



Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León

DIRECTORIO

Dr. Samuel Alejandro García Sepúlveda

GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

Dra. Alma Rosa Marroquín Escamilla

SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.

Dra. María Mirthala Cavazos Parra

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

Dr. Reynaldo Cantú Shay

SUBSECRETARIO DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

Dr. Roberto Montes de Oca Luna

DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

Dr. César Sandoval Leal

SECRETARIO TÉCNICO DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.

Dr. Sergio Salvador Chapa Valencia

DIRECTOR JURÍDICO DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.

Dr. Vicente Arturo López Limón

DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.

Dr. Ángel Espinoza López

DIRECTOR DE PLANEACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.

Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde

DIRECTOR DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.

Dr. Orfelio Serna Sánchez

DIRECTOR DE HOSPITALES DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.

Dra. María del Socorro Rodríguez Flores

DIRECTORA DE JURISDICCIONES SANITARIAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.

ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde

Director de Calidad de Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D.

Dr. Luis Antonio Cervantes Aguilera

Mtra. María Guadalupe Martínez León

Mtra. Laura Rebolledo Iglesias

Dr. Alberto Sánchez Rodríguez

Lic. Olivia Guadalupe Velarde García

Mtra. Lorena del Carmen Villegas Amézaga

COLABORADORES

Dr. Armando Romeo Aguilar Cano

Departamento de Calidad del Hospital Metropolitano
Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D.

Dra. Laura Magali Arvizu García

Secretaria Técnica Adjunta de la Dirección General
Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D.

Ing. Elsa Guadalupe Cárdenas Gámez

Líder de Acreditaciones
Hospitales TecSalud del Tecnológico de Monterrey

Dra. Mercedes Alejandra Flores Martínez

Departamento de Calidad del Hospital Metropolitano
Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D.

Lic. Nora Nelly González González

Gerente de Calidad
Hospital Ginequito y Hospital Regiomontano

Dr. Diego González Oropeza

Secretario Técnico del Hospital Regional Materno Infantil
Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D.

Lic. Miros Ruhama Hernández González

Jefa del Departamento de Nutrición del Hospital Regional Materno Infantil
Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D.

Dra. Sandra Lorena Maldonado García

Jefatura de Calidad y Certificaciones
Clínica Cuauhtémoc y Famosa
Grupo Cuauhtémoc Moctezuma S.A. de C.V.

Dr. Rodolfo Márquez Martín

Secretario de la Subdirección de Planeación Desarrollo y Calidad
Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Facultad de Medicina de la
Universidad Autónoma de Nuevo León

C. Jessica Brizzeidy Martínez Salas

Personal de los Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D.

Dra. Clara Isabel Páez García

Gerente Corporativa de Calidad y Seguridad Integral
Sistema de Salud CHRISTUS Muguerza

Dra. María del Carmen Peniche Lozano

Jefa del Departamento de Calidad de la Atención Médica
Secretaría de Salud del Estado de Quintana Roo

Dr. Juan Antonio Rodríguez Araujo

Jefe de Área de Medicina en el Centro de Salud Universitario
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dra. Valeria Salazar Soto

Médico Pasante del Servicio Social
Secretaría de Salud de Nuevo León

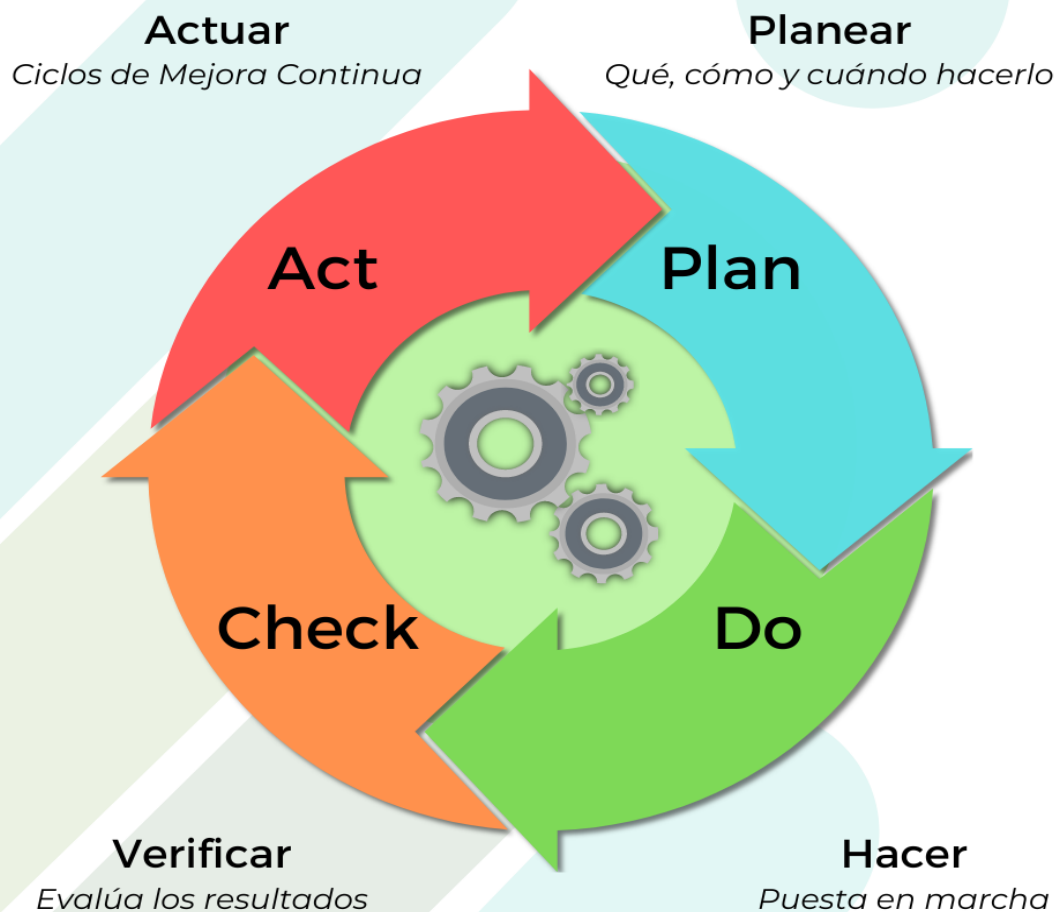
CONTENIDO

PRIMERA SECCIÓN: Modelo de Calidad en Salud Nuevo León	9
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	10
JUSTIFICACIÓN	15
FUNDAMENTO NORMATIVO	17
OBJETIVO DEL MODELO	19
ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	19
INTEGRACIÓN DEL MODELO	20
DESARROLLO DEL SISTEMA	23
NIVELES DE MADUREZ ORGANIZACIONAL	25
.....	27
SEGUNDA SECCIÓN: Catálogo Único de Criterios para la Evaluación de Establecimientos de Atención Médica	28
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	29
CRITERIOS DEL MODELO	30
ESTRUCTURAS	31
1. Filosofía	31
2. Liderazgo	33
3. Capital Humano	34
4. Infraestructura	37
5. Proveedores	41
PROCESOS	42
6. Estrategias Organizacionales	42
7. Enfoque de Procesos	43
8. Operación de la Organización	44
9. Atención Centrada en las Personas	51
10 Seguridad del Paciente	57
11 Responsabilidad Social	67
12 Gestión de la Innovación y la Mejora Continua	68
RESULTADOS	69
13 Evaluación de Resultados	69

14	Impacto Social	71
15	Innovación y Mejora Continua	71
16	Análisis Comparativo	72
	GLOSARIO	73
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

Primera Sección

Modelo de Calidad en Salud Nuevo León



PRIMERA SECCIÓN: Modelo de Calidad en Salud Nuevo León

PRESENTACIÓN

El Modelo de Calidad en Salud Nuevo León es una obra que refleja la dedicación, el compromiso y la visión de la Secretaría de Salud del estado para ofrecer servicios médicos de excelencia que impacten positivamente en la vida de cada individuo. En un mundo en constante evolución, donde la atención de salud se erige como un pilar fundamental del bienestar, este modelo emerge como un faro que guía el camino hacia la excelencia, la calidad en la prestación de servicios y la humanización de la atención.

La importancia de este modelo radica en su enfoque integral, que abarca desde elementos de infraestructura hasta la medición de indicadores, pasando por la capacitación y formación continua, la gestión por procesos, la atención centrada en la persona y la humanización de los cuidados, y, sobre todo, la mejora continua y la innovación. Estos aspectos, en conjunción, definen la esencia misma de la calidad en salud, un paradigma que trasciende la mera prestación de servicios médicos para generar valor a los usuarios, los profesionales, las organizaciones y la sociedad neoleonesa.

La Secretaría de Salud entiende los desafíos y las oportunidades que presenta la atención de salud en la actualidad y que se reflejan en cada página de este documento. Los elementos que componen esta obra se entretajan alrededor de un sólido hilo conductor, que permite al lector adentrarse en el mundo de la calidad, la mejora continua, la atención centrada en las personas y la innovación de manera sistemática y enriquecedora. El presente documento se convierte en una herramienta invaluable para el estado de Nuevo León, los profesionales de la salud, las instituciones académicas y cualquier individuo comprometido con la elevación de los criterios de atención en salud. Su contenido, respaldado por la experiencia práctica y la sabiduría acumulada del equipo de trabajo de la Dirección de Calidad, brinda una guía detallada, paso a paso, para transformar los servicios de salud en lugares de calidez, empatía y calidad.

En última instancia, el Modelo de Calidad en Salud Nuevo León trasciende las palabras para convertirse en un llamado a la acción, a la colaboración y al cambio positivo. La visión que encierra este manual refleja el compromiso con el bienestar de las personas, la búsqueda constante de la mejora y el anhelo de dejar una huella imborrable en la atención de salud.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

A lo largo de la historia dentro de los sistemas de salud la prestación de atención médica y su relación con la calidad no han tenido un desarrollo uniforme. Sin embargo, desde hace algunos años se han realizado diversos esfuerzos para revertir esta situación, intervenciones que tienen como objetivo elevar el nivel de calidad de los servicios y que este sea sostenible a lo largo del tiempo (1).

La calidad de los servicios médicos es una prioridad para los profesionales de la salud, los investigadores, el público y los gobiernos de todo el mundo, esto debido a la aspiración de la mejora de las capacidades de las organizaciones de salud con la intención de que éstas sean altamente confiables y efectivas (2). El grado o nivel de calidad medible en los servicios de salud traduce los resultados alcanzados por los esfuerzos e intervenciones desplegadas que permiten garantizar la implementación de todas sus dimensiones dentro del contexto asistencial (3).

Con la finalidad de alcanzar a establecer un nivel de calidad dentro de los establecimientos de atención médica, los modelos de gestión de la calidad teóricos sirven como marcos de referencia que, a través de elementos, métodos y herramientas específicas, tanto directivas como técnicas, permiten a la organización desarrollar, implantar y evaluar la gestión de la calidad dentro de su sistema (4).

Generalidades e historia de la Calidad en Salud

Desde tiempos remotos la atención de los enfermos ha sido una tarea primordial dentro de las sociedades, de la cual se espera que quien atiende al enfermo lo haga por un sentido de vocación y tomando como referencia el mejor conocimiento disponible, procurando el bienestar de aquel que sufre. En este sentido, a lo largo del tiempo diversas culturas han realizado acciones a través de tradiciones, costumbres, leyes o normas destinadas a lograr la mejor atención de salud dentro del contexto de su época; sentando así las bases de lo que hoy conocemos como calidad asistencial o calidad en salud (5).

La calidad ha acompañado siempre a la humanidad, sin embargo, no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se evaluaba con los métodos y herramientas que conocemos en la actualidad. En sus inicios la calidad era parte de los acuerdos de relaciones comerciales, era un compromiso, entre caballeros, entre proveedores y clientes; pero fue hasta el siglo XVIII que comenzó a tomar forma como la conocemos hoy, debido al auge en los

negocios y la producción de bienes a gran escala durante la revolución industrial (6).

Podemos hablar de cinco etapas históricas de la calidad en salud, las cuales comprenden: los albores de la civilización, período helenista y romano, humanismo y renacimiento hasta la revolución industrial, era del control estadístico de la calidad y la publicación del informe *Errar es humano* a la actualidad.

- Los albores de la civilización: En este período de las antiguas civilizaciones encontramos los primeros escritos médicos y las primeras leyes o normas establecidas para procurar una atención más segura de los enfermos; siendo quizás el texto más popular el Código de Hammurabi (1772 a.C.) proveniente de la antigua Mesopotamia, dentro del cual once leyes hacen referencia al acto médico, siendo quizás la más famosa la ley del Talión, que buscaba procurar el bien de los enfermos a través de un enfoque punitivo. En la India el Ayurveda (2000 a.C.) busca establecer la procuración del bienestar de los enfermos como un imperativo vocacional; por otro lado, en la antigua China diversos escritos hacen referencia al buen actuar del sanador y su compromiso con la recuperación de los enfermos (5,7).
- Período Helenista y Romano: Uno de los mayores aportes de los helenos fue la transformación que sufrió la práctica médica dentro de su civilización, en donde esta se alejó por primera vez de la magia, la religión y el misticismo, centrándose en la exploración del enfermo y un enfoque racional para el estudio de sus signos y síntomas; de manera adicional los helenos sentaron las bases para algunas de las prácticas de higiene que usamos hoy en día contribuyendo así a una atención más segura. Lo anterior sin olvidar las aportaciones de Hipócrates de Cos (c. 460-370 a. C.) con su principio *Primum Non Nocere* donde se establece que el acto médico no debe causar daño al paciente, plasmado por primera vez en el juramento hipocrático. Por su parte los romanos fueron los primeros en oficializar la práctica de la medicina, establecieron algunas sociedades médicas y de manera adicional el emperador Alejandro Severo, gobernante del 222-235 d.C., decretó la normalización de la enseñanza de la medicina (5,8).
- Humanismo y Renacimiento hasta la Revolución Industrial: Posterior a la caída del Imperio Romano se puede decir que los avances en materia de la práctica médica mermaron derivado del fundamentalismo religioso del Medioevo; durante dicha etapa

quiénes contribuyeron de gran manera fueron los árabes, como fue el caso de Avicena (c. 980- 1037) con la publicación del Canon de Medicina. Durante el Humanismo y Renacimiento se retoma el aspecto de la práctica médica como una ciencia, como fue el caso de Andreas Vesalio (1514-1564) con el estudio de la anatomía; otro caso fue el de Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) quién tras estudiar la fisiopatología de la fiebre puerperal propuso la higiene de manos de los médicos con una solución antiséptica en el Hospital General de Viena; por su parte Florence Nightingale (1820-1910) estableció los principios de la técnica aséptica; en el este de Europa Joseph Lister (1827-1912), instauró en 1867 el uso de los antisépticos para la limpieza del instrumental médico, las manos de los médicos y la limpieza de heridas (5,8,9).

- La Era del Control Estadístico de la Calidad: Fue en Estados Unidos donde el cirujano Ernest Codman (1869-1940) publicó en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en hospitales, donde enunció la importancia de compartir resultados y el establecimiento de análisis comparativos entre nosocomios, posteriormente el American College of Surgeons (ACS) aplicaría estos principios en sus campos particulares. Posterior en 1964 el doctor Elihu M. Schimmel profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, publicó su artículo “Los peligros de la hospitalización”, en donde hizo alusión a las iatrogenias que sufrían los pacientes durante los procesos asistenciales, las intervenciones antes mencionadas motivaron a otros profesionales a realizar sus propias investigaciones, sentando las bases de la seguridad del paciente (5,10).
- Calidad Asistencial a partir de la publicación Error es Humano a la actualidad: Fue en 1999, cuando el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos (Institute of Medicine, National Academy of Sciences – IoM, NAS) publicó el informe “Error es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro”, el cual marco un hito en la historia de la calidad en salud y a partir del cual la seguridad de los pacientes se convirtió en un pilar fundamental para todos los sistemas de salud. Para el año en 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, propició la fundación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y posteriormente en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el primer reto global de atención segura titulado: “Atención Limpia es una Atención Segura”; luego, vino el Segundo Reto Global: “Cirugía segura”; y actualmente se ha lanzado el Tercer Reto Global: “Medicación sin daños”. A la par en el 2005 en España

se realizaba el “Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS)” el cual buscaba determinar la incidencia de eventos adversos y de pacientes con eventos adversos en los hospitales españoles. Por otro lado, en 2007, en América Latina, se realizó el estudio “Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos” (IBEAS) que abordó la prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica, que incluyó 11,379 pacientes de 58 hospitales de cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, se trató de un proyecto desarrollado en conjunto con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recientemente, en el año 2012 se funda el Patient Safety Movement con la intención de fortalecer la eliminación de los errores médicos en los Estados Unidos, la cual actualmente tiene presencia a nivel internacional (5,11,12).

