, los directores asumirán la responsabilidad de planificar y cumplir con el requisito dentro del marco de tiempo establecido.

Elementos Medibles de ECG.20

1. Los directores implementan los requisitos establecidos en las leyes, reglamentaciones y Normas Oficiales Mexicanas correspondientes.
2. Los directores aseguran que el establecimiento cumpla con las condiciones referidas en los informes de las inspecciones a la instalación.

Estándar ECG.20.1

El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa por escrito que describe el proceso de manejo de riesgos para los pacientes, las familias, los visitantes y el personal.

Propósito de ECG.20.1

El manejo de los riesgos dentro del entorno en el cual se trata a los pacientes y trabaja el personal requiere una planificación. El establecimiento elabora un plan o programas que incluyen, según sea adecuado para el establecimiento:

- a) **Seguridad y protección**
 - Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.

- Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados
- b) **Materiales y sustancias peligrosos:** la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
- c) **Emergencias:** existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
- d) **Seguridad contra incendios:** la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
- e) **Equipo médico:** el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos.
- f) **Sistemas de servicios básicos:** los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.

El plan o programas se elaboran con base en una identificación de riesgos específicos del establecimiento. Dicho plan se hace por escrito y se actualiza, de modo que refleje las condiciones actuales dentro del establecimiento. Existe un proceso para su revisión y actualización.

Elementos Medibles de ECG.20.1

1. Existe un plan o programa documentado, que se ocupa de las siguientes áreas de riesgo:
 - a) **Seguridad y protección**
 - Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.
 - Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados
 - b) **Materiales y sustancias peligrosos:** la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
 - c) **Emergencias:** existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
 - d) **Seguridad contra incendios:** la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
 - e) **Equipo médico:** el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).
 - f) **Sistemas de servicios básicos:** los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.
2. El plan está vigente o actualizado.
3. El plan está plenamente implementado.
4. El establecimiento cuenta con un proceso para revisar y actualizar anualmente el plan o programa.

Estándar ECG.20.2

Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.

Estándar ECG.20.3

La información sobre incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Propósito de ECG.20.2 y ECG.20.3

El plan o programa de manejo de riesgos (*que incluye un plan o programa por cada una de las seis áreas de riesgo*) en una instalación o área, tanto en un establecimiento grande como en uno pequeño, requiere el nombramiento de una o más personas que brinden su liderazgo y supervisión. En una unidad pequeña, podrá nombrarse a una persona de medio tiempo, mientras que en una unidad más grande, deberán nombrarse varios ingenieros u otras personas especialmente capacitadas. Todos los aspectos del programa deben ser manejados en forma efectiva, de manera sistemática y continua.

La supervisión del programa incluye:

- a) la planificación de todos los aspectos del programa;
- b) la implementación del programa;
- c) la educación del personal;
- d) las pruebas y controles del programa;
- e) la revisión y modificación periódica del programa;
- f) los informes anuales al cuerpo de gobierno con respecto a la efectividad del programa; y
- g) la gestión de una organización coherente y continua.

Para lo anterior, es de suma importancia el funcionamiento de la **Comisión de Seguridad e Higiene**, (*NOM-019-STPS-2004, Constitución, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene en los centros de trabajo*).

El control de todos los aspectos del programa brinda datos valiosos para mejorarlo y para reducir aún más los riesgos dentro del establecimiento.

ECG.20.2 Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.

Elementos Medibles

1. La supervisión y dirección del programa se asigna a una o más personas.
2. La o las personas están calificadas ya sea por experiencia o por capacitación.
3. La o las personas supervisan el programa; dicha supervisión incluye los siguientes elementos:
 - a) la planificación de todos los aspectos del programa
 - b) la implementación del programa
 - c) la educación del personal
 - d) las pruebas y controles del programa
 - e) la revisión y modificación periódica del programa
 - f) los informes anuales al cuerpo de gobierno con respecto a la efectividad del programa
 - g) la gestión de una organización coherente y continua
4. El establecimiento cuenta con un Dictamen de Seguridad Estructural.

ECG.20.3 La información sobre incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Elementos Medibles

1. Existe un plan para controlar todos los aspectos del programa de manejo de riesgos de la instalación. Particularmente se lleva un registro de los incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas.
2. Se utilizan los datos de control para mejorar continuamente el programa.

Estándar ECG.21

La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

Estándar ECG.21.1

Se inspeccionan todas las áreas donde se atienden pacientes y se desarrolla un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

Estándar ECG.21.2

La dirección planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, áreas o componentes claves, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.

