

CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



ANEXO A

La documentación es el resultado del análisis multidisciplinario y acorde al contexto de la organización, de lo que solicita el propósito del estándar correspondiente; por lo cual todo punto que se documenta debe **describir el cómo** la organización va a realizar el proceso o la barrera de seguridad de la cual habla el estándar.

La documentación indispensable que se solicita en el Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente del CSG, se puede identificar en los **Estándares para Certificar Hospitales versión 2015 | Segunda Edición**, en el propósito del estándar con el símbolo  y en los Elementos Medibles que tengan al final de su enunciado el símbolo: .

BLOQUE 1 | METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | MISP

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
MISP.1	1. Se ha definido el proceso de identificación del paciente con, al menos, el uso de dos datos de identificación que no incluyan la ubicación física del paciente.	
MISP.1	2. El proceso describe la forma de identificar a pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, alteración del estado de consciencia y cualquier otra posible variante.	
MISP.2	1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por órdenes/indicaciones y resultados de laboratorio dados de manera verbal y telefónica, basado en lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • El uso del proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar. • La definición de un lugar estandarizado para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica. 	
MISP.3	1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Ubicación, etiquetado individual y resguardo de electrolitos concentrados. • Implementación de la doble verificación durante la preparación y se administración de: <ul style="list-style-type: none"> ◆Electrolitos concentrados. ◆Quimioterapias. ◆Radiofármacos. ◆ Insulinas. ◆Anticoagulantes. 	
MISP.4	1. Se ha definido un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal acorde al propósito de esta Meta Internacional de Seguridad del Paciente.	
MISP.4	2. En el proceso se define en cuáles procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera.	
MISP.5	1. Se ha definido un Programa Integral de Higiene de Manos que incluye a toda la organización.	
MISP.6	1. Se ha definido un proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de esta Meta.	

Las **Metas Internacionales de Seguridad del Paciente** cuentan con su propia Regla de Decisión, la 2.4 en donde se solicita una calificación promedio igual o mayor a cinco en cada uno de sus elementos medibles; por lo cual se identifican con el siguiente símbolo:



BLOQUE 2 | SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
MMU.1.1 ☑	5. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el sistema de medicación se documenta en un Plan.	
MMU.1.2 ↻	1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada una de las fases del sistema de medicación.	
MMU.1.2	4. Se implementa una barrera de seguridad adicional en, al menos, uno de los riesgos prioritarios.	
MMU.4	2. Se cuenta con un listado de medicamentos existentes dentro de la organización o que se pueden obtener de manera inmediata.	
MMU.4	4. La organización ha definido criterios de uso, costo, seguridad y efectividad para agregar o eliminar medicamentos de la lista.	
MMU.4	5. La organización ha definido un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos recién agregados al listado.	
MMU.5.1	1. La organización define un proceso para almacenar los productos nutricionales.	
MMU.5.1	3. La organización define un proceso para almacenar radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros definidos por la organización.	
MMU.5.3	4. La descripción del proceso de cómo se lleva a cabo el retiro de medicamentos caducados y fuera de uso.	
MMU.6	1. La organización ha definido un proceso para prescribir medicamentos de manera segura.	
MMU.6	2. Se ha implementado un proceso que guía las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.	
MMU.6.1 ↻	1. Se define un proceso para la prescripción completa y segura de los medicamentos que, al menos, incluye los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud. • Los requisitos que debe de contener cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente. • La utilización segura de prescripciones “por razón necesaria” y/o “previa valoración médica”. • Los requisitos especiales para prescribir medicamentos con aspecto o nombre parecidos. • Los requisitos especiales para prescribir medicamentos de alto riesgo. • Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que se basan en la dosis por peso o por área de superficie corporal. • Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente puede autoadministrarse. • Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente trae consigo. • Los requisitos especiales para prescribir muestras de medicamentos. • Los tipos de prescripciones especiales permitidas (urgentes, permanentes, suspensión automática, entre otros). 	