Historia de la Calidad en Salud en México

La gestión de la calidad dentro de los establecimientos de atención médicos mexicanos se basó principalmente en esquemas y modelos concebidos en otras culturas e industrias, así llegó a México la influencia norteamericana en la concepción de la calidad total.

En nuestro país, existen antecedentes de la evaluación de la calidad en los establecimientos de atención médica (EAM) a partir de las primeras auditorías médicas llevadas a cabo en los años 50 dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), éstas evolucionado de forma paulatina hasta nuestros días como se resume en la figura 1 (13,14).

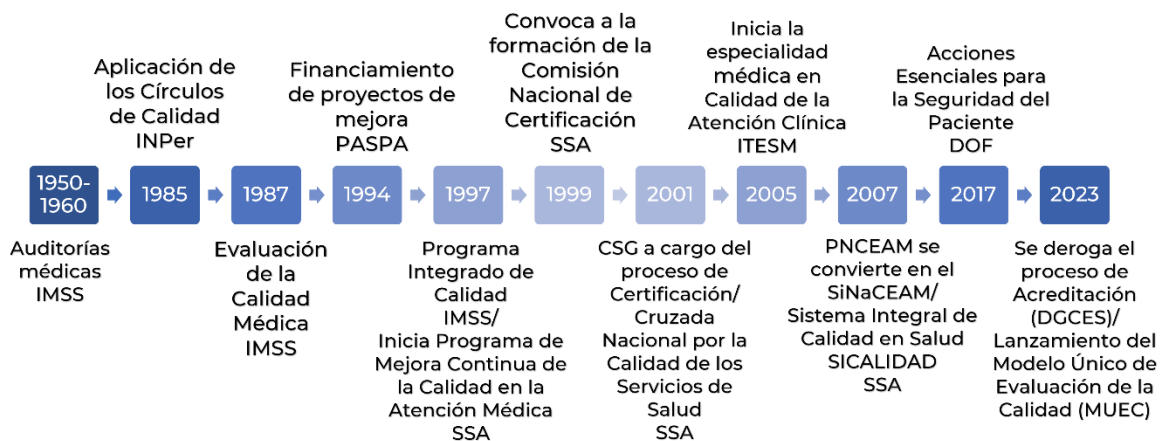


Figura 1. Línea del tiempo que resume la historia de la calidad en las organizaciones de salud de nuestro país.

A lo largo de los últimos 60 años, México ha impulsado distintas iniciativas que atraviesan de acuerdo con diversos autores, al menos cinco etapas que podemos resumir de la siguiente manera: la primera, donde los esfuerzos se centraron en los resultados, es decir, un abordaje enfocado en la productividad. Una segunda fase donde el énfasis se centró en el control de los procesos bajo un estricto enfoque estadístico. La tercera, donde se impulsó el conocimiento y la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, misma donde se incorporó como mecanismo de garantía de calidad los procesos de acreditación y la certificación de establecimientos de atención médica. La cuarta etapa donde se enfatiza el papel central de la gestión de calidad, operada obviamente por Gestores de Calidad, y en la que se enfatiza la satisfacción de los usuarios externos e internos (14). Por último, encontramos una quinta etapa en la cual se reestructura el proceso de certificación con un nuevo modelo el cual busca adoptar un enfoque centrado en las personas, sus familias y la sociedad.

JUSTIFICACIÓN

Recientemente se han vivido cambios importantes relacionados con los procesos de acreditación y certificación dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), mismos que suponen un reto para todos los establecimientos de atención médica en cuanto a la gestión de la calidad y la obtención de distintivos que respalden la implementación y despliegue de buenas prácticas y criterios para la excelencia operativa.

El proceso de acreditación operado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) fue derogado en abril de 2023, con lo cual el Estado de Nuevo León cierra dicha actividad con un 97.8% de unidades acreditadas de acuerdo con los criterios de capacidad, calidad y seguridad del paciente en los cuales se basaba el proceso.

En el mismo mes se publica en el DOF la obligatoriedad del Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) para los Servicios de Salud Estatales, con el propósito de obtener la certificación ante el Consejo de Salubridad General (CSG). Para ello, la DGCES funciona como la unidad administrativa operativa y el Consejo de Salubridad General como la parte rectora, unificando de esta manera los antiguos procesos de acreditación y certificación.

El cambio antes mencionado responde principalmente a la falta de una estrategia coherente que permita aprovechar las mejoras y el camino recorrido en materia de la certificación de establecimientos de atención médica truncando la posibilidad de establecer un Sistema de Salud moderno, eficiente, efectivo, seguro, equitativo y fundamentalmente humano. Es en este contexto que la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León está decidida a concretar, a través de la Dirección de Calidad, las acciones necesarias para mejorar la situación actual de salud de la población, siendo el gran desafío la construcción de un sistema de alta calidad que responda a las necesidades de la sociedad neoleonesa.

La Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León, en el marco de la calidad de la atención en salud, con enfoque en la seguridad del paciente y en la mejora continua de los servicios ofertados en el estado, desarrolla de la mano de la Dirección de Calidad el Modelo Calidad en Salud Nuevo León para brindar la mejor atención posible, permitiendo, combinar la excelencia médica con un enfoque humanizado, centrado en la persona y adaptado a las necesidades cambiantes de los usuarios de los servicios. Se trata de un esfuerzo de gran envergadura, que a través de acciones

inmediatas y mediatas logrará concretar en el mediano y largo plazo el objetivo de contar con un sistema de salud en el estado altamente competitivo. En esta orientación, el modelo está dirigido a mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud que brindan los establecimientos de atención médica tanto públicos, universitarios, sociales y privados, de manera que el estado de Nuevo León sea el mejor lugar para nacer, crecer, desarrollarse y vivir.

De esta manera la Secretaría de Salud, busca mejorar la satisfacción y experiencia de los ciudadanos y fortalecer el compromiso con la excelencia en la gestión pública; comprometido en establecer acciones que contribuyan al mejoramiento continuo de la prestación de servicios de salud en el estado y fomentar la conciencia de responsabilidad en pro de la seguridad del paciente desde un enfoque humanizado.

FUNDAMENTO NORMATIVO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- DOF 05-02-1917 F.E. DOF 06-02-1917 Ref. DOF. Última reforma 30-09-2024.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León

- POE 16-12-1917. Última reforma 29-05-23.

Leyes

- Ley General de Salud. DOF 07-02-1984. Ref. DOF. Última Reforma 07-06-2024.

-Reglamentos-

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Federal. DOF 19-01-2004. Última reforma 07-02-2018.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Nuevo León. POE 31-01-2022.
- Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Nuevo León. POE 20-05-2022.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. DOF 14-05-1986. Última reforma 17-07-2018.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. DOF 06-01-1987. Última reforma 02-04-2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitarios de Actividades, establecimientos, productos y servicios. DOF 18-01-1988. Última reforma 28-12-2004.
- Reglamento de Insumos para la Salud. DOF 04-02- 1998. Última reforma DOF 31-05-2021.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. DOF 20-02-1985- Última reforma 26-03-2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. DOF 26-03-2014.

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. DOF 15-10-2012.

- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2012, Para la Vigilancia epidemiológica. DOF 19-02-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. DOF 22-09-199.
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Para la prevención y el control de las enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. DOF 28-09-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. DOF 30-11- 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. DOF 05-09-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. DOF 04-09-2013.

OBJETIVO DEL MODELO

El Modelo de Calidad en Salud Nuevo León, busca orientar, organizar y dirigir los procesos de garantía y mejora continua destinados a lograr atención segura, oportuna, eficiente, equitativa, centrada en la persona, efectiva e integrada; con la finalidad de distinguir a aquellas organizaciones de salud que han alcanzado cierto nivel de madurez en la gestión de la calidad.

De esta manera el modelo contribuye a que las instituciones sean capaces de alcanzar los mejores resultados clínicos y de gestión posibles, así como a mejorar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios de los distintos establecimientos de atención médica del estado de Nuevo León.

ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

La evaluación propuesta por el Modelo de Calidad en Salud Nuevo León es aplicable a los establecimientos de atención médica de los sectores público, universitarios, social y privado ubicados dentro del estado de Nuevo León.

INTEGRACIÓN DEL MODELO



Gráfico 1. Conceptualización esquemática del Modelo de Gestión de Calidad Nuevo León (2024).

La imagen anterior ofrece un modelo conceptual y gráfico que identifica los componentes contemplados dentro del Modelo de Calidad en Salud Nuevo León, y como estos se articulan mediante interrelaciones y dependencias para que, de forma coordinada, mejoren la gestión de las organizaciones de salud y las encaminen a alcanzar sus objetivos.

Descripción de Componentes

El Modelo de Calidad en Salud Nuevo León está encaminado a la mejora de la calidad, la satisfacción y bienestar de las personas, familiares y profesionales de la salud, este cuenta con un enfoque de gestión por procesos centrados en la persona, en las comunidades y la población, con el fin de permitir a las organizaciones transitar paulatinamente hacia el sostenimiento de la calidad en la atención médica y al desarrollo de organizaciones altamente competitivas.

El modelo es un mecanismo de evaluación de la calidad que representa un ciclo, teniendo como eje central a las personas. La atención centrada en las personas es una propuesta para la buena vida desde la atención sanitaria; se trata de una perspectiva para cuidar bien y ganar calidad de vida en las personas, respetando su dignidad y apoyando sus proyectos de vida tomando en cuenta sus necesidades y expectativas (15).

Dentro de su estructura el modelo contempla la nomenclatura de calidad en salud propuesta por Avedis Donabedian en 1966, desplegándose los componentes de: Estructuras, Procesos y Resultados.

- **Estructuras:** los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención, entre ellos el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control; el espacio, el equipo y otros medios físicos, antes considerados como “amenidades” (16).
- **Procesos:** parte de la premisa de que un resultado que se desea alcanzar se consigue de forma más eficiente cuando las actividades a realizar y los recursos necesarios se gestionan como un proceso definido y estructurado (17). Este sigue una secuencia lógica y establece las bases necesarias para alcanzar un objetivo concreto, de forma adicional sirve como guía para el entendimiento de las actividades de la organización.
- **Resultados:** son básicamente cambios en el estado de la salud, en el paciente o en la población que pueden atribuirse al ciclo de atención. Una visión amplia incluye los cambios en los conocimientos relacionados con la salud, la educación para la salud, las actitudes y el comportamiento del paciente, así como las modificaciones de los hábitos individuales y poblacionales (16). De manera adicional, se contemplan aquellos resultados generados de los procesos diseñados e implementados, los proyectos de mejora e iniciativas de innovación, así como de las actividades de control para el aseguramiento de la calidad.

Cabe mencionar que Avedis Donabedian hizo énfasis en que el análisis de procesos y resultados no significa una separación entre medios y fines, sino una "cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines"; estableciendo así que el proceso asistencial es un continuo (18).

Dentro de los componentes antes mencionados se contemplan ciertos elementos ligados e indispensables para la mejora de la calidad, en el caso de Estructuras se consideran los elementos normativos para la operación del sistema, los recursos tanto humanos como materiales y las tecnologías de la información, que abarca desde innovaciones, equipos, softwares o dispositivos. Por su parte, el componente de Procesos considera la planeación y diseño de los procesos, la ejecución e implementación de estos y su análisis mediante el monitoreo y seguimiento. Por último, el componente de Resultados comprende los indicadores de calidad y de salud que defina la organización, los resultados de valor para los usuarios, los profesionales y la organización, así como el impacto social de la organización como unidad modelo dentro de su contexto.

Los componentes y elementos del modelo se encuentran inmersos en aspectos transversales indispensables para la mejora de la calidad asistencial, los cuales son: equidad, efectividad clínica, oportunidad, centrado en la persona y la sustentabilidad; estos aspectos hacen semblanza a las dimensiones de la calidad enunciadas por el Institute of Medicine (IOM) y la National Academy of Sciences (NAS) de los Estados Unidos, principios rectores aspiracionales para todas las organizaciones de salud (19).

DESARROLLO DEL SISTEMA

Las organizaciones que cumplan con los criterios y subcriterios del Modelo de Calidad en Salud Nuevo León han logrado implementar y desarrollar un sistema de gestión de la calidad a lo largo de su desarrollo y crecimiento, conforme a las etapas del ciclo de Deming, las cuales son: planear, hacer, verificar y actuar como se muestra en el Gráfico 2.

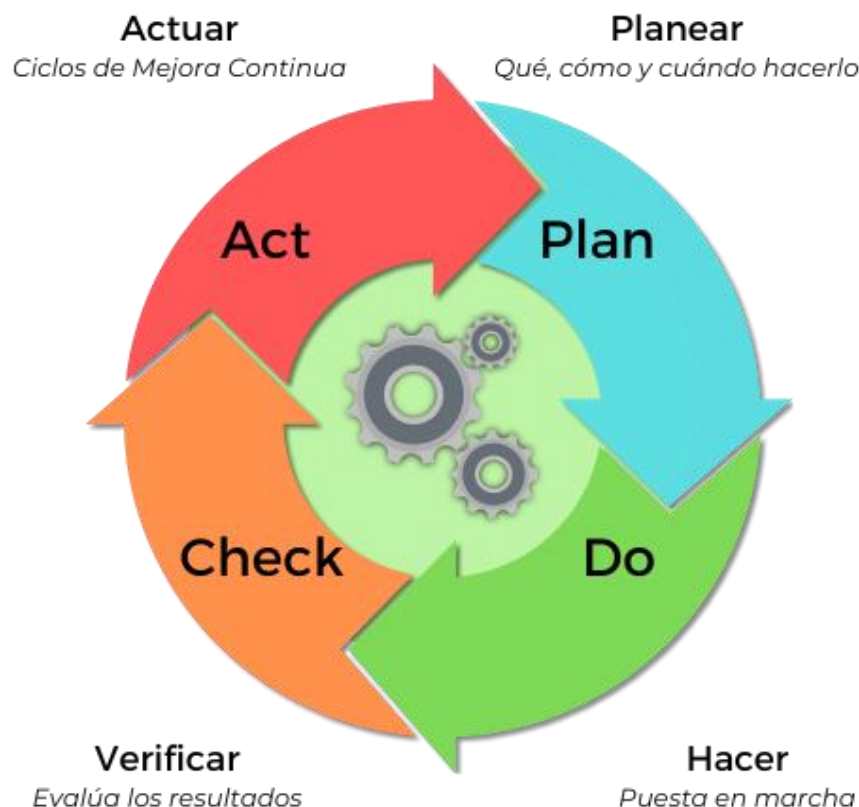


Gráfico 2. Ciclo PDCA o Ciclo de Deming.

Sobre el Ciclo PDCA es importante considerar:

- **Plan (Planear):** la organización define los objetivos, como alcanzarlos y como medir su progreso.
- **Do (Hacer):** la organización realiza las acciones necesarias, generando la evidencia documental correspondiente y da seguimiento.
- **Check (Verificar):** la organización mide, evalúa y analiza la efectividad de las acciones realizadas.

- **Act (Actuar):** la organización analiza los resultados obtenidos y en su caso realiza acciones correctivas, de mejora continua y/o de innovación.

Si bien la metodología PDCA es un referente en la calidad en salud, el Modelo de Calidad en Salud Nuevo León con la finalidad de fomentar la creatividad e innovación, no limita a las organizaciones a hacer uso exclusivo de esta metodología. De esta manera, los establecimientos podrán hacer uso de aquellas que considere pertinentes siempre y cuando les permitan seguir una línea sistemática y secuencial, adicional las organizaciones deberán tomar en consideración que estas se ajusten a sus objetivos, necesidades y contexto,

NIVELES DE MADUREZ ORGANIZACIONAL

Las organizaciones de salud sustentadas en el conocimiento de sus procesos y aprendizaje organizacional alcanzan niveles de madurez en materia de calidad que le permiten determinar sus capacidades, esto permite encaminar a las organizaciones a un mejor posicionamiento o tener una transición para convertirse en instituciones altamente competitivas.

El Modelo de Calidad en Salud Nuevo León contempla tres niveles de madurez, los cuales son alcanzables de acuerdo con el grado de cumplimiento de los criterios y subcriterios que componen el modelo.



- **Nivel Oro:** La cultura de la mejora continua y la innovación es parte de las conductas del talento humano, la toma de decisiones considera el conocimiento organizacional, incluyendo alternativas para resolver problemas; los procesos implementados son referentes por su desempeño y resultados. La organización se posiciona como un ejemplo en su contexto y como una unidad modelo.