Propósito de ECG.21 a ECG.21.2

Los directores utilizan bien los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura, efectiva y eficiente. La prevención y la planificación son fundamentales para crear una instalación segura. A fin de planificar de manera efectiva, la organización debe ser consciente de todos los riesgos presentes en la instalación, esto incluye todos los tipos de riesgo en la seguridad. El objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes. Esto cobra especial importancia durante periodos de construcción o remodelación del establecimiento. Además, para garantizar la seguridad, todo el personal, los visitantes, los vendedores y demás personas dentro del establecimiento están identificados, para lo cual se les emite credenciales, permanentes o transitorias, u otras medidas de identificación; todas las áreas que necesitan ser seguras están protegidas y controladas.

Esto puede hacerse mediante una inspección integral de las instalaciones, verificando todo, desde muebles con bordes filosos y rotos que podrían provocar lesiones hasta lugares que carecen de salida de emergencia para incendios o la imposibilidad de controlar un área protegida. Esta inspección periódica se documenta, y ayuda al establecimiento a planificar, llevar a cabo mejoras y a presupuestar actualizaciones de la instalación a mediano y largo plazos.

Posteriormente, al comprender los riesgos presentes en las instalaciones físicas, el establecimiento podrá elaborar un plan proactivo para reducirlos y ofrecer instalaciones seguras a los pacientes, las familias, el personal y los visitantes. Este plan incluye seguridad y protección.

ECG.21 La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

Elementos Medibles de ECG.21

1. El establecimiento cuenta con un programa para proporcionar una instalación física segura y protegida.
2. El programa asegura que todo el personal, los visitantes y los vendedores tengan su identificación y que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas.
3. El programa es efectivo para prevenir lesiones y mantener las condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
4. El programa incluye seguridad y protección en tiempos de construcción y remodelación del establecimiento.
5. Los directores aplican los recursos conforme a los planes aprobados.

ECG.21.1 Se inspeccionan todas las áreas donde se atienden pacientes y se desarrolla un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

Elementos Medibles de ECG.21.1

1. El establecimiento cuenta con una inspección documentada, vigente y precisa de sus instalaciones físicas.
2. El establecimiento tiene un plan para reducir los riesgos evidentes basándose en la inspección.
3. El establecimiento está avanzando en cuanto a la realización del plan.

ECG.21.2 La dirección planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, áreas o componentes claves, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.

Elementos Medibles de ECG.21.2

1. El establecimiento planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, áreas y componentes claves para cumplir con las leyes, reglamentaciones y demás requisitos correspondientes.
2. El establecimiento planifica y presupuesta la actualización o sustitución de sistemas, áreas o componentes clave para la operación continua de una instalación segura y efectiva.

Estándar ECG.22

El establecimiento cuenta con un programa para el inventario, manejo, almacenamiento y uso seguro de materiales y sustancias peligrosas, así como para el control y desecho de residuos y desperdicios peligrosos.

Propósito de ECG.22

El establecimiento identifica y controla en forma segura los materiales y sustancias peligrosas, así como los residuos y desperdicios peligrosos conforme a un programa. Dichos materiales, sustancias, desperdicios y residuos incluyen productos químicos y demás residuos infecciosos.

El programa prevé procesos para:

- el inventario de materiales y sustancias peligrosas;
- la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias peligrosas;
- la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes;
- el control y adecuado desecho y destino final de residuos y desperdicios peligrosos;
- el uso adecuado del equipo y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición;
- la documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario; y
- el etiquetado (identificación) adecuado de materiales y sustancias peligrosas.

Elementos Medibles de ECG.22

1. El establecimiento cuenta con un inventario de materiales y sustancias peligrosas.
2. Se cuenta con un plan o programa para manejo, almacenamiento y uso de materiales peligrosos.
3. El plan o programa incluye el manejo, almacenamiento y uso seguros.
4. El plan o programa incluye la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes.
5. El plan o programa incluye el control y destino final de los desechos y residuos peligrosos de manera segura y conforme a la normatividad vigente.
6. El plan o programa incluye el uso del debido equipo y procedimientos de protección durante el uso, derrame o exposición.
7. El plan o programa identifica los requisitos de documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario.
8. El plan o programa incluye el etiquetado (identificación) de materiales y sustancias peligrosas.

