



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS
DEPARTAMENTO DE FARMACIA

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE MEDICACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN FARMACIA

P R E S E N T A:

p.L.F. Gerardo Lezama Ferrer

Bajo la dirección de:

Asesores:

L.F. Juan Carlos Bastida Herrera

Dr. José Gustavo López y López

Comité evaluador:

Dr. Alfonso Daniel Díaz Fonseca.

M.C. Aldrin Martínez Vásquez.

M.C. Samuel Treviño Mora.

PUEBLA, PUE.

AGOSTO 2015

ÍNDICE

ÍNDICE	2
ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS	3
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE ANEXOS	5
SIGLAS Y ABREVIATURAS	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 La farmacia hospitalaria en el contexto internacional	7
1.2 Los servicios farmacéuticos Hospitalarios	9
1.3 El papel del profesional farmacéutico de Hospital	12
1.4 El sistema de medicación	13
1.5 La Certificación de Establecimientos de Atención Médica	17
1.6 Marco Normativo	21
2. ANTECEDENTES	23
3. JUSTIFICACIÓN	26
4. OBJETIVOS	27
Objetivo general	27
Objetivos específicos	27
5. METODOLOGÍA	28
6. RESULTADOS	33
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	111
8. CONCLUSIONES	114
9. BIBLIOGRAFÍA	115
10. ANEXOS	118

INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

INDICE DE CUADROS		
C.1	Servicios Farmacéuticos	10
C.2	Leyes y reglamentaciones en la normativa vigente	21
C.3	Lineamientos en la normativa vigente	22
C.4	Código de colores	29
FIGURAS		
F.1	Gasto total y promedio en medicamentos de hospitales de segundo y tercer nivel	11
F.2	Proceso del sistema de utilización de medicamentos en hospitales	13
F.3	Descripción general de la clínica de gestión de riesgos	15
F.4	Visión general del sistema de medicación	25
F.5	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Organización y manejo	85
F.6	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Selección y adquisición	87
F.7	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Almacenamiento	88
F.8	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Prescripción y transcripción	90
F.9	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Preparación y dispensación	92
F.10	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Administración	93
F.11	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Control	95
F.12	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Vacunación	96
F.13	Desempeño en porcentaje del total de elementos medibles	97
F.14	Cumplimiento en porcentaje del total de estándares	98
F.15	Cumplimiento en porcentaje de estándares indispensables	99
F.16	Propuesta general para la mejora del sistema de medicación	109

INDICE DE TABLAS

TABLAS		
T.1	Respuestas al formato de información demográfica	33
T.2	Estándares del apartado Organización y manejo	34
T.3	Estándar 1	35
T.4	Estándar 1.1	37
T.5	Estándar 1.1.1	38
T.6	Estándares del apartado Selección y adquisición	39
T.7	Estándar 2	40
T.8	Estándar 2.1	41
T.9	Estándar 2.2	44
T.10	Estándares del apartado Almacenamiento	45
T.11	Estándar 3	46
T.12	Estándar 3.1	48
T.13	Estándar 3.2	50
T.14	Estándar 3.3	51
T.15	Estándares del apartado Prescripción y transcripción	53
T.16	Estándar 4	54
T.17	Estándar 4.1	55
T.18	Estándar 4.2	57
T.19	Estándar 4.3	58
T.20	Estándar 4.4	59
T.21	Estándar 4.5	60
T.22	Estándares del apartado Preparación y dispensación	62
T.23	Estándar 5	63
T.24	Estándar 5.1	64
T.25	Estándar 5.2	66
T.26	Estándar 5.3	68
T.27	Estándar 5.4	69
T.28	Estándar 5.4.1	71
T.29	Estándares del apartado Administración	72
T.30	Estándar 6	73
T.31	Estándar 6.1	74
T.32	Estándar 6.2	76
T.33	Estándares del apartado Control	78
T.34	Estándar 7	79
T.35	Estándar 7.1	80

T.36	Estándares del apartado Vacunación	82
T.37	Estándar 8	83
T.38	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles, apartado Organización y manejo	85
T.39	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles, apartado Selección y adquisición	87
T.40	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles, apartado Almacenamiento	89
T.41	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles, apartado Prescripción y transcripción	90
T.42	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles, apartado Preparación y dispensación	92
T.43	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles, apartado Administración	94
T.44	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles, apartado Control	95
T.45	Desempeño en porcentaje de los elementos medibles, apartado Vacunación	96
T.46	Fortalezas	99
T.47	Oportunidades	102
T.48	Debilidades	105
T.49	Amenazas	106

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS		
A1	Formato de información demográfica del hospital	118

SIGLAS Y ABREVIATURAS.

APS: Atención primaria de salud.

AAM: Acontecimiento Adverso a Medicamentos

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

EEUU: Estados Unidos de Norteamérica.

EM: Elementos Medibles.

FIP: Federación Internacional Farmacéutica.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISES: Institución de Seguros Especializada en Salud

ISMP: Institute for Safe Medication Practices

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

JCI: Joint Comission International

LGS: Ley General de Salud

MDP: Millones de pesos

MMU: Manejo y uso de medicamentos.

NAFTA: North American Free Trade Agreement (Tratado de Libre Comercio de América del Norte)

NOM: Norma Oficial Mexicana

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

PRM: Problema relacionado con la Medicación

RAM: Reacción Adversa a Medicamento

RIS: Reglamento de Insumos para la Salud

SECOFI: Secretaría de Comercio y Fomento Industrial

SFH: Servicio Farmacéutico Hospitalario

SiNaCEAM: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

1. INTRODUCCIÓN.

La salud es un requisito primordial para lograr el bienestar de la sociedad puesto que sin ella no puede haber desarrollo económico pleno, ni disfrute de la libertad en su significado más amplio. Entre las limitaciones para alcanzar un buen estado de salud se encuentran la poca accesibilidad a medicamentos de calidad, dificultades en el acceso a profesionales sanitarios capacitados y la atención médica, unos recursos humanos sanitarios inadecuados, costos inaccesibles a la atención sanitaria y baja cualificación de los profesionales sanitarios. ⁽¹⁾

Para obtener y mantener la salud es indispensable la disposición oportuna de medicamentos eficaces y seguros. Los medicamentos son productos que por sí mismos no constituyen un bien estático, si no que van cambiando y mejorando de acuerdo con los avances tecnológicos, las nuevas investigaciones, las modificaciones en la demanda, derivadas de la transición demográfica y epidemiológica, y las nuevas acciones para atender a los requerimientos de salud de la población. Sin embargo existen problemas asociados a medicamentos que repercuten en la salud de los pacientes y su bienestar, dentro de estos se incluyen problemas con la selección del medicamento, las dosis empleadas, una administración inadecuada, la falta de cumplimiento del tratamiento prescrito por parte de los pacientes, las interacciones entre medicamento-medicamento o medicamento-alimento y las reacciones adversas de los medicamentos (RAM). Además de los problemas clínicos asociados a los (PRM) Problemas Relacionados con los medicamentos; existen consecuencias en términos de costos, en donde se ha calculado que los PRM originan un 40% adicional en el gasto hospitalario. ⁽¹⁾

1.1 La Farmacia Hospitalaria en el contexto Internacional.

Actualmente en Estados Unidos, Canadá, la mayoría de países de Latinoamérica, la Unión Europea, Japón, Australia, Oriente Medio, presentan servicios de farmacia hospitalaria implantados. En España se ha llegado a alcanzar el grado de especialización, equivalente a la de medicina, a la que se puede acceder tras un

periodo de formación de 4 años en un hospital debidamente acreditado. Los farmacéuticos del hospital son profesionales plenamente integrados al equipo de salud en los hospitales. ⁽²⁾

En otros países como Estados Unidos, únicamente se requiere la licenciatura en farmacia para poder ejercer la farmacia en un hospital, aunque los hospitales ofrecen programas de residencia normalmente de un año de duración y el Board of Pharmaceutical Specialties ofrece la oportunidad de obtener certificaciones en distintos ámbitos de especialización. De esta manera se accede a un rango superior como “Clinical Pharmacist”. En países latinoamericanos existen, además de la licenciatura en farmacia, otras licenciaturas equivalentes a ésta, tal es el caso de los Químico-Farmacéuticos en Chile, Bioquímico-Farmacéuticos en Ecuador, o los Químico-farmacobiólogos en México. ⁽²⁾

En México, la utilización de insumos para la salud, en particular, el uso de medicamentos desde el punto de vista hospitalario representa uno de los retos para los equipos directivos en los hospitales del Sector Salud. El gasto asociado a medicamentos de uso hospitalario varía de acuerdo a las condiciones de mercado prevalecientes vinculadas con aspectos demográficos y socioeconómicos; no así, las morbilidades, que no tienen frontera o límite económico. ⁽³⁾

Desde hace varios años, la problemática relacionada con las inconsistencias en la gestión y uso de medicamentos en los hospitales del Sector Salud, provocó la presencia de servicios de farmacia en los hospitales y de profesionales farmacéuticos en este servicio para dar una utilización inteligente de los recursos asociados al medicamento, a través del establecimiento de medidas de contención del gasto y de optimización de procesos asociados a la selección racional basada en evidencia, adquisición inteligente buscando condiciones favorables e igualitarias en el sector salud, almacenamiento que garantice las condiciones de conservación adecuada y distribución eficiente que maximice la existencia y disponibilidad de los medicamentos. ⁽⁴⁾ Esta fue una decisión inteligente ya que la farmacia hospitalaria es una especialización farmacéutica que se ocupa de servir a la población en sus necesidades farmacéuticas, a través de la selección, adquisición, preparación,

control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y costo-efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital y en su ámbito de influencia.⁽⁵⁾

Desde 2009 se cuenta con un Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria, el cual es un documento que focaliza sus elementos en el proceso de atención al paciente, por lo que propone el desarrollo del servicio de farmacia dentro del hospital, con lo cual se redefinen relaciones de trabajo y procedimientos. Este modelo plantea una adecuación profunda en la organización de la farmacia hospitalaria, del personal que la compone y de los procesos, tanto internos del servicio de farmacia como de los procesos externos necesarios para establecer un esquema de operación y vinculación con las diversas áreas del hospital. Dentro de sus apartados presenta los aspectos básicos a tomar en cuenta por los profesionales farmacéuticos hospitalarios para desarrollar en forma adecuada los procedimientos normalizados de operación, y que deberán ser adaptados acorde a la realidad y necesidades de cada unidad hospitalaria.⁽⁵⁾

1.2 Los servicios farmacéuticos hospitalarios.

A partir de una reunión de expertos convocada por la OPS/OMS en Quito, Ecuador, en 1989, se generaron conclusiones que constituyeron una importante referencia para la elaboración de políticas farmacéuticas y la definición de estrategias de organización de los servicios farmacéuticos, con el objeto de garantizar el acceso a los medicamentos básicos acorde a las necesidades de la población, que sean de calidad y sean seguros.