BLOQUE 2 | SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
MMU.6.3 ↻	1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen los momentos en que se realizan transcripciones de medicamentos.	
MMU.6.3 ↻	2. La organización ha definido un proceso para transcribir de manera segura.	
MMU.6.4 ↻	1. La organización define el proceso de conciliación de los medicamentos.	
MMU.6.5 ↻	1. La organización define el proceso de revisión de la idoneidad de la prescripción.	
MMU.7.4 ↻	1. La organización ha definido un proceso para el manejo y uso de los medicamentos multidosis.	
MMU.8.2	1. La organización define un proceso para la autoadministración de medicamentos.	
MMU.8.2	3. La organización define un proceso para administrar todo medicamento que el paciente ingresa a la organización.	
MMU.8.2	5. La organización define un proceso para administrar las muestras de medicamentos.	
MMU.9.1 ☑	1. Se ha establecido la definición operativa de error y cuasifalla de medicación.	
PCI.1.1 ☑	9. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el sistema de prevención y control de infecciones se documenta en un Plan.	
PCI.1.2 ↻	1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada una de las fases del sistema de prevención y control de infecciones.	
PCI.6	5. La organización identificó y realizó un listado que contiene los materiales y dispositivos desechables que pueden reutilizarse.	
PCI.6	6. Se ha implementado un proceso que guía el proceso de reúso de materiales y dispositivos desechables, el cual incluye, al menos, los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> • El número de veces que los dispositivos y materiales se pueden reutilizar y los mecanismos que aseguren que esto se lleve a cabo. • Los tipos de desgaste que indican que el dispositivo no se debe volver a usar. • Los procesos de limpieza y esterilización de cada dispositivo. • El proceso de recolección, análisis y uso de datos relacionados con dispositivos y materiales reutilizados. 	
PCI.11	1. La organización define un proceso para la evaluación de riesgos previo a que se lleve a cabo una adecuación, construcción o una remodelación.	

BLOQUE 2 | SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
FMS.1.1 ☑	5. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se documenta en un Plan.	5
FMS.1.2 ↻	1. Se identifican los riesgos internos de la organización y, al menos, se incluyen los relacionados con la protección de la organización, materiales, sustancias y residuos peligrosos, seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, equipo y tecnología biomédica y con los sistemas prioritarios para la operación.	5
FMS.1.2 ↻	2. Se identifican los riesgos externos a la organización y, al menos, se incluyen los geológicos, hidrometeorológicos, químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y los socio-organizativos.	5
FMS.3	3. La organización define un proceso proactivo para la evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación.	5
FMS.3.1	1. La organización ha definido un Programa para la Protección de la Organización.	5
FMS.4	1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos que se manejan y se generan en la organización.	5
FMS.4	2. La organización ha definido un Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos.	10
FMS.5	1. La organización ha definido un Programa contra Peligros relacionados a fuego y humo que integra a menos los siguientes procesos: <ul style="list-style-type: none"> • La identificación de áreas con mayor riesgo de incendio. • La prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables (incluidos gases medicinales comburentes como el oxígeno) y otras fuentes de ignición como lo son los cigarrillos, mecheros, estufas, entre otros. • La reducción de riesgos de incendio durante construcciones dentro de la organización o en las inmediaciones de la misma. • La implementación de mecanismos de detección temprana de fuego y humo. • La implementación de acciones para la contención y extinción de fuego y humo. • La definición de roles y responsabilidades del personal en caso de incendio. • La planeación de la salida segura de la instalación en caso de incendio, con especial énfasis en pacientes vulnerables, si corresponde. 	5
FMS.6 ↻	1. La organización identifica y realiza un listado que contenga el equipo y la tecnología biomédica que se maneja en la organización (propia, rentada y/o en comodato).	5
FMS.6 ↻	2. La organización ha definido un programa de gestión del equipo y la tecnología biomédica que, al menos, integra los siguientes procesos:	5
FMS.7	1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación diaria.	10
FMS.7	2. La organización ha definido un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la operación que, al menos, integra los siguientes procesos:	5