Estándar ECG.23

El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

Estándar ECG.23.1

El establecimiento somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Propósito de ECG.23 y ECG.23.1

Las emergencias, las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directamente al establecimiento, como por ejemplo el caso de daños en áreas de atención a pacientes como resultado de un terremoto o ser producto de otras variables que den como resultado una epidemia o brote que impide que el personal se presente a trabajar.

A fin de responder en forma efectiva, el establecimiento elabora un programa para manejar tales emergencias.

El plan o programa prevé procesos para:

- a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos;
- b) la determinación del rol del establecimiento en tales eventos;
- c) las estrategias de comunicación para casos de emergencias;
- d) la gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas;
- e) la gestión de actividades clínicas durante un evento, incluidos lugares de atención alternativos;
- f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un evento; y
- g) la coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.

El plan o programa se prueba al menos una vez por año. El simulacro es adecuado para los eventos probables. Si el establecimiento sufre un desastre real, activa su programa y posteriormente rinde los debidos informes, esta situación representa el equivalente a una prueba anual.

ECG.23 El establecimiento elabora y mantiene un plan o programa para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

Elementos Medibles de ECG.23

1. El establecimiento cuenta con un Mapa de Riesgos que identifique los fenómenos a los que está expuesto el establecimiento y que pueden representar riesgos importantes, como son los de tipo: geológico, hidrometeorológico, socio-organizativos, sanitarios-ecológicos y químico-tecnológicos, así como posibles debilidades por inadecuadas propiedades geotécnicas del suelo.
2. Se cuenta con un plan o programa de manejo de emergencias.
3. El establecimiento planifica su respuesta a probables desastres incluyendo los siguientes puntos:
 - a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos
 - b) la determinación del rol del establecimiento en tales eventos
 - c) las estrategias de comunicación para casos de emergencias
 - d) la gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas
 - e) la gestión de actividades clínicas durante un evento, incluidos lugares de atención alternativos
 - f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un evento
 - g) la coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.

ECG.23.1 El establecimiento somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Elementos Medibles de ECG.23.1

1. El plan o programa de manejo de emergencias se somete a prueba anualmente.
2. El personal participa, al menos una vez al año en una prueba de preparación para emergencias.

Estándar ECG.24

El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego y el humo.

Estándar ECG.24.1

El plan o programa incluye prevención, detección temprana, contención, extinción y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios.

Estándar ECG.24.2

El establecimiento realiza regularmente pruebas de su plan o programa de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción; los resultados son documentados.

Propósito de ECG.24 a ECG.24.2

El incendio es un evento que tiene una alta probabilidad de presentarse en un establecimiento de atención médica. Por consiguiente, toda organización necesita planificar cómo mantener seguros a sus ocupantes en caso de incendio o humo. Un establecimiento planifica, en particular:

- la prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables;
- los peligros relacionados con cualquier construcción, dentro o en los alrededores de los edificios ocupados por los pacientes;
- medios seguros y despejados para salir en caso de incendio;
- sistemas de detección temprana, como detectores de humo o alarmas contra incendio; y
- mecanismos de extinción, tales como mangueras, extintores químicos o sistemas de rociadores.

Estas acciones, al combinarse, ofrecen a los pacientes, a las familias, al personal y a los visitantes, el tiempo adecuado para salir con seguridad de la instalación en caso de incendio o humo. Estas acciones son efectivas independientemente de la antigüedad, el tamaño o la edificación de la instalación.

El plan o programa de seguridad contra incendios del establecimiento identifica:

- la frecuencia de la inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de protección y seguridad contra incendios, conforme a los requisitos;
- el programa para evacuar en forma segura la instalación en caso de incendio o humo;
- el proceso para hacer pruebas (ejecutar todo el programa o parte del mismo) al menos dos veces por año;
- la educación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia; y
- la participación del personal en al menos una prueba de seguridad contra incendios por año.

Se documentan todas las inspecciones, pruebas e instancias de mantenimiento.

ECG.24 El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego y el humo.

Elementos Medibles de ECG.24

1. El establecimiento elabora un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones del establecimiento estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias no relacionadas con el fuego.
2. El plan o programa se implementa de manera continua e integral, para asegurar que se incluyan todas las áreas de atención al paciente y de trabajo del personal.

ECG.24.1 El plan o programa incluye prevención, detección temprana, contención, extinción, y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras urgencias no relacionadas con el fuego.