Producto de las reuniones de expertos, se aprobó la siguiente definición: Los servicios farmacéuticos son parte integrante de los servicios y programas de salud, y representan un proceso que abarca:

- El suministro de medicamentos en todas y cada una de las etapas constitutivas del sistema

- La conservación y el control de la calidad
- La seguridad y la eficacia terapéutica de los medicamentos
- El seguimiento y la evaluación de la utilización
- La obtención y difusión de información de medicamentos, y
- La educación permanente de los demás miembros del equipo de salud, el paciente y la comunidad para garantizar el uso racional de los medicamentos⁽⁶⁾.

En 2008, la FIP organizó una consulta de expertos en Basilea (Suiza) durante su 68° congreso mundial. A la reunión asistieron cincuenta participantes, entre ellos el grupo de trabajo de la FIP sobre buenas prácticas en farmacia, técnicos de la sede central de la OMS, representantes de la Oficina Regional del Mediterráneo Oriental de la OMS, asesores nacionales sobre medicamentos de Ghana, Nigeria y de la República Unida de Tanzania, Presidentes y Secretarios de los seis Foros Farmacéuticos Regionales y Organizaciones Miembro de la FIP, y diversos expertos invitados. En esta edición, la farmacia hospitalaria ha ocupado un lugar importante en el programa con una señalada “conferencia mundial sobre el futuro de la farmacia hospitalaria” en la que farmacéuticos de hospital de todo el mundo desarrollaron 74 declaraciones de consenso, que abarcan todos los ámbitos del proceso de uso de medicamentos en los hospitales, incluyendo a todo el sistema de medicación.

Servicios Farmacéuticos	
Organización de la Farmacia	Unidad de Mezclas Intravenosas
Suministro de Medicamentos	Centro de Información de Medicamentos
Selección de Medicamentos	Servicio de Farmacovigilancia
Adquisición y Almacenamiento de Medicamentos	Atención Farmacéutica
Sistema de Distribución de Medicamentos	Farmacocinética Clínica
Farmacocinética	Farmacoepidemiología

Cuadro 1. Servicios farmacéuticos. Tomado del Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria 2009⁽²⁾.

Los (SFH) Servicios Farmacéuticos Hospitalarios deben cumplir una serie de funciones generales e integrales como: establecer y garantizar un sistema de distribución de medicamentos adecuado, ejercer el control administrativo y técnico

sobre los medicamentos, con el fin de garantizar la calidad, eficacia, seguridad y el uso racional de estos; cumplir y velar porque se cumpla la legislación nacional vigente en lo referente a productos farmacéuticos, así como todas aquellas disposiciones que se establezcan por las instancias superiores a cumplir por los SFH. ⁽⁷⁾

Un ejemplo del impacto económico que tienen los servicios farmacéuticos hospitalarios, está en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, que tuvo como objetivo principal estimar los potenciales beneficios económicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) respecto al gasto en medicamentos tras la implantación de un sistema de distribución por dosis unitarias.

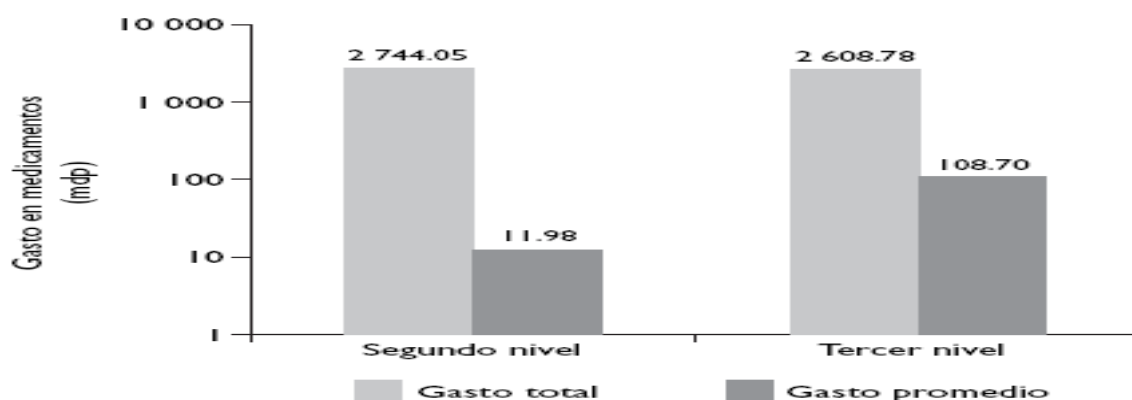


Figura 1. Gasto total y promedio en medicamentos de hospitales de segundo y tercer nivel. México, 2009.
Tomado de *Beneficios económicos del uso de un sistema de dispensación en dosis unitarias en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2014 ⁽⁸⁾.

Dentro de los resultados se estimó que si los medicamentos de las recetas colectivas en 2009 se hubieran dispensado bajo un sistema de dosis unitaria, la estimación de los ahorros, considerando un porcentaje de 40%, habría ascendido a 2417.9 (mdp) millones de pesos. En el escenario máximo correspondiente a 67.7% habría sido de 4050.05 mdp y en uno mínimo de 14.4% habría ascendido a 870.90 mdp. También se estimó que la reducción de los errores de medicación puede contribuir con un ahorro adicional hasta de 3 445.56 mdp ⁽⁸⁾.

1.3 El papel del profesional farmacéutico de Hospital.

En los SFH, el farmacéutico ocupa una posición privilegiada en el cuidado de la salud de la sociedad, ya que cuenta con una formación específica como experto del medicamento, mismo que le ayuda al momento de tener contacto con el paciente y cuando brinda su labor asistencial dentro del hospital. Por lo cual, la característica que define al farmacéutico especialista de hospital, es la búsqueda constante de la mejora de la calidad de atención al paciente, con lo que se ve forzado a estandarizar y planificar los procesos que se llevan a cabo en los SFH⁽⁹⁾.

Los farmacéuticos son profesionales sanitarios cuyas responsabilidades profesionales incluyen garantizar que las personas obtengan el beneficio terapéutico máximo de sus tratamientos farmacoterapéuticos. Para esto, es necesario que se mantengan actualizados sobre el desarrollo de la práctica y las ciencias farmacéuticas, las normas y los requerimientos profesionales, las leyes que regulan la farmacia y los medicamentos, los avances en los conocimientos y la tecnología, relativos al uso de medicamentos. Los farmacéuticos poseen competencias y disponen de la autorización correspondiente, para gestionar la dispensación activa de medicamentos a los usuarios y realicen las tareas adecuadas para garantizar la seguridad y el uso eficaz de los medicamentos. Así mismo, cada vez se tiene más conciencia de que solo facilitar el medicamento a los usuarios, no es suficiente para alcanzar los objetivos del tratamiento.⁽¹⁰⁾

Para mejorar el uso de los medicamentos, los farmacéuticos tienen responsabilidades en muchos aspectos del proceso de utilización de los mismos, siendo cada uno de ellos importante para lograr buenos resultados terapéuticos. Para ello es esencial asegurar la integridad de la cadena de suministro de los medicamentos, incluida la detección de medicamentos de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación, asegurar un almacenamiento adecuado y una correcta preparación de medicamentos de buena calidad cuando sea necesario. El farmacéutico también realiza actividades por medio de las cuales se evalúa la prescripción para que sea idónea, de modo que las pautas posológicas y las formas farmacéuticas sean las adecuadas; que las instrucciones de uso sean claras; que se

prevengan las interacciones medicamentosas y las interacciones entre medicamentos y alimentos; contraindicaciones y minimizar los tratamientos innecesarios.⁽¹⁰⁾

1.4 El sistema de medicación.

El manejo de los medicamentos es un componente importante de los tratamientos paliativos, sintomáticos, preventivos y de curación de enfermedades, abarca los procesos que emplea la institución para seleccionar, adquirir, almacenar, prescribir, transcribir, distribuir, dispensar, preparar, administrar, documentar y controlar las terapias con medicamentos.⁽¹¹⁾ Es importante mencionar que cada elemento y proceso involucrado en este esquema son desarrollados por cada hospital de acuerdo a sus modelos de gestión administrativa, es decir, que no se aplican de la misma forma en todas las instituciones hospitalarias, estos pueden variar, de acuerdo al nivel de estandarización de los procesos, de los niveles de automatización y del grado de desempeño del equipo de salud hospitalario.⁽²⁾