- **Nivel Plata:** Existe aplicación sistémica y sistemática de los criterios y subcriterios del modelo, comienza la consolidación del sistema, se cuenta con estrategias de evaluación y seguimiento implementadas. El talento humano trabaja en concordancia con los objetivos estratégicos y metas organizacionales; comienza el desarrollo y evaluación de mejoras, buenas prácticas y se contempla el desarrollo de innovación.



- **Nivel Bronce:** Se trabaja desde un enfoque de procesos y visión de sistema, la organización se encuentra en una fase temprana de implementación del modelo. Cuenta con estrategias y acciones de planeación, organización y control orientadas al talento humano, los procesos y los usuarios. Alinea objetivos y estrategias con indicadores institucionales.

Segunda Sección

Catálogo Único de Criterios para la Evaluación de Establecimientos de Atención Médica Versión 1.0



SEGUNDA SECCIÓN: Catálogo Único de Criterios para la Evaluación de Establecimientos de Atención Médica

Como se ha mencionado en este documento, el Modelo de Calidad en Salud Nuevo León está dirigido a mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud que brindan los establecimientos de atención médica tanto públicos, universitarios, sociales y privados, con la intención de que el estado de Nuevo León sea el mejor lugar para nacer, crecer, desarrollarse y vivir.

La segunda sección de este documento está conformada por el Catálogo Único de Criterios para la Evaluación de Establecimientos de Atención Médica, este es el resultado de la integración y armonización de la mejor evidencia disponible en materia de calidad en salud, misma que fue seleccionada mediante un consenso de expertos con experiencia en instituciones públicas y privadas, así como en modelos de gestión de calidad en salud; los criterios que se presentan en este documento cumplen con atributos de claridad, solidez científica, aplicabilidad, flexibilidad, pertinencia y especificidad.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios: constituyen una descripción precisa de las características o parámetros que deben cumplir los establecimientos u organizaciones para considerar que estos brindan servicios de alta calidad.

Subcriterios: elemento que deriva de un criterio y que, de acuerdo con lo establecido por este, pretende complementar la visión con la finalidad de garantizar que las estructuras, los procesos y resultados de la organización estén encaminados al aseguramiento de la calidad.

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




- **Criterios Generales:** Elementos medibles, con los que se establece el nivel de cumplimiento del establecimiento.
- **Criterios Indispensables:** Elementos medibles de cumplimiento obligatorio por los establecimientos.
- **Criterios Plata:** Elementos que traducen la adopción de buenas prácticas con tendencia a la innovación.
- **Criterios Oro:** Elementos que permiten constatar que la organización es una unidad modelo y referente en su entorno.

Las organizaciones que se sometan al proceso de evaluación serán acreedoras a un distintivo de acuerdo con el nivel de madurez alcanzado en su gestión de la calidad.

CRITERIOS DEL MODELO

El Modelo de Calidad en Salud Nuevo León, agrupa en tres grandes elementos sus componentes: Estructuras, Procesos y Resultados, de acuerdo con la taxonomía propuesta por Avedis Donabedian.

El desglose de los criterios y subcriterios, así como sus respectivas consideraciones, cuenta con señalamientos específicos que permiten identificar los criterios generales de los indispensables, así como de los elementos oro y plata; estos son:

- Criterios Generales: se identifican con el siguiente símbolo .
- Criterios Indispensables: se identifican con el siguiente símbolo .
- Criterios Plata: se identifican con el siguiente símbolo **P**.
- Criterios Oro: se identifican con el siguiente símbolo **O**.
- En el caso de aquellos criterios en los cuales sea requerida la evidencia documental del proceso u actividad, se encontrará el símbolo: , este será aplicable para todos los tipos de criterios establecidos en el modelo.




Clasificación	Símbolo
General	
Indispensable	
Plata	P
Oro	O
Evidencia documental	

Tabla 1. Simbología utilizada por el Modelo de Calidad en Salud Nuevo León.

ESTRUCTURAS

1. Filosofía

- 1.1 Filosofía Organizacional
 - 1.1.1 La organización conoce y analiza su contexto mediante un diagnóstico situacional ■◆.
 - 1.1.1.1 La organización determina mediante el diagnóstico situacional, las cuestiones internas y externas que pueden ser relevantes para sus objetivos.
 - 1.1.1.2 El diagnóstico situacional contempla la identificación, análisis, priorización, atención y seguimiento de riesgos y problemas identificados.
 - 1.1.1.3 El diagnóstico situacional contempla la identificación de la población objetivo, el análisis de capacidad instalada (infraestructura, recursos humanos, equipamiento y presupuesto), así como los resultados de desempeño.
 - 1.1.1.4 El diagnóstico situacional se realiza desde una perspectiva colaborativa, tomando en cuenta a quiénes conforman la organización.
 - 1.1.1.5 Para realizar el diagnóstico la organización utiliza las herramientas de gestión y/o calidad que considere pertinentes.
 - 1.1.1.6 El diagnóstico situacional se actualiza al menos una vez al año.
 - 1.1.2 Definir una misión organizacional ■◆.
 - 1.1.2.1 La misión define la razón de la organización.
 - 1.1.2.2 La misión se alinea con los aspectos identificados en el diagnóstico situacional.
 - 1.1.2.3 Tiene la capacidad de responder: ¿qué hacen?, ¿por qué lo hacen? y ¿para qué lo hacen?
 - 1.1.3 Definir una visión organizacional ■◆.
 - 1.1.3.1 La visión establece hacia donde se dirige la organización y cuáles son sus metas a mediano y largo plazo.
 - 1.1.3.2 La visión se alinea con los aspectos identificados en el diagnóstico situacional.

- 1.1.3.3 Tiene la capacidad de responder: ¿qué se desea lograr?, ¿hacia dónde nos dirigimos?, ¿dónde queremos estar en un futuro? y ¿cómo lo conseguiremos?
- 1.1.4 Definir valores organizacionales ■◆
 - 1.1.4.1 Corresponden con los principios sobre los que se fundamentan las acciones y decisiones de la organización.
 - 1.1.4.2 Los valores organizacionales se alinean con los aspectos identificados en el diagnóstico situacional.
 - 1.1.4.3 Complementan la misión y la visión de la organización.
- 1.1.5 La organización realiza o actualiza la planeación estratégica, esta contempla objetivos estratégicos y sus respectivos indicadores ■◆
 - 1.1.5.1 La base para la realización de la planeación estratégica parte del diagnóstico situacional, así como la misión, visión y valores organizacionales; adicional se deberán considerar las dimensiones de la calidad en salud: efectividad, seguridad, equidad, centrada en la persona, oportunidad y eficiente.
 - 1.1.5.2 La alta dirección deberá diseñar, coordinar y documentar la planeación estratégica de la unidad.
 - 1.1.5.3 La alta dirección deberá verificar que en la planeación estratégica de la organización se establezcan los objetivos estratégicos, estrategias, controles e indicadores para medir el impacto de estas.
 - 1.1.5.4 La organización deberá realizar revisiones periódicas a la planeación estratégica, con la finalidad de establecer acciones que le permitan alcanzar los objetivos previamente establecidos.
 - 1.1.5.5 Derivado de los resultados obtenidos de la planeación estratégica, la alta dirección deberá identificar los aprendizajes para definir estrategias de mejora continua, así como para

fortalecer el proceso y capacidades de planeación de la organización, midiendo su impacto en los objetivos.

1.1.5.6 La planeación estratégica deberá estar formalizada y comunicada al resto de la organización ■

1.1.5.6.1 La alta dirección deberá establecer el método que sea conveniente para comunicar la planeación estratégica al talento humano, con el propósito de que ésta sea la base para que los planes operativos se elaboren en congruencia con la misma.

2. Liderazgo

2.1 Liderazgo y Compromiso

2.1.1 Definir un código de conducta institucional ■◆.

2.1.1.1 El código de conducta institucional esta alineado a los valores organizacionales.

2.1.1.2 El código de conducta institucional refleja la ética organizacional, mediante un conjunto de reglas o normas que se espera sean acatadas por el talento humano.

2.1.1.3 El código de conducta institucional esta formalizado y ha sido comunicado al resto de la organización.

2.1.2 Definir una política de calidad institucional y objetivos de calidad alineados con la estrategia de la organización ■◆

2.1.2.1 La política de calidad se adecua a la finalidad de la organización.

2.1.2.2 Esta proporciona un marco para establecer los objetivos de calidad.

2.1.2.3 Dentro de la política se incluye el compromiso de cumplir con los requisitos normativos aplicables.

2.1.2.4 De manera adicional, la política incluye un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de calidad.

2.1.2.5 La política de calidad tiene en cuenta las aportaciones de las partes interesadas.

- 2.1.2.6 La política de calidad expresa compromiso con la atención centrada en las personas
- 2.1.2.7 La política de calidad deberá de estar disponible y conservarse como información documentada■.
- 2.1.2.8 Deberá ser comunicada al talento humano, comprendida y aplicada en toda la organización.
- 2.1.2.9 La política de calidad deberá estar a disposición de las partes interesadas.
- 2.1.3 Crear una cultura de calidad, implantando, potenciando y recompensando el seguimiento en toda la organización☹.
- 2.1.4 Establecer estructuras rectoras de calidad (comités) y responsabilidades para la gestión eficaz del sistema de gestión en toda la organización. ◆
- 2.1.5 Garantizar la integración de los requisitos del sistema de gestión en la organización en todos los servicios y procesos☹.
- 2.1.6 Garantizar que se dispone de los recursos necesarios para el sistema de gestión☹.
- 2.1.7 Asignar recursos y capacitar al personal para que desempeñe sus funciones y responsabilidades en el sistema de gestión☹.
- 2.1.8 Informar a la alta dirección sobre los resultados del sistema de gestión. ◆
- 2.1.9 Informar sobre el rendimiento y la situación de los objetivos de calidad y los indicadores de salud en todos los niveles de la organización. ◆

3. Capital Humano

- 3.1 Recursos
 - 3.1.1 La organización determinará y proporcionará los recursos necesarios para el establecimiento, mantenimiento y mejora continua de la organización☹.
- 3.2 Competencias del Personal
 - 3.2.1 La organización determina las competencias necesarias de las personas que realicen trabajos bajo su control que afecten a su rendimiento en materia de calidad◆.
 - 3.2.1.1 Mantener un proceso documentado para la contratación del personal, que defina los

requisitos de competencia, educación, cualificación, formación, conocimientos técnicos, habilidades y experiencia ■.

3.2.1.2 La organización garantiza que el personal conozca sus funciones y responsabilidades de acuerdo con lo descrito en el perfil de puesto.

3.2.1.3 Garantizar que el personal sea competente sobre la base de una educación, formación o experiencia adecuadas.

3.2.1.4 Adoptar medidas para que el talento humano adquiera las competencias necesarias y/o complemente las previas, así mismo la organización evalúa la efectividad de las medidas adoptadas.

3.2.1.5 Proporcionar orientación a todos los trabajadores en el momento de incorporarse a la organización, que incluirá, entre otras cosas, los servicios, normas y reglamentos, procesos, políticas y procedimientos ■.

3.2.1.6 Proporcionar inducción en su función designada y mantener procedimientos documentados para la acreditación y privilegios de los profesionales sanitarios y el personal de apoyo, según proceda ■.

3.2.1.7 Realizar una evaluación documentada del desempeño, esta deberá realizarse al menos de forma anual ■.

3.2.1.8 Conservar la información documentada como prueba de la competencia de todos los miembros del personal ■.

3.3 Desarrollo del Talento Humano

3.3.1 Definir e implementar un programa de fortalecimiento de competencias del talento humano, que contemple la aplicación de mecanismos de evaluación de impacto ■



3.3.1.1 Proporcionar la educación y formación continua necesaria para mantener el nivel requerido de rendimiento y competencia, de acuerdo con las necesidades de capacitación detectadas en la organización ■.

- 3.3.1.2 Impartir formación sobre el respeto de las preferencias y elecciones de los usuarios de los servicios, incluidas sus opciones de atención y tratamiento, los componentes de la coproducción y la atención compasiva, y la obtención del consentimiento informado **■ P**.
- 3.3.1.3 Definir las estrategias para fomentar, captar, analizar y, en su caso, implementar las propuestas de mejora que resulten viables, generadas por el talento humano **■**.
- 3.3.1.4 Aplicar ciclos de mejora e innovaciones al sistema de talento humano **■**.
- 3.4 Bienestar y Satisfacción del Talento Humano
 - 3.4.1 La organización determina un método para evaluar la satisfacción del talento humano respecto al clima laboral **■ σ**.
 - 3.4.1.1 Analiza los aspectos más relevantes que impactan en la satisfacción y que generan menor y mayor satisfacción.
 - 3.4.2 La organización fomenta la participación del talento humano en propuestas de mejora hacia su ambiente laboral **P**.
 - 3.4.3 La organización diseña e implementa acciones de bienestar laboral para el talento humano, como son promoción de vida saludable, convivencia, desarrollo intelectual, entre otros **■ σ**.
 - 3.4.4 La unidad implementa un plan de reconocimiento al talento humano basado en su desempeño, propuestas de mejoras, buenas prácticas, prácticas competitivas o innovaciones desarrolladas **■ P**.
 - 3.4.5 La organización desarrolla estrategias para prevenir y reducir el ausentismo no programado. **◆**
 - 3.4.6 La organización identifica los riesgos a los que está expuesto el talento humano de acuerdo con su perfil de puestos, funciones asignadas y área donde labora, con el objetivo de dotar de equipo de protección, capacitar periódicamente en acciones que favorezcan al desempeño de las labores de forma segura y analizar y dar seguimiento a las causas por las que el talento humano se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo **■ ◆**

4. Infraestructura

- 4.1 Normatividad aplicable para la Operación
 - 4.1.1 La organización cumple con los elementos normativos aplicables para su operación de acuerdo con los servicios que oferta: licencias sanitarias, avisos de funcionamiento y responsable sanitario ■◆.
 - 4.1.1.1 Las licencias sanitarias, avisos de funcionamiento y responsables sanitarios, se encuentran vigentes y disponibles dentro de las áreas correspondientes◆.
 - 4.1.2 La organización cuenta con un Dictamen de Seguridad Estructural vigente ■◆.
 - 4.1.3 La organización realizó la evaluación del Programa Hospital Seguro ■◆.
 - 4.1.4 El Programa para el Manejo de Emergencias Externas de la organización está implementado y se vincula con el Programa Hospital Seguro ■◆.
 - 4.1.5 La organización se encuentra vinculada con el Comité Estatal de Protección Civil◆.
 - 4.1.6 La organización no cuenta con procedimientos administrativos abiertos con las instancias de regulación sanitaria federales o estatales◆.
 - 4.1.7 La organización no cuenta con sanciones de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa◆.
- 4.2 Gestión de Seguridad en las Instalaciones
 - 4.2.1 La organización deberá desarrollar un plan para la seguridad de las instalaciones apegado a la normatividad aplicable y en coordinación con las autoridades competentes, para garantizar que los procesos se ejecuten en un entorno seguro y funcional ■◆.
 - 4.2.1.1 El plan de seguridad contempla la protección de las instalaciones y sus ocupantes ante posibles factores de riesgos internos y externos.
 - 4.2.1.2 El plan de seguridad contempla el manejo seguro de materiales, sustancias y residuos.
 - 4.2.1.3 El plan de seguridad contempla la estrategia contra peligros relacionados con fuego y humo.

- 4.2.1.4 El plan de seguridad garantiza los servicios prioritarios en las áreas críticas para su operación como son: agua, energía eléctrica, gas, entre otros.
- 4.2.1.5 El plan de seguridad contempla el programa de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones, con la descripción de las rondas de inspecciones obligatorias, incluidas las actividades de supervisión, inspección y mantenimiento; deberá conservar información documentada de las actividades y resultados.
- 4.2.1.6 El plan de seguridad contempla el tiempo de respuesta en caso de avería y reparación de las instalaciones que afecten a la prestación de servicios ininterrumpidos, adicional la organización cuenta con un plan de contingencia que garantice la continuidad de las operaciones.
- 4.2.1.7 El plan de seguridad deberá de alinear sus necesidades infraestructurales con posibles planes de expansión futura.
- 4.2.1.8 El plan de seguridad contempla la evaluación y documentación de riesgos en materia de seguridad y control de infecciones en caso de renovaciones y mantenimiento.
- 4.2.1.9 El plan de seguridad contempla el cumplimiento de las normas aplicables al tratamiento de agua utilizada en los servicios clínicos y de apoyo; así como el suministro de agua continuo e ininterrumpido y la limpieza adecuada de los depósitos y sumideros de agua de acuerdo con los requisitos reglamentarios y mejores prácticas.
- 4.2.1.10 El plan de seguridad contempla procesos para mantener la funcionalidad y disponibilidad de ambulancias y vehículos de transporte con el equipo, medicamentos y suministros adecuados para los traslados de pacientes previstos y no previstos.

