



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE QUÍMICA

Propuesta de mejora para el manejo y uso de medicamentos (MMU) con base a los Estándares para la Certificación de Hospitales 2012 del Consejo de Salubridad General. Experiencia en un Hospital pediátrico de tercer nivel

Trabajo Escrito vía cursos de educación continua

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

QUÍMICA FARMACÉUTICA BIÓLOGA

PRESENTA

Marlene Jiménez Mendoza



MÉXICO, D.F.

AÑO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

JURADO ASIGNADO:

PRESIDENTE: Profesor: KENNETH RUBIO CARRASCO

VOCAL: Profesor: NATALIA MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

SECRETARIO: Profesor: MARÍA ROSA ISELA GASCÓN GUERRERO

1er. SUPLENTE: Profesor: ALEJANDRO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

2° SUPLENTE: Profesor: JORGE RAFAEL MARTÍNEZ PENICHE

SITIO DONDE SE DESARROLLÓ EL TEMA: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ASESOR DEL TEMA: MARÍA ROSA ISELA GASCÓN GUERRERO

SUSTENTANTE: MARLENE JIMÉNEZ MENDOZA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Justificación	3
1.3. Objetivos	5
2. GENERALIDADES	6
2.1. Antecedentes	6
2.1.1. Desarrollo de la gestión de calidad en los servicios de salud	6
2.1.2. Historia de la certificación de establecimientos de atención médica en México	7
2.1.2.1. Consejo de Salubridad General	7
2.1.2.2. Certificación de establecimientos de atención médica	8
2.1.3. Sistema de utilización de los medicamentos	10
2.1.4. Seguridad del uso de medicamentos en niños	11
2.2. Marco teórico	13
2.2.1. Certificación por el Consejo de Salubridad General	13
2.2.1.1. Proceso de certificación	15
2.2.1.2. Auditoría: metodología rastreadora	16
2.2.1.3. Dictamen y recertificación	17
2.2.2. Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General 2012	18
2.2.3. Planificación interna de una organización para obtener la certificación	19
2.2.3.1. Enfoque basado en procesos	20
2.2.3.2. Diagnóstico	21
2.2.3.3. Documentación	22
2.2.3.4. Implantación	23
2.2.3.5. Auditoría	23
2.2.4. Apartado Manejo y uso de medicamentos (<i>MMU, Medication Management and Use</i>)	25
2.2.5. Importancia del cumplimiento del apartado MMU	26
3. METODOLOGÍA Y RESULTADOS	28
3.1. Auditoría diagnóstico	28
3.1.1. Planificación	28
3.1.2. Realización de la auditoría diagnóstico para determinar el grado de cumplimiento a los estándares del apartado MMU	31
3.1.3. Resultados de la auditoría	32
3.2. Elaboración del plan de trabajo	44
3.2.1. Clasificación	44
3.2.2. Elaboración del programa	49
3.3. Establecimiento de indicadores	51
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	52
5. CONCLUSIÓN	54
REFERENCIAS	56

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El Instituto Nacional de Pediatría, en cumplimiento con los lineamientos de calidad establecidos a nivel nacional obtuvo, en el año 2010, la certificación bajo los estándares para la certificación de hospitales versión 2009 emitidas por el Consejo de Salubridad General (CSG), el cual reconoce al hospital como un establecimiento que brinda servicios de buena calidad en la atención médica y seguridad a sus pacientes.

Con base en el informe de auditoría presentado en el 2010 por el CSG se identificó que, el 62.10% de los elementos medibles correspondientes a los estándares del apartado *Manejo y uso de medicamentos (MMU)* se encontraban en la categoría de “no cumple” o “cumple parcialmente”, por lo tanto era necesario centrar la atención en su cumplimiento. Una valoración a estos resultados, permitió observar la necesidad de desarrollar acciones correctivas y preventivas, con el fin de mejorar aspectos en la documentación, la capacitación y los recursos.

Actualmente, el Instituto inicia el proceso de planificación para recertificarse tomando como referencia la versión 2012 de los estándares para la certificación de hospitales, la cual fue, modificada y actualmente incluye en el apartado *Manejo y uso de medicamentos (MMU)* 28 estándares y 115 elementos medibles.

1.2. Justificación

Con el fin de mantener la certificación bajo los estándares del CSG y dado que estos sufrieron modificaciones de su versión 2009 a la 2012, en este trabajo se propone realizar inicialmente un diagnóstico para determinar el grado de cumplimiento del hospital específicamente en el apartado MMU de los estándares para la certificación de hospitales 2012 del CSG y posteriormente, con base en los resultados planificar las acciones para aumentar su cumplimiento, así como establecer indicadores de seguimiento. Vale la pena resaltar que el obtener la recertificación reforzará la imagen del hospital evidenciando su compromiso con la mejora continua.

Se decidió centrar el plan de trabajo en este apartado por el bajo porcentaje de cumplimiento en los elementos medibles que se obtuvo en el 2010, el plan fortalecerá el control y mejora del sistema de medicación, considerando los procesos que lo integran, las necesidades y los recursos con los que cuenta el hospital, lo cual permitirá aumentar no solo el cumplimiento de los elementos medibles que integran el apartado, sino también los resultados generales.

El diagnóstico se realizará por medio de una auditoría del tipo diagnóstico y los resultados servirán tanto para conocer la situación actual del sistema, como para establecer el punto de partida para la planificación y su posterior implantación.

La planificación organizará líneas de trabajo, que permitirán estandarizar los procesos y así mejorar la seguridad en el uso de medicamentos y del paciente y la disminución progresiva de los errores de medicación.

1.3. Objetivos

Para el presente trabajo se establecen los siguientes objetivos:

1. Realizar una auditoría diagnóstica para determinar el grado de cumplimiento con el apartado MMU de los estándares para la certificación de hospitales emitidos por el Consejo de Salubridad General versión 2012.
2. Desarrollar un plan de trabajo que permita al Instituto alcanzar un 70% de cumplimiento de los elementos medibles correspondientes al apartado MMU.
3. Definir indicadores para dar seguimiento al plan de trabajo.

2. GENERALIDADES

2.1. Antecedentes

2.1.1. Desarrollo de la gestión de calidad en los servicios de salud

El estudio y evaluación de la calidad asistencial en los servicios de salud, se inició propiamente a mediados del siglo pasado con Avedis Donabedian (1919-2000), médico especialista en Salud Pública, quién definió por primera vez el llamado Proceso Asistencial. Este proceso lo dividió en: estructura, proceso y resultado; asimismo expuso los métodos para su evaluación en su trabajo titulado *“Evaluación de la calidad de la atención médica”* (1966)^{1,2,3}. En los años siguientes se desarrollaron diversas herramientas metodológicas de gestión de la calidad en servicios de salud, entre las que se encuentran el sistema americano de acreditación de hospitales de la Joint Commission, el sistema europeo de certificación de calidad con las Normas ISO^{1,4}, el Modelo Holandés (PACE), el Modelo Inglés (King’s Foundation), el Modelo Canadiense⁵, el Modelo de Acreditación y Mejora Continua de Andalucía y el programa EMCA (Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial) de la región de Murcia, esta última basa la gestión de calidad en los 3 pilares de Ciclos de Mejora, Monitorización y Diseño de Calidad^{1,4,6}.

Las herramientas mencionadas han sido la base para el desarrollo de múltiples programas y planes de calidad en las instituciones y servicios sanitarios a nivel internacional^{1,6}; aunado a lo anterior, a finales del siglo pasado aparece el

llamado Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM: European Foundation for Quality Management), que actualmente es seguido por la gran mayoría de empresas e instituciones de la Comunidad Europea^{1,7}.

La realidad es que no existen sistemas únicos aplicables por lo que una vez definidos los procesos de una organización, esta puede optar por desarrollar su propio modelo o tomar como referencia alguno de los existentes ⁵.

2.1.2. Historia de la certificación de establecimientos de atención médica en México

2.1.2.1. Consejo de Salubridad General⁸

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano, establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, tiene carácter de autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

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

El Consejo de Salubridad General tiene como mandato la emisión de disposiciones en materia de salubridad general de la República, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en su Reglamento Interior, aprobadas por el Presidente de la República, se encuentra el promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica.

2.1.2.2. Certificación de establecimientos de atención médica⁸

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

Para el tránsito de pacientes, resultaba de suma importancia que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas por organismos reconocidos por los tres países. En México, ante la necesidad de contar con una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, a principios de 1999 la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad

General, con la intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado del trabajo de esta comisión se publicaron los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

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

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

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

Derivado de un análisis que realizó la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al desempeño del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se acordó fortalecer la Certificación, mejorar su eficiencia y efectividad. Aunado a lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 publicado en octubre de 2007 se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente. Bajo el contexto antes descrito, el Consejo de Salubridad General publicó, en el Diario Oficial de la Federación el 13 de Junio de 2008, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM).