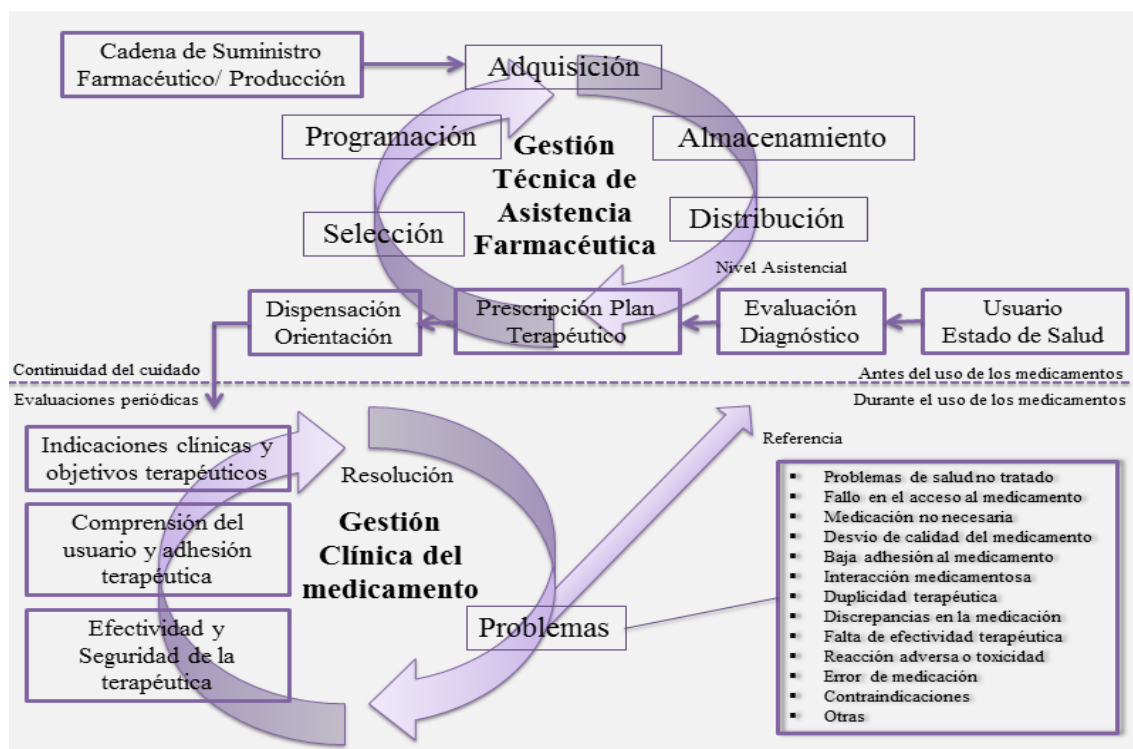


Figura 2. Proceso del sistema de utilización de medicamentos en hospitales. Tomado de: rev Pan-Amaz Saude 2011; 2(3):41-49⁽¹²⁾.

Las estrategias en seguridad del paciente se enfocan al desarrollo e implantación de medidas dirigidas a mejorar los sistemas y, para abordarlas, los profesionales y los responsables sanitarios necesitan disponer de herramientas que les ayude a evaluar los sistemas e identificar sus riesgos. En este contexto, las herramientas de autoevaluación han resultado muy útiles para avanzar en la mejora de la seguridad, ya que permiten hacer un diagnóstico de la situación y conocer los riesgos de los sistemas y procedimientos, además de guiar en la toma de decisiones y en la planificación de medidas, y también permiten medir los efectos de los programas y de las políticas sanitarias de prevención existentes. ⁽¹³⁾

De estas herramientas para evaluar la seguridad del sistema de medicación, la de mayor relevancia fue ocupada para un estudio en hospitales españoles, en donde se implementó un cuestionario con diversos ítems, los cuales evaluaron mediante un baremo. Los resultados ponen de manifiesto que hay un amplio margen de mejora: la valoración obtenida para el total de respuestas del cuestionario fue del 39,7% y 12 de los 20 criterios esenciales presentaron porcentajes inferiores al 50%. Algunos de estos ítems son prácticas innovadores, cuya introducción se ha promovido en estos últimos años, como se ha mencionado, conforme se ha dispuesto de evidencia sobre su eficacia en la reducción de errores de medicación. ⁽¹³⁾

Los resultados obtenidos para cada uno de los criterios esenciales en la muestra de hospitales fueron bastante similares, dentro de la variabilidad observada, lo que indica que el grado de implantación de los distintos criterios esenciales en la mayoría de los hospitales sigue un patrón similar, con independencia de su tamaño o tipo. Ello refleja que la mayoría de los hospitales presentan las mismas áreas de riesgo y se enfrentan a los mismos retos en términos de seguridad de la medicación.

Organizaciones como la Australian Patient Safety Foundation, dedicada a la promoción de la seguridad del paciente, ha propuesto cinco pasos a seguir para guiar la gestión del riesgo clínico, los cuales abarcan:

- Establecer el contexto. Es decir, identificar y comprender la organización del entorno operativo y el contexto estratégico.

- Identificar los riesgos. Es decir, identificar los riesgos clínicos internos y externos que pueden representar una amenaza para el sistema de salud.
- Analizar los riesgos. Es decir, llevar a cabo un análisis del sistema de la salud, para comprender la naturaleza del riesgo y para identificar las tareas para la acción futura.
- Evaluar y jerarquizar los riesgos. Es decir, evaluar los riesgos y compararlos contra criterios de aceptabilidad para desarrollar una lista de prioridades para la acción futura.
- Tratar los riesgos. Es decir, identificar la gama de opciones para el tratamiento de los riesgos, evaluar las opciones, preparar planes de tratamiento de riesgos y ponerlos en práctica en el marco de los recursos disponibles.

Dos procesos adicionales fluyen a través de los cinco pasos, los cuales son la comunicación y consulta así como el seguimiento y la revisión. Ambos son vitales para una gestión eficaz del riesgo clínico y son necesarios para aplicar de forma simultánea en cada nivel del proceso de gestión del riesgo clínico.



Figura 3. Descripción general de la clínica de gestión de riesgos. Tomado de *Clinical Risk Management Guidelines for the western Australian Health System, 2009* ⁽²⁸⁾

Los procesos involucrados en el sistema de medicación pueden ser evaluados mediante el empleo de herramientas como los indicadores de proceso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indicadores de seguimiento a la implantación de los elementos del Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria y la

aplicación del estándar Manejo y Uso de Medicamentos (MMU) de la cédula de certificación de hospitales.

Un ejemplo de los indicadores de proceso que propone la OMS son los del proceso de Selección, a continuación se muestran algunos, los cuales contemplan el grado de actualización y apego a la guía farmacoterapéutica, y el interés del comité de farmacia y terapéutica en documentar casos, evaluar el uso de medicamentos, consumo de estos y su tendencia en el hospital. ⁽²⁹⁾

- $(\text{Número actualizaciones a la guía farmacoterapéutica en el último año} / \text{Número de inclusiones a la lista de medicamentos aceptadas en el último año}) * 100$
- $(\text{Número de actualizaciones a la guía farmacoterapéutica en el último año} / \text{Número de exclusiones de medicamentos en la lista en el último año}) * 100$
- $(\text{Número de medicamentos prescritos fuera de la lista} / \text{medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica}) * 100$
- $(\text{Número de investigaciones} / \text{Número de estudios de utilización y gasto de medicamentos que se realizan en el hospital}) * 100$

Los indicadores del seguimiento a la implantación del Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria ⁽⁵⁾ están divididos por apartados, estos son:

- Comité de Farmacia y Terapéutica
- Guía farmacoterapéutica
- Gestión de compra
- Gestión de almacenamiento
- Consumo de medicamentos
- Farmacotecnia
- Nutrición artificial
- Citostáticos
- Mezclas intravenosas
- Formulaciones estériles

- Reenvasado
- Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitarias
- Atención farmacéutica
- Suministro de botiquines
- Centro de Información de Medicamentos

Algunos ejemplos de los indicadores se muestran a continuación:

- $(\text{N}^\circ \text{ de asistentes titulares al Comité de farmacia y terapéutica} / \text{N}^\circ \text{ total de titulares del Comité}) \times 100$
- $(\text{N}^\circ \text{ de claves de medicamento aprobadas por el CSG con que cuenta el hospital} / \text{N}^\circ \text{ de claves de medicamentos totales aprobadas por el CSG}) \times 100$
- $(\text{N}^\circ \text{ de perfiles farmacoterapéuticos elaborados de pacientes hospitalizados} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes hospitalizados}) \times 100$
- $(\text{N}^\circ \text{ de intervenciones farmacéuticas realizadas} / \text{N}^\circ \text{ de líneas de prescripción}) \times 100$

Aparte de estos indicadores, existen leyes, reglamentos y normas oficiales que son aplicables a algunos procesos del sistema de medicación, estos puntos se abordarán en el tema 1.6 de Normativa que se encuentra más adelante.

1.5 La Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

En noviembre de 1993, en el marco del 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 países, para otorgar y recibir atención. ⁽¹⁴⁾

El primer elemento quedó claramente determinado al establecerse que para otorgar atención médica en cualquiera de los tres países, era necesario certificar las

competencias de los médicos, a través de los consejos o “Boards” de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.