- 4.2.1.11 El plan de seguridad contempla contar con sistemas de comunicación de emergencia disponibles.
 - 4.2.1.12 El plan de seguridad contempla que se garantice el flujo del aire del quirófano, las salas de trasplante y otras zonas de cuidados; tomando en cuenta las normas de aire limpio con presión positiva e intercambios de aire para prevenir infecciones.
 - 4.2.1.13 El plan de seguridad contempla la colocación de señales y alertas visuales (ejemplo: salidas de emergencia, rutas de evacuación, rutas de RPBI, etc.) que sean comprensibles para el usuario del servicio y el personal, y que tomen en cuenta los requisitos legales y normativos aplicables.
- 4.3 Infraestructura humanizada
- 4.3.1 La organización promueve el acceso a la luz natural y las vistas al exterior de la infraestructura hospitalaria siempre que sea posible α .
 - 4.3.2 Se dispone de espacios diseñados o modificados acorde con las buenas prácticas de infraestructura humanizada para los usuarios, prestando especial atención a aquellos elementos que los pacientes observan con frecuencia, como techos, paredes y pasillos α .
 - 4.3.3 Cuenta con áreas de descanso para acompañantes y colaboradores, estas se encuentran estratégicamente localizadas cerca de las zonas de trabajo α .
 - 4.3.4 La organización facilita la regulación del ruido y la iluminación para promover el descanso óptimo de los usuarios α .
 - 4.3.5 Se permite a los usuarios ingresar imágenes religiosas, fotografías y dibujos en su área de recuperación, con el objetivo de mantener un ambiente cálido y acogedor en los servicios α .
 - 4.3.6 Los espacios de recuperación están equipados con objetos como relojes y calendarios, lo que permite a los usuarios mantenerse orientados en tiempo y espacio α .
 - 4.3.7 Se han habilitado espacios exteriores o áreas comunes dentro de las instalaciones para permitir la

deambulaci3n de los usuarios cuando su condici3n cl3nica lo permita α .

4.4 Equipamiento

4.4.1 La organizaci3n despliega acciones para garantizar el uso seguro y adecuado de los equipos necesarios para operaciones y minimizar el riesgo de factores humanos y errores en el funcionamiento de los equipos \blacklozenge .

4.4.1.1 La organizaci3n cuenta con un listado de identificaci3n de los equipos: equipo biom3dico, instrumentos de medici3n, aparatos, software, reactivos, consumibles y dispositivos m3dicos \blacksquare .

4.4.1.2 Se realiza la inspecci3n y calibraci3n de los equipos pertinentes trazables a patrones de mediciones nacionales o internacionales u otra base especificada para su calibraci3n.

4.4.1.3 Se evalúa la compatibilidad con los equipos y dispositivos, sistemas informáticos y otras infraestructuras existentes cuando se estudien nuevas adquisiciones.

4.4.1.4 Se garantiza que solo el personal calificado y formado inspeccione, mantenga y maneje los equipos.

4.4.1.5 Se proporciona a los trabajadores los equipos de protecci3n personal necesarios para el manejo de los equipos y desempeño de actividades.

4.4.1.6 Se contempla el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y dispositivos, sistemas informáticos y otras infraestructuras existentes \blacksquare .

4.4.1.7 Se contempla la sustituci3n o retiro de equipos que no est3n en uso por inutilidad u obsolescencia \blacksquare .

4.5 Tecnologías Emergentes

4.5.1 La organizaci3n evalúa y mitiga los riesgos, adem3s define procesos que garanticen el uso, seguro y adecuado de nuevas tecnologías y emergentes $\blacksquare\alpha$.

4.5.1.1 El proceso contempla la prueba, validaci3n y control del uso de inteligencia artificial para la toma de decisiones y diagn3sticos en salud.

- 4.5.1.2 El proceso contempla la evaluación de la experiencia del usuario en caso del uso de nuevas tecnologías para la atención de pacientes y los datos obtenidos se utilizan para la mejora organizacional.

5. Proveedores

- 5.1 Proveedores de la Organización
 - 5.1.1 La organización garantiza que los servicios y productos clínicos y no clínicos suministrados externamente se ajustan a los requisitos establecidos♦.
 - 5.1.1.1 Se cuenta con contratos vigentes para provisión de servicios por parte de proveedores externos a la organización, en este se establecen las cláusulas de calidad■.
 - 5.1.1.2 Se cuenta con criterios de evaluación, selección, control y descalificación de sus proveedores externos■.
 - 5.1.1.3 La organización considera como afecta el producto o servicio a la seguridad del personal como de los usuarios de los servicios.
 - 5.1.1.4 Se mantienen procesos para recibir y verificar que los equipos, dispositivos, materiales de servicios y medicamentos suministrados externamente se ajustan a las cláusulas de calidad establecidas■.
 - 5.1.1.5 Se cuenta con procesos para documentar y comunicar cualquier problema detectado con los productos o servicios suministrados externamente■.
 - 5.1.1.6 Se garantiza que los servicios prestados externamente estén en consonancia con los objetivos del sistema de gestión de calidad de la organización, incluidos los procesos de imparcialidad y confidencialidad.
 - 5.1.1.7 Se garantiza que se mantienen los registros de la actuación de los proveedores de servicios externos, las comunicaciones y las medidas correctivas adoptadas■.
 - 5.1.1.8 Se realizan auditorías periódicas a proveedores externos para validar el cumplimiento de las

cláusulas de calidad y evaluar el desempeño de estos; en caso de incumplimiento aplicar las acciones conducentes previamente establecidas.

PROCESOS

6. Estrategias Organizacionales

- 6.1 Cultura de Riesgos
 - 6.1.1 La organización define un programa de gestión de riesgos compatible y coherente con la visión, misión y valores establecidos en el criterio 1 y subcriterio 1.1 del apartado de Estructuras.
 - 6.1.1.1 El programa de gestión de riesgos es conocido y respaldado por la alta dirección de la organización.
 - 6.1.1.2 La organización educa de manera continua al talento humano sobre el programa de gestión de riesgos.
 - 6.1.1.3 Se desarrolla y se mantiene información documentada del sistema de gestión de riesgos, ésta es accesible para toda la organización.
- 6.2 Gestión de Riesgos y Problemas
 - 6.2.1 La organización contempla dentro del programa de gestión de riesgos y problemas los resultados obtenidos en el diagnóstico situacional correspondiente al criterio 1 y subcriterio 1.1 del apartado de Estructuras, adicional considera aquellos identificados en procesos clínicos y no clínicos, así como situaciones medioambientales y circunstancias imprevistas (ejemplo: guerras, huelgas, epidemias, etc.).
 - 6.2.1.1 La organización cuenta con herramientas para evaluar los riesgos y problemas.
 - 6.2.1.2 La organización evalúa cada uno de los riesgos y problemas identificados y mantiene un registro de estos.
 - 6.2.1.3 La organización define y aplica una metodología para establecer el criterio de riesgo, esta establece como calificarlos al

menos en función de gravedad, frecuencia, impacto o importancia.

- 6.2.1.4 Dentro de la organización se cuenta con responsabilidades definidas, para cada etapa del proceso de gestión de riesgos.
- 6.2.1.5 Se desarrollan planes de mitigación de riesgos y problemas que especifiquen las acciones y estrategias para afrontar o minimizar el riesgo.
- 6.2.1.6 Dentro de la organización se supervisan y evalúan las intervenciones de gestión de riesgos para garantizar que son eficaces y que contribuyen a la seguridad y mejora de la calidad.

7. Enfoque de Procesos

7.1 Gestión por Procesos






- 7.1.1 La organización tiene identificados sus procesos sustantivos y de apoyo, mediante un Mapa de Procesos, de esta manera la organización delimita el alcance de sus servicios.
- 7.1.1.1 La organización establece las entradas, salidas y sus requerimientos, es decir, los recursos materiales, administrativos, tecnológicos u otros que puedan ser necesarios para la ejecución y continuidad de los procesos.
- 7.1.1.2 La organización identifica y analiza la interrelación entre éstos y las áreas, para asegurar la continuidad en la prestación de los servicios.
- 7.1.1.3 La organización identifica los puntos críticos de la interrelación de los procesos y establece acciones preventivas, correctivas y controles que permitan la continuidad en la prestación de los servicios.
- 7.1.2 La organización determina e implementa un mecanismo para verificar el cumplimiento de las cláusulas de calidad establecidas para los servicios suministrados por proveedores a la unidad, en caso de incumplimiento aplicar las acciones conducentes

- previamente establecidas, en concordancia con el criterio 5 del apartado de Estructuras♦.
- 7.1.3 La organización toma en cuenta la información proporcionada por los usuarios del servicio para la mejora de los procesos ¶.
 - 7.1.4 La organización se asegura de que el talento humano tenga acceso y conocimiento de los procesos definidos dentro del establecimiento☞.
 - 7.1.5 La organización se asegura de que los recursos otorgados se destinen para la operación de los procesos y servicios conforme a la planeación estratégica establecida acorde con el criterio 1 y subcriterio 1.1 del apartado de Estructuras♦.
- 7.2 Seguimiento y Control de Procesos
- 7.2.1 La organización supervisa y evalúa que la ejecución de los procesos se realice en apego a lo planificado y a la normatividad aplicable y en forma estandarizada para dar cumplimiento a sus objetivos y metas, analiza los resultados y establecer acciones correctivas o de mejora☞.
 - 7.2.2 La organización brinda seguimiento a los procesos, a través de los indicadores establecidos en cada área responsable de procesos sustantivos o de apoyo para verificar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas, alineado con el criterio 13, subcriterios 13.1, 13.2 y 13.3 del apartado de Resultados♦.
 - 7.2.3 La organización implementa y documenta las mejoras, buenas prácticas, prácticas competitivas o innovaciones realizadas en los procesos, derivadas de comparaciones referenciales, análisis de procesos, propuestas del talento humano, la voz de la población usuaria y de otros grupos de interés, de acuerdo con lo señalado en los criterios 14, 15 y 16 del apartado de Resultados. ♂

8. Operación de la Organización

- 8.1 Comunicación
 - 8.1.1 La organización determina las comunicaciones internas y externas relevantes para el sistema, toma en cuenta qué comunica, cuándo lo comunica y con quién lo comunica ▣☞.

- 8.1.2 Cuenta con procesos definidos para la comunicación con los usuarios ■◆.
 - 8.1.2.1 La comunicación con los usuarios contempla información sobre servicios, derechos, responsabilidades, tramitación de consultas solicitud de servicios, opinión de los usuarios (felicitaciones y quejas), así como mecanismos de retroalimentación adecuados al nivel educativo de los usuarios y su acceso a recursos (ejemplo: computadora, teléfono, alfabetización, etc.).
- 8.1.3 Cuenta con procesos definidos para la comunicación clínica eficaz ■◆.
 - 8.1.3.1 Los procesos de comunicación clínica salvaguardan la seguridad y privacidad de la información personal de los usuarios, durante las derivaciones y transferencias, cambios de turno y traslados a otros hospitales.
 - 8.1.3.2 Los procesos de comunicación clínica contemplan que las órdenes verbales y telefónicas, así como la comunicación de los resultados clínicos, suceda de manera controlada y su exactitud es verificada.
 - 8.1.3.3 Los procesos de comunicación clínica contemplan el uso de historiales clínicos completos que permitan un seguimiento adecuado de la comunicación entre profesionales y centros de servicios.
 - 8.1.3.4 La organización se asegura de que todos los documentos y archivos que se generan durante el proceso de atención clínica siguen la normativa aplicable vigente.
- 8.1.4 Cuenta con procesos definidos para la comunicación con entes externos con los cuales mantenga acuerdos o relaciones de trabajo ■◆.
- 8.2 Información Documentada
 - 8.2.1 La organización define un proceso para la documentación de la información, tomando en cuenta su tamaño y su tipo de actividades, así como sus procesos y servicios ■◆.

- 8.2.2 La organización cuenta con un proceso definido para la creación y actualización de la información documentada  .
- 8.2.2.1 Al momento de crear y actualizar información documentada, la organización contempla la identificación y descripción del documento, formato y soporte, revisión y aprobación de la idoneidad y adecuación.
- 8.2.3 La organización cuenta con un proceso definido para el control de la información documentada  .
- 8.2.3.1 El control de la información documentada contempla que esta esté disponible y sea adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesita.
- 8.2.3.2 El control de la información documentada contempla que esta esté adecuadamente protegida (confidencialidad, uso indebido o pérdida de la integridad).
- 8.2.3.3 El control de la información documentada contempla la distribución, acceso, recuperación y utilización.
- 8.2.3.4 El control de la información documentada contempla que se asegure su almacenamiento y conservación, así como la preservación de la legibilidad.
- 8.2.3.5 El control de la información documentada contempla el control de cambios o versiones.
- 8.2.3.6 El control de la información documentada contempla la conservación y eliminación de los documentos.
- 8.3 Sistemas de Gestión de la Información
 - 8.3.1 La organización valida la funcionalidad del sistema o sistemas de gestión de la información, estos pueden ser físicos o electrónicos .
 - 8.3.2 El sistema de gestión de la información de la organización debe de protegerse del acceso no autorizado, así como de la manipulación y pérdida; debe de mantenerse de manera que se garantice la integridad de los datos y la información; debe incluir incidentes de mal funcionamiento del sistema de gestión de la información; tiene provisiones de copias de

- seguridad; dispone de planes de contingencia para que no se interrumpa el servicio; y cuenta con protecciones contra riesgos de ciberseguridad ♦.
- 8.3.3 En caso de sistemas de gestión de la información gestionados fuera de las instalaciones por un proveedor externo, este deberá de cumplir con todos los elementos mencionados en el criterio 8.3.2 de este apartado, así como con cláusulas de calidad como se menciona en el criterio 5 del apartado de Estructuras ♦.
- 8.3.4 La organización define procesos para utilizar y salvaguardar la información sanitaria registrada de manera electrónica ■♦.
- 8.3.4.1 Las acciones del proceso contemplan requisitos para nombrar los archivos, protección, acceso, respaldo, archivo, recuperación, tiempo de retención, supresión, integración de la información documentada a través de diferentes sistemas e interfaces y confidencialidad de la información.
- 8.3.4.2 La organización garantiza la integridad de la información documentada, estableciendo lo que es considerado como historiales clínicos y no clínicos.
- 8.3.5 La organización realiza auditorías de los registros clínicos y no clínicos para garantizar la calidad de la atención y los servicios ■♦.
- 8.3.5.1 Las auditorías de registros clínicos contemplan que estos estén completos (historial, resultados, informes, etc.) para facilitar la gestión clínica del usuario del servicio.
- 8.3.5.2 Se verifica que los registros incluyen la fecha, hora e identidad de la persona responsable de la actividad.
- 8.3.5.3 Se verifica que los registros cumplan con la normatividad aplicable vigente.
- 8.3.5.4 Se genera información documentada de las auditorías de registros y los resultados obtenidos ■.
- 8.4 Planes de Contingencia
- 8.4.1 La organización cuenta con un plan de respuesta a emergencias que garantice la continuidad de las

actividades, el proceso permite gestionar los sucesos naturales y los causados por el ser humano (Ejemplo: terremotos, huracanes, inundaciones, actos de terrorismo, pandemias, accidentes, etc.)

8.4.1.1 La organización cuenta con planes de evacuación y puntos de reunión establecidos tomando en cuenta los requisitos pertinentes, se realiza formación periódica para el talento humano sobre los planes y se comprueban mediante la realización de simulacros.

8.4.1.2 El plan de respuesta a emergencias de la organización toma en cuenta los procesos necesarios para cumplir con los subcriterios 4.2.1.3, 4.2.1.4, 4.2.1.10, 4.2.1.11 y 4.2.1.12, del criterio 4 del apartado de Estructuras.

8.5 Gestión de Residuos

8.5.1 La organización cuenta con un proceso de gestión de residuos, dentro del cual contempla la gestión y el ciclo de vida de todos los tipos de residuos que genera




8.5.1.1 La organización recoge, separa, trata, almacena, transporta y elimina los residuos de acuerdo con la normativa aplicable vigente.

8.5.1.2 La organización capacita y brinda formación sobre la forma en la que se eliminan los residuos y objetos punzocortantes al personal responsable de la actividad.

8.5.1.3 La organización identifica, manipula y almacena adecuadamente los materiales peligrosos y residuos según especifiquen las fichas técnicas o de seguridad o las recomendaciones emitidas por los proveedores.

8.5.1.4 La organización cuenta con plan de reducción de residuos, este incluye residuos físicos y residuos administrativos.

8.5.2 La organización despliega acciones adicionales para el cuidado del medioambiental, con las cuales busca que sus procesos y servicios causen el menor daño posible al medio ambiente.