El objetivo del SiNaCEAM es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno. En este tenor, en el 2009 se decidió homologar los estándares del Consejo de Salubridad General con los de la Joint Commission International.

2.1.3. Sistema de utilización de los medicamentos

En 1989, un panel de expertos convocados por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHCO) definió el sistema de

utilización de los medicamentos como “el conjunto de procesos interrelacionados cuyo objetivo común es la utilización de los medicamentos de forma segura, efectiva, apropiada y eficiente”^{9,10}.

Inicialmente se consideró que dicho sistema en el ámbito hospitalario estaba integrado por cuatro procesos básicos, los cuales evolucionaron a seis: selección, almacenamiento, prescripción, preparación y dispensación, administración y seguimiento^{10,11,12}. En la actualidad se considera un séptimo proceso más: la revisión y validación de la prescripción por el farmacéutico^{9,13}.

En esencia, el primer proceso consiste en la selección de los medicamentos a disponer en el hospital, el cual es realizado por un equipo multidisciplinario integrado por el personal del hospital. Le sigue el estudio del paciente y la prescripción de la terapia farmacológica necesaria, realizada por el médico. A continuación, el farmacéutico valida la prescripción médica, la cual se prepara y dispensa en el Servicio de Farmacia. Posteriormente, los medicamentos se administran por la enfermera y, finalmente se monitorea la respuesta del paciente al tratamiento, con el fin de controlar tanto los efectos deseados como las posibles reacciones inesperadas al tratamiento⁹.

2.1.4. Seguridad del uso de medicamentos en niños

Supervisar la seguridad del uso de medicamentos en niños es de primordial importancia, ya que durante el desarrollo clínico de los medicamentos solo es

generada una información limitada sobre esta cuestión a través de los ensayos clínicos. El uso de medicamentos fuera de las especificaciones descritas en la licencia (ej.: formulación, indicaciones, contraindicaciones o edad), constituye un uso no aprobado y fuera de las indicaciones, siendo estas áreas muy importantes para los involucrados con la atención médica y seguridad del paciente pediátrico¹⁴.

Además varios informes publicados confirman que los errores de medicación en pediatría no son raros; un estudio significativo ha mostrado que los errores de medicación potencialmente dañinos pueden ser tres veces más comunes en la población pediátrica que en la adulta^{14,15}.

Por lo anterior es importante implementar sistemas de medicación provistos de las medidas y dispositivos de seguridad necesarios para reducir al máximo los errores en los procesos o garantizar que, si éstos ocurren, no alcancen y lleguen a tener consecuencias negativas en los pacientes⁹.

Para establecer un adecuado manejo y uso de medicamentos en hospitales pediátricos hay que considerar: las condicionantes farmacocinéticas y farmacodinámicas en las diferentes subpoblaciones pediátricas, la insuficiente investigación clínica en pediatría, la falta de formas farmacéuticas adaptadas a pediatría y que se tiene un mayor riesgo asociado a sufrir errores de medicación con resultados dañinos para la salud¹⁶.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Certificación por el Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General reconoce por medio del proceso de certificación, que un establecimiento de atención médica que participa de manera voluntaria busca cumplir los estándares para brindar servicios de buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes⁸.

El proceso de certificación evalúa que el hospital⁸:

- 1.** Asuma la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su misión organizacional.
- 2.** Brinde atención médica centrada en las necesidades específicas de cada paciente garantizando la continuidad de la atención.
- 3.** Respete en todo momento los derechos de los pacientes y propicie su participación en los procesos de atención, sustentada en la educación adecuada a su contexto sociocultural.
- 4.** Cuenten con personal en cantidad y competencias idóneas para las actividades, funciones y responsabilidades que tienen a su cargo.
- 5.** Tenga implementados procesos de atención médica estandarizados, uniformes y con criterios de seguridad para los pacientes que atiende.
- 6.** Disponga de espacios, insumos, equipo e instrumental en óptimas condiciones, que garanticen un ambiente seguro para el desarrollo de los procesos de atención.

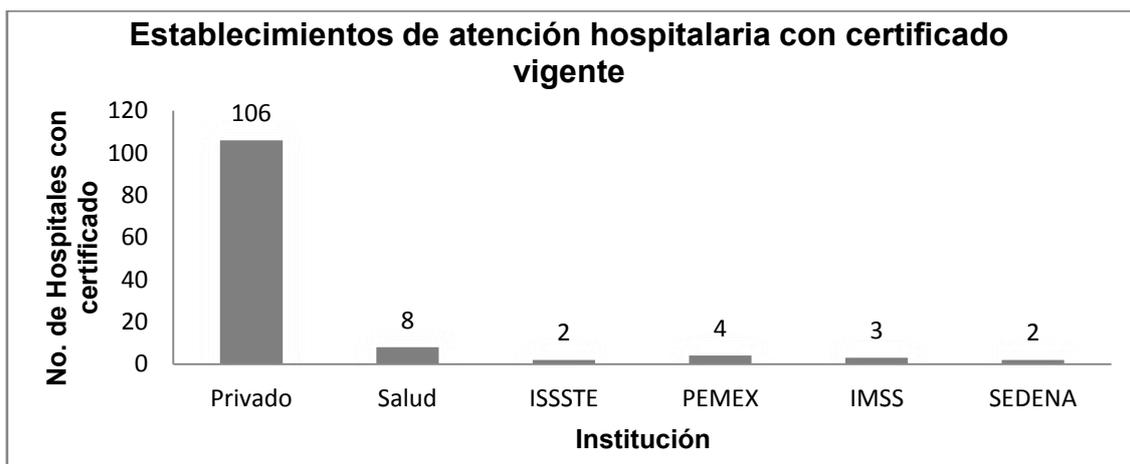
7. Gestione la mejora continua de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes con base en la evidencia científica, uso de indicadores y aprendizaje de los eventos centinela, adversos y cuasifallas.
8. Mantenga o desarrolle condiciones óptimas y deseables de seguridad y satisfacción del personal que ahí labora.
9. Brinde la atención médica, en forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre.
10. Desarrolle una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de *“Primero no dañar”* sea una prioridad permanente de toda organización.

Ventajas competitivas que adquiere el establecimiento al certificarse⁸:

1. Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
2. Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
3. Refuerza su imagen institucional, al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que el hospital trabaja con estándares de la más alta calidad.
4. Prueba que su hospital es competitivo y cumple con estándares internacionales.

5. Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

De acuerdo al Consejo de Salubridad General (2013) los establecimientos que cuentan con certificado vigente por prestador de servicio son¹⁷:



Gráfica 1. Hospitales con certificado vigente¹⁷

2.2.1.1. Proceso de certificación¹⁸

El proceso para certificar hospitales está compuesto de 3 fases (figura 1), a través de las cuales el Consejo de Salubridad General evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados.

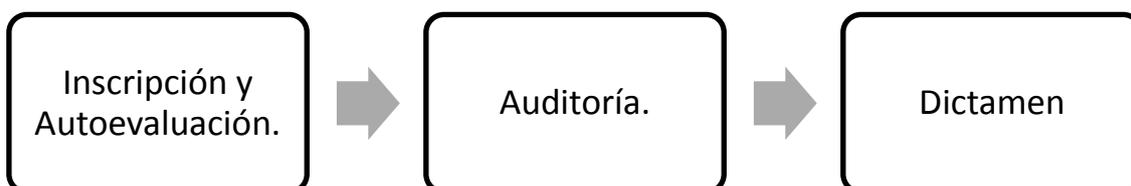


Figura 1. Fases del proceso de certificación de hospitales

2.2.1.2. Auditoría: metodología rastreadora¹⁸

La auditoría se lleva a cabo mediante la metodología rastreadora con las siguientes actividades:

- Rastreadores de paciente.
- Rastreadores de sistemas.
 - Manejo y uso de medicamentos.
 - Prevención, control y reducción de Infecciones.
 - Administración y seguridad de las instalaciones.
 - Uso de la información para la gestión de calidad.
- Rastreadores indeterminados.
- Revisión de expedientes del personal.
- Revisión de expedientes clínicos cerrados.
- Recorrido por las Instalaciones.
- Sesión de Liderazgo.

Las actividades antes mencionadas se basan en la información que presente el hospital en la sesión de “revisión de documentos”, ya que con los rastreadores el auditor evaluará la consistencia en la operación de lo que el establecimiento ha definido en sus políticas, procedimientos, planes y programas; cabe destacar, que es muy importante que los documentos solicitados describan cómo se lleva a cabo en el hospital lo solicitado en los propósitos de los estándares correspondientes.

2.2.1.3. Dictamen y recertificación¹⁸:

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica dictamina si un Hospital es “Certificado” o es “No Certificado” bajo las 11 reglas de decisión, aprobadas en la 8ª. Sesión Ordinaria del Consejo de Salubridad General. Entre las que destacan:

Como resultado de la auditoría, el hospital para certificarse debe obtener una calificación promedio igual o mayor a:

- Cinco para cada estándar.
- Seis para cada apartado.
- Cinco en toda la Cédula

y el cumplimiento de los estándares ponderados como indispensables.