Elementos Medibles de ECG.24.1

1. El plan o programa incluye la reducción de riesgos de incendio.
2. El plan o programa incluye la evaluación de riesgos de incendio cuando se está construyendo dentro del establecimiento o junto al mismo.
3. El plan o programa incluye la detección temprana del fuego y el humo.
4. El plan o programa incluye la contención y extinción del fuego y el humo.
5. El plan o programa incluye la salida segura de la instalación en caso de incendios y emergencias no relacionadas con el fuego.

ECG.24.2 El establecimiento realiza regularmente pruebas de su programa de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción; los resultados son documentados.

Elementos Medibles de ECG.24.2

1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de incendios con una frecuencia determinada por el establecimiento.
2. El programa de evacuación de seguridad contra incendios y humo se prueba al menos dos veces por año.
3. El personal está capacitado para participar en el programa de seguridad contra incendios y humo. El personal participa en al menos una prueba de seguridad contra incendios y humo por año.
4. Se documentan las inspecciones, pruebas y mantenimiento de equipos y sistemas.

Estándar ECG.25

El establecimiento elabora e implementa un programa para eliminar el tabaquismo entre el personal y los pacientes en todas sus áreas de la instalación.

Propósito de ECG.25

El establecimiento elabora e implementa un programa para eliminar el tabaquismo que:

- se aplica a todos los pacientes, familiares, al personal y a los visitantes; y
- elimina la autorización de fumar dentro de las instalaciones del establecimiento.

La política sobre tabaquismo identifica toda excepción a la política relacionada con los pacientes, como por ejemplo motivos médicos o psiquiátricos por los cuales un paciente tendría permiso para fumar.

Elementos Medibles de ECG.25

1. El establecimiento cuenta con una política y un programa implementados para eliminar el tabaquismo.
2. El programa se aplica a pacientes, familias, visitantes y personal.
3. Existe un mecanismo para la vigilancia de la aplicación del Reglamento de áreas libres de humo de tabaco.

Estándar ECG.26

El establecimiento planifica e implementa un plan o programa para inspeccionar, probar y mantener equipo médico; se documentan los resultados.

Propósito de ECG.26

A fin de asegurar que el equipo médico esté disponible para su uso, y que funcione debidamente, el establecimiento:

- hace un inventario del equipo médico;
- inspecciona regularmente el equipo médico;
- prueba el equipo médico según sea adecuado para su uso; y
- realiza un mantenimiento preventivo.

Existe personal calificado que presta estos servicios. El equipo se inspecciona y se prueba cuando es nuevo y posteriormente en forma continua, según sea adecuado para la antigüedad y el uso del equipo, o basándose en las instrucciones del fabricante. Se documentan todas las inspecciones, los resultados de pruebas y todo mantenimiento que se realice. Esto ayuda a asegurar la continuidad del proceso de mantenimiento y ayuda a planificar la inversión para las sustituciones, actualizaciones y demás cambios.

Elementos Medibles de ECG.26

1. El equipo médico se maneja, en todo el establecimiento, conforme a un plan o programa.
2. Existe un inventario de todo el equipo médico.
3. El equipo médico se inspecciona regularmente.
4. El equipo médico se prueba cuando es nuevo y según sea adecuado a partir de entonces.
5. Existe un programa de mantenimiento preventivo.
6. Existe personal calificado que presta estos servicios.

Estándar ECG.26.1

El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de circulación de productos y equipos.

Propósito de ECG.26.1

El establecimiento cuenta con un proceso para identificar, recuperar, devolver y/o destruir equipos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa del uso de todo equipo que deba ser retirado de circulación.

Elementos Medibles de ECG.26.1

1. Hay un sistema implementado de retiro de circulación de equipos.
2. La política o procedimiento se ocupa del uso de cualquier equipo que deba ser retirado de circulación.
3. Se implementa la política o el procedimiento.

Estándar ECG.27

Hay agua potable y energía eléctrica disponibles, mediante fuentes regulares o alternas, para satisfacer las necesidades de atención al paciente.

Propósito de ECG.27

En un establecimiento de atención médica es fundamental contar con un abastecimiento continuo de agua potable y energía eléctrica para cubrir las necesidades de atención de los pacientes. Pueden utilizarse fuentes regulares y alternas.

Elementos Medibles de ECG.27

1. Hay agua potable disponible.
2. Hay energía eléctrica disponible.

Estándar ECG.27.1

El establecimiento cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o falla de los sistemas de agua y electricidad.

Estándar ECG.27.2

El establecimiento prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema; se documentan los resultados.