- 8.5.2.1 La organización toma medidas para utilizar productos químicos respetuosos con el ambiente.
- 8.5.2.2 La organización utiliza fuentes de energía respetuosas con el medio ambiente y controla el consumo excesivo de energía eléctrica y agua.
- 8.5.2.3 La organización selecciona materiales sostenibles siempre que sea posible.
- 8.5.2.4 La organización busca revender, reciclar o donar los equipos que ya no se utilizan a otras instalaciones u organizaciones, cuando le es posible.
- 8.5.2.5 La organización busca reducir, reutilizar y reciclar en la medida de lo posible.
- 8.5.2.6 La organización toma medidas para concienciar sobre la responsabilidad medio ambiental a la población objetivo, acorde a lo señalado en el criterio 11.3 del apartado de Procesos.
- 8.5.3 La organización cuenta con procesos descritos para la manipulación y almacenamiento seguros de sus materiales y residuos .
- 8.5.4 La organización cuenta con evidencias documentales que describan como se manipulan y almacenan los materiales y residuos .
- 8.6 Pertenenencias del Usuario del Servicio
 - 8.6.1 La organización cuenta con un proceso definido para gestionar los bienes pertenecientes a los usuarios, si estos los traen al interior de las instalaciones 
 - 8.6.1.1 El proceso de la organización contempla el registro, almacenaje y salvaguarda de los medicamentos u objetos que el usuario traiga de casa.
 - 8.6.1.2 El proceso describe cómo y dónde se guardarán los objetos de los usuarios del servicio.
 - 8.6.1.3 Se debe garantizar que los dispositivos personales de los usuarios que requieran del uso de electricidad no interfieran con el

- sistema o la capacidad eléctrica de las instalaciones.
- 8.6.1.4 Se garantiza que la propiedad del usuario no supone un riesgo para la seguridad de la organización.
 - 8.6.1.5 El proceso contempla la comunicación al usuario de objetos perdidos o dañados dentro de la organización.
 - 8.6.1.6 El proceso contempla el mecanismo para la entrega/devolución de las pertenencias al usuario, familiar o representante legal.
- 8.7 Prestación de Servicios
- 8.7.1 La organización define condiciones controladas en las que se presta el servicio, a fin de garantizar un servicio seguro, eficiente, eficaz y oportuno.
 - 8.7.2 La organización define y documenta el alcance de sus servicios, acorde con el criterio 7.1 del apartado de Procesos.
 - 8.7.2.1 La organización proporciona a los usuarios información de forma física o electrónica sobre sus derechos y responsabilidades.
 - 8.7.2.2 La organización define y documenta los procedimientos para el registro, admisión y alta de los usuarios del servicio.
 - 8.7.2.3 La organización define y documenta los procedimientos para el registro de hallazgos clínicos, evolución, cuidados prestados y detalles del seguimiento de los usuarios, alineado con el subcriterio 8.1 del criterio 8 del apartado de Procesos.
 - 8.7.2.4 La organización define y documenta procedimientos para la solicitud de estudios diagnósticos, medicamentos, dietas y otras necesidades clínicas, alineado con el subcriterio 8.1 del criterio 8 del apartado de Procesos. - 8.7.3 La organización provee equipos de protección personal adecuados al talento humano y a los usuarios del servicio cuando corresponda, de acuerdo con lo establecido en el subcriterio 3.4 del apartado de Estructuras.

- 8.7.4 La organización utiliza las herramientas tecnológicas adecuadas para la prestación de servicios (Ejemplo: salud digital, telesalud o salud móvil)☹.
- 8.7.5 La organización cuenta con procesos documentados aplicables para los pacientes sometidos a sedación, cirugías y procedimientos■◆
- 8.7.6 La organización define procesos para la obtención del consentimiento informado, y establece mecanismos para la obtención de este cuando el paciente no pueda otorgar consentimiento verbal, el proceso se alinea con la normatividad aplicable vigente■◆
- 8.7.7 La organización cuenta con protocolos y procedimientos para la referencia y/o derivación de usuarios de los servicios a otros especialistas y departamentos■◆
- 8.7.8 La organización cuenta con protocolos y procedimientos para el traslado de los usuarios dentro del hospital para procedimientos clínicos y diagnósticos, así como para traslados externos de referencia según corresponda■◆
- 8.7.9 La organización otorga a los usuarios un resumen de alta cuando proceda☹.

9. Atención Centrada en las Personas

- 9.1 Generalidades de ACP
 - 9.1.1 La organización fomenta una cultura de atención centrada en las personas, toma en cuenta la experiencia de los usuarios, la prestación de servicios de manera compasiva, la alfabetización en salud, así como la inclusividad y diversidad☹.
- 9.2 Experiencia de los Usuarios
 - 9.2.1 La organización dispone de un mecanismo para la evaluación de la experiencia de los usuarios■P.
 - 9.2.1.1 La evaluación de la experiencia de los usuarios deberá realizarse mediante una metodología validada y fiable, deberá incluir una muestra representativa de los usuarios y tomará en cuenta elementos cualitativos y cuantitativos según corresponda.
 - 9.2.1.2 Los mecanismos de retroalimentación sobre la experiencia del usuario se encuentran

- accesibles y son adecuados para el nivel educativo de estos y su acceso a los recursos (Ejemplo: computadora, teléfono, nivel de alfabetización, etc.).
- 9.2.1.3 La evaluación de la experiencia del usuario permite a la organización conocer diversos elementos sobre el proceso de atención.
 - 9.2.1.4 Derivado de las respuestas obtenidas la organización determina como mejorar los procesos y la prestación de servicios.
 - 9.2.2 Los usuarios, sus familias y/o cuidadores se sienten tratados con respeto y dignidad☹.
 - 9.2.3 Durante la prestación del servicio se tienen en cuenta las necesidades emocionales, sociales y culturales, así como las preferencias y valores de los usuarios ♣.
 - 9.2.4 Los usuarios perciben que todas las personas reciben el mismo trato, sin importar su sexo, género, orientación o identidad sexual, raza, etnia o diagnóstico ♦.
 - 9.2.5 Los usuarios, sus familias y/o cuidadores se involucran con los profesionales, para la toma de decisiones compartidas ♣.
 - 9.3 Apoyo y Cuidado a los Usuarios
 - 9.3.1 La organización promueve la deambulaci3n controlada en los casos que aplique. ♂
 - 9.3.2 Se aplican intervenciones para dar soporte a las necesidades espirituales y/o culturales de las personas al interior de la organizaci3n☹.
 - 9.3.3 Se permite el uso controlado de tel3fonos m3viles y otras tecnolog3as que faciliten el contacto con familiares y amigos. ♣
 - 9.3.4 La organizaci3n promueve la realizaci3n de actividades recreativas y de entretenimiento dentro del establecimiento. ♂
 - 9.3.5 Acorde con sus capacidades y recursos disponibles, la organizaci3n cuenta con terapia ocupacional como medida preventiva y terap3utica contra el delirium. ♂
 - 9.3.6 Al interior del establecimiento se realizan intervenciones o actividades asociadas con la m3sica y el arte☹.
 - 9.4 Experiencia del familiar y/o acompa1ante

- 9.4.1 La organización dispone de un mecanismo para la evaluación de la experiencia de los familiares y/o acompañantes de los usuarios **■ P**.
 - 9.4.1.1 La evaluación de la experiencia de los familiares y/o acompañantes deberá realizarse mediante una metodología validada y fiable, calculando una muestra representativa de los egresos/atenciones y tomará en cuenta elementos cualitativos y cuantitativos según corresponda.
 - 9.4.1.2 Los mecanismos de retroalimentación sobre la experiencia del familiar y/o acompañante se encuentran accesibles y son adecuados para el nivel educativo de estos y su acceso a los recursos (Ejemplo: computadora, teléfono, nivel de alfabetización, etc.).
 - 9.4.1.3 Derivado de las respuestas obtenidas la organización determina como mejorar los procesos y la prestación de servicios.
 - 9.4.1.4 La organización retroalimenta a los acompañantes sobre la resolución de sus observaciones generando evidencia.
- 9.5 Experiencia del talento humano
 - 9.5.1 La organización dispone de un mecanismo para la evaluación de la experiencia del talento humano **■ σ**
 - 9.5.1.1 La evaluación de la experiencia del talento humano de la organización deberá realizarse mediante una metodología validada y fiable, calculando una muestra representativa de la plantilla activa y tomará en cuenta elementos cualitativos y cuantitativos según corresponda.
 - 9.5.1.2 Los mecanismos de retroalimentación sobre la experiencia del colaborador se encuentran accesibles y son adecuados para el nivel educativo de estos y su acceso a los recursos (Ejemplo: computadora, teléfono, nivel de alfabetización, etc.).
 - 9.5.1.3 Derivado de las respuestas obtenidas la organización determina como mejorar los procesos y la prestación de servicios.

- 9.5.1.4 La organización retroalimenta a los colaboradores sobre la resolución de sus observaciones generando evidencia.
- 9.6 Atención Compasiva
 - 9.6.1 La organización cuenta con procesos definidos que establecen pautas para tratar a los usuarios y al personal con respeto y dignidad 📄 ♦.
 - 9.6.1.1 La organización fomenta y promueve un entorno de amabilidad entre los usuarios, sus familias, los cuidadores y los profesionales.
 - 9.6.2 Tomando en cuenta las capacidades y recursos de la organización, se cuenta con un proceso definido para la atención respetuosa del duelo en casos de muerte perinatal y neonatal, este podrá ser denominado Código Mariposa o en su defecto con el nombre que la organización considere pertinente. 📄 🌀.
 - 9.6.3 Tomando en cuenta las capacidades y recursos de la organización, se cuenta con prácticas de atención durante el embarazo, parto y postparto para apoyar, proteger y fomentar la lactancia materna 📄.
 - 9.6.3.1 Las prácticas en pro de la lactancia materna están encaminadas tanto para los usuarios del servicio, familiares y/o acompañantes, como para el talento humano de la organización .
 - 9.6.4 De manera adicional la organización toma en consideración: quejas, sugerencias, felicitaciones u otras, cuando estas son emitidas por los usuarios, familiares y/o acompañantes o el talento humano 🌀.
 - 9.6.5 La organización educa al talento humanos sobre como prestar atención compasiva 📄 📄.
 - 9.6.5.1 La educación brindada al talento humano contempla cuestiones psicológicas, sociales y emocionales relacionadas con los cuidados al final de la vida, de acuerdo con lo establecido en el subcriterio 9.7 del apartado de Procesos.
- 9.7 Cuidados al final de la vida
 - 9.7.1 La organización cuenta con un proceso definido para brindar atención y cuidados al final de la vida 📄 🌀.
 - 9.7.2 Se utiliza un medio apropiado para que los colaboradores identifiquen a las personas que se encuentran en una situación de final de vida 🌀.

- 9.7.3 Tomando en cuenta las capacidades y recursos de la organización, existe la posibilidad de interconsultar o referir un servicio de cuidados paliativos. ♂
- 9.7.4 Se aplican estrategias de apoyo emocional para los pacientes, familiares y acompañantes en situación al final de la vida. ♂
- 9.7.5 Se ofrece apoyo emocional y de soporte al talento humano que participa en los cuidados al final de la vida, con el objetivo de reducir la aparición de síndromes como el sufrimiento moral, la percepción de cuidados inapropiados y fatiga por compasión. ♀
- 9.8 Inclusión y Diversidad
 - 9.8.1 La organización adopta principios de competencia cultural y atención libre de discriminación, adapta sus servicios para satisfacer las necesidades y preferencias de todas las personas, con el fin de mejorar la equidad de la atención, valorar la diversidad y reducir las disparidades para todas las personas ♀◆.
 - 9.8.1.1 La organización imparte formación al talento humano sobre competencia cultural y atención libre de discriminación.
 - 9.8.1.2 La organización garantiza que no existan prejuicios que influyan en la toma de decisiones entre el talento humano y los usuarios del servicio.
 - 9.8.1.3 La organización cuenta con mecanismos para brindar retroalimentación en materia de competencia cultural y atención libre de discriminación al talento humano.
- 9.9 Alfabetización en Salud
 - 9.9.1 La organización utiliza estrategias de alfabetización en salud para la comunicación efectiva con los usuarios en todos los puntos de contacto ♀◆.
 - 9.9.1.1 La organización cuenta con sistemas de apoyo cuando el paciente no tenga la capacidad para comprender la información (Ejemplo: pacientes pediátricos, lengua extranjera o dialectos, pacientes de la tercera edad y/o con necesidades especiales).
 - 9.9.1.2 Aborda la alfabetización en salud en situaciones de alto riesgo, como la obtención

- de consentimientos informados, transiciones entre servicios, información sobre medicación, etc.
- 9.9.1.3 La organización toma en cuenta la capacidad de las personas para utilizar información en salud y se centran en la toma de decisiones con conocimiento de causa.
 - 9.9.1.4 La organización satisface las necesidades de las diversas poblaciones en materia de conocimientos en salud, evitando la estigmatización.
 - 9.9.1.5 La organización educa a los usuarios en materia de prevención y gestión de sus enfermedades actuales o potenciales.
 - 9.9.1.6 La educación proporcionada a usuarios, familiares y/o cuidadores puede ser en forma de folletos impresos, ayudas visuales, asesoría verbal, plataformas digitales, etc. ■.
- 9.10 Coproducción
- 9.10.1 La organización trabaja para crear servicios respetuosos y de confianza en colaboración con los usuarios ☞.
 - 9.10.2 La organización escucha activamente a los usuarios del servicio, de acuerdo con el criterio 9.2 del apartado de Procesos ¶.
 - 9.10.3 La organización crea un entorno de toma de decisiones compartidas en el que el talento humano participa como socio del usuario en la prestación del servicio. ♂
 - 9.10.4 La organización fomenta la autonomía de las personas identificando las acciones que importan al usuario para su plan de atención y vida. ♂
- 9.11 Bienestar del Talento Humano
- 9.11.1 La organización cuenta con un plan documentado para abordar la salud y seguridad del talento humano, esta incluye componentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales; el plan está diseñado de acuerdo con lo establecido en el criterio 3.4 del apartado de Estructuras y de manera adicional se adecua a la normatividad aplicable vigente ■◆.
 - 9.11.1.1 El plan contempla procesos para abordar el bienestar del talento humano, incluidos el estrés, el agotamiento y la violencia. ¶

- 9.11.1.2 La organización fomenta un equilibrio entre la responsabilidad individual y la organizacional al abordar errores e incidentes mediante la implementación de una cultura justa. **P**
- 9.12 Ética
 - 9.12.1 La organización cuenta con procesos definidos para identificar, investiga, analizar y abordar dilemas éticos, incluida la investigación con seres humanos la cual deberá estar apegada a la normatividad aplicable vigente **■◆**.
 - 9.12.1.1 El talento humano ha recibido formación adecuada para el tratamiento de problemas éticos **■**.
 - 9.12.1.2 La organización buscará que los usuarios, familiares y/o cuidadores participen en la toma de decisiones éticas según lo acordado por el usuario del servicio **P**.

10 Seguridad del Paciente

- 10.1 Generalidades sobre Seguridad del Paciente
 - 10.1.1 La organización cuenta con procesos documentados para garantizar la seguridad del paciente en todos los servicios **■◆**.
 - 10.1.2 Dentro de las disposiciones y consideraciones en materia de seguridad del paciente, la organización deberá tomar en cuenta la normatividad aplicable vigente **■◆**.
 - 10.1.3 La organización fortalece un entorno en el que se promueve el aprendizaje continuo y colectivo, el intercambio de conocimientos, la formación y el despliegue de mano de obra pertinente y competente para garantizar la seguridad de los pacientes **☯**.
- 10.2 Identificación de los Pacientes
 - 10.2.1 La organización cuenta con un proceso definido para la identificación en forma confiable de la persona a quien está dirigido el servicio, procedimiento o tratamiento; y hacer que los mismos coincidan con la persona **■◆**.
 - 10.2.1.1 Dentro del proceso se define que se debe de hacer uso de, al menos, dos datos para identificar a un paciente, por ejemplo: el nombre del paciente y la fecha de nacimiento.