BLOQUE 2 | SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
FMS.8	1. La organización desarrolla el Programa para Manejo de Emergencias Externas con base en una identificación de riesgos (geológicos, hidrometeorológicos, socio-organizativos, sanitario-ecológicos y químico-tecnológicos).	5
FMS.8	2. La organización ha definido el Programa a través de la integración de, al menos, los siguientes procesos: <ul style="list-style-type: none"> • La determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos. • La determinación del rol del establecimiento antes, durante y después de tales eventos. • Las estrategias de comunicación para casos de emergencias. • La gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas. • La planeación de acciones para continuar brindando la atención durante las emergencias. • La identificación de lugares de atención alternativos. • La identificación y asignación de roles y responsabilidades del personal durante un evento. • La capacitación del personal para participar en el programa. • La coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil. 	5
FMS.9 ↻	1. La organización cuenta con un Dictamen de Seguridad Estructural vigente.	5
FMS.9 ↻	2. La organización realizó la evaluación del Programa Hospital Seguro.	10
FMS.9 ↻	3. Cuando corresponde, la organización ha desarrollado un plan que no rebasa los 24 meses para solventar los hallazgos, observaciones y recomendaciones derivados de una evaluación interinstitucional del Programa Hospital Seguro.	10

↻ EL estándar **FMS.9** es **indispensable** para los hospitales que se encuentran dentro del “Universo de Hospitales Clasificados como de Alta Complejidad y Alto Nivel Resolutivo (Rojos)”.

BLOQUE 2 | SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
SQE.1.1 <input checked="" type="checkbox"/>	8. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se documenta en un Plan.	
SQE.1.2 <input checked="" type="checkbox"/>	1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada uno de los procesos que conforman el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	
SQE.5	2. Se ha definido un proceso para el otorgamiento de privilegios para este personal, el cual incluye, al menos, los siguientes procesos: <ul style="list-style-type: none"> • La identificación del personal que ejerce de manera independiente en la organización. • La definición de cada uno de servicios que puede otorgar el personal acorde al contexto de la organización. • La solicitud del profesional de cada uno de los servicios que pretende brindar dentro de la organización. • La verificación de la fuente original de las competencias, habilitaciones, certificaciones y/o adiestramientos. • El análisis de, al menos, las competencias, habilitaciones, certificaciones, y adiestramientos verificados. (Otros aspectos que pueden incluirse, son por ejemplo el análisis de su trayectoria y experiencia). • La autorización de cada una de las actividades y servicios que el profesional puede llevar a cabo dentro de la organización (privilegios). • La comunicación al profesional de los privilegios que le fueron autorizados y que serán evaluados por la organización 	
SQE.6	1. Se ha definido un proceso para reclutar personal.	
SQE.6	2. Se ha definido un proceso para seleccionar personal con base en una evaluación inicial de competencias.	
SQE.7	1. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de asignación del personal que incluye a toda la organización y que describe, al menos: <ul style="list-style-type: none"> • Las competencias, cantidad y tipos de personal que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización. • Cómo se llevarán a cabo la reasignación y el traspaso de funciones. 	
SQE.9 <input checked="" type="checkbox"/>	1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal clínico.	
SQE.9.1	1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal no clínico.	
SQE.10	1. Se cuenta con un Programa de Capacitación del Personal.	

BLOQUE 2 | SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
SQE.11 	<p>2. La organización ha definido un programa estructurado de capacitación en Soporte Vital Avanzado que incluye cada uno de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La selección de personal que requiere capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada, de acuerdo a las áreas críticas identificadas. • La integración de equipos de reanimación, de acuerdo a las necesidades identificadas. • La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada. • La capacitación acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido. • La evaluación que demuestre que cada persona que se capacite logra el nivel de competencia deseado. • La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal capacitado, por ejemplo simulacros. • La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y por consiguiente a la evaluación del desempeño. • La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta capacitación. 	
SQE.12 	<p>1. La organización ha definido un Programa de Salud y Seguridad para el Personal que incluye, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de riesgos por perfil de puestos • Dotación del equipo de protección al personal • Capacitación en actos seguros • Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo • Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo. • Vacunación del personal 	
SQE.13 	<p>2. Se ha definido un proceso para verificar la fuente original del personal clínico que no cuenta con cédula profesional.</p>	