La vigencia del certificado que, en su caso, dictamine la Comisión seguirá las siguientes reglas:

- Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria entre 5.0 y 5.9**, la vigencia del Certificado será de 1 año con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 5.9.
- Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria entre 6.0 y 8.9**, la vigencia del Certificado será de 2 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 8.9.

- Si el Hospital obtiene una **calificación general aprobatoria igual o mayor a 9.0**, la vigencia del Certificado será de 3 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 9.0.

2.2.2. Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General 2012⁸

Los Estándares para Certificar Hospitales versión 2012, constan de 3 secciones (figura 2), la primera abarca las metas internacionales para la seguridad del paciente, la segunda los estándares centrados en el paciente y la tercera, los estándares centrados en la gestión del establecimiento de atención médica.

SECCIÓN I: METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	SECCIÓN II: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE	SECCIÓN III: ESTÁNDARES CENTRADOS EN LA GESTIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar correctamente a los pacientes • Mejorar la comunicación efectiva • Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo • Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto • Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica • Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso y continuidad de la atención (<i>ACC, Access and Continuity of Care</i>) • Derechos del paciente y de su familia (<i>PFR, Patient and Family Rights</i>) • Evaluación de pacientes (<i>AOP, Assesment of Patient</i>) • Servicios Auxiliares de Diagnóstico (<i>SAD</i>) • Atención de pacientes (<i>COP, Care of Patient</i>) • Anestesia y atención quirúrgica (<i>ASC, Anesthesia and Surgical Care</i>) • Manejo y uso de medicamentos (<i>MMU, Medication Management and Use</i>) • Educación del paciente y de su familia (<i>PFE, Patient and Family Education</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la calidad y seguridad del paciente (<i>QPS, Quality and Patient Safety</i>) • Prevención y control de infecciones (<i>PCI, Prevention and Control of Infections</i>) • Gobierno, liderazgo y dirección (<i>GLD, Governance, Leadership and Directions</i>) • Gestión y seguridad de las instalaciones (<i>FMS, Facility Management and Safety</i>) • Calificaciones y educación del personal (<i>SQE, Staff Qualification and Education</i>) • Manejo de la Comunicación e Información (<i>MCI, Management of Communication and Information</i>)

Figura 2. Estándares para la certificación de hospitales 2012

2.2.3. Planificación interna de una organización para obtener la certificación

Cuando una organización sanitaria decide someterse a una evaluación externa de calidad, se pone en marcha un importante proceso interno destinado a garantizar que el centro cumple los requisitos de los estándares. Habitualmente este proceso implica implementar un conjunto de cambios coordinados e interrelacionados que ayudan a mejorar los sistemas de trabajo del centro, por lo que es un proceso altamente motivador y enriquecedor. Sin embargo este proceso no está exento de dificultades puesto que implica diseñar e implementar sistemas de trabajo de acuerdo a los más altos estándares de calidad, lo que supone un gran reto para los profesionales¹⁹.

El modelo de certificación del CSG se diferencia de otros sistemas de evaluación externa debido a su especificidad para los establecimientos de atención médica, ya que no se aplica en áreas o servicios de forma independiente sino abarca a la organización como un conjunto para garantizar la calidad de la atención al paciente, está basado en las funciones clave de la organización, que se llevan a cabo en todas las áreas. En cada una de estas funciones se identifican los procesos y se establecen los estándares de buena práctica.

La preparación de un centro para obtener la certificación incluye²⁰:

- Obtener información o asesoría
- Determinar los procesos involucrados en el servicio prestado

- Realizar un diagnóstico para determinar el grado de cumplimiento
- Desarrollo de un plan de trabajo para cumplir con los requisitos faltantes
- Elaboración de la documentación necesaria
- Capacitación
- Implantación
- Realización de auditorías internas
- Establecer acciones correctivas y preventivas

2.2.3.1. Enfoque basado en procesos

Tradicionalmente el sistema de gestión de los centros sanitarios se ha basado en lo que se denomina “gestión de un organigrama”, donde se va definiendo qué es lo que se hace en cada línea de mando, la dirección médica, la dirección de enfermería, la dirección económica y la dirección de personal. En la actualidad se conoce que este sistema de gestión es cada vez menos eficaz para dirigir la complejidad de los centros sanitarios, donde los flujos de trabajo son multidepartamentales y multidisciplinarios (los pacientes en un centro sanitario son atendidos en la mayoría de ocasiones por más de un servicio, y siempre por más de un profesional). Por esta razón las empresas sanitarias están cambiando la forma de gestionar adoptando modelos basados en la gestión por procesos. Sistemas de gestión que faciliten la coordinación entre los servicios o departamentos y entre los diferentes profesionales²¹.

En una gestión por proceso se entiende por proceso el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que van aportando valor, mientras se está prestando un servicio. Estas actividades transforman unos elementos de entrada en unos resultados²¹.

La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conoce como “enfoque basado en procesos”²².

Para cada proceso se deben identificar²⁰:

- Entrada
- Recursos requeridos para realizar las actividades
- Identificar la normativa que le aplica y documentos requeridos para realizar las actividades
- Evidencias generadas o resultados obtenidos
- Qué se hace y en qué secuencia se ejecutan las actividades
- Etapa del ciclo de Deming (planear, hacer, verificar, actuar)
- Responsable de la actividad o proceso
- Interacción con otros procesos

2.2.3.2. Diagnóstico

Proporciona una “foto” detallada del estado que guarda la Institución y por lo tanto establece el punto de partida de la organización. Permite conocer de

forma objetiva la situación real del centro y, a partir de ahí, planificar de forma fiable y realista el plan de trabajo¹⁹, dado que posibilita revisar y analizar la información (documentación y registros) disponible y verídica.

2.2.3.3. Documentación²²

Un documento se define como información y su medio de soporte. La elaboración de la documentación no debería ser un fin en sí mismo, sino una actividad que aporte valor.

Su utilización contribuye a:

- lograr la conformidad con los requisitos y la mejora continua
- proveer la formación apropiada
- la repetibilidad y la trazabilidad
- proporcionar evidencia objetiva

Cada estándar o normas de referencia indican, a través de los “debes” la necesidad de procedimientos, instructivos, métodos, manuales o registros para demostrar su cumplimiento, sin embargo cada organización determina la extensión de la documentación requerida y los medios a utilizar; lo cual depende de factores tales como el tipo y el tamaño de la organización, la complejidad e interacciones de los procesos, la competencia demostrada del personal y los requisitos reglamentarios que sean aplicables, principalmente.

2.2.3.4. Implantación

Durante la implantación, la organización se dedica a poner en práctica la utilización del sistema documental desarrollado²⁰ o complementado. La fase de implantación es la más compleja, especialmente cuando se trata de introducir cambios o rediseñar procesos en organizaciones, debido a que depende de variables tales como, el actuar y la experiencia del personal, las herramientas y recursos, así como, la metodología y equipos con los que se cuenta. Adicionalmente el programa de implantación debe desarrollarse sin perder de vista el objetivo de mejorar los resultados de la auditoría de certificación. Dada la heterogeneidad, tanto de las instituciones como de los procesos asistenciales definidos, no se puede abordar la implantación desde un enfoque general, sino que debe definirse un programa de implantación para cada proceso²³.

2.2.3.5. Auditoría²⁴

La auditoría es un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

Las auditorías internas, denominadas en algunos casos auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de, la propia organización y pueden constituir la base para la autodeclaración de conformidad de una organización.

Las auditorías externas incluyen lo que se denomina generalmente auditorías de segunda y tercera parte. Las auditorías de segunda parte se llevan a cabo por partes que tienen un interés en la organización. Las auditorías de tercera parte se llevan a cabo por organizaciones auditoras independientes y externas, tales como aquellas que proporcionan el registro o la certificación de conformidad.

Las actividades realizadas durante una auditoría son:

- Inicio de auditoría: en este momento se designa el equipo auditor, se define el objetivo, alcance, criterios y métodos de auditoría, se determina la viabilidad y se establece contacto inicial con el auditado.
- Preparación de las actividades de auditoría: se realiza la revisión de documentos en preparación de la auditoría, se prepara el plan de auditoría, se asignan tareas al equipo auditor y se preparan los documentos de trabajo.
- Realización de las actividades de auditoría: se lleva a cabo la reunión de apertura, se realiza la revisión documental, existe comunicación entre auditores y con el auditado, se verifica y recopila la información (mediante entrevistas, observación y revisión de documentos), se generan (si existieran) los hallazgos de auditoría, se preparan las conclusiones y se realiza la reunión de cierre.
- Preparación y distribución del informe de auditoría: en este paso se prepara el informe de auditoría, se aprueba y distribuye.
- Finalización de la auditoría
- Realización de auditorías de seguimiento

2.2.4. Apartado Manejo y uso de medicamentos (*MMU, Medication Management and Use*)

Los estándares para la certificación de hospitales del CSG definen las expectativas de desempeño, estructura o proceso que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de buena calidad⁸.