- 10.2.1.2 En la organización los cadáveres se identifican usando al menos dos datos de identificación.
- 10.2.1.3 No deberán ser considerados como datos de identificación del paciente: la ubicación (número de cama), el padecimiento del paciente, especialidad, disciplina o nombre del médico tratante.
- 10.2.1.4 El proceso describe mecanismos para circunstancias especiales en las que el paciente no pueda confirmar su identidad, como: coma, delirio, pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, etc.
- 10.2.1.5 El proceso contempla la identificación de pacientes en todos los puntos de atención y antes de cualquier procedimiento o intervención diagnóstica o terapéutica.
- 10.2.1.6 De acuerdo con los servicios ofertados, la organización identifica los procesos y/o procedimientos críticos dentro de los cuales la identificación del paciente es indispensable.
- 10.2.2 La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la identificación del paciente♦.
- 10.3 Mejorar la Comunicación Efectiva
 - 10.3.1 La organización diseña un proceso para recibir órdenes/indicaciones clínicas y resultados de laboratorio/gabinete verbales y telefónicos, incluyendo además la solicitud o cambio de dieta; lo anterior mediante la implementación del proceso Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar■♦.
 - 10.3.1.1 El proceso contempla la alternativa de Escuchar-Repetir-Confirmar cuando el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar no sea posible; por ejemplo, durante la realización de procedimientos quirúrgicos de alto riesgo y en situaciones de urgencia.
 - 10.3.1.2 La organización define un lugar estandarizado (evidencia documental) para escribir la

información recibida mediante el proceso Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar, es decir, uno para indicaciones, uno para resultados de laboratorio/gabinete y otro para solicitudes o cambios de dieta.

10.3.2 La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación del proceso de órdenes/indicaciones clínicas y resultados de laboratorio verbales y telefónicos♦.

10.4 Seguridad de los Medicamentos

10.4.1 La organización diseña un proceso que contemple la elección de medicamentos, la recepción, la prescripción, la adquisición, la idoneidad, la conciliación, la preparación, el almacenamiento, la dispensación, la administración y el desecho■♦.

10.4.1.1 El proceso identifica como medicamentos de alto riesgo a los siguientes: electrolitos concentrados, quimioterapias, radiofármacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.

10.4.1.2 El proceso contempla que no se almacenen electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de preparación y administración; se encontrarán dichos medicamentos en áreas donde sean necesarios desde el punto de vista clínico en las cuales, se debe de garantizar el resguardo adecuado de estos.

10.4.1.3 El proceso establece el uso de una alerta visual individual en el caso de los electrolitos concentrados.

10.4.1.4 El proceso establece el uso de la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados, quimioterapias, radiofármacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.

10.4.1.5 El proceso contempla que durante la revisión de la idoneidad de la prescripción el cotejo de al menos la dosis, la frecuencia, la vía de

- administración, la duplicación terapéutica, alergias e interacciones reales o potenciales.
- 10.4.1.6 El proceso contempla que durante la revisión de la idoneidad de la prescripción se revisen al menos la dosis, la frecuencia, la vía de administración, la duplicación terapéutica, alergias e interacciones reales o potenciales.
 - 10.4.1.7 El proceso contempla que la conciliación de medicamentos se realice entre las actividades de prescripción y administración.
 - 10.4.1.7.1 La conciliación de medicamentos se realiza al ingreso del paciente, al cambio de área o servicio, al cambiar el médico tratante y al egreso.
 - 10.4.1.7.2 Los hallazgos o discrepancias detectadas durante la conciliación de medicamentos se notifican al médico a cargo del paciente.
 - 10.4.1.8 Dentro del proceso se contempla que la doble verificación, la revisión de idoneidad y la conciliación son llevadas a cabo por talento humano capacitado.
 - 10.4.1.9 El proceso contempla acciones para garantizar la seguridad en el manejo de medicamentos LASA (look a like, sound a like) y de esta manera disminuir la probabilidad de errores.
- 10.4.2 La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente la barrera de seguridad del proceso de; doble verificación♦.
- 10.5 Procedimientos Correctos
- 10.5.1 La organización cuenta con un proceso definido para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal■♦.
 - 10.5.1.1 El proceso contempla el uso de una marca estandarizada para la identificación del sitio anatómico, cuando corresponda.
 - 10.5.1.2 El proceso contempla la participación del paciente en la realización del marcado del sitio anatómico cuando sea posible.

- 10.5.1.3 El proceso contempla una verificación pre-procedimiento el cual incluye: paciente correcto, procedimiento correcto, sitio correcto, disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios, marcado del sitio anatómico (si aplica), alergias, riesgo de sangrado y filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.
- 10.5.1.4 El proceso contempla que se realice y se documente el tiempo fuera o "Time Out", dentro del cual se deberá verificar paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto, en el lugar donde se realiza el procedimiento con la presencia de todo el equipo multidisciplinario y justo antes de iniciar los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.
- 10.5.1.5 El proceso contempla la realización de la verificación pre-procedimiento y el tiempo fuera en el caso de hemodiálisis.
- 10.5.1.6 El proceso contempla que se realice el tiempo fuera antes de la transfusión de sangre y hemocomponentes, así como de la administración de radioterapia.
- 10.5.1.7 El proceso contempla que se brinde educación al usuario, su familia y/o cuidador sobre el Protocolo Universal o Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones durante el ciclo de cuidado.
- 10.5.2 La organización identifica y cuenta con un listado de todos los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo donde se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera ■◆.
- 10.5.3 La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar

decisiones y mejorar continuamente la barrera de seguridad del proceso, tiempo fuera♦.

10.6 Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

10.6.1 La organización cuenta con procesos documentados y coordinados orientados a la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) ■

♦.

10.6.1.1 Dentro de los procesos definidos se ha establecido un Programa Integral de Higiene de Manos que incluye a toda la organización.

10.6.1.1.1 El Programa Integral de Higiene de Manos de la organización incluye la monitorización de la calidad del agua y el abasto de insumos necesarios para la higiene de manos ■.

10.6.1.1.2 El Programa Integral de Higiene de Manos de la organización incluye la educación a pacientes y familiares ■.

10.6.1.1.3 El Programa Integral de Higiene de Manos de la organización incluye la capacitación al personal y visitantes ■.

10.6.1.1.4 El Programa Integral de Higiene de Manos de la organización a incluye la monitorización, evaluación y análisis de los datos relacionados con la implementación.

10.6.1.1.5 El Programa Integral de Higiene de Manos de la organización se encuentra implementado.

10.6.1.2 Dentro de los procesos definidos se contemplan para la Prevención y Control de Infecciones los siguientes:

10.6.1.2.1 Proceso documentado para la Vigilancia Epidemiológica ■.

10.6.1.2.2 Proceso documentado para la implementación de las Medidas de Precaución Estándar ■.

10.6.1.2.3 Proceso documentado para la limpieza, higiene y esterilización adecuada de los materiales, dispositivos y equipos ■.

- 10.6.1.2.4 Proceso documentado para el manejo correcto de la ropa limpia, sucia y contaminada ■.
 - 10.6.1.2.5 Proceso documentado para la identificación, envasado, almacenamiento temporal, recolección, transporte externo y destino final de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos ■.
 - 10.6.1.2.6 Proceso documentado para la correcta limpieza y desinfección de las instalaciones y medios de transporte ■.
 - 10.6.1.2.7 Proceso documentado para el almacenamiento, conservación, manejo, preparación, transporte y dotación de los alimentos acorde con la normativa aplicable vigente ■.
 - 10.6.1.2.8 La organización toma medidas para la prevención de infecciones, que consideren la calidad del agua, mantenimiento y controles de ingeniería, así como construcción y remodelación de las instalaciones ■.
- 10.6.2 La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente la barrera de seguridad del proceso de higiene de manos, adicional generará conocimiento de los procesos contemplados para la prevención y control de las IAAS◆.
- 10.7 Reducir el Riesgo de Daño al Paciente por Caídas
- 10.7.1 La organización identifica y cuenta con un listado de las áreas, momentos, barreras de seguridad o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y reevaluación de riesgo de caídas ■◆.
 - 10.7.2 La organización define los criterios o características para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas ■◆.
 - 10.7.3 La organización cuenta con un proceso definido para la evaluar y reevaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes ■◆.

- 10.7.3.1 El proceso definido contempla qué personal tiene la función de la evaluación y reevaluación de riesgo de caídas, así como de llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.
- 10.7.3.2 El proceso contempla los siguientes momentos para la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas: primer contacto en el establecimiento, evaluación inicial, cada cambio de turno o cambio de área/servicio, y al presentar cambios en el estado fisiológico.
- 10.7.3.3 El proceso contempla que se eduque e involucre al paciente, familia y/o cuidadores, respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.
- 10.7.4 La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente la barrera de seguridad del proceso, evaluación del riesgo de caídas♦.
- 10.8 Sistemas de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente
 - 10.8.1 La organización como parte de su sistema de gestión define e implementa un Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente■♦.
 - 10.8.1.1 El Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente incluye al menos las definiciones operativas de evento centinela, evento adverso y cuasifalla.
 - 10.8.1.2 El Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente incluye un mecanismo para la notificación acorde con los recursos de la organización.
 - 10.8.1.3 El Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente incluye un proceso definido para el análisis causa-raíz (ACR) o la metodología que la organización considere pertinente (Peer Review, Mesas redondas, Análisis por Eslabones, etc.) para eventos centinela u otros, así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.

- 10.8.1.3.1 Se realiza un análisis de patrones y tendencias, al menos, dos veces por año y como resultado de este se implementan mejoras.
- 10.8.1.3.2 El análisis del evento centinela no debe exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación de este.
- 10.8.1.3.3 Como resultado del análisis del evento centinela se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.
- 10.8.1.4 El Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente considera la atención a segundas víctimas.
- 10.8.1.5 El Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente se sustenta en la gestión y confidencialidad de la información.
- 10.8.1.6 El Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente considera la toma de decisiones para la mejora continua del sistema.
- 10.8.1.7 El Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente considera brindar retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.
- 10.9 Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente
 - 10.9.1 La organización ha definido un proceso para medir y analizar la cultura de la seguridad del paciente ■◆.
 - 10.9.1.1 El proceso contempla el instrumento que se utilizará para realizar dicha evaluación.
 - 10.9.1.2 Dentro del proceso se contempla el cálculo de una muestra estadísticamente significativa para la aplicación del instrumento de evaluación, la muestra deberá contemplar a toda la plantilla del talento humano, de todos los turnos y todos los niveles.
 - 10.9.1.3 La evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente es realizada al menos una vez al año dentro de la organización, al igual que el análisis y evaluación de sus resultados.
 - 10.9.1.4 Derivado del análisis de los resultados obtenidos, la organización identifica

prioridades y despliega acciones y estrategias, con el propósito de mejorar la cultura de seguridad del paciente.

10.10 Elementos Adicionales

10.10.1 La organización cuenta con un proceso definido para prevenir las úlceras por presión en los pacientes ■◆.

10.10.1.1 El proceso contempla la identificación de los pacientes con riesgo de sufrir lesiones por presión y establecer controles para minimizar los factores de riesgo.

10.10.1.2 El proceso define intervenciones para mantener la integridad de la piel y la evaluación periódica de los pacientes y sus resultados.

10.10.2 La organización cuenta con un proceso definido para prevenir el tromboembolismo en los pacientes ■
P.

10.10.2.1 El proceso contempla la identificación de pacientes con riesgo de tromboembolia e instituir protocolos de prevención y tratamiento basados en la evidencia o buenas prácticas.

10.10.2.2 El proceso contempla protocolos farmacológicos documentados para la prevención de tromboembolia basados en evidencia.

10.10.3 La organización cuenta con procesos definidos para garantizar la seguridad en el diagnóstico, según los servicios que correspondan: imagenología, patología, laboratorio clínico, etc. ■◆.

10.10.3.1 Los procesos contemplan que las pruebas o estudios realizados por dichos servicios sean precisos y puntuales.

10.10.3.2 Los procesos contemplan la comunicación de resultados críticos de pruebas y procedimientos diagnósticos, así como la comunicación oportuna de resultados al talento humano y a los usuarios de los servicios.

10.10.3.3 Los procesos contemplan el cumplimiento de la normatividad aplicable vigente para dichos servicios.

- 10.10.4 La organización cuenta con procesos definidos para la seguridad de las transfusiones sanguíneas y de hemoderivados ■◆.
- 10.10.4.1 El proceso contempla la captación, validación, educación y asesoramiento de los donantes.
- 10.10.4.2 El proceso contempla el cotejo y tipificación de los productos sanguíneos.
- 10.10.4.3 El proceso contempla el protocolo de administración de hemoderivados.
- 10.10.4.4 La administración correcta y segura de hemoderivados acorde con lo establecido en el criterio 10.5 apartado de Procesos.
- 10.10.4.5 El proceso contempla el cribado de infecciones transmisibles por transfusión que incluya como mínimo: VIH, hepatitis B, hepatitis C y Sífilis.
- 10.10.4.6 El proceso contempla la recogida, identificación, almacenamiento, liberación, administración y garantía de trazabilidad de la sangre y hemoderivados.
- 10.10.4.7 Se contempla la formación y educación del talento humano sobre los procedimientos de transfusión y la correcta manipulación y eliminación de la sangre.
- 10.10.4.8 Se contempla el seguimiento y notificación de reacciones y acontecimientos adversos a la transfusión.
- 10.10.4.9 El proceso contempla el manejo y eliminación de los residuos y productos sanguíneos no utilizados, acorde con lo establecido en el criterio 8.5 del apartado de Procesos.

11 Responsabilidad Social

- 11.1 General
 - 11.1.1 La organización deberá promover e impulsar una cultura organizacional orientada a atender las necesidades y expectativas de la población usuaria, considerando las líneas estratégicas organizacionales encaminadas a fomentar la integridad, igualdad sustantiva e inclusión, el bienestar social y comunitario◆
- 11.2 Gestión de Integridad, Igualdad sustantiva e Inclusión

- 11.2.1 La organización diseña, planifica y difunde estrategias de gestión de integridad, igualdad sustantiva e inclusión, considerando: rendición de cuentas, comportamiento ético, igualdad de género, inclusión y no discriminación, y prevención del hostigamiento y el acoso **P**.
- 11.2.2 La organización deberá ejecutar acciones en beneficio de su población objetivo para transversalizar los elementos de integridad, igualdad sustantiva e inclusión en sus procesos **P**.
- 11.2.3 La alta dirección deberá establecer innovaciones que contribuyen activamente al fortalecimiento de la implementación de las líneas institucionales en beneficio de la población objetivo que permitan mejorar su posición competitiva **P**.
- 11.3 Relación positiva con la Población Objetivo
 - 11.3.1 La organización identifica a su población objetivo, de acuerdo con lo establecido en el criterio 1.1 del apartado de Estructuras **◆**.
 - 11.3.1.1 La organización deberá diseñar, planificar, implementar y difundir estrategias de relación positiva con su población objetivo contribuyendo a uno o más de los siguientes aspectos: prevención o promoción a la salud, integración social, educación, arte y cultura, desarrollo comunitario y cuidado del medio ambiente **P**.
 - 11.3.1.2 La organización deberá supervisar, evaluar y analizar el comportamiento de los resultados de cada una de las estrategias implementadas considerando el avance en cuanto a las metas y objetivos **P**.
 - 11.3.1.3 La alta dirección deberá establecer innovaciones que contribuyan activamente al fortalecimiento de las estrategias en beneficio de su población objetivo **P**.

12 Gestión de la Innovación y la Mejora Continua

- 12.1 Gestión de la Innovación y la Mejora Continua
 - 12.1.1 La organización deberá impulsar el desarrollo de mejoras, innovaciones y prácticas competitivas **P**.

- 12.1.2 La organización identifica, gestiona y notifica las oportunidades de mejora del sistema.
- 12.1.3 La organización cuenta con un proceso definido para el diseño, implementación y seguimiento de los proyectos de mejora y estrategias de innovación.
 - 12.1.3.1 La organización ejecuta estrategias que estimulan la creatividad para que el talento humano proponga, exprese y diseñe proyectos de mejora e innovación.
 - 12.1.3.2 La organización capacita al talento humano en materia de innovación.
 - 12.1.3.3 La organización genera propuestas factibles y de aplicación concreta orientadas a favorecer la ejecución de los procesos.
 - 12.1.3.4 La organización busca que las mejoras implementadas a partir de las propuestas generen valor en los procesos y servicios de la unidad.
- 12.1.4 La organización busca que las innovaciones y prácticas competitivas implementadas sean compartidas con otras organizaciones internas y externas a nivel local, nacional o internacional.

RESULTADOS

13 Evaluación de Resultados

- 13.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación.
 - 13.1.1 La organización establece un sistema de seguimiento de la calidad de la atención, conforme a la política de calidad y los objetivos de calidad establecidos.
 - 13.1.2 La alta dirección de la organización brinda seguimiento y conoce el sistema de seguimiento y se asegura de que el sistema funcione de forma eficaz y eficiente, produciendo resultados útiles y oportunos.
 - 13.1.3 La organización asignará responsabilidades para el sistema de seguimiento, estas contemplan a los departamentos y servicios, así como los proyectos específicos identificados por el sistema.
 - 13.1.4 La organización cuenta con indicadores clínicos y no clínicos definidos para evaluar sus operaciones.