BLOQUE 3 | LA BASE DEL MODELO DEL CSG PARA LA ATENCIÓN EN SALUD CON CALIDAD Y SEGURIDAD

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
QPS.1 <input checked="" type="checkbox"/>	3. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • La Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de toda la organización. • El Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas. • La Implementación de protocolos de atención. (Estandarización de procesos) • Implementación de barreras de seguridad y sus mediciones (Indicadores). • Rediseño de procesos de riesgo. (Herramienta proactiva) 	
QPS.2 <input type="checkbox"/>	1. Se ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.	
QPS.2 <input type="checkbox"/>	2. Se han definido los objetivos y funciones del Comité.	
QPS.3 <input checked="" type="checkbox"/>	2. La definición de las prioridades se fundamenta en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de la organización.	
QPS.4.1 <input checked="" type="checkbox"/>	1. Se ha establecido una definición operativa de evento centinela que incluye, al menos, los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente • Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente • Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado. • Muerte materna • Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos. 	
QPS.4.2 <input checked="" type="checkbox"/>	1. Se ha establecido una definición operativa de evento adverso.	
QPS.4.3 <input checked="" type="checkbox"/>	1. Se ha establecido una definición operativa de cuasifalla.	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
ACC.1.1	1. La organización define un proceso de aceptación para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias.	
ACC.1.2 ↻	1. La organización utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.	
ACC.1.4	1. La organización define cuáles son las barreras más comunes en su población de pacientes.	
ACC.1.5 ↻	1. La organización define cuáles son sus servicios especializados, además de: <ul style="list-style-type: none"> • Unidades de cuidados intensivos (coronarias, adultos, neonatales, pediátricas, entre otras) • Unidades de atención a pacientes quemados • Unidades de trasplante 	
ACC.1.5 ↻	2. La organización define criterios de ingreso y alta para sus servicios especializados.	
ACC.2 ↻	1. La organización define un mecanismo estructurado de comunicación durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno).	
ACC.2 ↻	3. La organización define un mecanismo estructurado de comunicación durante las transiciones en lugar (cambio de área y/o servicio).	
ACC.2.1	1. La organización define el proceso de interconsulta.	
ACC.3	1. La organización define el proceso que guía el egreso hospitalario.	
ACC.3	5. Si corresponde, existe un proceso para autorizar un “permiso de salida” a los pacientes por un periodo definido.	
ACC.4 ↻	1. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes a otro establecimiento para estudio o valoración y describe, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento. • Quién es responsable del paciente durante el traslado. • El modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención, si corresponde. • Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento. 	
ACC.4 ↻	3. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes para continuar su atención en otro establecimiento, y describe, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento. • Quién es responsable del paciente durante el traslado. • El modo en que se transfiere la responsabilidad entre establecimientos, si corresponde. • Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento. 	
ACC.5	5. Se cuenta con un listado actualizado de servicios de ambulancia.	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
PFR.1.3	1. La organización define un proceso para el resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes.	
PFR.1.4 ↻	1. La organización ha definido un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.	
PFR.1.4 ↻	3. La organización ha definido un proceso que define las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.	
PFR.1.5 ↻	1. La organización analiza e identifica a sus pacientes vulnerables.	
PFR.2.2	6. Si corresponde, se define un proceso para actuar ante la negativa de un paciente o representante legal a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.	
PFR.5	1. La organización ha definido un proceso para informar a los pacientes y sus familias acerca de sus derechos.	
PFR.5	2. La organización cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada.	
PFR.6	1. La organización define un proceso para obtener un consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.	
PFR.6.2	1. La organización define un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.	
PFR.6.4.1	1. La organización analiza e identifica en qué situaciones será necesario obtener un consentimiento informado especial.	
PFR.11 ↻	1. La organización define el proceso de procuración y donación.	
PFR.11 ↻	2. La organización define el proceso de trasplante.	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
AOP.1.1 ⇒	<p>1. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el paciente hospitalizado que describe, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los elementos o criterios a evaluar • Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones • Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación • El lugar donde se documenta • El momento de la primera evaluación • La periodicidad de las revaluaciones • Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial. 	
AOP.1.1 ⇒	<p>2. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el paciente ambulatorio que describe, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los elementos o criterios a evaluar • Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones • Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación • El lugar donde se documenta • El momento de la primera evaluación • La periodicidad de las revaluaciones • Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial. 	
AOP.3	<p>1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de enfermería.</p>	
AOP.4	<p>1. El dolor se evalúa a través de una o varias herramientas acorde a la población y características clínicas del paciente de manera estandarizada.</p>	
AOP.5	<p>1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo.</p>	
AOP.6	<p>1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de valores, costumbres y creencias.</p>	
AOP.7	<p>1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de factores de riesgo psicológico.</p>	
AOP.8	<p>1. La organización define los criterios de riesgo nutricional.</p>	
AOP.9	<p>1. La organización define los criterios o características para identificar a aquellos pacientes que requieren de una evaluación especializada adicional.</p>	
AOP.10	<p>1. La organización define los criterios o características para identificar a aquellos pacientes que requieren la planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas).</p>	
AOP.11	<p>1. Se ha definido qué elementos del proceso de evaluación inicial deben reevaluarse.</p>	
AOP.11	<p>2. Se ha establecido el intervalo de tiempo para reevaluar los elementos definidos por la organización.</p>	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
SAD.1.1	<p>1. Se ha implementado un Programa de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos. • Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados. • Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad. • Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos. 	
SAD.1.3	<p>1. La organización ha definido el tiempo esperado para los resultados.</p>	