Propósito ECG.27.1 y ECG.27.2

Los establecimientos de atención médica necesitan distintos equipos médicos y sistemas básicos según su misión, las necesidades de los pacientes y sus recursos. Independientemente del tipo de sistema y del nivel de sus recursos, un establecimiento necesita proteger a los pacientes y al personal contra fallas del sistema, interrupción o contaminación.

A fin de prepararse para tales emergencias, el establecimiento:

- identifica el equipo, los sistemas y las ubicaciones que representan un mayor riesgo para los pacientes y el personal. Por ejemplo, identifica dónde se necesita iluminación, refrigeración, agua limpia para la higiene y esterilización de suministros;
- evalúa y minimiza los riesgos de fallas de los sistemas básicos en estas áreas;
- planifica fuentes de emergencia de energía eléctrica y agua limpia para estas áreas y necesidades;
- prueba la disponibilidad y confiabilidad de las fuentes de emergencia de electricidad y agua; y
- documenta los resultados de las pruebas.

ECG.27.1 El establecimiento cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o falla de los sistemas de agua y electricidad.

Elementos Medibles de ECG.27.1

1. El establecimiento identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay fallas eléctricas, el agua está contaminada o se interrumpe su suministro.
2. El establecimiento procura reducir los riesgos de dichos eventos.
3. El establecimiento planifica fuentes alternas de electricidad y agua para emergencias.

ECG.27.2 El establecimiento prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema; se documentan los resultados.

Elementos Medibles de ECG.27.2

1. El establecimiento realiza periódicamente pruebas de fuentes alternas de agua y electricidad.
2. El establecimiento documenta los resultados de dichas pruebas.

Estándar ECG.27.3

Los sistemas de electricidad, agua, desechos, ventilación y demás sistemas claves, se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

Estándar ECG.27.4

El establecimiento recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades del establecimiento de actualizar o sustituir el sistema de servicios básicos.

Propósito de ECG.27.3 y ECG.27.4

El funcionamiento seguro, efectivo y eficiente de los sistemas básicos y demás sistemas claves en el establecimiento es fundamental para la seguridad de los pacientes, las familias, el personal y los visitantes, y para cubrir las necesidades de atención de los pacientes; por ejemplo, la contaminación por desechos en áreas de preparación de alimentos, la ventilación inadecuada en el laboratorio clínico y cables eléctricos pelados, son peligros de la instalación. A fin de evitar estos y otros peligros, el establecimiento cuenta con un proceso para la inspección regular de tales sistemas y para realizar el mantenimiento correspondiente. Durante las pruebas, se presta atención a los componentes críticos de los sistemas, por ejemplo, interruptores. Las fuentes de energía de emergencia y de respaldo se prueban bajo circunstancias planificadas que simulan los requisitos de carga reales. Las mejoras se hacen cuando es necesario, como por ejemplo mejoras del servicio eléctrico en áreas con equipos nuevos.

La calidad del agua puede cambiar de repente por muchas causas, algunas de las cuales pueden ser ajenas al establecimiento, como por ejemplo una ruptura de la línea que abastece al establecimiento o la contaminación de la fuente de agua de la ciudad. La calidad del agua es también un factor crítico en los procesos de atención médica, por consiguiente, el establecimiento implementa un proceso para controlar la calidad del agua periódicamente.

La frecuencia de los controles se basa, en parte, en experiencias previas de problemas con la calidad del agua. El control puede llevarlo a cabo personal nombrado por el establecimiento, como por ejemplo personal del laboratorio clínico o autoridades de salud pública, ajenas al establecimiento, que sean consideradas competentes para llevar a cabo tales pruebas, en cuyo caso es responsabilidad del establecimiento asegurarse de que estas pruebas se completen según la normatividad vigente.

El control de los sistemas básicos ayuda al establecimiento a evitar problemas y brinda la información necesaria para tomar decisiones relacionadas con las mejoras de los sistemas y para planificar la actualización o sustitución de los sistemas básicos. Los datos del control se documentan.

ECG.27.3 Los sistemas de electricidad, agua, desechos, ventilación y demás sistemas claves, se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

Elementos Medibles de ECG.27.3

1. El establecimiento identifica los sistemas claves.
2. Los sistemas claves se inspeccionan periódicamente.
3. Los sistemas claves se prueban periódicamente.
4. Los sistemas claves se mantienen periódicamente.
5. Los sistemas claves se mejoran, según corresponda.
6. La calidad del agua se controla periódicamente según la normatividad vigente.

ECG.27.4 El establecimiento recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo del establecimiento de actualizar o sustituir el sistema de servicios básicos.