El apartado MMU define el manejo de los medicamentos como un componente importante de los tratamientos paliativos, sintomáticos, preventivos y de curación de enfermedades y trastornos y establece que el manejo de los medicamentos abarca a los procesos que emplea el establecimiento para⁸:

- administrar farmacoterapia a sus pacientes,
- los principios de diseño, implementación y mejora efectivos del proceso para seleccionar, adquirir, almacenar, prescribir, transcribir, distribuir, dispensar, preparar, administrar, documentar y controlar las terapias con medicamentos.

Por lo anterior los estándares del apartado MMU están centrados en buscar promover la implantación de prácticas efectivas dirigidas a mejorar la seguridad del sistema de utilización de medicamentos y evitar así daños innecesarios a los pacientes²⁵.

Durante el proceso de certificación el CSG evalúa la integración de todas las fases que conforman el manejo y uso de medicamentos como un sistema que garantice la seguridad del paciente y reduzca la probabilidad de un error de

medicación. Los procesos que se evalúan abarcan la selección, adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración, desecho y control de los efectos de los medicamentos, este último, abarcando la farmacovigilancia, el reporte y análisis de los errores y cuasifallas de medicación. Además, se evalúa la continuidad de los procesos de manejo de medicamentos y su relación con otros procesos y con otros apartados de la Cédula, por ejemplo: QPS (Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente), con respecto a los Indicadores de Mejora con Enfoque Clínico referente a Errores y Cuasifallas de medicación y Uso de medicamentos y con SQE (Calificaciones y Educación del Personal) con respecto a la autorización sobre quién tiene permitido prescribir y administrar medicamentos¹⁸.

2.2.5. Importancia del cumplimiento del apartado MMU

Como se mencionó la certificación reconoce que un establecimiento brinda servicios de buena calidad en la atención médica y seguridad a sus pacientes, por lo que para garantizar estos elementos es importante considerar la función del sistema de utilización de medicamentos y cumplir los estándares de buena práctica centrados en él, ya que son muchas las posibilidades de daño relacionadas con los tratamientos farmacológicos.

La complejidad del denominado “sistema de utilización de los medicamentos” es cada vez mayor, lo que conlleva un mayor riesgo de que se produzcan errores y de que éstos, a su vez, causen efectos adversos a los pacientes. No

hay que más que considerar la cantidad de actuaciones, decisiones clínicas e interconexiones asociadas a cada uno de sus componentes, los múltiples profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en los mismos, incluyendo los propios pacientes, su creciente especialización, la variedad de procedimientos, etc^{9,26,27}.

La necesidad de control de medicamentos de alto riesgo, la gestión de medicamentos con aspecto o nombres parecidos, la necesidad de la identificación y seguimiento del ajuste de dosis en condiciones especiales e interacciones farmacológicas, el manejo de fármacos biopeligrosos, etc., hacen que el análisis continuo de las posibilidades de error sea imprescindible^{28,29,30,31,32}.

Además, otros factores favorecen aún más la producción de errores, como son el escaso nivel de informatización de la asistencia sanitaria, su gran segmentación y la disponibilidad de un número creciente de medicamentos de difícil conocimiento y manejo, todo ello sin olvidar la cultura profesional sanitaria, la cual tiende a limitar en lugar de favorecer la comunicación abierta de los errores asistenciales y sus causas^{9,26,27}.

Aunque cada proceso suele ser competencia de un profesional sanitario específico, en la práctica, en muchos de ellos suelen intervenir varias personas (médicos, farmacéuticos, enfermeras, auxiliares, administrativos, pacientes, etc.), dependiendo de la organización y de los procedimientos de trabajo de cada institución. El funcionamiento global del sistema dependerá, por tanto, de todos y cada uno de los profesionales y de su capacidad de coordinación y de

trabajo en equipo. Éste es un aspecto importante que supone un cambio cultural en los profesionales, quienes deben comprender y asumir sus competencias y funciones, así como la interdependencia de las mismas con las del resto de los implicados en la cadena^{9,33}.

3. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1. Auditoría diagnóstica

3.1.1. Planificación

La auditoría tomó como base los estándares del apartado MMU, por lo que se estableció:

- objetivo de la auditoría: establecer el estatus que guarda la Institución respecto al apartado MMU, a nivel documental, de implementación y mejora
- alcance de la auditoría: al Instituto Nacional de Pediatría
- criterios de la auditoría: los establecidos por el CSG, los cuales son:

ORGANIZACIÓN Y MANEJO

- **Estándar MMU.1** El manejo y uso de medicamentos en el establecimiento cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes, y está organizado de manera eficiente a fin de cubrir las necesidades del paciente.
- **Estándar MMU.1.1** El Sistema de manejo y uso de medicamentos se supervisa por personal calificado.
- **Estándar MMU.1.1.1** El establecimiento evalúa los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación.

SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN

- **Estándar MMU.2** Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles para su prescripción.
- **Estándar MMU.2.1** Existe un método de supervisión de la lista de medicamentos y del uso de los medicamentos en el establecimiento.
- **Estándar MMU.2.2** El establecimiento puede obtener de inmediato los medicamentos que no tiene en existencia, que no están normalmente disponibles para la organización o en las ocasiones en las que la farmacia está cerrada.

ALMACENAMIENTO

- **Estándar MMU.3** Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.
- **Estándar MMU.3.1** La política del establecimiento asegura el almacenamiento adecuado de los medicamentos y productos de nutrición correspondientes.
- **Estándar MMU.3.2** Los medicamentos de urgencia que se guardan fuera de la farmacia están disponibles, controlados y reguardados en forma segura.
- **Estándar MMU.3.3** El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de medicamentos.

PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN

- **Estándar MMU.4** Hay políticas y procedimientos, basadas en buenas prácticas y en la normatividad correspondiente, que guían la prescripción de medicamentos.
- **Estándar MMU.4.1** El establecimiento define los elementos de una prescripción completa, y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable
- **Estándar MMU.4.2** El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para prescribir medicamentos.
- **Estándar MMU.4.3** Se cuenta con un proceso que garantice que las transcripciones de medicamentos se realizan de manera segura.
- **Estándar MMU.4.4** Los medicamentos prescritos y administrados se documentan en el expediente clínico del paciente
- **Estándar MMU.4.5** Se realiza a todos los pacientes un proceso de conciliación de medicamentos a su ingreso, cuando hay cambio de médico responsable o de área en el hospital y a su egreso.

PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN

- **Estándar MMU.5** Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.
- **Estándar MMU.5.1** Se revisa de la idoneidad de la prescripción de medicamentos.
- **Estándar MMU.5.2** Se emplea un sistema para dispensar los medicamentos en la dosis correcta, al paciente correcto y a la hora correcta.
- **Estándar MMU.5.3** La alimentación parenteral se prepara y se dosifica en un entorno seguro e higiénico.
- **Estándar MMU.5.4** Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos, de alto riesgo.
- **Estándar MMU.5.4.1** El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.

ADMINISTRACIÓN

- **Estándar MMU.6** El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para administrar medicamentos.
- **Estándar MMU.6.1** La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.
- **Estándar MMU.6.2** Hay políticas y procedimientos que rigen el uso de medicamentos traídos al establecimiento para que el paciente se autoadministre o a modo de muestras.

CONTROL

- **Estándar MMU.7** Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.
- **Estándar MMU.7.1** Los errores y cuasifallas de medicación se reportan mediante un proceso y marco de tiempo definidos por el establecimiento.

VACUNACIÓN

- **Estándar MMU.8** Garantizar el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas según las leyes, lineamientos y normas vigentes.

La base de la autoría consistió en una lista de verificación y se llevó a cabo utilizando las técnicas de entrevista, rastreo, observación directa y revisión documental. Cada elemento se valoró de acuerdo con:

- **NA (sin valor):** significa que **no aplica** el elemento medible
- **Cero (0):** significa que no cumple.
- **Cinco (5):** significa que cumple parcialmente.
- **Diez (10):** significa que cumple totalmente

3.1.2. Realización de la auditoría diagnóstico para determinar el grado de cumplimiento a los estándares del apartado MMU

La auditoría al apartado *Manejo y uso de medicamentos (MMU)* versión 2012, se realizó de forma eficaz, siguiendo lo aprendido, se realizó una comparación de la situación presente en el hospital con los elementos medibles correspondientes a los estándares del apartado MMU; cada EM, se calificó de acuerdo a la escala marcada.