México carecía de una instancia certificadora de calidad de la atención médica. Tanto el IMSS, como el ISSSTE y la Secretaría de Salud, habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación en forma independiente, en congruencia con los programas de trabajo propios de cada institución; sin embargo, no se contaba con alguna instancia reconocida ni con estándares o criterios de evaluación que permitieran comparar el desempeño y resultado de las instituciones públicas y privadas.⁽¹¹⁾

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.⁽¹¹⁾

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

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 el Diario Oficial de la Federación.

Posteriormente, derivado de un análisis que realizó la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al desempeño del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se acordó fortalecer la Certificación, mejorar su eficiencia y efectividad, aunado a lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 publicado en Octubre de 2007, se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de

establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente.⁽¹⁵⁾

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.⁽¹⁶⁾

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

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

- Cumplimiento con estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes; calidad de atención, seguridad hospitalaria, aplicación de la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- Prueba que su hospital es competitivo internacionalmente.
- Será considerado como preferente para la asignación de personal en formación.

Los Estándares para Certificar Hospitales versión 2012, constan de 3 secciones, la primera abarca las metas internacionales para la seguridad del paciente, la segunda está en relación con los estándares centrados en el paciente y la tercera menciona

que los estándares deberán centrarse en la gestión del establecimiento de atención médica.

El formato que siguen en su estructura es el siguiente:

- El estándar: es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento, servicios seguros y de buena calidad.
- El propósito: es una breve explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar; puede contener expectativas detalladas del estándar que se evalúa en el proceso de auditoría.
- Los elementos medibles (EM): son aquellos requisitos del estándar a los que se les asignará una calificación durante el proceso de auditoría; enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta.

Actualmente existen 126 hospitales certificados por el Consejo de Salubridad general, algunos ejemplos son:

- Centro médico ABC. (DF)
- Hospital Puebla. (Puebla)
- Centro oncológico estatal ISSEMyM. (Toluca)
- Hospital Central Militar (DF)

1.6 Marco Normativo

El gobierno de México ha emitido una serie de normas y artículos relacionados a la fabricación, transporte y venta de medicamentos.

LEYES Y REGLAMENTOS EN LA NORMATIVA VIGENTE

Aspecto administrativo	Fundamento
	LGS 2015
Control sanitario de productos y servicios de su importación y exportación	Título 12°, Cap. I, Art.194,195,197,198
Venta y suministro al público	Título 12°,Cap. IV, Art.226
Establecimientos destinados al proceso de medicamentos	Título 12°,Cap. VII, Art.257-261
	RIS
Envasado y Etiquetado	Título 2°, Cap. I, Secc.2, Art. 18-27.
Venta y suministro	Título 2°, Cap. I, Secc.4, Art. 33-35
Importación y exportación	Título 5°, Cap. I y II, Art.131-152
Etiquetado de medicamentos	NOM-072-SSA1-2012
Buenas prácticas, medicamentos	NOM-059-SSA1-2013
Estabilidad de fármacos y medicamentos	NOM-073-SSA1-2005
Buenas prácticas de fabricación para fármacos	NOM-164-SSA1-2013
Requisitos sanitarios que deben cumplir los fabricantes, distribuidores y proveedores de fármacos utilizados en la elaboración de medicamentos de uso humano	NOM-176-SSA1-1998
Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad, Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados, centros de Investigación o instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad.	NOM-177-SSA1-2013

Cuadro 2. Leyes y reglamentaciones en la normativa vigente. Tomado de: Ley General de Salud ⁽¹⁷⁾, Reglamento de Insumos para la Salud ⁽¹⁸⁾, Norma Oficial Mexicana ⁽¹⁹⁻²⁴⁾.

Recientemente se han incluido algunos lineamientos relacionados a los aspectos clínicos de los medicamentos.

LINEAMIENTOS EN LA NORMATIVA VIGENTE	
Aspecto Clínico	Fundamento
Prescripción	RIS Título 2°, Cap. I, secc.3,Art.28-32
Estupefacientes y psicotrópicos	Título 2°, Cap.III, Secc. 6, Art. 50
Prestaciones de los servicios de salud	LGS 2015 Título 3°, cap.I Art. 28-30
Instalación y Operación de la Tecnovigilancia	NOM-240-SSA1-2012
Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación	NOM-249-SSA1-2010
Instalación y operación de la farmacovigilancia	NOM-220-SSA1-2012

Cuadro 3. Lineamientos en la normativa vigente. Tomado de *Reglamento de Insumos para la Salud* ⁽¹⁸⁾, Norma Oficial Mexicana ⁽¹⁹⁻²⁷⁾.

2. ANTECEDENTES

El Hospital General evaluado inició sus actividades el 13 de Noviembre de 2013, es un hospital de segundo nivel, cuenta con 90 camas, 9 consultorios, 15 especialidades, 11 áreas asistenciales y beneficia a un total de 237,721 personas, distribuidas en 10 municipios del estado de Puebla.

Las especialidades con las que cuenta son: Medicina interna, Pediatría, Cardiología, Dermatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Traumatología y Ortopedia, Cirugía general, Urología pediátrica, Psicología, Urología adultos, Cirugía maxilofacial, Psiquiatría, Neumología y Ginecología. En cuanto a las áreas asistenciales, se encuentran: Laboratorio clínico, Mastografía, Banco de sangre, Quirófanos, 2 Salas de expulsión, Terapia intensiva, Imagenología, Rayos X, Densitometría, Hospitalización y la Farmacia.

El sistema de medicación del Hospital general muestra algunas desventajas ya que no contempla la figura del farmacéutico, ni algunos procesos esenciales dentro del sistema (figura 7).

En pacientes hospitalizados, la cadena empieza con el ingreso del paciente y la consulta médica, después el médico elabora la receta, la cual se entrega al familiar para que este la lleve a la farmacia subrogada y le sea surtido el medicamento; en el caso de medicamentos controlados la receta no se entrega al familiar, se entrega a la jefa de enfermeras, la cual tiene que ir a la farmacia para que le sea surtido el medicamento, siempre y cuando la receta cumpla con todas las especificaciones establecidas por la autoridad competente.

Una vez que la farmacia surte los medicamentos, se le entregan al familiar para que este los lleve a la enfermera, sean resguardados y se administren al paciente de acuerdo a sus horarios de administración establecidos por el médico. En el caso de los medicamentos controlados, se surten a la jefa de enfermera quien los resguarda y administra de acuerdo a la prescripción médica.

Para los pacientes ambulatorios, el sistema empieza por la llegada a consulta externa, la valoración del médico y la posterior elaboración de su receta, el paciente

o su familiar va a la farmacia para surtir sus medicamentos, se le hace entrega de los medicamentos prescritos y este se retira de la institución.

Las desventajas que presenta esta estructura del sistema de medicación institucional es que existen momentos en que hay una pérdida de tiempo importante por parte del personal de enfermería al tener que hacerse responsable del proceso de surtido de medicamentos controlados y dejar sus actividades relacionadas con la atención del paciente. Aunado a este problema se encuentra que tanto enfermeras como familiares de pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios son atendidos en una misma ventanilla, por lo que el tiempo para ser atendidos va de los 10 a los 20 min, afectando directamente en los horarios de administración de medicamentos.

Sin lugar a dudas el tener personas ajenas a la institución dentro del proceso de surtido de medicamentos es un problema que afecta diferentes aspectos del sistema, como el tiempo de surtido y la seguridad de los medicamentos, ya que son personas a las que no se puede hacer cumplir especificaciones, protocolos de actuación o incluso reglamentos.

También existen detalles de seguridad en la prescripción de medicamentos, al no existir un proceso de validación, donde se constate que la receta se encuentra bien hecha y la prescripción sea correcta antes de llegar al proceso de surtido, ya que se presentan muchos casos de rechazo de recetas en ventanilla, lo cual también repercute en el tiempo otorgado para este proceso.