Elementos Medibles de ECG.27.4

1. Se cuenta con un programa de gestión del sistema de servicios básicos.
2. Se recogen y documentan datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos.
3. Los datos de control se usan con fines de planificación y mejora.

Estándar ECG.28

El establecimiento educa y capacita a todo el personal acerca de sus roles para proporcionar una instalación segura y efectiva.

Estándar ECG.28.1

El personal está capacitado y conoce bien sus roles dentro de los planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias del establecimiento.

Estándar ECG.28.2

El personal está capacitado para operar y mantener equipo médico y sistemas de servicios básicos.

Estándar ECG.28.3

El establecimiento prueba periódicamente el conocimiento del personal mediante demostraciones, simulacros y demás métodos adecuados, los cuales se documentan.

Propósito de ECG.28 a ECG.28.3

El personal del establecimiento es la principal fuente de contacto con los pacientes, las familias y los visitantes. Por consiguiente, es preciso que sean educados y estén capacitados para desempeñar sus funciones de identificación y reducción de riesgos, protección de los demás y de sí mismos, y creación de una instalación segura y protegida. Cada establecimiento debe decidir el tipo y el nivel de capacitación para el personal, llevar a cabo y documentar un programa. El programa puede incluir instrucción en grupo, material educativo impreso, un componente de orientación para el personal nuevo o algún otro mecanismo que cumpla con las necesidades del establecimiento, instrucción sobre los procesos para denunciar riesgos potenciales, informe de incidentes y lesiones, manipulación de materiales peligrosos y de otros tipos que representen un riesgo para sí mismos y para los demás.

El personal responsable de la operación o el mantenimiento del equipo médico recibe una capacitación especial, que puede provenir del establecimiento, del fabricante del equipo o de alguna otra fuente.

El establecimiento planifica un programa diseñado para realizar periódicamente pruebas al personal sobre el conocimiento de los procedimientos de emergencia, incluidos procedimientos de seguridad contra incendios, respuestas ante peligros como derrame de un material peligroso y el uso de equipo médico, que representan un riesgo para los pacientes y para el personal. El conocimiento puede probarse mediante una gran variedad de medios, como por ejemplo demostraciones individuales o grupales, la realización de simulacros tales como una epidemia en la comunidad, el empleo de pruebas de conocimientos u otros medios adecuados. El establecimiento documenta quiénes fueron sometidos a pruebas y los resultados de las mismas.

ECG.28 El establecimiento educa y capacita a todo el personal acerca de sus roles para proporcionar una instalación segura y efectiva.

Elementos Medibles de ECG.28

1. Para cada componente del programa de gestión y seguridad de las instalaciones del establecimiento, hay una instancia educativa planificada que asegura que el personal pueda desempeñar efectivamente sus responsabilidades.
2. La educación incluye a los visitantes, vendedores, personal subrogado y demás personas, según sea adecuado para el establecimiento.

ECG.28.1 El personal está capacitado y conoce bien sus roles dentro de los planes de protección contra incendios, seguridad, materiales peligrosos y emergencias del establecimiento.

Elementos Medibles de ECG.28.1

1. El personal puede describir y/o demostrar su rol en respuesta ante un incendio.
2. El personal puede describir y/o demostrar acciones para eliminar, minimizar o notificar riesgos de seguridad y protección, entre otros.
3. El personal puede describir y/o demostrar precauciones, procedimientos y participación en el almacenamiento, manipulación y desecho de residuos y materiales peligrosos y en emergencias relacionadas.
4. El personal puede describir y/o demostrar procedimientos y su rol en emergencias y desastres, tanto a nivel interno como comunitario.

ECG.28.2 El personal está capacitado para operar y mantener equipo médico y sistemas de servicios básicos.

Elementos Medibles de ECG.28.2

1. El personal está capacitado para operar el equipo médico y los sistemas básicos correspondientes a los requisitos de su trabajo.
2. El personal está capacitado para mantener el equipo médico y los sistemas básicos correspondientes a los requisitos de su trabajo.

ECG.28.3 El establecimiento prueba periódicamente el conocimiento del personal mediante demostraciones, simulacros y demás métodos adecuados, los cuales se documentan.

Elementos Medibles de ECG.28.3

1. Se somete a prueba el conocimiento del personal respecto a su rol en el mantenimiento de una instalación segura y protegida.
2. Se documentan la capacitación y las pruebas del personal, estableciendo quiénes fueron capacitados y sometidos a prueba y cuáles fueron los resultados.