Durante la auditoría se observaron los siguientes obstáculos:

- ✓ Falta de disponibilidad de la documentación requerida
- ✓ Disponibilidad del personal

Con el personal fue posible observar que la implementación debe contener aspectos tales como:

- ✓ Motivar al personal
- ✓ Establecer objetivos claros
- ✓ Dar a conocer la importancia del cumplimiento de los estándares y los beneficios que ofrece
- ✓ Organizar y dedicar tiempo para desarrollar adecuadamente el soporte documental
- ✓ Desarrollo de un buen sistema de medición o indicadores
- ✓ Implicación y compromiso de la dirección
- ✓ Capacitación en los procesos del sistema de medicación
- ✓ Establecer responsables para el seguimiento del sistema de medicación

- ✓ Establecer funciones claras
- ✓ Promover el trabajo en equipo para prevenir errores
- ✓ Evitar la individualización del trabajo

3.1.3. Resultados de la auditoría

Una vez levantada la información se obtuvo la calificación para cada estándar.

Tabla 1. Apartado Manejo y Uso de Medicamentos (2012) : Estándares y elementos medibles

Estándar	EM	Organización y manejo	Calificación
MMU.1		El manejo y uso de medicamentos en el establecimiento cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes, y está organizado de manera eficiente a fin de cubrir las necesidades del paciente.	7.5
	1	1.Existe un plan o programa que identifica y describe el modo en que los medicamentos se organizan, manejan y se utilizan (Sistema de Medicación) en todo el establecimiento.*	5
	2	2.Se incluye en la estructura organizacional todos los servicios y personal que maneja procesos de medicación	10
	3	3.El plan o programa cuenta con políticas que guían todas las fases del manejo y uso de medicamentos dentro del establecimiento.*	5
	4	4.La farmacia o el servicio farmacéutico y el uso de medicamentos cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes	10
MMU.1.1		El sistema de manejo y uso de medicamentos se supervisa por personal calificado	0

	5	1.Una persona, departamento o comité supervisa el sistema de medicación (Ver GLD.5, EM 1)	0
	6	2.Quien o quienes realizan la supervisión cuenta con las habilitaciones, certificaciones y capacitación necesarias	0
	7	3.La supervisión incluye a todo el sistema de medicación	0
MMU.1.1.1		Indispensable. El establecimiento evalúa los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación	0
	8	1.El establecimiento identifica los riesgos asociados cada una de las fases del sistema de medicación.*	0
	9	2.El establecimiento prioriza los riesgos identificados.	0
	10	3.Los riesgos identificados se utilizan para rediseñar los procesos del sistema de medicación.	0
	11	4.Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica.*	0
Estándar	EM	Selección y adquisición	Calificación
MMU.2		Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles para su prescripción	7.5
	12	1.Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión del establecimiento, las necesidades del paciente y los servicios prestados	10
	13	2.Existe una lista de medicamentos existentes dentro del establecimiento o que se pueden obtener de manera inmediata. *	10
	14	3.Se utilizó un proceso de colaboración para elaborar la lista.	10
	15	4.Existe un proceso establecido saber cómo actuar en aquellos casos en los que no esté disponible algún medicamento, que incluye una notificación a quienes prescriben, y sugerencia de alternativas.	5
MMU.2.1		Existe un método de supervisión de la lista de medicamentos y del uso de los medicamentos en el establecimiento.	6.6

	16	1.Existe un método de supervisión del uso de medicamentos en el establecimiento.	5
	17	2.Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en todo el establecimiento.	5
	18	3.Los profesionales de la salud involucrados en prescribir, dispensar, administrar y controlar los medicamentos colaboran en el control y actualización de la lista	5
	19	4.Hay criterios que guían las decisiones de agregar o eliminar medicamentos de la lista.*	10
	20	5.Existe un proceso o mecanismo para controlar la respuesta del paciente a los medicamentos recién añadidos a la lista.	5
	21	6.La lista se revisa al menos una vez al año, basándose en la información sobre seguridad y eficacia.	5
MM.2.2		El establecimiento puede obtener de inmediato los medicamentos que no tiene en existencia, que no están normalmente disponibles para la organización o en las ocasiones en las que la farmacia está cerrada.	8.3
	22	1.Existe un proceso para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencias o que no están normalmente a disposición del establecimiento.	5
	23	2.Existe un proceso para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o el suministro de medicamentos está bajo llave	10
	24	3.El personal implementa estos procesos cuando son necesarios	10
Estándar	EM	Almacenamiento	Calificación
MMU.3		Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.	4

	25	1.Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.	5
	26	2.Se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.	5
	27	3.Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.	5
	28	4.Todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los medicamentos se encuentran debidamente resguardados y almacenados.	5
	29	5.Una política define cómo identificar, resguardar y almacenar los medicamentos que el paciente trae consigo al establecimiento. *	5
MMU.3.1		La política del establecimiento asegura el almacenamiento adecuado de los medicamentos y productos de nutrición correspondientes.	5
	30	1.La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los productos nutricionales.*	5
	31	2.La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar.*	10
	32	3.La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra.*	0
	33	4.La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y conservan los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia.*	5
	34	5.Todo almacenamiento se realiza en conformidad con la política del establecimiento.	5
MMU.3.2		Los medicamentos de urgencia que se guardan fuera de la farmacia están disponibles, controlados y reguardados en forma segura.	8.3

	35	1.Los medicamentos de urgencia están disponibles en las áreas donde son necesarios, y están fácilmente accesibles dentro del establecimiento, para cumplir con las necesidades de urgencia.	10
	36	2.Los medicamentos de urgencia están protegidos contra extravíos o robos.	5
	37	3.Los medicamentos de urgencia se controlan y reemplazan oportunamente luego de usarse, cuando se vencen o dañan.	10
MMU.3.3		El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de medicamentos.	6.25
	38	1.Hay un sistema implementado de retiro de medicamentos caducos o fuera de uso.	5
	39	2.Las políticas y procedimientos impiden el uso de los medicamentos caducos o fuera de uso.*	5
	40	3.Las políticas y procedimientos se ocupan del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera de uso, de acuerdo a la normatividad vigente.*	10
	41	4.Las políticas y procedimientos están implementados.	5
Estándar	EM	Prescripción y transcripción	Calificación
MMU.4		Hay políticas y procedimientos, basadas en buenas prácticas y en la normatividad correspondiente, que guían la prescripción de medicamentos.	5
	42	1.Las políticas y procedimientos guían la prescripción de medicamentos en el establecimiento.	5
	43	2.Existe un proceso de colaboración para elaborar políticas y procedimientos aplicables.	10
	44	3.Las políticas y procedimientos establecen las acciones a seguir ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.*	0
	45	4.El personal relevante está capacitado en las prácticas correctas para prescribir	5
MMU.4.1		Indispensable. El establecimiento define los elementos de una prescripción completa, y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable.	5

	46	<p>1.Las prescripciones de medicamentos aceptables están definidas en la(s) política(s), y al menos abarcan los siguientes elementos*:</p> <p>a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud. b) Los elementos de la prescripción o la solicitud de medicamentos. c) Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca. d) Si se necesitan indicaciones PRN (por razón necesaria) u otro tipo de indicaciones de medicamento y cuándo. e) Precauciones o procedimientos especiales para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecidos. f) Las medidas a tomar ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas. g) Los tipos de órdenes adicionales permitidas tales como órdenes de urgencia, permanentes, de detención automática y todo elemento requerido en tales órdenes. h) La aceptación de órdenes verbales y/o telefónicas, y el proceso para verificar dichas órdenes. i) Los tipos de órdenes basadas en el peso, por ejemplo en pacientes pediátricos.</p>	5
	47	2.Las prescripciones de medicamentos se completan según la política del establecimiento.	5
MMU.4.2		Indispensable. El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para prescribir medicamentos.	10
	48	1.Sólo el personal autorizado por el establecimiento, las habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, prescribe medicamentos.	10
	49	2.Existe un proceso para poner límites, cuando corresponda, a las prácticas del personal para prescribir medicamentos.	10
	50	3.El servicio farmacéutico u otros que dispensen medicamento, así como quienes los preparan y administran, identifican al personal autorizado para prescribir medicamentos	10
MMU.4.3		Se cuenta con un proceso que garantice que las transcripciones de medicamentos se realizan de manera segura.	0

	51	1.Las políticas y procedimientos establecen las acciones para garantizar la correcta transcripción de las indicaciones médicas y las acciones a seguir cuando las transcripciones son ilegibles.*	0
	52	2.Las transcripciones de medicamentos se realizan de manera correcta para garantizar la seguridad del paciente	0
MMU.4.4		Los medicamentos prescritos y administrados se documentan en el expediente clínico del paciente.	10
	53	1.Se registran los medicamentos prescritos a cada paciente.	10
	54	2.Se registra cada dosis de medicamento administrada.	10
	55	3.La información sobre los medicamentos se encuentra disponible durante el proceso de atención y se integra al expediente clínico.	10
MMU.4.5		Indispensable. Se realiza a todos los pacientes un proceso de conciliación de medicamentos a su ingreso, cuando hay cambio de médico responsable o de área en el hospital y a su egreso.	0
	56	1.Existen políticas guían el proceso de conciliación de medicamentos.*	0
	57	2.Los expedientes clínicos contienen una lista de los medicamentos que tomaban los pacientes antes de la admisión; esta información se pone a disposición del personal calificado que realice la conciliación de los medicamentos.	0
	58	3.Las indicaciones médicas al ingreso del paciente se comparan con la lista de medicamentos que el paciente tomaba antes de la admisión, de acuerdo al proceso establecido por el establecimiento.	0
	59	4.A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o cambio de responsable.	0
	60	5.A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos a su egreso.	0
Estándar	EM	Preparación y dispensación	Calificación
MMU.5		Indispensable. Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.	6.6