- 13.1.4.1 La organización determina mediante dichos indicadores lo que hay que controlar y medir.
 - 13.1.4.2 La organización determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación, según proceda, para garantizar la validez de los resultados.
 - 13.1.4.3 La organización determina cuándo se realizará el seguimiento y medición.
 - 13.1.4.4 La organización determinará cuando se analicen y evalúen los resultados del seguimiento y la medición.
 - 13.1.4.5 La organización dispondrá de evidencias documentales como prueba de los resultados **■**.
- 13.2 Indicadores de Calidad
- 13.2.1 La organización define los elementos que son supervisados por el sistema de control **◆**.
 - 13.2.1.1 Se contemplan los resultados clínicos y no clínicos, que examinan la efectividad, eficiencia y la adecuación permanente del sistema y su oferta **◆**.
 - 13.2.1.1.1 Elementos de seguridad del paciente, estrategias de reducción de riesgos, acontecimientos adversos y resultados de las intervenciones para la seguridad del paciente.
 - 13.2.1.1.2 La identificación de riesgos clínicos y no clínicos, así como las estrategias de minimización o mitigación y resultados.
 - 13.2.1.1.3 La capacidad de la organización para prestar al paciente la atención continuada adecuada y necesaria.
 - 13.2.1.1.4 Evaluación y cumplimiento de los tiempos de espera definidos.
 - 13.2.1.1.5 La organización evalúa la satisfacción y experiencia de los usuarios del servicio, familiares y/o acompañantes y del talento humano, de acuerdo con lo establecido en los subcriterios 9.2, 9.4 y 9.5 del apartado de Procesos. **P u O según corresponda**

13.2.1.1.6 Indicadores de salud alineados con aquellos solicitados por dependencias federales y estatales (morbilidad, mortalidad, etc.).

13.3 Análisis de Resultados

13.3.1 La organización se asegura de los resultados del sistema de seguimiento de la calidad sean revisados, analizados y considerados para la toma de decisiones estratégicas♦.

13.3.2 La organización expresa si los resultados obtenidos cumplen con sus objetivos♦.

13.3.2.1 La organización define un plan de mejora para abordar los casos de no conformidad con los objetivos establecidos.

13.3.2.2 Se comparten los resultados obtenidos, transparencia de la información con las partes interesadas internas y externas ◊

14 Impacto Social

14.1 Resultados de Impacto Social

14.1.1 La organización deberá establecer un mecanismo de medición y seguimiento a la implementación de las actividades de los subcriterios 11.1, 11.2 y 11.3 del apartado de Procesos **P**.

14.1.1.1 Se analiza el comportamiento de los resultados y su impacto en los usuarios y la población objetivo, considerando su causalidad y tendencia **P**.

14.1.1.2 La organización establece acciones para corregir, prevenir y/o mejorar su desempeño y con ello su posición competitiva considerando los resultados obtenidos por la unidad **P**.

15 Innovación y Mejora Continua

15.1 Resultados de las estrategias de Innovación y Mejora Continua

15.1.1 La organización deberá establecer un mecanismo de medición y seguimiento a la implementación de las actividades de innovación y mejora continua, acorde a lo solicitado en el criterio 12.1 del apartado de Procesos **P**.

15.1.1.1 La organización analiza el comportamiento de los resultados de las acciones implementadas

en materia de innovación y mejora continua, considerando su causalidad y tendencia **P**.

- 15.1.1.2 La organización con base en los resultados obtenidos de los proyectos de mejora y las estrategias de innovación establece acciones para corregir, prevenir y/o mejorar su desempeño y con ello su posición competitiva **P**.

16 Análisis Comparativo

16.1 Benchmarking

- 16.1.1 La organización lleva a cabo las actividades de evaluación correspondiente de acuerdo con los subcriterios 13.1, 13.2, 13.3, 14.1 y 15.1♦.
- 16.1.2 La organización compara sus resultados consigo mismo en diferentes períodos, por ejemplo, mes a mes, o de un año a otro♦.
- 16.1.3 La organización compara sus resultados con otras organizaciones similares cuando es posible, por ejemplo, mediante bases de datos de referencia **P**.
- 16.1.4 La organización compara sus resultados con estándares de calidad reconocidos o los establecidos por leyes, reglamentaciones o programas **P**.
- 16.1.5 La organización compara sus resultados con las prácticas identificadas en la literatura como las mejores o con guías de práctica clínica **O**
- 16.1.6 La organización logra entender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y concentra los esfuerzos para mejorar, derivado de las comparaciones realizadas♦.

GLOSARIO

ACS: American College of Surgeons

Alfabetización en salud: se trata de la habilidad que tienen las personas para obtener, comprender, procesar y utilizar información básica con respecto a la salud, necesaria para tomar decisiones para el cuidado de esta.

Análisis causa raíz: es la metodología más utilizada para la revisión y análisis de los eventos centinela, esta nos permite identificar las causas raíz que desencadenaron el evento, así como detectar errores latentes dentro del sistema.

Análisis por eslabones: es una herramienta gerencial para mejorar la calidad y la oportunidad de los procesos de atención, diseñada para la prevención de casos de muerte materna. La metodología permite sistematizar el análisis de cada caso de muerte materna como un evento "rastreador o trazador" para detectar continuamente los errores perfectibles, tanto de la atención directa, como de los procesos organizacionales que la sustentan.

Áreas Críticas: se consideran para la operación de la organización como áreas críticas las unidades de cuidados intensivos (adultos, pediátricos y neonatales), servicios de urgencias (adultos y pediátricos), áreas de atención neonatal y las que la organización considere pertinentes.

Atención centrada en la persona: modelo de atención en el que la persona se sitúa en el centro de los cuidados que precise recibir, tomando en consideración sus necesidades, expectativas y deseos; busca contemplar y hacer participe en el proceso de atención al familiar y/o cuidador. Forma parte de las dimensiones de la calidad en salud.

Atención compasiva: se trata de un proceso dinámico a lo largo del ciclo de cuidado en el que el profesional de la salud reconoce la singularidad del otro individuo, aceptando que dentro de la relación médico-paciente estarán presentes el conocimiento, las emociones, las fortalezas, las intuiciones, el sufrimiento del paciente y del profesional estarán involucrados. En consecuencia, la atención se produce en un ambiente de calidez y empatía, en el cual se brinda atención individualizada según las circunstancias únicas del paciente y su familia.

Auditorías: proceso de verificación de una actividad, situación o espacio físico, con la finalidad de evaluar el cumplimiento de las directrices o criterios establecidos, de manera adicional éstas permiten identificar riesgos o áreas potenciales de oportunidad.

Ausentismo: situación en la que un trabajador se ausenta de su trabajo con o sin una justificación válida. Este puede identificarse de diversas formas como: ausencias por enfermedad, accidentes laborales, permisos remunerados, vacaciones, incapacidades, etc.

Aviso de funcionamiento: se trata de una obligación administrativa que tienen los particulares de informar a la Autoridad Sanitaria de su existencia, con las actividades y productos que maneja.

Barreras de Seguridad: serie de acciones específicas que previenen los riesgos y, por lo tanto, la probabilidad de que ocurran incidentes de seguridad del paciente. Estas deben realizarse de la manera correcta por personal competente en el momento oportuno, con la finalidad de que contribuyan a “dificultar la presencia del error” en ciertos procedimientos clínicos específicos que se llevan a cabo durante el proceso de atención.

Benchmarking: se trata de una técnica de medición y cotejo del desempeño de las organizaciones, que consiste en hallar y comparar variables o indicadores, que resulten representativos de la calidad del desempeño de organizaciones similares, con la finalidad de tratar de emularlos o adoptarlos dentro de la organización, con el objetivo de aprender del éxito de terceros y adoptar nuevas prácticas.

Bienestar laboral: relacionado con la satisfacción y realización profesional de los trabajadores, este se ve influenciado por factores como el estado de salud, estado físico, clima laboral, productividad y crecimiento profesional dentro de las organizaciones.

Buenas prácticas en salud: conjunto de directrices que ayuda a asegurarla seguridad de los pacientes, así como que los resultados obtenidos sean los mejores para los pacientes, profesionales y organizaciones.

Calibración: uso de un estándar de medición para determinar la relación entre un valor mostrado por un instrumento de medición y el valor verdadero. La confiabilidad de los instrumentos de medición se puede garantizar al calibrarlos de acuerdo con un estándar de medición.

Capital Humano: hace referencia a las personas como elemento de valor organizacional, las cuales, a través de sus capacidades, habilidades y conocimientos, pueden desempeñar una serie de tareas para obtener un resultado.

Ciberseguridad: se trata de la práctica de defender las computadoras, servidores, dispositivos móviles, sistemas eléctricos, las redes y los datos de ataques potencialmente maliciosos, estos abarcan desde ataques dirigidos hasta malware oportunistas.

Circunstancia notificable: es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente.

Cláusula de Calidad: disposiciones o términos específicos que se incluyen en un acuerdo legalmente vinculante entre dos partes interesadas, estas definen los términos y condiciones del producto o servicio que se conviene.

Clima laboral: se refiere al ambiente interno de una organización, este comprende el entorno organizacional, humano y psicológico en el cual se

desarrollan las relaciones de trabajo entre el personal y que puede influir de manera positiva o negativa sobre su desempeño y bienestar.

Código de Conducta: Declaración de valores y reglas de integridad que enuncia normas mínimas y el compromiso de las personas pertenecientes a la organización de cumplirlas.

Código Mariposa: protocolo aplicable en casos de muerte gestacional o perinatal, este contempla el manejo clínico y acompañamiento psicológico y emocional con la finalidad de contener a la madre, al padre y al núcleo más cercano. Esta buena práctica es adoptada de la Ley Dominga la cual fue promulgada en Chile en septiembre del 2021, dicha iniciativa fue propuesta por la paciente Aracelly Brito quién tras perder a su hija Dominga a las 36 semanas de gestación, denunció haber sufrido un trato poco empático e inhumano por parte del personal sanitario durante el proceso de atención.

Compatibilidad: que puede coexistir, armonizarse o conciliarse con algo más, es decir que tiene la capacidad de ser compatible.

Competencia cultural: se trata de la capacidad de comprender e interactuar de manera adecuada con personas pertenecientes a otros grupos culturales, con la intención de que el nivel de calidad de la atención médica sea igual para todas las personas.

Competencia: hace referencia a que un individuo cuenta con los componentes cognoscitivos, actitudinales y procedimentales para ejecutar y realizar una tarea o tareas específicas.

Comunicación efectiva: cuando existe coherencia entre el lenguaje corporal y el verbal escogiendo el momento, las palabras y la actitud adecuadas; genera un cambio en la conducta en concordancia con el mensaje emitido.

Comunicación: Proceso de transmisión bidireccional de información y recepción de información, ideas y mensajes entre un emisor y un receptor que comparten un código en un contexto determinado con la intención de modificar su comportamiento, generándose a su vez un proceso de retroalimentación o feedback que posibilite influencias recíprocas.

Conciliación de la medicación: proceso consciente y deliberado en el cual otra persona competente, no quien prescribe, obtiene mediante un interrogatorio al paciente, familia o acompañante, un listado de los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso para realizar una comparativa entre los medicamentos prescritos con el propósito de detectar discrepancias, por ejemplo: omisiones, duplicaciones, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación.

Condiciones controladas: aquellas en la que la mayoría de los factores o elementos del medio son estables y constantes, entre estos pueden estar la temperatura, la presión, la humedad, iluminación, etc.

Confidencialidad: consiste en garantizar que exclusivamente la persona interesada, el profesional de la salud, puede acceder a los datos personales

o, en según sea el caso, el responsable o el usuario del sistema de datos personales para su tratamiento.

Consentimiento informado: se trata del proceso en el cual el profesional de la salud brinda información al paciente, acerca de los riesgos, beneficios y/o alternativas de un tratamiento o procedimiento médico; este se materializa mediante la carta de consentimiento informado, misma que deberá estar alineada con la normatividad aplicable vigente.

Contingencia: se trata de un suceso que no estaba previsto, este tiene la capacidad de poner en riesgo la salud, la vida de las personas o la infraestructura de la organización.

Copia de seguridad: se trata de la función o acción de protección de datos, que es fundamental para reducir el riesgo de pérdida total o parcial de datos en caso de eventos inesperados.

Coproducción: se trata de un enfoque contemplado dentro del modelo de la Atención Centrada en la Persona, en el cual se busca el trabajo colaborativo entre las personas o usuarios y los profesionales de la salud para la producción de un servicio determinado en el contexto de la atención médica.

CSG: Consejo de Salubridad General

Cuasifalla: desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría afectado al paciente o a la misión de la organización, pero que se impidió por medio de acciones planificadas o no planificadas. Incidente que no alcanza al paciente.

Cuidados al final de la vida: se refiere a la atención y apoyo integral que se brinda a las personas que se encuentran en la etapa final de una enfermedad terminal o crónica en estadios avanzados, el objetivo principal de estos no es la curación sino el alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida. Estos cuidados se centran en el bienestar físico, emocional, social y espiritual del paciente, así como en el apoyo a sus familiares.

Cultura de Calidad: Se refiere a las actitudes, valores, creencias y comportamientos que promueven la excelencia en la calidad de los productos o servicios que ofrece una organización.

Cultura de Seguridad del Paciente: Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión, para minimizar el daño durante la asistencia sanitaria y desarrollar estrategias específicas en materia de salud pública.

Cultura Justa: de acuerdo con el Reglamento de la Unión Europea esta se define como, aquella en la que no se castigue a los operadores y demás personal de primera línea por sus acciones, omisiones o decisiones cuando sean acordes con su experiencia y capacitación, pero en la cual no se toleren la negligencia grave, las infracciones intencionadas ni los actos

destructivos. La cultura justa depende fundamentalmente de que esté perfectamente claro y aceptado por todos los individuos de la organización quién toma la decisión y con qué metodología se toma a fin de determinar si la conducta que ha dado lugar a un acto inseguro es o no aceptable.

Deambulaci3n controlada: se trata de un enfoque terapéutico y de rehabilitaci3n que permite a los pacientes, generalmente aquellos con limitaciones físicas o neurol3gicas, moverse de manera controlada y supervisada en un entorno seguro. Esta técnica se utiliza para mejorar la movilidad, el equilibrio y la coordinaci3n, adem1s de reducir el riesgo de caídas o lesiones.

Decisiones compartidas: proceso que sucede cuando los profesionales de la salud, los pacientes y los familiares y/o cuidadores, trabajan juntos para decidir la mejor manera de abordar y tratar los problemas de salud.

Derechos de los pacientes: deberes exigibles que los profesionales de la salud y las organizaciones de atenci3n médica tienen hacia los pacientes al momento de brindar los servicios asistenciales.

DGCES: Direcci3n General de Calidad y Educaci3n en Salud

Diagn3stico Situacional: Proceso en el que mediante el uso de métodos y técnicas de investigaci3n organizacional se analizan y evalúan las organizaciones con fines de investigaci3n o de intervenci3n; la informaci3n detectada dentro de este ejercicio guía las acciones de cambio y transformaci3n organizacional.

Dictamen de Seguridad Estructural: documento que se expide a solicitud del usuario y/o dueño del inmueble en el cual se conjuntan los resultados derivados de la evaluaci3n de daños o inspecci3n estructural un inmueble.

Disparidades en salud: situaciones que pueden estar relacionadas con la raza, etnia, la situaci3n socioecon3mica, la profesi3n, el nivel educativo, la orientaci3n y/o identidad sexual u otras características relacionadas con la discriminaci3n y exclusi3n, las cuales tienen el potencial de ejercer un efecto negativo sobre el estado de salud de las personas.

Dispositivos médicos: se trata de todos los instrumentos, aparatos, utensilios, máquinas, incluidos softwares, productos o material implantable, agentes de diagn3stico, materiales, sustancias o productos similares, para ser empleados, solos o en combinaci3n, directa o indirectamente, en seres humanos.

DOF: Diario Oficial de la Federaci3n

EA: Evento adverso

EAM: Establecimientos de Atenci3n Médica

Educaci3n y formaci3n continuada: proceso sistemático de capacitaci3n, actualizaci3n y desarrollo del talento humano con la intenci3n de que estos puedan adquirir nuevos conocimientos, habilidades y competencias para el desarrollo de sus funciones asignadas.

ENEAS: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización

Enfermedades de trabajo: de acuerdo con la Ley General de Salud, es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

Equipo biomédico: se trata de todos los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica.

Equipo de protección: también conocido como equipo de protección personal (EPP), contempla todos los equipos, piezas o dispositivos que evitan que las personas tengan contacto directo con peligros o riesgos que les puedan condicionar lesiones o enfermedades.