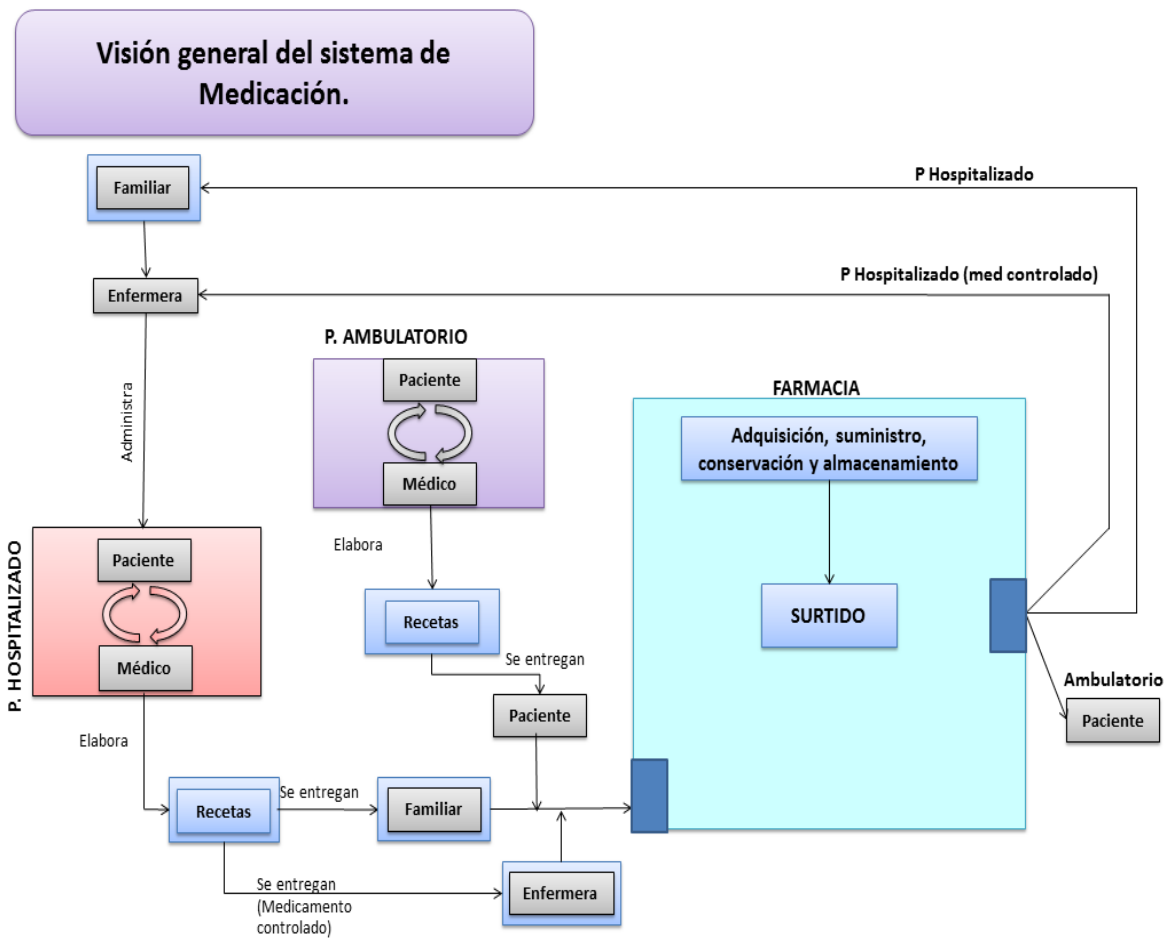


Figura 4. Visión General del sistema de medicación

3. JUSTIFICACIÓN.

Las instituciones hospitalarias en nuestro país requieren mejorar la calidad del servicio otorgado a los pacientes, disminuir el costo y los riesgos asociados al uso y manejo de medicamentos. Uno de los factores que pueden estar influyendo en la baja calidad y cobertura en salud es la inversión asignada a este rubro, según la OMS México asigna el 6.2 del PIB, Estados Unidos el 17, Chile 7.7 y Argentina 7.3 (OMS/OPS, 2013). Sin embargo, hay que mencionar que el incremento en la calidad no siempre requiere grandes inversiones, sino que se requieren actividades de gestión por parte de los profesionales contratados en las instituciones hospitalarias.

Las autoridades del Hospital General de Secretaría de Salud están interesados en conocer el grado de cumplimiento del sistema de medicación con la cedula del Consejo de salubridad general (2013). Por tal motivo han instruido a las subdirecciones para el diseño de un programa de mejora de la calidad del sistema de medicación a fin de alcanzar la certificación.

La primera acción a desarrollar tiene que ver con el conocimiento de los estándares que se cumplen actualmente con respecto a la Cedula de Certificación de Hospitales. Por esta razón, el presente trabajo de tesis se encaminó a proponer una metodología para conocer el grado de cumplimiento que presenta el sistema de medicación del Hospital General.

4. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el sistema de medicación de un hospital general mediante la determinación del grado de cumplimiento de los elementos medibles del apartado “Manejo y Uso de Medicamentos” de la cédula de certificación de hospitales.

Objetivos específicos

- Clasificar a través de un código de colores, el estado situacional en estructura y proceso de los elementos medibles que conforman a los estándares centrados en el paciente MMU del Hospital General.
- Realizar un análisis FODA que ayude a identificar prioridades para la reducción de riesgos que afectan el sistema de medicación.
- Plantear propuestas para favorecer el cumplimiento de los elementos medibles que conforman al estándar de certificación MMU, así como la mejora en la calidad de estructura y procesos del sistema de medicación.

5. METODOLOGÍA

I. Con la finalidad de cumplir los objetivos planteados en este trabajo de tesis se utilizó una modificación de la metodología descrita en el “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales”, del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Por lo tanto, se realizaron las actividades que se describen a continuación:

A) Formación de grupo multidisciplinar evaluador.

Se integró un grupo multidisciplinario para examinar el sistema de medicación desde varios ángulos y perspectivas diferentes. Para lograr dicha tarea los directivos del hospital propusieron que este grupo estuviera conformado por un representante del departamento de calidad del hospital ya que esta persona conoce el estado situacional de la calidad de los servicios prestados; un representante del departamento de enfermería que diera asesoramiento de los procesos que lleva a cabo dicho departamento así como el poder facilitar el acceso a las áreas que el departamento de enfermería tiene a su cargo; una licenciada en farmacia con conocimientos de normas y procesos relacionados con el uso y manejo de medicamentos; dos pasantes de la licenciatura en farmacia encargados de evaluar la operación relacionada al uso y manejo de medicamentos. De forma externa, se contó con profesores del departamento de farmacia clínica de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, quienes guiaron las actividades realizadas por el comité evaluador.

B) Lecturas y revisión del cuestionario

Se dio lectura a los siguientes documentos antes de la primera reunión de trabajo:

1. Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria de la Secretaría de Salud (2009).
2. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales”, del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España 2007).

3. Cedula de Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General (2012).

La lectura previa tuvo como objetivo que el equipo adquiriera un marco referencial antes de comenzar su cumplimentación, con el fin de agilizar el proceso.

C) Completar el apartado de información demográfica.

La información demográfica permite registrar las principales características del hospital que cumplimente el cuestionario, y hace posible analizar y comparar sus resultados con la información agregada de otros hospitales de características similares (anexo 1).

D) Evaluación del Sistema de Medicación

El equipo discutió cada uno de los puntos de la evaluación y valoró el grado de implantación. Para algunos puntos, cuando fue necesario, se consultó con otros miembros del personal sanitario del hospital. Cuando se llegó a un consenso acerca del grado de implantación, se definió un color.

a) La asignación por un código de colores se inspiró en el Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria que determina el estatus de los elementos que lo conforman, utilizando un “semáforo” con tres colores, en donde el verde significa elemento en operación; el amarillo, en proceso y el rojo que no se ha desarrollado. Nosotros decidimos ampliar la gama de colores a fin de establecer los estadios intermedios de implementación como lo maneja el baremo de valoración del “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales” (ver Cuadro 4).

Código de colores	
	No se ha realizado ninguna iniciativa para implantar este punto
	Este punto se ha debatido para su posible implantación, pero no se ha implantado
	Este punto se ha implantado parcialmente en alguna o todas las áreas de la institución
	Este punto se ha implantado completamente en algunas áreas de la institución.
	Este punto se ha implantado completamente en toda la institución
	No aplica este punto.

Cuadro 4. Código de colores

Para realizar las evaluaciones del sistema de medicación se acordaron fechas y horas de trabajo que no interfirieran con las actividades de la responsable del departamento de calidad y de la responsable del departamento de enfermería. Se realizaron revisiones de todas las áreas y procesos involucrados con el manejo y uso de medicamentos; verificando las áreas de trabajo, de almacenamiento y resguardo de medicamentos, de preparación, el cumplimiento de normativa aplicable, la existencia de políticas y procedimientos, registros o evidencia de las actividades realizadas y el apego a las políticas y procedimientos en la operación.

b) Para definir los apartados del sistema de medicación a evaluar se acordó analizar el grado de cumplimiento de los elementos medibles y de los estándares del apartado del Manejo y Uso de Medicamentos de la Sección II de la Cedula de Certificación de Hospitales 2013 (Consejo de Salubridad General). Los cuales fueron:

- Organización y Manejo
- Selección y Adquisición
- Almacenamiento
- Prescripción y Transcripción
- Preparación y Dispensación
- Control
- Vacunación

Se programaron reuniones con los responsables del laboratorio de Farmacia Clínica para llevar a cabo una revisión de los resultados obtenidos durante la ejecución de los instrumentos, en donde:

- Se retomaron los objetivos planteados en el proceso.
- Se presentaron los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos ejecutados.
- Se recopiló información sobre las opiniones y propuestas de los integrantes de la reunión.

- Se llevaron a cabo modificaciones consensadas en la demostración de resultados.

E) Registro de las asignaciones.

La asignación se registró en una hoja del programa de EXCEL versión 2010.

II. Presentación de resultados.

Los resultados obtenidos se encuentran redactados de forma detallada en tablas divididas por apartados y por estándares, esa información se representa en gráficos de pastel que muestran el porcentaje de implantación de los elementos medibles, de acuerdo a lo establecido en el código de colores. Dichos gráficos se elaboraron de forma separada para cada uno de los apartados del MMU. También se construyó una gráfica de pastel que muestra el porcentaje de cumplimiento de estándares indispensables y otra que agrupa el porcentaje de cumplimiento del total de estándares presentes en el MMU, para estas dos últimas gráficas se tomaron en cuenta solo dos criterios los cuales fueron: Cumple y No cumple. También se diseñaron tablas para mostrar el grado de implantación de los elementos medibles de cada estándar de certificación de acuerdo a los criterios del código de colores (en porcentaje). Las tablas están elaboradas para cada uno de los apartados que integran al MMU y contienen a los estándares que pertenecen a cada apartado.

III. Elaboración del análisis FODA

Con la información recabada y los resultados que se obtuvieron en el estudio se elaboró un análisis FODA que permitiera identificar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas para que el hospital pueda conseguir sus objetivos, que en este caso es certificarse.

Para elaborar este análisis se realizaron los siguientes pasos: a) se programaron reuniones con el comité evaluador, b) se definió el objetivo que se desea lograr, y c) Desarrollo del análisis FODA.