	61	1.Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.(Ver PCI.7, EM 1 y 2)	5
	62	2.La preparación y dispensación de medicamentos cumple con las leyes, reglamentaciones, normatividad y los estándares de práctica clínica profesionales.	5
	63	3.El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas	10
MMU.5.1		Indispensable. Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos.	0
	64	1.Se cuenta con un proceso efectivo para revisar la idoneidad de la prescripción.*	0
	65	2.El establecimiento define qué información específica del paciente necesita para llevar a cabo un proceso efectivo de revisión de la idoneidad de la prescripción	0
	66	3.Se revisa la idoneidad de cada prescripción, incluye los siguientes elementos; a) la idoneidad del fármaco, la dosis, la frecuencia y la vía de administración; b) la duplicación terapéutica; c) las alergias o sensibilidades; d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos; e) la variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento f) el peso del paciente y demás información fisiológica; g) otras contraindicaciones.	0
	67	4.Se revisa la idoneidad de cada prescripción antes de la dispensación o administración.	0
	68	5.Cuando surgen dudas, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que prescribió el medicamento.	0
	69	6.El personal autorizado para revisar las prescripciones es competente para dicha tarea	0
	70	7.La revisión se facilita mediante un expediente (perfil farmacoterapéutico) para todos los pacientes que reciben medicamentos.	0
	71	8.Se actualiza periódicamente el software, cuando éste se utiliza, para verificar las interacciones entre fármacos y alergias a fármacos.	NA
MMU.5.2		Se emplea un sistema para dispensar los medicamentos en la dosis correcta, al paciente correcto y a la hora correcta.	7

	72	1.Existe en el establecimiento un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos	10
	73	2.Los medicamentos se etiquetan debidamente luego de su preparación.	5
	74	3.Los medicamentos se dispensan de la manera más adecuada.	5
	75	4.El sistema respalda la dispensación precisa.	5
	76	5.El sistema respalda la dispensación puntual.	10
MMU.5.3		Indispensable. La alimentación parenteral se prepara y se dosifica en un entorno seguro e higiénico.	10
	77	1.La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados. (Ver PCI.7, EM 1 y 2)	10
	78	2.La preparación y dispensación de la alimentación parenteral cumple con las leyes, reglamentaciones, normatividad y los estándares de práctica clínica profesionales.	10
	79	3.El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas	10
	80	4.Los resultados de control de calidad de los servicios subrogados de alimentación parenteral se revisan periódicamente.(Ver GLD.3.3)	10
MMU.5.4		Indispensable. Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos, de alto riesgo.	10

	81	1. Los medicamentos utilizados durante procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo son etiquetados inmediatamente después de su preparación.	10
	82	2. El etiquetado incluye al menos los siguientes datos: a) Nombre del medicamento b) Dosis c) Concentración, si corresponde d) Vía e) Dilución f) Fecha/hora de preparación y de caducidad en el caso de medicamentos multidosis o medicamentos que serán utilizados en procedimientos de larga duración.	10
	83	3. Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser administrados	10
	84	4. Se utiliza doble verificación cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará.	10
MMU.5.4.1		Indispensable. El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.	3.3
	85	1. Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis acorde a las prácticas de control de infecciones.*	0
	86	2. Los medicamentos multidosis son etiquetados inmediatamente después de su preparación.	5
	87	3. El etiquetado incluye al menos los siguientes datos: a) Nombre del medicamento b) Dosis c) Concentración, si corresponde d) Vía e) Dilución f) Fecha/hora de preparación y de caducidad	5
Estándar	EM	Administración	Calificación
MMU.6		El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para administrar medicamentos.	10

	88	1.El establecimiento identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos, de acuerdo con su descripción de puesto, el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos o de asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de la salud.	10
	89	2.Sólo el personal autorizado por el establecimiento, habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, administra medicamentos.	10
	90	3.Existe un proceso para poner límites a los profesionales, cuando corresponda, a las prácticas de administración de medicamentos.	10
MMU.6.1		Indispensable. La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.	8.1
	91	1.Se identifica al paciente con los dos datos establecidos por la organización	5
	92	2.Se verifican los medicamentos con la prescripción.	10
	93	3.Se verifica la caducidad del medicamento a administrar	5
	94	4.Se verifica la dosis del medicamento con la prescripción	10
	95	5.Se verifica la vía de administración con la prescripción.	10
	96	6.Se verifica la velocidad de infusión correcta.	10
	97	7.Los medicamentos se administran puntualmente.	5
	98	8.Los medicamentos se administran tal como se prescriben, y se anotan en el expediente clínico.	10
MMU.6.2		Hay políticas y procedimientos que rigen el uso de medicamentos traídos al establecimiento para que el paciente se autoadministre o a modo de muestras.	1.25

	99	1.Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la autoadministración de medicamentos por parte del paciente.*	0
	100	2.Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la documentación y el manejo de todo medicamento que el paciente ingrese al establecimiento.*	5
	101	3.Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.*	0
	102	4.Hay políticas y procedimientos que guían las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones	0
Estándar	EM	Control	Calificación
MMU.7		Indispensable. Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.	9
	103	1.Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.	10
	104	2.Se cuenta con un proceso para la detección de Acontecimientos Adversos por Medicamentos.	5
	105	3.En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.	10
	106	4.Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente	10
	107	5.Las reacciones adversas a medicamentos y las sospechas de reacción adversa, se notifican dentro del marco de tiempo exigido por la normatividad vigente, en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia.	10
MMU.7.1		Los errores y cuasifallas de medicación se reportan mediante un proceso y marco de tiempo definidos por el establecimiento	0
	108	1.Se cuenta con una definición operativa de los errores de medicación y las cuasifallas en medicación.*	0
	109	2.Los errores de medicación y las cuasifallas se reportan y analizan en forma oportuna, utilizando un proceso establecido.	0
	110	3.El establecimiento emplea la información sobre errores de medicación y las cuasifallas para mejorar los procesos de manejo y uso de medicamentos.	0
	111	4. El personal está capacitado para identificar y reportar errores y cuasifallas de medicación	0
Estándar	EM	Vacunación	Calificación

MMU.8		Garantizar el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas según las leyes, lineamientos y normas vigentes.	8.75
	112	1.Cuando corresponda, hay políticas y procedimientos que guían conservación y almacenamiento adecuados, así como, la administración oportuna de vacunas.*	10
	113	2.El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para la vacunación en grupos específicos de la población (por ejemplo mujeres embarazadas, personal del establecimiento, menores de 5 años, adultos mayores; según corresponda)	10
	114	3.Si corresponde, el establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para garantizar una cobertura de BCG.	10
	115	4.La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.	5

* Elementos medibles que forman parte de los estándares indispensables y que el hospital debe mostrar en la sesión de "Revisión de documentos" durante la auditoría.

Al final de la auditoría se detectó que el 39.45% de los elementos medibles de este apartado se encontraban en la categoría de "cumple".

3.2. Elaboración del plan de trabajo

Con el fin de poder elaborar un plan que garantice el cumplimiento del estándar, es necesario analizar los resultados de la auditoría y considerar los aspectos que den certeza al éxito del mismo.