SAD.1.4	<p>1. Se ha definido un Programa de Gestión del equipo y la Tecnología Biomédica en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización. • La selección y adquisición de todo el equipo. • La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo). • El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse. • Las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico. • La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica. • La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica. 	
SAD.1.6	<p>1. Se han definido procesos que guían la solicitud de análisis.</p>	
SAD.1.6	<p>2. Se han definido procesos que guían la recolección e identificación de muestras.</p>	
SAD.1.6	<p>3. Se han definido procesos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras.</p>	
SAD.1.6	<p>4. Se han definido procesos que guían la recepción y rastreo de muestras.</p>	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
SAD.2.1	<p>1. Se ha implementado un Programa de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que, al menos, incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos. • Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del Servicio de Radiología e Imagen y los peligros identificados. • Capacitación de todo el personal del Servicio de Radiología e Imagen, en lo referente a procesos y prácticas de seguridad. • Capacitación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos. 	
SAD.2.2	<p>1. Se ha definido un Programa de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen que se coordina con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.</p>	
SAD.2.4	<p>1. La organización ha definido el marco de tiempo para informar resultados.</p>	
SAD.2.6	<p>1. Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo y la Tecnología Biomédica en los Servicios de Radiología e Imagen que, al menos, incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La identificación y el análisis de las necesidades de equipo y tecnología biomédica de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización. • La selección y adquisición de todo el equipo. • La evaluación del uso y categorización del equipo y la tecnología biomédica a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo). • El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse. • Las acciones a seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico. • La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo y la tecnología biomédica. • La capacitación del personal en el manejo del equipo y la tecnología biomédica 	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
COP.4 ↻	<p>1. La organización ha definido un proceso para emitir una indicación que incluye, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quién está autorizado para emitirlos. • Dónde deben ubicarse las indicaciones dentro del expediente clínico. • Qué tipo de indicaciones relacionadas con los servicios auxiliares de diagnóstico deben justificarse explícitamente para su uso racional, si corresponde. • Si corresponde, cualquier excepción al proceso definido. 	
COP.7	<p>7. La organización ha definido un proceso para identificar errores en la indicación de alimentación.</p>	
COP.8	<p>1. La organización define un proceso para la atención del dolor que, al menos, incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comuniquen de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. • Cómo se llevará a cabo la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas. 	
COP.9	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará a cabo el proceso de atención para los pacientes en etapa terminal, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comuniquen de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
COP.10	<p>1. La organización define sus grupos de pacientes de alto riesgo (además de los enlistados en COP.10 a COP.10.2)</p>	
COP.10	<p>2. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, los procesos de atención que se brindan a cada grupo definido por la organización, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
COP.10.1	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará a cabo el proceso de atención para los pacientes en situación de urgencia, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
COP.10.2	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará a cabo el proceso de atención para los pacientes a quienes se da reanimación cardiopulmonar, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
COP.10.3 	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. • La priorización de situaciones críticas para la transfusión de sangre y/o hemocomponentes, por ejemplo, hemorragia vaginal de la mujer gestante. • La existencia de sangre y hemocomponentes las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla. 	
COP.10.4	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes en estado de coma, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
COP.10.5	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes en soporte vital, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
COP.10.6 ⇒	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
COP.10.7 ⇒	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes inmunodeprimidos, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
COP.10.8 	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes con diálisis peritoneal, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
COP.10.9	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes que requieren sujeción, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
COP.10.10 	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes en quienes se administra quimioterapia, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
COP.10.11 	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
COP.10.12 	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia, el proceso incluye, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
COP.11 	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a pacientes que reciben terapia de remplazo renal con hemodiálisis, que incluye los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención de todos los pacientes, incluidas las consideraciones especiales, al menos, del grupo de pacientes seropositivos • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado antes de la primera sesión de terapia de remplazo renal con hemodiálisis • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado cuando el paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de filtros • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante la terapia de remplazo renal con hemodiálisis • Cuáles son las acciones a seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia de remplazo renal con hemodiálisis • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
COP.12.1	<p>1. La organización define un proceso para la atención obstétrica.</p>	
COP.12.2 	<p>2. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención de las emergencias obstétricas, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. • Cuáles son las situaciones en las que será necesario referir y/o trasladar a una paciente a otro establecimiento. 	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
COP.12.2 	<p>4. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención de las emergencias neonatales, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. • Cuáles son las situaciones en las que será necesario referir y/o trasladar a un neonato a otro establecimiento. 	
COP.13 	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas, y es especialmente importante que incluyan los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
COP.14	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la práctica de acupuntura.</p>	
COP.15 	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y sistémico, el proceso que guía el turismo médico.</p>	