Durante el desarrollo de las evaluaciones de áreas, procesos y la documentación necesaria para cumplir con lo exigido por el Consejo de Salubridad General se realizó; La recopilación de información de fortalezas y debilidades, así como la recopilación de información de oportunidades y amenazas.

Se realizó una descripción del análisis FODA mediante una matriz en donde se integra en una columna la justificación (estándares y elementos medibles) de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Adicional al análisis FODA se integra el esquema de la propuesta de sistema de medicación para la institución, generado por la discusión de las debilidades encontradas en la estructura del sistema de medicación institucional. Se plantea la reestructuración de algunos procesos que integran al sistema de utilización de medicamentos que permitan abordar las debilidades y en donde se promuevan algunos servicios farmacéuticos que otorguen optimización de tiempo y mejora de la calidad de atención al paciente.

6. RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos en la evaluación bajo el siguiente orden:

A) Datos obtenidos del formato de información demográfica.

A continuación se presentan los resultados obtenidos del formato de información demográfica del ISMP.

Respuestas al formato de información demográfica	
Número de camas	≤99
Dependencia	Secretaría de Salud
Finalidad asistencial	General
Especialidades de que dispone	Pediatría, Unidad de cuidados intensivos, Farmacia
Docencia	Con docencia pregraduada y postgraduada
Estado al que pertenece	Puebla

Tabla 1 Respuestas al formato de información demográfica.

B) Determinación del estatus de los estándares y elementos medibles del MMU.

ORGANIZACIÓN Y MANEJO

TABLA 2. Estándar del apartado organización y manejo		Elementos medibles
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.	A), B), C), D).
1.1	El Sistema de manejo y uso de medicamentos se supervisa por personal calificado.	A), B), C).
1.1.1*	El establecimiento evalúa los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación.	A), B), C), D).

*Estándar indispensable

Tabla 3 Estándar 1			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) 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.		Existe un plan donde se describe la manera en que se organizan, manejan y almacenan los medicamentos, está destinado solamente para el servicio de farmacia (servicio subrogado) y solo se incluyen las etapas de adquisición, almacenamiento y surtido de medicamentos. Este plan se encuentra conformado por procedimientos de operación, cuenta con fundamentación Normativa y legal.	La dirección debe diseñar un plan para el manejo, uso y organización de medicamentos que incluya a todas las áreas del sistema de medicación. Donde se describa a los involucrados y sus actividades en cada etapa del sistema.
B) Se incluyen en la estructura organizacional todos los servicios y personal que maneja procesos de medicación.		Solo el servicio de farmacia y el de enfermería cuentan en su estructura organizacional, con un profesiograma en donde se describen los puestos de cada empleado y sus actividades a realizar para cumplir con el objetivo de dicho servicio. Cabe señalar que el servicio de farmacia es el que cuenta con una descripción más detallada de las actividades y responsabilidades del personal con el manejo de medicamentos. El resto de servicios hospitalarios cuenta con	Se debe diseñar un organigrama completo que abarque la etapa del sistema de medicación, servicio y personal que interviene y las actividades a realizar.

		profesiogramas pero no describen sus responsabilidades en las etapas del sistema de medicación. No se cuenta con un esquema general de la institución hospitalaria en donde se describa a cada etapa del sistema de medicación y los participantes en estas mismas	
C) El plan o programa cuenta con políticas que guían todas las fases del manejo y uso de medicamentos dentro del establecimiento.		La institución hospitalaria no cuenta con políticas para el uso y manejo de medicamentos, por lo que el plan del servicio de farmacia no incluye a estas. Hay completo desconocimiento acerca de este punto en la institución.	La dirección del hospital debe diseñar políticas para cada una de las etapas del sistema de medicación. Dicha política debe contener: Nombre de la política (etapa del sistema de medicación), alcance, definición del proceso, objetivo de la política, Normas y responsabilidades.
D) La farmacia o el servicio farmacéutico y el uso de medicamentos cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes.		La farmacia (subrogada) cumple completamente con todas las leyes y reglamentaciones exigidas para su adecuado funcionamiento. Posee acreditaciones ISO y sus documentos están en regla de acuerdo a lo establecido por COFEPRIS.	Dar cumplimiento a todas las observaciones del acta de verificación sanitaria.

Tabla 4 Estándar 1.1			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Una persona, departamento o comité supervisa el sistema de medicación		Existe un departamento de calidad en la institución, dicho departamento supervisa al servicio subrogado de farmacia e indirectamente a las etapas del sistema de medicación que este servicio cubre. Por lo que no se supervisa al sistema de medicación por completo, solo una fracción de este.	Instruir a la dirección para crear un comité que se encargue de la supervisión del sistema de medicación. La supervisión debe ser extensiva y puntual.
B) Quien o quienes realizan la supervisión cuentan con las habilitaciones, certificaciones y capacitación necesarias		La responsable del departamento de calidad cuenta con diversas acreditaciones y habilitaciones para garantizar la calidad en servicios de atención médica, posee diversos reconocimientos pero no está debidamente capacitada en evaluaciones para el sistema de medicación.	Recomendar al responsable, encargado de evaluar el sistema de medicación que se curse un diplomado en certificación de hospitales y/o en farmacia hospitalaria.
C) La supervisión incluye a todo el sistema de medicación.		El departamento de calidad no evalúa al sistema de medicación por completo, sólo a las etapas del sistema de medicación que la farmacia cubre, las cuales son: adquisición, almacenamiento y surtido.	Diseñar un plan para la supervisión del sistema de medicación que abarque a todas las etapas de dicho sistema.

Tabla 5
Estándar 1.1.1*

Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) El establecimiento identifica los riesgos asociados cada una de las fases del sistema de medicación.		En el establecimiento se identifican riesgos asociados a algunas etapas del sistema como lo es el surtido de medicamentos y la administración. Esto se realiza mediante las quejas o sugerencias que los derechohabientes o usuarios del servicio hospitalario hacen llegar al departamento de calidad.	Desarrollar un programa de gestión de riesgos basado en la prevención de errores de medicación. Se deben establecer métodos a emplear para la identificación de riesgos.
B) El establecimiento prioriza los riesgos identificados.		Los riesgos identificados se priorizan por el departamento de calidad y gobierno de la institución de acuerdo al daño que pueda generarse por dicho riesgo hacia los pacientes, así como el grado de complejidad y el alcance de la institución para poder dar solución a dicho riesgo.	Proponer un sistema adecuado para priorizar los riesgos identificados, que podría basarse en la clasificación de errores de medicación.
C) Los riesgos identificados se utilizan para rediseñar los procesos del sistema de medicación.		La institución, para dar solución a los diversos riesgos asociados a medicamentos, interviene con capacitaciones, conferencias y supervisiones pero NO modifica sus procesos, ya que les resulta difícil modificar la operación a la que se encuentran acostumbrados los profesionales de la salud involucrados.	Proponer a la dirección la reestructura de procesos con base a los riesgos de mayor prioridad
D) Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica.		El establecimiento implementa medidas de acción para los riesgos que considera prioritarios. Estas medidas incluyen capacitaciones constantes para el personal involucrado en los procesos, conferencias y evaluaciones por parte de los responsables de cada área. Con esto se procura mejorar la calidad de atención al paciente y por ende de la institución.	Elaborar un instrumento de evaluación de riesgos en donde puedan ser identificadas las causas y poder diseñar un plan de actuación. De esta forma la intervención será más adecuada.

SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN

TABLA 6. Estándares del apartado selección y adquisición		Elementos medibles
2	Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles para su prescripción.	A), B), C), D).
2.1	Existe un método de supervisión de la lista de medicamentos y del uso de los medicamentos en el establecimiento.	A), B), C). D),E), F).
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.	A), B), C).

Tabla 7 Estándar 2			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión del establecimiento, las necesidades del paciente y los servicios prestados.		El establecimiento muestra congruencia entre los medicamentos que existen dentro de su cuadro básico y los servicios con que cuenta el hospital, de esta manera se aseguran de cubrir las necesidades que pueda tener un paciente y de igual manera cumplir con la misión de la institución al garantizar el bienestar de la población.	Mantener la calidad del proceso
B) Existe una lista de medicamentos existentes dentro del establecimiento o que se pueden obtener de manera inmediata.		Se cuenta con un cuadro básico de medicamentos otorgado por el CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud), de este se derivan los medicamentos que deben tener en la institución. Al no contar con todos los servicios contemplados por el CAUSES, se hizo una lista institucional con los medicamentos de acuerdo a los servicios prestados por el hospital y a partir de ellos, se obtuvieron los medicamentos con que debe contar la farmacia y los stocks. De dicha lista se cuenta con el 90% de abasto según el informe de Director Médico presentado en Noviembre del 2014.	Mantener la calidad del proceso
C) Se utilizó un proceso de colaboración para elaborar la lista.		Para elaborar la lista de medicamentos presentes en el cuadro básico de la institución se necesitó de la colaboración de los jefes de cada servicio, y el representante del departamento de diagnóstico y tratamiento médico en presencia del Director y subdirector médico.	Buscar el apoyo de la dirección del hospital para la creación de un comité de farmacia y terapéutica. Seguir criterios de efectividad, seguridad,

		Esta colaboración se asentó en un acta con las firmas correspondientes. (Aún no contaban con COFAT).	eficacia y costos para llevar a cabo la correcta selección de los medicamentos.
D) Existe un proceso establecido para 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.		Existe un proceso establecido por la farmacia (servicio subrogado), el cual establece de manera detallada cómo se actuará en los casos en que no se encuentre disponible algún medicamento, dicha actividad se resume en elaborar un vale que cubra el costo del medicamento para que el paciente pueda conseguirlo en otra farmacia.	Diseñar un procedimiento complementario al proceso de surtido que incluya los pasos a seguir para notificar la no disponibilidad de un medicamento y la consecuente propuesta de alternativas de acuerdo a las capacidades y facultades otorgadas al personal de farmacia.