3.2.1. Clasificación

Los elementos medibles que requieren estar **documentados** se clasificaron de la siguiente manera:

- Completo: el elemento se encuentra documentado y cumpliendo con lo requerido por el estándar, además esta implementado de manera eficaz (los resultados se obtienen)
- Incompleto: el elemento cumple parcialmente y requiere adecuarse, por lo tanto la implementación debe ser ajustada.
- No iniciado: el elemento no se conoce y no ha sido documentado

Tabla 2. Clasificación de elementos medibles documentados

Estándar	Elementos medibles	Clasificación
	Organización y manejo	
MMU.1	1.Plan o programa para el sistema de medicación	Incompleto
	3.Políticas que guían todas las fases del manejo y uso de medicamentos dentro del establecimiento	Incompleto
MMU.1.1.1	1.El establecimiento identifica los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación	No iniciado
	4.Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica.	No iniciado
	Selección y adquisición	
MMU.2	2.Existe una lista de medicamentos existentes dentro del establecimiento o que se pueden obtener de manera inmediata	Completo
MMU.2.1	4.Hay criterios que guían las decisiones de agregar o eliminar medicamentos de la lista.	Completo
	Almacenamiento	
MMU.3	5.Una política define cómo identificar, resguardar y almacenar los medicamentos que el paciente trae consigo al establecimiento.	Incompleto
MMU.3.1	1.La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los productos nutricionales	Incompleto
	2.La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar.	Completo
	3.La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra.	No iniciado
	4.La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y conservan los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia	Incompleto
MMU.3.3	2.Las políticas y procedimientos impiden el uso de los medicamentos caducos o fuera de uso.	Incompleto

	3.Las políticas y procedimientos se ocupan del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera de uso, de acuerdo a la normatividad vigente.	Completo
	Prescripción y transcripción	
MMU.4	1.Las políticas y procedimientos establecen las acciones a seguir ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.	No iniciado
MMU.4.1	1.Las prescripciones de medicamentos aceptables están definidas en la(s) política(s), y al menos abarcan los siguientes elementos: a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud. b) Los elementos de la prescripción o la solicitud de medicamentos. c) Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca. d) Si se necesitan indicaciones PRN (por razón necesaria) u otro tipo de indicaciones de medicamento y cuándo. e) Precauciones o procedimientos especiales para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecidos f) Las medidas a tomar ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas. g) Los tipos de órdenes adicionales permitidas tales como órdenes de urgencia, permanentes, de detención automática y todo elemento requerido en tales órdenes. h) La aceptación de órdenes verbales y/o telefónicas, y el proceso para verificar dichas órdenes. i) Los tipos de órdenes basadas en el peso, por ejemplo en pacientes pediátricos.	Incompleto
MMU.4.3	1.Las políticas y procedimientos establecen las acciones para garantizar la correcta transcripción de las indicaciones médicas y las acciones a seguir cuando las transcripciones son ilegibles	No iniciado
MMU.4.5	1.Existen políticas guían el proceso de conciliación de medicamentos	No iniciado
	Preparación y dispensación	
MMU.5.1	1. Se cuenta con un proceso efectivo para revisar la idoneidad de la prescripción	No iniciado
MMU.5.4.1	1.Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis acorde a las prácticas de control de infecciones.	No iniciado
	Administración	
MMU.6.2	1.Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la auto administración de medicamentos por parte del paciente	No iniciado

	2.Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la documentación y el manejo de todo medicamento que el paciente ingrese al establecimiento	Incompleto
	3.Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos	No iniciado
	Control	
MMU.7.1	1.Se cuenta con una definición operativa de los errores de medicación y las cuasifallas en medicación	No iniciado
	Vacunación	
MMU.8	1.Cuando corresponda, hay políticas y procedimientos que guían conservación y almacenamiento adecuados, así como, la administración oportuna de vacunas	Completo

Documentos que el hospital debe mostrar en la sesión de "Revisión de documentos" durante la auditoría

Con la información referente a cada uno de los EM se clasificó a los estándares ponderados como **indispensables** en:

- Terminados
- Por documentar
- Por implementar

Tabla 3. Clasificación de estándares indispensables

Estándar	Elemento medible	Clasificación
	Organización y manejo	
MMU.1.1.1	Indispensable. El establecimiento evalúa los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación	Por documentar
	Prescripción y transcripción	
MMU.4.1	Indispensable. El establecimiento define los elementos de una prescripción completa, y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable.	Por documentar
MMU.4.2	Indispensable. El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para prescribir medicamentos	Terminado
MMU.4.5	Indispensable. Se realiza a todos los pacientes un proceso de conciliación de medicamentos a su ingreso, cuando hay cambio de médico responsable o de área en el hospital y a su egreso.	Por documentar

	Preparación y dispensación	
MMU.5	Indispensable. Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.	Por implementar
MMU.5.1	Indispensable. Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos.	Por documentar
MMU.5.3	Indispensable. La alimentación parenteral se prepara y se dosifica en un entorno seguro e higiénico.	Terminado
MMU.5.4	Indispensable. Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos, de alto riesgo.	Terminado
MMU.5.4.1	Indispensable. El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.	Por documentar
	Administración	
MMU.6.1	Indispensable. La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.	Por implementar
	Control	
MMU.7	Indispensable. Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.	Por documentar

Los estándares con una calificación ≤ 5 se clasificaron de la siguiente manera:

- Por documentar
- Por implementar

Tabla 4. Clasificación de estándares con calificación ≤ 5

Estándar	Elemento medible	Clasificación
	Organización y manejo	
MMU.1.1	El sistema de manejo y uso de medicamentos se supervisa por personal calificado	Por implementar
MMU.1.1.1	Indispensable. El establecimiento evalúa los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación	Por documentar
	Almacenamiento	
MMU.3	Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.	Por implementar
MMU.3.1	La política del establecimiento asegura el almacenamiento adecuado de los medicamentos y productos de nutrición correspondientes.	Por documentar

	Prescripción y transcripción	
MMU.4	Hay políticas y procedimientos, basadas buenas prácticas y en la normatividad correspondiente, que guían la prescripción de medicamentos.	Por documentar
MMU.4.1	Indispensable. El establecimiento define los elementos de una prescripción completa, y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable.	Por documentar
MMU.4.3	Se cuenta con un proceso que garantice que las transcripciones de medicamentos se realizan de manera segura.	Por documentar
MMU.4.5	Indispensable. Se realiza a todos los pacientes un proceso de conciliación de medicamentos a su ingreso, cuando hay cambio de médico responsable o de área en el hospital y a su egreso.	Por documentar
	Preparación y dispensación	
MMU.5.1	Indispensable. Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos.	Por documentar
MMU.5.4.1	Indispensable. El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.	Por documentar
	Administración	
MMU.6.2	Hay políticas y procedimientos que rigen el uso de medicamentos traídos al establecimiento para que el paciente se autoadministre o a modo de muestras.	Por documentar
	Control	
MMU.7.1	Los errores y cuasifallas de medicación se reportan mediante un proceso y marco de tiempo definidos por el establecimiento	Por documentar

3.2.2. Elaboración del programa

- a) Definición de la fecha compromiso para la certificación: Se tomó como base el año 2014, por lo que la fecha de término será diciembre de 2014.
- b) Se determinaron cada una de las actividades para las etapas de documentación, capacitación, implantación y auditoría.
- c) Se establecieron los periodos de tiempo para concluir cada una de las etapas del programa.

Tabla 5. Programa de trabajo

Etapas	Período de 12 meses											
<p>Documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer responsables ✓ Realización de listados de documentos ✓ Realizar un cronograma de actividades ✓ Elaborar, actualizar y aprobar los documentos ✓ Supervisión del avance ✓ Distribución de los documentos 												
<p>Capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formación de un equipo responsable de la capacitación ✓ Establecer necesidades de capacitación ✓ Establecer un programa de capacitación ✓ Impartición de los cursos de capacitación ✓ Evaluación de las capacitaciones 												
<p>Implantación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer un equipo responsables de dar seguimiento a la implantación ✓ Implantación de los procesos y procedimientos técnicos ✓ Determinar un mecanismo de supervisión de los procesos ✓ Establecer un método de medición de los procesos ✓ Medición de los procesos ✓ Análisis de resultados 												
<p>Auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer el equipo auditor ✓ Inicio de auditoria ✓ Revisión de la documentación ✓ Preparación de las actividades de auditoria ✓ Realización de las actividades de auditoria ✓ Preparación, aprobación y distribución del informe de auditoría ✓ Finalización de la auditoria ✓ Implementación de acciones correctivas y preventivas 												

3.3. Establecimiento de indicadores

En el plan de trabajo se colocaron algunas propuestas de solución para casos críticos y se establecieron los indicadores que demuestren el avance del plan.

Tabla 6. Indicadores

Actividades	Indicador
Documentación	$\% \text{ de avance en documentación} = \frac{\text{No. de documentos terminados}}{\text{No. total de documentos por realizar}} \times 100$
Capacitación	$\% \text{ de avance en capacitación} = \frac{\text{No. de personal capacitado}}{\text{No. total de personal que requiere capacitación}} \times 100$ $\% \text{ del programa cubierto} = \frac{\text{No. de cursos impartidos}}{\text{No. total de cursos programados}} \times 100$
Implantación	$\% \text{ de avance en implantación} = \frac{\text{No. de procedimientos implementados}}{\text{No. total de procedimientos}} \times 100$
Auditoría	<p>Calificación obtenida para el apartado</p> $\% \text{ de EM clasificados como "cumple"} = \frac{\text{No. de EM clasificados como "cumple"}}{\text{No. total de EM del apartado}} \times 100$

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Entre las principales actividades que necesita desarrollar el Instituto para cumplir con el 70% de los elementos medibles es el sistema documental y su inmediata implementación. La documentación servirá de soporte al contener directivas específicas para la ejecución de las actividades en cada uno de los procesos que integran el sistema de medicación, además los procedimientos y políticas se utilizarán posteriormente para el desarrollo de las etapas de capacitación e implantación con el personal de reciente ingreso logrando así la continuidad del sistema.