BLOQUE 4 | ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR
ASC.3	<p>1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda los pacientes a quienes se administra anestesia, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles. 	
ASC.3	<p>4. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a los pacientes a quienes se administra sedación, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente. • Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. • Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde; • Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. • Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y • Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles 	
PFE.1	<p>1. La organización ha definido un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, que considera las siguientes cuatro perspectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basada en las necesidades específicas de cada paciente • Basada en la condición clínica del paciente • Organizacional • Acorde al Modelo del CSG 	
PFE.2	<p>1. La organización define los elementos de la evaluación de barreras para el aprendizaje.</p>	
PFE.2	<p>2. La organización define el proceso de reevaluación, si corresponde.</p>	
PFE.2.1	<p>1. La organización define los elementos de la evaluación de necesidades específicas de educación de cada paciente.</p>	
PFE.2.1	<p>2. La organización define el proceso de reevaluación, si corresponde.</p>	

BLOQUE 2 | GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR	PUNTO QUE SE SOLICITA DOCUMENTADO	ACORDE AL PROPOSITO DEL ESTÁNDAR
MCI.1	2. La organización define un proceso para la gestión de datos e información.	
MCI.2	1. La organización ha determinado qué datos e información clínica y no clínica son considerados confidenciales.	
MCI.2	2. Se define un proceso en el cual se ocupa la confidencialidad de la información de acuerdo al contexto de la organización y conforme a la legislación aplicable vigente.	
MCI.2	5. La organización define un proceso, conforme a la legislación aplicable vigente, que establece los requisitos para que el paciente acceda a su información.	
MCI.3	1. Se definen procesos para manejar la seguridad y la integridad de todos los datos e información generados por la organización.	
MCI.4	1. Se define un proceso para la conservación de todos los datos e información que genera la organización.	
MCI.10	1. Se ha definido un proceso que establece la elaboración y actualización de documentos, en el cual se describen, al menos, los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de personal autorizado, antes de su publicación. • El proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de los documentos. • Los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de los documentos estén disponibles dondequiera que se utilicen. • La identificación de los cambios en los documentos. • El mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento. • El control de los documentos originados fuera del establecimiento. • La retención de documentos obsoletos durante, al menos, el tiempo exigido por la legislación aplicable vigente, mientras se asegura que no se utilicen por error. • La identificación y el seguimiento de todos los documentos en circulación. 	
MCI.11.1 <input checked="" type="checkbox"/>	1. La organización define un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.	
GLD.1	1. Se han definido las responsabilidades del gobierno de la organización, incluyendo la responsabilidad con la mejora de la calidad y seguridad.	
GLD.3.2	4. La organización ha definido un proceso para revisar y aprobar, antes de que sean utilizados en la atención del paciente, aquellos procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados como experimentales.	
GLD.3.3	1. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.	
GLD.4	3. La estructura organizacional se encuentra representada en un organigrama.	
GLD.6	1. La organización ha definido un marco para el manejo ético de la organización que protege a los pacientes y sus derechos.	