Tabla 8 Estándar 2.1			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Existe un método de supervisión del uso de medicamentos en el establecimiento.		La farmacia (servicio subrogado) cuenta con un proceso para verificar que los medicamentos prescritos correspondan al servicio prestado, así como la dosis y cantidad de cajas que se solicitan en la receta. El área de enfermería cuenta con un método basado en la observación y la experiencia del personal para verificar que los medicamentos estén correctamente prescritos antes de transcribirlos, en caso de	Es necesario diseñar un plan para la supervisión del uso de medicamentos dentro del hospital que incluya a todas las áreas en la que estos son empleados y las responsabilidades de los encargados de esta actividad.

		percatarse de alguna anomalía consulta al médico prescriptor para ratificar la prescripción. Los médicos responsables de las prescripciones rectifican o ratifican las prescripciones realizadas por los médicos residentes en el pase de visita.	Igualmente es necesario establecer un formato para el registro de dicha supervisión.
B) Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en todo el establecimiento.		Los medicamentos no se encuentran debidamente protegidos contra robos y extravíos, con excepción de los medicamentos que aún están dentro de la farmacia y los medicamentos de urgencia que se encuentran en los carros rojos, cajas azules y cajas rojas, en donde están con un seguro especial y tras el uso de cualquier medicamento ahí localizado se registra en una bitácora especial. El resto de medicamentos, presentes en stocks de cada servicio, se encuentran desprotegidos y con riesgo de extraviarse.	Es necesario diseñar un plan para la prevención del robo y / o extravío de medicamentos dentro del hospital. Este plan debe contener apartados especiales para cada área del hospital en la cual se reciben, almacenar, entregan, usan y desechan medicamentos. este plan debe contener herramientas para evaluar el grado de aseguramiento de los medicamentos.
C) Los profesionales de la salud involucrados en prescribir, dispensar, administrar y controlar los medicamentos colaboran en el control y actualización de la lista.		Para la actualización y control de la lista colaboran los profesionales de la salud que se ocupan de prescribir, administrar y controlar los medicamentos, dentro de los cuales no participa el responsable de la farmacia, puesto que es un servicio subrogado y solo se encargan de surtir el medicamento que estipula su contrato o en debido caso los medicamentos que estén dentro del cuadro básico de medicamentos del CAUSES.	Diseñar un plan para la actualización anual y control de la lista de medicamentos. Es necesario hacer partícipe a un representante de la farmacia en esta actividad.

D) Hay criterios que guían las decisiones de agregar o eliminar medicamentos de la lista.		Existen criterios para tomar decisiones sobre agregar o eliminar medicamentos al cuadro básico de medicamentos institucional, siempre y cuando estos medicamentos que se agreguen estén cubiertos por el CAUSES. Los criterios fueron establecidos por la dirección del hospital, diagnóstico y tratamiento médico, jefes de área y el responsable administrativo de la institución, todo ello basado en estudios epidemiológicos y de consumo. Otros criterios también integran alertas sanitarias por COFEPRIS.	Mantener la calidad del proceso
E) Existe un proceso o mecanismo para controlar la respuesta del paciente a los medicamentos recién añadidos a la lista.		Existe un proceso para llevar un control de la respuesta que pueda tener un paciente a cualquier medicamento, sin ser precisamente recién añadidos al cuadro básico de medicamentos. Este proceso es abarca desde que la enfermera administra el medicamento al paciente y se da continuidad al seguimiento hasta que termina el tratamiento. Si se presenta algún evento adverso a la medicación se notifica al médico y este interviene para dar solución.	Mantener la calidad del proceso
F) La lista se revisa al menos una vez al año, basándose en la información sobre seguridad y eficacia.		La lista se revisa solamente cuando algún factor epidemiológico o de mercado puede afectar el abasto de los medicamentos, no se revisa precisamente como mínimo una vez al año ni por criterios de seguridad y eficacia. De Noviembre de 2013 a la fecha no se han hecho revisiones de ese tipo.	Crear un plan de actualización anual del cuadro básico de medicamentos en el que se consideren criterios de seguridad y eficacia debe incluir un cronograma.

Tabla 9
Estándar 2.2

Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Existe un proceso para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencias o que no están normalmente a disposición del establecimiento.		El proceso para aprobar y obtener medicamentos necesarios está condicionado por el catálogo del CAUSES, si se encuentra dentro de dicho catálogo, se procede a la búsqueda de los medicamentos en los almacenes de la empresa subrogada que presta el servicio a los hospitales de la secretaría de salud. En caso de no contar con este medicamento en los almacenes de la empresa, se hace un vale canjeable en otras farmacias para obtenerlo.	Mantener la calidad del proceso
B) Existe un proceso para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o el suministro de medicamentos está bajo llave.		Existe un proceso elaborado por la farmacia (servicio subrogado) para el surtido de medicamento si este es de emergencia, este tiene como requisito el presentar la receta médica para la entrega del medicamento y no existe problema porque la farmacia se encuentre cerrada ya que funciona las 24 horas. En el caso de medicamentos bajo llave (sólo de urgencia), las enfermeras cuentan con el acceso a los medicamentos tras romper un seguro, del cual tendrán que solicitar un repuesto y hacer el registro en una bitácora. El resto de medicamentos son de libre acceso.	Mantener la calidad del proceso
C) El personal implementa estos procesos cuando son necesarios.		Todo el personal involucrado en los procesos para obtener medicamento bajo resguardo o de emergencia, implementa los procesos de acuerdo a lo establecido en sus instructivos de trabajo.	Mantener la calidad de los procesos

ALMACENAMIENTO

TABLA 10. Estándares del apartado de almacenamiento		Elementos medibles
3	Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.	A), B), C), D), E).
3.1	La política del establecimiento asegura el almacenamiento adecuado de los medicamentos y productos de nutrición correspondientes.	A), B), C), D), E).
3.2	Los medicamentos de urgencia que se guardan fuera de la farmacia están disponibles, controlados y resguardados en forma segura.	A), B), C).
3.3	El establecimiento cuenta con un sistema de retiro de medicamentos.	A), B), C), D).

Tabla 11 Estándar 3			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto		En la farmacia (subrogada) los medicamentos se mantienen resguardados y almacenados bajo condiciones adecuadas de temperatura y humedad de acuerdo a lo que marcan las normas correspondientes. Los medicamentos que se encuentran en los stocks de cada piso en el hospital, están resguardados de forma inadecuada, excepto los medicamentos de urgencia y la mayoría de los medicamentos se almacenan en lugares que no garantizan su estabilidad. Factores como la infraestructura en un par de servicios permiten la entrada de luz, la inadecuada ventilación, provocando temperaturas por arriba de los 35°C. En tres servicios no se lleva un adecuado registro de temperatura para la red fría en refrigeradores, ni se da el debido mantenimiento, teniendo T° por arriba de 13°C durante varios días.	Se recomienda reacondicionar las áreas en donde se encuentran almacenados los medicamentos en el hospital, permitiendo la conservación y el resguardo de los mismos. Elaborar un procedimiento normalizado de operación para el almacenamiento de medicamentos. Elaborar un procedimiento normalizado de operación para el resguardo de medicamentos.
B) Se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.		Se da debida cuenta de sustancias controladas en la farmacia y la empresa que se encarga del surtido de medicamentos a quirófano, ambas empresas subrogadas. Sin embargo no hay una forma de dar rastreabilidad a estas sustancias cuando salen de estos servicios subrogados, en el caso de pacientes hospitalizados. Tampoco hay forma de llevar el control de los remanentes de dichas sustancias.	Diseñar una política de medicamentos controlados que incluya la implementación de un sistema de supervisión de medicamentos controlados, un procedimiento para el registro y evaluación de libros de control, un procedimiento para controlar remanentes (rastreabilidad).

C) Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fecha de vencimiento y advertencias.		En revisiones realizadas de medicamentos en el área de resguardo de los servicios de cirugía y medicina interna se encontraron varios medicamentos de los pacientes en donde era imposible su identificación, no poseían etiqueta o ésta se encontraba dañada. El resto de servicios contaban con los medicamentos y sus etiquetas correspondientes, para medicamentos reconstituibles, los vehículos con sus respectivas etiquetas.	Proceso para la revisión de la integridad de las etiquetas de los medicamentos y sustancias para su elaboración.
D) 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.		No existe una política del hospital que rijan la inspección de áreas de almacenamiento y resguardo de medicamentos. Solo existen instructivos en las áreas de enfermería que proporciona epidemiología para el registro de temperatura en los refrigeradores, aunque estos son deficientes y no permiten cumplir con la norma correspondiente.	Diseñar una política para el almacenamiento y resguardo de medicamentos que incluya un método de evaluación para las áreas involucradas.
E) Una política define cómo identificar, resguardar y almacenar los medicamentos que el paciente trae consigo al establecimiento.		No existe una política institucional que defina cómo identificar, resguardar y almacenar medicamentos que el paciente trae consigo al establecimiento. El personal de enfermería solo posee un instructivo, incluso indicaciones verbales de cómo actuar para estos casos.	Elaborar una política para los medicamentos que el paciente trae consigo al hospital