El sistema documental requerirá para su éxito, una eficaz implementación, para lo cual es importante trabajar con los profesionales encargados de cada proceso del sistema de medicación con el fin de que conozcan sus responsabilidades y como se relacionan con otros procesos (interacción), entendiendo así el enfoque a procesos. Para lograr su participación es indispensable aplicar un proceso de sensibilización, que contenga los beneficios del sistema y de esta forma contribuyan en el control, la revisión y el monitoreo continuo del sistema, lo cual llevará a la sistematización de los procesos.

El plan desarrollado organiza las líneas de trabajo que permitirán llevar a cabo las actividades planificadas en el tiempo previsto y que le permitirán al Instituto lograr la recertificación.

El cumplimiento de estos estándares permite brindar seguridad al paciente durante todo el proceso de atención y por otro lado aporta un valor en cuanto a la imagen de la institución hacia el exterior. De no realizarse la certificación, no se garantiza el cumplimiento de estándares lo que es igual a variabilidad en la atención y por lo tanto riesgos en el paciente, es decir mala calidad en el servicio.

Con el seguimiento del plan se podrá:

- Finalizar los 18 documentos requeridos para la certificación
- Cumplir con los 11 estándares ponderados como indispensables.
- Cumplir con los 12 estándares que en este momento se encuentran con una calificación menor o igual a 5.

5. CONCLUSIÓN

Cuando un hospital busca satisfacer y mejorar las necesidades tanto de los pacientes como de su personal se compromete a ofrecer servicios de calidad, eficaces y eficientes, para lo cual busca lograr la certificación y mantenerla, lo que refleja la mejora del desempeño del hospital.

Para lograr la mejora del desempeño el hospital debe comenzar por mejorar y cumplir con los sistemas y subsistemas que lo integran, por lo que este trabajo centró su atención en el cumplimiento de los estándares del apartado MMU, los cuales están enfocados en el sistema de medicación del hospital. En cada hospital es importante el manejo y control de los medicamentos, sin embargo en el Instituto es primordial, ya que los pacientes pediátricos constituyen un grupo de riesgo y el uso de medicamentos en ellos muchas veces se encuentra fuera de especificaciones por la falta de formas farmacéuticas adaptadas a esta población, lo que conlleva a que se presente un mayor número de errores de medicación comparado con la población adulta, además hay que añadir que en los pacientes pediátricos es más difícil identificar reacciones adversas a medicamentos por la dificultad para comunicarse.

Por medio de este trabajo se logró:

- Realizar una auditoría diagnóstico para determinar el grado de cumplimiento a los estándares del apartado MMU 2012.

- Se realizó una revisión documental identificando los procedimientos y políticas que son requisito para el cumplimiento de los elementos medibles.
- Se desarrolló un plan de trabajo y se establecieron indicadores para su seguimiento que permitirán revisar el avance de las actividades.

REFERENCIAS

- 1.- Andreo Martínez, José Antonio. Gestión de Calidad en Medicina Interna. Desde Pareto al EFQM. Medicina clínica.2012; 138(7):306-311.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. MilbankMemFund Q. 1966; 44:166–203.
3. Lorenzo S. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16:S10.
4. Torres A, Fernández E, Paneque P, Carretero R, Garijo A. Gestión de la calidad asistencial en Andalucía. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19:105–12.
- 5.- Mas M^a.P, Torre I. y Lacasa C. Libro de la sociedad española de Farmacia Hospitalaria. Gestión de la calidad. [en línea]. Madrid: SEFH; 2002 [fecha de acceso 24 de noviembre del 2013]. Disponible en: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1-4.pdf
6. Saturno PJ. EMCA. Evaluación y Mejora de la Calidad en Servicios de Salud. Conceptos y Métodos. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2000.
7. Ferrando M, Granero J. Calidad Total: Modelo EFQM de Excelencia, 2nd ed., Madrid: Fundación Confemetal; 2008.
- 8.-Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales 2012 [fecha de acceso: 20 septiembre 2013]. Disponible en:http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/Estandares2012_Hospitales.pdf
- 9.- Otero M., Martín. N., Codina C. Errores de medicación. Libro de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. [en línea]. Madrid; SEFH; 2002. [Fecha de

acceso 28 noviembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap214.pdf>

10. Nadzam DM. A systems approach to medication use. En: Cousins DD, ed. Medication use: A systems approach to reducing errors. OakbrookTerrace, IL; JointCommision; 1998; 5-17.

11. Otero M. Gestión de riesgos en la prevención de los errores de medicación. Curso de formación continuada en farmacoterapia de la SEFH. Módulo IV.[en línea].Madrid; SEFH; 2007. Disponible en:<http://www.ismp-espana.org/ficheros/M%C3%B3dulo%20Gesti%C3%B3n%20riesgos%20Medicamentos.pdf>

12.Rich DS. New JCAHO medication management standards for 2004.Am J Health-Syst Pharm 2004; 61: 1349-58.

13. ISMP. A call to action: Eliminate handwritten prescriptions within three years! Electronic prescribing can reduce medications errors. Huntingdon Valley, PA: ISMP, 2000.

14. Promover la seguridad de los medicamentos para niños. Organización Mundial de la salud [en línea] 2007 [fecha de acceso 10 diciembre de 2013]. Disponible en:

<http://www.who.int/iris/handle/10665/44003#sthash.3WnSfwCZ.dpuf>

15.GogtayNJ, Bavdekar SB, KshirsagarNA. Anticonvulsant hypersensitivity syndrome: a review. ExpertOpiniononDrug Safety, 2005, 4:571-581. Review.

16.Fernández-LlamazaresC.M, Hernández-Gagob Y. y Pozasc, M. Farmacia pediátrica: formación e información. FarmHosp. 2011;35(3):103-105.

17.Consejo de Salubridad General. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Establecimientos de atención

hospitalaria con certificado vigente por entidad federativa, municipio, prestador de servicio y vencimiento de certificación. [en línea] Actualización: 11/Dic/2013. [fecha de consulta 20 enero 2014]. Disponible en: http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/Certificado_HOSPITALES_Vigente_diciembre-2013.pdf

18. Consejo de Salubridad General. Manual del proceso para la certificación de hospitales 2012. [fecha de acceso 25 septiembre 2013]. Disponible en: http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/Manual2012_Hospitales.pdf

19. Avedis Donavedian Fundación. Preparación de un centro para obtener la acreditación JointCommission International. [fecha de acceso: 6 enero 2014] Disponible en: http://www.fadq.org/Portals/0/Servicios/Soporte%20acreditacion/Soporte%20a%20la%20acreditaci%C3%B3n_Info%20general%20Sanidad.pdf

20. Apuntes “Diplomado Sistema de gestión de calidad empresarial ISO 9000”. Modulo III: Documentación e implementación de sistemas de gestión de la calidad. 2013.

21. Aranaz J.M., et al. Gestión sanitaria calidad y seguridad de los pacientes. Fundación Mapfre, Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente: Díaz Santos depósito legal. España. 2008. pp.204-205.

22. Norma Internacional ISO 9000:2005. Sistemas de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario.

23. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. Junta de Andalucía. Consejería de salud. [fecha de consulta: 15 enero 2014] Sevilla. 2001. pp.75. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/guia_diseno/guia_diseno/guía_diseño_primera.pdf

24. Norma Internacional ISO 19011:2011. Directrices para la auditoría de Sistemas de gestión.

25. Otero López, María José. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales. *RevEsp, Salud Pública* 2004; 78(3):323-339.

26. Manasse HR. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, part 2. *AmJHosp Pharm* 1989; 46: 1141-52.

27. Manasse HR. The paradox of medication use. En: ZippererL, Cushman S, ed. *Lessons in patient safety*. Chicago, IL:NationalPatient Safety Foundation; 2001:73-80.

28. Sánchez Gómez, E., González Rivas, L., y Sánchez del Mora, R. Elaboración de un plan de seguridad en una unidad de gestión clínica del medicamento. *RevCalidAsist.* 2010;25(4):223–227

29. Medicamentos de aspecto o nombres parecidos. Organización Mundial de la Salud. 2007.

30. Peral J, Lertxundi U, Martínez MJ, Mora O, Franco E, Gabilondo I. Evaluación prospectiva de interacciones entre medicamentos en pacientes ingresados mediante una aplicación informática. *FarmHosp.* 2007;31:93–100.

31. León J, Aranda A, Tobaruela M, Iranzo MD. Errores asociados con la prescripción, validación, preparación y administración de medicamentos citostáticos. *FarmHosp.* 2008;32:163–9.

32. Lista de Medicamentos de Alto Riesgo. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Hospital Universitario de Salamanca; 2007.

33. Lee P. Ideal principles and characteristics of a fail-safe medication-use system. *Am J Health-Syst Pharm* 2002; 59:369-71.

.