Estándar ECG.29

El gobierno del establecimiento aprueba y hacen pública la declaración de la misión de la Unidad.

Estándar ECG.29.1

El gobierno del establecimiento aprueba las políticas, planes y programas para el funcionamiento de la Unidad.

Estándar ECG.29.2

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

Estándar ECG.29.3

El gobierno del establecimiento aprueba el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones, periódicamente, basándose en los informes que se les presentan.

Propósito de ECG.29 a ECG.29.3

La prioridad para el gobierno del establecimiento es lograr que la organización tenga un claro liderazgo, funcione en forma eficiente y proporcione servicios de buena calidad. Por lo que sus responsabilidades se encuentran principalmente en el nivel de aprobación e incluyen:

- la aprobación de la misión del establecimiento;
- la aprobación (o definición de la autoridad de aprobación, cuando se delegue) de los planes o programas estratégicos y de gestión; y de las políticas y procedimientos necesarios para el funcionamiento diario del establecimiento;
- la aprobación de la participación del establecimiento en programas de educación para profesionales de la salud y en investigaciones, así como la supervisión de la calidad de tales programas;
- la aprobación del presupuesto para hacer funcionar al establecimiento; y
- el nombramiento o la aprobación de los mandos medios y superiores del establecimiento.

El gobierno del establecimiento desarrolla un proceso para la comunicación y cooperación con los directivos de la Unidad, con el objetivo de dar seguimiento a los planes y programas y cumplir con la misión.

ECG.29 El gobierno del establecimiento aprueba y hacen pública la declaración de la misión de la Unidad.

Elementos Medibles de ECG.29

1. El gobierno del establecimiento aprueba la misión del establecimiento.
2. El gobierno del establecimiento garantiza la revisión periódica de la misión del establecimiento.
3. Los responsables del gobierno del establecimiento hacen pública de la misión del establecimiento.

Ecg.29.1 El gobierno de establecimiento aprueba las políticas, planes y programas para el funcionamiento de la Unidad.

Elementos Medibles de ECG.29.1

1. El gobierno del establecimiento aprueba los planes y programas estratégico y de gestión, así como las políticas y procedimientos para el funcionamiento del establecimiento.
2. Cuando la autoridad de aprobación se delega, se encuentra definida en las políticas y procedimientos del gobierno del establecimiento.
3. El gobierno del establecimiento aprueba los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación; asimismo supervisan la calidad de dichos programas.

ECG.29.2 El gobierno del establecimiento aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

Elementos Medibles de ECG.29.2

1. El gobierno del establecimiento aprueba el presupuesto para el funcionamiento del establecimiento.
2. El gobierno del establecimiento asigna los recursos necesarios para cumplir con la misión del establecimiento.

ECG.29.3 El gobierno del establecimiento aprueba el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones, periódicamente, basándose en los informes que se les presentan.

Elementos Medibles de ECG.29.3

1. El gobierno del establecimiento aprueba el plan o programa de calidad y la seguridad del paciente.
2. El gobierno del establecimiento recibe periódicamente informes sobre el programa de calidad y seguridad del paciente, y toman medidas basándose en los mismos.

Estándar ECG.30

Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria.**Propósito ECG.30**

Los riesgos de la atención se reducen significativamente cuando se utiliza el equipo adecuado y este funciona de manera correcta. Esto es particularmente cierto en áreas clínicas tales como los servicios de hemodiálisis. Los suministros y medicamentos adecuados también están a disposición y son adecuados para su uso planificado y situaciones de urgencia. Cada establecimiento entiende los equipos requeridos o recomendados, los insumos y los medicamentos necesarios para prestar los servicios planificados a su población de pacientes, los cuales pueden provenir de un organismo gubernamental, de organizaciones nacionales o internacionales o de otras organizaciones profesionales.

Elementos Medibles de ECG.30

1. El establecimiento identifica las recomendaciones de organismos gubernamentales y demás fuentes de autoridad en relación con el equipo y los insumos que se necesitarán para proporcionar los servicios planificados.
2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado.
3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados.

Estándar ECG.31**Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados.****Propósito de ECG.31**

Los establecimientos proporcionan servicios de manera directa o a través de la subrogación, por ejemplo: servicios de laboratorio, limpieza y vigilancia, en cuyo caso, debe existir un contrato que especifique los requerimientos de calidad de dicho servicio y una supervisión adecuada (técnica y directiva) a fin de asegurar que se cubran las necesidades del paciente como parte de las actividades de gestión y mejora de la calidad del establecimiento.