Evaluación del Desempeño: proceso que busca medir de forma objetiva e integral el actuar profesional, el rendimiento, la productividad y las conductas de un individuo, respecto a la ejecución de sus funciones designadas dentro de una organización.

Evento adverso: Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención clínica y no de la enfermedad misma, el cual puede o no producir un daño.

Evento centinela: ocurrencia de un evento inesperado que causa la muerte o daño severo irreversible a un paciente, tales como pérdida del órgano o de la función. Dada su importancia, señalan la necesidad de investigación y respuesta inmediata.

Experiencia del paciente: se genera a partir de la suma de todas las interacciones, conformadas por la cultura de la organización, que influyen en las percepciones del paciente a lo largo del cuidado recibido; consiste en escuchar las necesidades más profundas del paciente y se traduce en un indicador del proceso asistencial.

Fatiga por compasión: se trata de un estado de agotamiento físico, emocional y mental que puede experimentar un profesional de la salud, un cuidador, o cualquier persona que brinda apoyo por un período prolongado a individuos que sufren o están en situaciones de gran estrés por consecuencia de una patología o condición. Este fenómeno es el resultado de la exposición sostenida a la angustia y al sufrimiento de otros, lo que genera una disminución de la capacidad de empatizar y a una sensación de agotamiento profundo.

Filosofía Organizacional: Constituye la identidad de la organización, lo que la hace diferente de las demás, esta puede verse influida por factores como el ambiente o la forma de trabajo, la historia de la institución o el entorno en el que se desempeña.

Función Designada: actividad designada, otorgada o denegada a un individuo dentro de una organización con la finalidad de cumplir con los objetivos o alcanzar ciertos resultados.

Gestión de riesgos: enfoque centrado en la identificación y administración de las posibles amenazas para una organización, con la finalidad de desplegar las estrategias necesarias para su abordaje.

Herramientas de Calidad: Instrumentos concebidos para ayudar a resolver los problemas de mejora del día a día a operarios y técnicos. Se utilizan para determinar, medir, analizar y proponer soluciones a los problemas identificados que interfieren con el rendimiento de los procesos de la organización, ayudando de esta manera a la mejora continua.

IBEAS: Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos

Idoneidad de la prescripción: proceso que analiza y evalúa las indicaciones farmacológicas que todo paciente estará recibiendo durante su estancia hospitalaria, para que dicha indicación sea la mejor, tomando en cuenta los factores farmacológicos y los factores fisiológicos del paciente.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

Incidentes relacionados con la seguridad del paciente: cualquier evento no intencionado e inesperado que ocurrió o pudo haber ocurrido, causando o no daño al paciente en diversas magnitudes.

Indicadores: herramientas que ayudan en el control de la gestión y constituyen la expresión cuantitativa (matemática) del comportamiento o desempeño de una organización, departamento o proceso de atención.

Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS): según la Organización Mundial de la Salud, se definen como infecciones que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital o Centro Sanitario, que no estaba presente, ni en período de incubación al momento de su ingreso y que pueden inclusive llegar a manifestarse después del alta del paciente.

Información Documentada: se trata de aquella información que debe de generar, controlar y conservar una organización, esta puede encontrarse en cualquier formato y/o soporte, físico o electrónico. Esta comprende desde: documentos, procesos, formatos, bitácoras, registros, etc.

Infraestructura Humanizada: de acuerdo con lo definido por HUCI, se tratan de espacios que proporcionen bienestar físico y ambiental óptimos para pacientes, profesionales y familias, se busca que estos sean funcionales, eficientes, ergonómicos, confortables, cálidos y amable, de manera adicional que cuiden a todos los usuarios para mejorar la experiencia con el servicio.

Innovación: mejora en la actividad organizacional mediante cambios de modelos de gestión, de procesos, de organización, de productos, servicios

o de comercialización para favorecer la eficiencia y conseguir una mejor posición en el mercado o contexto operativo.

Inteligencia artificial: campo de la ciencia de la computación que busca simular la inteligencia humana mediante una máquinas o equipos, é pretender razonar, entender y actuar de una manera similar a la de las personas e inclusive cuentan con la capacidad de procesar aún más datos de los que un ser un humano puede procesar.

IOM: Institute of Medicine

Licencia sanitaria: tipo de autorización que permite a una persona pública o privada, realizar alguna actividad relacionada con la salud humana dentro de un establecimiento.

Liderazgo: Habilidad para guiar, dirigir, motivar a un conjunto de personas para lograr un bien común.

Mantenimiento correctivo: serie de acciones dirigidas a reparar los errores, desperfectos o averías de un equipo, herramienta o elemento estructural, es de tipo reactivo.

Mantenimiento preventivo: acciones dirigidas al mantenimiento y limpieza programados, con la finalidad de garantizar el correcto estado de equipos, herramientas o elementos estructurales, es de tipo proactivo.

Mapa de procesos: diagrama que representa mediante medios gráficos los procesos de una organización de forma interrelacionada.

Mejora continua: filosofía o enfoque de trabajo que intenta y busca optimizar y aumentar la calidad de un producto, proceso o servicio, de manera sostenida y cíclica.

Metodología: enfoque estructurado, sistemático y “secuencial”, que mediante la aplicación de ciertos pasos y herramientas nos permite planificar, ejecutar y controlar una “actividad” para lograr un objetivo.

Misión: Declaración breve y concisa del propósito fundamental de la organización, de su esencia, y de cómo crea valor para sus usuarios y otros interesados.

Mitigación de riesgos: técnicas y estrategias utilizadas para minimizar los niveles de riesgo y reducirlos a niveles tolerables para la continuidad de las actividades.

MUEC: Modelo Único de Evaluación de la Calidad

NAS: National Academies of Sciences

Obsolescencia: hace referencia a la caída en desuso de máquinas, equipos o tecnologías no por un mal funcionamiento, sino por un desempeño inferior al esperado en comparación con las nuevas máquinas, equipos y tecnologías que se encuentran disponibles en el mercado.

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

Partes Interesadas: también denominadas grupos de interés, públicos de interés, corresponsables u otros; en inglés se utiliza el término de

stakeholder. Se trata de cualquier organización, grupo o individuo que pueda afectar o ser afectado por las actividades de la organización.

Peer Review: proceso mediante el cual un grupo de profesionales de la salud evalúa el desempeño de sus pares tomando en cuenta los resultados clínicos obtenidos. Esta permite identificar cuando el desempeño clínico se encuentra por debajo del estándar o cuando este sobresale acorde con el nivel de la organización, de manera adicional favorece la autorregulación de la práctica, la estandarización y encamina a la mejora de la calidad.

Plan de Atención y Vida: es la forma en la que las personas se plantean su existencia para poder conseguir y alcanzar sus metas y deseos. Estos se verán modificados de manera importante al momento de requerir cuidados y asistencia para garantizar el bienestar y calidad de vida de las personas; para poder construirlos es indispensable el involucramiento de los profesionales de la salud. Durante su elaboración es importante abordar e identificar los factores que importan al paciente, apoyar la continuidad de su modo de vida y hábitos gratificantes, de manera adicional se deben contemplar sus deseos y preferencias en materia de atención médica e inclusive sus últimas voluntades.

Plan de emergencia: contempla la organización de las acciones, personas, servicios y recursos disponibles para la atención de un desastre, estos se basan en la evaluación de riesgos, disponibilidad de recursos materiales y humanos, preparación de la organización, así como su capacidad de respuesta.

Plan de evacuación: documento que detalla los pasos a seguir y las medidas a llevar a cabo cuando una situación de riesgo para salvaguardar la seguridad de los trabajadores, los usuarios y los visitantes. Este contempla cuándo, dónde, quién, cómo y qué debe hacerse ante una situación de emergencia en función de la gravedad y los componentes de esta.

Plan de reconocimiento: estrategia que se utiliza para valorar y enaltecer los esfuerzos de los colaboradores de la organización; esta busca exaltar aprecio, motivar a los trabajadores y reforzar el comportamiento deseado dentro de la organización, este puede comprender reconocimiento laboral monetario y no monetario.

Plan de Seguridad: conjunto de acciones y procesos encaminados a generar como resultado garantizar que los trabajadores, pacientes, visitantes, infraestructura y equipos dentro del establecimiento de atención médica, se encuentren libres de riesgo o peligro de accidentes.

Planeación Estratégica: proceso que consiste en determinar cuáles son los objetivos de una organización o una institución y qué plan que se debe implementar para alcanzarlos.

Población objetivo: conjunto de la población la cual es objeto y razón de los servicios que presta la organización, dependiendo del giro de esta

podremos hablar de población con capacidad de pago, derechohabientes y/o población abierta.

Política de Calidad: documento desarrollado por la alta dirección de una organización, el cual establece la línea de acción para dar cumplimiento con los lineamientos aplicables y la mejora continua.

Procesos de apoyo: todas aquellas tareas o actividades que posibilitan la ejecución de los procesos sustantivos y que contribuyen a que estos fluyan de manera adecuada para alcanzar los objetivos.

Procesos sustantivos: se trata de todas las tareas y actividades que producen los bienes o servicios que dan el sustento a la misión, visión, objetivos, programas y atribuciones de la organización.

Procesos: conjunto secuencial lógico y planificado de acciones que son ejecutadas para alcanzar el objetivo.

Programa Hospital Seguro: conjunto de procesos y actividades cuyo objetivo es que los hospitales cuenten con los elementos estructurales, no estructurales y funcionales para permanecer accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en la misma infraestructura, durante una amenaza natural o antropogénica e inmediatamente después de la misma. Este programa lo dirige la Secretaría de Gobernación a través de la Coordinación Nacional de Protección Civil mediante el Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro (CNEDCPHS).

Programa Integral de Higiene de Manos: estrategia implementada en las organizaciones la cual contempla como mínimo las siguientes líneas de acción, la implementación de una campaña de higiene de manos, la difusión de los indicadores de apego a higiene de manos y la vigilancia de los insumos necesarios para la higiene de manos.

Protocolo universal: se trata de una estrategia encaminada a la seguridad de los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos, este contempla la verificación pre-procedimiento, el marcaje quirúrgico y el tiempo fuera.

Proveedores: todos aquellos que le proporcionan a una organización recursos, los cuales pueden ser humanos, materiales o financieros para su operación diaria.

Proyectos de innovación: se trata de una intervención en la cual se pretende aplicar nuevas ideas y estrategias para la solución de problemas complejos, estos tienen un enfoque disruptivo y denotan el proceso creativo de la organización.

Proyectos de mejora de la calidad: intervenciones orientadas a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno asistencial, a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

Punto de reunión: áreas designadas identificadas como potencialmente seguras, a las que las personas deben dirigirse en caso de una evacuación de emergencia.

Punzocortantes: son dispositivos médicos como agujas, bisturís y otras herramientas que tienen la capacidad de cortar o penetrar en la piel y ocasionar un daño.

Referencia: se trata del proceso por medio del cual se envía o direcciona a un paciente para su atención de un nivel a otro, dentro de un mismo nivel, o de una institución a otra con mayores recursos para el diagnóstico y tratamiento y seguimiento de su padecimiento; este se materializa en la nota de referencia, misma que deberá estar alineada con la normatividad aplicable vigente.

Requisito: circunstancia o condición necesaria para un fin.

Responsabilidad social: carga, compromiso u obligación de la organización, entre sí y con los miembros de la sociedad.

Responsabilidades de los pacientes: deberes exigibles que los pacientes tienen hacia los profesionales de la salud y las organizaciones de atención médica al momento de recibir y solicitar servicios asistenciales.

Responsable sanitario: se trata de la persona responsable de que la operación y funcionamiento del establecimiento se apegue a la Regulación Sanitaria vigente y de la pureza y seguridad de los productos; estos deberán ser profesionales con título y cédula registrados por las autoridades educativas competentes.

RPBI: hace referencia a residuos peligrosos biológico-infecciosos, son todos aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente.

Satisfacción del usuario: resultado de un proceso cognitivo de la información, que media entre las expectativas del usuario y lo brindado por los servicios de salud, es decir que tanto la atención o servicio prestado cumplió con las expectativas de usuario.

Seguridad del Paciente: se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias.

Sistema de Gestión: conjunto de elementos de una organización que se encuentran interrelacionados y que interactúan entre sí, inmerso de forma transversal en la misión y visión de la organización para lograr los objetivos institucionales.

Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente: fueron creados en el ámbito no sanitario, con el objetivo de poder agrupar datos referentes a incidentes (sin daño) o accidentes (con daño) y poder establecer un perfil de los problemas más frecuentes en la organización, y generar una fuente de aprendizaje de los errores. Su aplicación y su desarrollo implican beneficios para las organizaciones de salud, ya que involucran oportunidades de modelización de los efectos, monitorización,

aumento de la concienciación de los problemas de seguridad y utilización más eficiente de recursos.

SNS: Sistema Nacional de Salud

Tecnologías emergentes: término utilizado para describir un nuevo avance o desarrollo, con la capacidad de impactar significativamente en un mercado o producto existente.

Terapia Ocupacional: es una intervención utilizada como medida preventiva para el delirium, que busca mantener o mejorar la función cognitiva y física de los pacientes, particularmente en aquellos en riesgo de desarrollar esta condición aguda. Esta suele enfocarse en: estimulación cognitiva, movilización temprana, estructuración de rutinas, reducción del estrés sensorial e involucramiento en actividades significativas.

Tiempo fuera (time out): se trata de la pausa espontánea que realiza todo el equipo quirúrgico justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de cotejar la identificación del paciente, el sitio donde se realizará la cirugía y el procedimiento a seguir, reduciendo el margen de error y la probabilidad de errores.

Valores Organizacionales: Principios fundamentales que guían la conducta y el comportamiento de la organización y de sus empleados.

Visión: Declaración a largo plazo de cómo la organización quiere ser vista en el futuro y de los objetivos que desea alcanzar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD [Internet]. Lima, Perú; 2008 Aug [cited 2024 Apr 29]. Available from: www.minsa.gob.pe
2. Roque González R, Guerra Bretaña RM, Torres Peña R. Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2018;17(2):315–25. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180459978016>
3. Aguilar E, Avila D, Norja A, Garcia H, Lazo O. Sistema de gestión de la calidad en salud. Ministerio De Salud del Peru. 2009;1–34.
4. Andrade C, Labarca N. Theoretical Foundations for Quality Management Models in the Information Service of University Institutions. OMNIA. 2011;17(1):82–95.
5. Rodríguez Herrera R, Losardo RJ. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Rev Asoc Med Argent. 2018;131(4):25–30.
6. Robledo Galván H, Meljem Moctezuma J, Fajardo Dolci G, Olvera López D. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. Revista CONAMED. 2012;17(4):172–5.
7. Fondhan E, Lane M, Vannucci A. Manual Washington de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente [Internet]. Primera Ed. Mendoza C, editor. Barcelona, España: Wolters Kluwer; 2016. 30–42 p. Available from: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
8. Ramos Domínguez BN. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. ERROR MÉDICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(3):239–83.
9. Rodríguez O, Lombardía J, Maldonado D, Palacios A, Sánchez-Dehesa A. Fiebre puerperal. Semergen. 2000;26:244–7.
10. American College of Surgeons. Past Highlights. 2019 [cited 2024 May 5]. p. 1–3 Ernest A. Codman, MD, FACS (1869-1940). Available from: <https://www.facs.org/about-ac/s/archives/past-highlights/codmanhighlight/>

11. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. IBEAS design: Adverse events prevalence in Latin American hospitals. *Revista de Calidad Asistencial*. 2011;26(3):194–200.
12. Leape LL, Berwick DM. *Making Healthcare Safe*. First Edition. Vol. 1. Boston, MA: Springer; 2021. 1–459 p.
13. Consejo de Salubridad General. *MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD (MUEC)*. Ciudad de México; 2023 Jun.
14. Alcántara Balderas MA. *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. 1era Edición. Contreras Colín AH, Delgado M, Díaz N, Enríquez J, González I, Ibarra I, et al., editors. Vol. 1. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2012. 1–257 p.
15. Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M, Rodríguez P. Cuaderno 1. *Atención centrada en la persona. En que consiste este modelo*. 2010. p. 24.
16. Lorenzo S. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*. 2001;1(16):10.
17. Recalde JL. Estandarizar Procesos Y Mejorar La Calidad De La Atención. *Médica Vozandes*. 2016;27(1):5.
18. Forrellat Barrios M. Calidad en los servicios de salud: Un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 2014;30(2):179–83.
19. Schuster MA, McGlynn EA, Pham CBP, Spar MDS, Brook RH. The Quality of Health Care in the United States: A Review of Articles Since 1987. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001. 231–233 p.