Algunas fuentes que habitualmente se consideran para la definición de requerimientos de calidad son: la normatividad vigente, las guías y lineamientos, las políticas y programas del establecimiento, así como términos de referencia técnica.

Los directivos y responsables de áreas o servicios reciben informes de la calidad de los servicios subrogados y toman decisiones basándose en los mismos; asimismo, se aseguran de que los informes se incorporen al proceso de control de calidad del establecimiento, cuando corresponda.

Elementos Medibles de ECG.31

1. Existe un proceso para la supervisión de contratos por parte de los directivos y responsables de áreas técnicas correspondientes.
2. Los servicios subrogados cubren las necesidades de los pacientes.
3. Los servicios subrogados se controlan como parte del plan o programa de gestión y mejora de la calidad y seguridad del establecimiento.
4. Los directivos y responsables de áreas reciben informes de calidad de los servicios subrogados y toman medidas basándose en los mismos.
5. Todos los servicios subrogados, cuentan con la autorización del establecimiento para ser prestados, dicha autorización se basa en cláusulas de calidad para la prestación de servicios.

Estándar ECG.32**Se capacita a los líderes médicos, de enfermería y demás profesionales de la salud en los conceptos de mejora de la calidad para su participación activa en el proceso.**

Propósito de ECG.32

El principal propósito de un establecimiento de atención médica es proporcionar atención al paciente y trabajar para mejorar los resultados de dicha atención aplicando los principios de mejora de la calidad. Por consiguiente, los líderes médicos, de enfermería y otros necesitan:

- estar educados o familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad;
- participar personalmente en los procesos de mejora de la calidad y seguridad del paciente; y
- garantizar que el control clínico incluya oportunidades para controlar a su vez el desempeño profesional.

Elementos Medibles de ECG.32

1. Los líderes médicos, de enfermería y otros recibieron educación o están familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad.
2. Los líderes médicos, de enfermería y otros participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. El desempeño profesional se controla como parte del control clínico.

Estándar ECG.33

Los directivos del establecimiento aseguran que haya programas estandarizados para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal.

Propósito de ECG.33

La capacidad de un establecimiento para atender a sus pacientes está directamente relacionada con su capacidad para atraer y retener personal calificado y competente. Los directivos y responsables de áreas reconocen que la retención del personal, más que el reclutamiento, proporciona un mayor beneficio a largo plazo. La retención aumenta cuando los líderes apoyan el avance del personal mediante la capacitación y educación continua, por lo tanto, planifican e implementan programas y procesos estandarizados relacionados con el reclutamiento, retención, desarrollo, capacitación y educación continua de cada una de las categorías del personal.

Elementos Medibles de ECG.33

1. Existe un proceso planificado para el reclutamiento del personal.
2. Existe un proceso planificado para la retención del personal.
3. Existe un proceso planificado para el desarrollo individual y la educación continua del personal.
4. La planificación se hace en colaboración, e incluye a todas las áreas y servicios del establecimiento.

Estándar ECG.34

Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planifican e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad.

Propósito de ECG.34

Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con el establecimiento. Estos líderes:

- respaldan la buena comunicación entre los profesionales;
- planifican y elaboran conjuntamente políticas que guían la prestación de los servicios clínicos;
- aseguran la práctica ética de sus profesiones; y
- supervisan la calidad de la atención al paciente.

Los líderes del personal médico y de enfermería crean una estructura organizacional adecuada y efectiva a fin de llevar a cabo estas responsabilidades. La estructura puede estar sumamente organizada con estatutos, reglas y reglamentaciones, estar constituida de manera informal. En general, la estructuras:

- incluye todo el personal clínico relevante;
- coincide con la misión y la estructura del establecimiento;
- es adecuada para la complejidad y la cantidad de personal profesional del establecimiento; y
- es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

Elementos Medibles de ECG.34

1. Existe una estructura organizacional efectiva que incluye líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
2. La estructura es adecuada para el tamaño y la complejidad del establecimiento.
3. La estructura y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.
4. La estructura y procesos organizacionales respaldan la planificación clínica y la elaboración de políticas.
5. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.
6. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

SiNaCEAM

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

**Homero No. 213, Piso 2, Col. Chapultepec Morales,
C.P. 11570, Deleg. Miguel Hidalgo, Ciudad de México.**

Tel.: (55) 2000-3400 Ext. 59036

www.csg.gob.mx