Tabla 12 Estándar 3.1			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los productos nutricionales.		Existe una política del servicio subrogado de nutrición parenteral en donde se establecen los objetivos, la misión, alcance y los procesos en donde se incluye el almacenamiento de los productos Nutricionales antes de su entrega o en caso de prepararse alimentación con mucho tiempo de anticipación.	Mantener la calidad del proceso
B) La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar.		No existe una política del establecimiento que describa el almacenamiento de medicamentos radiactivos, solamente existe un instructivo de trabajo para dicha actividad, en donde hay especificaciones básicas.	Diseñar una política de medicamentos radiactivos que contenga u apartado para su almacenamiento. Los medicamentos experimentales y de naturaleza similar no aplican al no ser utilizados en el hospital.
C) La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra.		Existe una política que prohíbe el uso de medicamentos de muestra dentro del hospital y que se sigue en todo el establecimiento.	Mantener la calidad del proceso

D) La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y conservan los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia.		Existe una política diseñada por las jefas de servicio de enfermería y aprobada por la dirección del hospital en donde se especifica la forma en la que los medicamentos que se utilizan en caso de urgencia se almacenan y conservan. Esta política es breve pero concreta y posee un procedimiento de operación que describe perfectamente las actividades a realizar y el flujo que se lleva a cabo para su correcta realización.	Mantener la calidad del proceso
E) Todo almacenamiento se realiza en conformidad con la política del establecimiento.		No todo el almacenamiento de nutriciones parenterales se lleva a cabo conforme a la política existente, ya que los refrigeradores de algunos servicios de enfermería en donde se guardan las bolsas de nutrición parenteral se encuentran fuera de los rangos de temperatura e incluso con algunos encharcamientos por descongelamiento, afectando las etiquetas de dichas bolsas. En el caso del almacenamiento de medicamentos de urgencia presentes en carro rojo y caja rosa, se llevan a cabo de manera correcta y de acuerdo a la política del establecimiento.	Elaborar herramientas de evaluación para verificar el cumplimiento a las políticas de almacenamiento.

Tabla 13 Estándar 3.2			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) 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.		Los medicamentos de urgencia se encuentran completamente disponibles, el acceso a ellos es fácil, están al alcance del personal para cualquier evento en el que se necesiten, cumpliendo con las necesidades de urgencia.	Mantener la calidad del proceso
B) Los medicamentos de urgencia están protegidos contra extravíos o robos.		Los medicamentos de urgencia se encuentran protegidos completamente contra robos o extravíos, ya que se encuentran en resguardo con seguros de fácil retiro pero del cual hay que solicitar un repuesto cada que se retira.	Mantener la calidad del proceso
C) Los medicamentos de urgencia se controlan y reemplazan oportunamente luego de usarse, cuando se vencen o dañan.		Se lleva un perfecto control en una bitácora donde se registra el medicamento y la cantidad utilizada en la emergencia, se reponen inmediatamente y constantemente se verifican las fechas de caducidad para darle movimiento al medicamento de acuerdo a las “primeras caducidades, primeras salidas”.	Mantener la calidad del proceso

Tabla 14
Estándar 3.3

Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Hay un sistema implementado de retiro de medicamentos caducos o fuera de uso.		Existe un sistema implementado de forma adecuada en la farmacia para el retiro de medicamentos caducos o fuera de uso. Sin embargo dicho sistema no se encuentra implementado en el resto de servicios del hospital, provocando que se almacenen medicamentos caducos, sin que el personal se de cuenta e incluso se utilicen sin verificar la fecha de caducidad.	Establecer un sistema para el retiro de medicamentos caducos o fuera de uso que incluya un procedimiento normalizado de operación para la identificación y retiro de los mismo en todas las áreas donde haya se genere almacenamiento
B) Las políticas y procedimientos impiden el uso de los medicamentos caducos o fuera de uso.		Existe un procedimiento pero no una política en donde se menciona no utilizar medicamentos caducos o fuera de uso, dicho procedimiento pertenece a la farmacia, por lo que sólo en ese servicio está implementado.	Diseñar una política institucional de medicamentos caducados con sus respectivos procedimientos donde se detalle su identificación, no uso, retiro, resguardo y entrega para destrucción .la normativa de las políticas de surtido, preparación y administración deben obligar a revisar la fecha de caducidad y evitar el uso de medicamentos caducados.

C) Las políticas y procedimientos se ocupan del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera de uso, de acuerdo a la normatividad vigente.		Para el caso del desecho adecuado de medicamentos caducos o fuera de uso, existe un procedimiento apegado a la normativa vigente. Este procedimiento pertenece al servicio subrogado de farmacia y se lleva a cabo de manera adecuada en dicho servicio. Fuera del servicio de farmacia no hay políticas ni procedimientos y el personal desconoce qué acciones tomar para dichas actividades. No existen políticas para este punto.	Incluir un apartado para el desecho de medicamentos caducados en la política de medicamento caduco o fuera de uso.
D) Las políticas y procedimientos están implementados.		Solamente existen procedimientos para el retiro de medicamentos y se encuentran implementados solamente en el servicio de farmacia.	Realizar evaluaciones del apego a las políticas y procedimientos del retiro de medicamentos caducados o fuera de uso.

PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN

TABLA 15 Estándares del apartado prescripción y transcripción.		Elementos medibles
4	Hay políticas y procedimientos, basadas en buenas prácticas y en la normatividad correspondiente, que guían la prescripción de medicamentos.	A), B), C), D).
4.1*	El establecimiento define los elementos de una prescripción completa, y los tipos de órdenes cuyo uso es aceptable	A).
4.2*	El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para prescribir medicamentos.	A), B), C).
4.3*	Se cuenta con un proceso que garantice que las transcripciones de medicamentos se realizan de manera segura.	A), B).
4.4	Los medicamentos prescritos y administrados se documentan en el expediente clínico del paciente.	A), B), C).
4.5*	Se realiza a todos los pacientes un proceso de conciliación de medicamentos al ingreso, cuando hay cambio de médico responsable o de área en el hospital y a su egreso.	A), B), C), D), E).

*Estándar indispensable

Tabla 16 Estándar 4			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Las políticas y procedimientos guían la prescripción de medicamentos en el establecimiento.		Existen políticas institucionales y guías de práctica clínica nacionales que guían la prescripción de medicamentos en el hospital, sin embargo no siempre se cumple con lo establecido por dichas guías.	Implementar un sistema de evaluación para el apego a las políticas de prescripción y guías de práctica clínica.
B) Existe un proceso de colaboración para elaborar políticas y procedimientos aplicables.		Para la elaboración de las guías de práctica clínica se consultan las guías nacionales y se elaboran los procedimientos a tomar en cuenta, colaborando varios especialistas de cada área, para tener la mayor objetividad posible.	Mantener la calidad del proceso
C) Las políticas y procedimientos establecen las acciones a seguir ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.		Existen guías y políticas de la farmacia, donde se tiene perfectamente establecido las acciones que se tomarán en caso de que se presenten órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas, si cualquiera de estos casos se presenta, en la mayoría de las ocasiones no se surte el medicamento requerido. En el caso de la institución hospitalaria, no cuenta con políticas y procedimientos para las acciones a seguir ante este tipo de órdenes,	Elaborar políticas y procedimientos para órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas, las cuales dirijan las acciones a seguir en caso de que estas se presenten en un determinado momento, así como el personal, áreas involucradas y sus responsabilidades durante el proceso.

D) El personal relevante está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.		Todo el personal que posee facultades para la prescribir medicamentos se encuentra con los estudios, documentos y capacitaciones establecidos por la ley.	implementar un plan de capacitación de buenas prácticas de prescripción
---	--	---	---

Tabla 17 Estándar 4.1*			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) 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		Existe un manual de procedimientos el cual lleva como nombre procedimiento para la prescripción y transcripción, los cuales rigen la prescripción de medicamentos. Dentro de los elementos requeridos por el MMU, se cumple solo con los puntos: a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud. b) Los elementos de la prescripción o la solicitud de medicamentos. d) Si se necesitan indicaciones PRN (por razón necesaria) u otro tipo de indicaciones de medicamento y cuándo. f) Las medidas a tomar ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.	Anexar políticas, normas y lineamientos al manual de procedimientos para la prescripción y transcripción de medicamentos, que establezcan: cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca y las precauciones o procedimientos especiales

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.		g) Los tipos de órdenes adicionales permitidas tales como órdenes de urgencia y todo elemento requerido en dichas 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. Los puntos c) y e) no se encuentran dentro de los procedimientos.	para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecido.
---	--	--	--

Tabla 18
Estándar 4.2*

Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Sólo el personal autorizado por el establecimiento, las habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, prescribe medicamentos.		El hospital identifica designa e identifica a los profesionales autorizados para prescribir medicamentos de acuerdo a lo establecido en la Ley General de salud, así como el Reglamento de Insumos para la salud.	Mantener la calidad del proceso
B) Existe un proceso para poner límites, cuando corresponda, a las prácticas del personal para prescribir medicamentos.		Los procesos establecidos por la farmacia y el cuadro básico del CAUSES ponen límites para la prescripción de medicamentos de acuerdo a la especialidad a la que pertenezcan, la farmacia se encarga de verificar que el medicamento prescrito corresponda a la especialidad del profesional médico que prescribe.	Se puede sugerir la implementación de la prescripción electrónica y que mediante esto pueda restringirse a los médicos la disponibilidad de prescribir medicamentos que no correspondan al sub cuadro básico de la especialidad o servicio al que pertenezcan. Dicho proceso será más ágil y seguro.
C) El servicio farmacéutico u otros que		Todo el personal de farmacia, encargado del surtido de medicamentos y el de enfermería, encargado de la preparación y administración,	Mantener la calidad del proceso

dispensen medicamento, así como quienes los preparan y administran, identifican al personal autorizado para prescribir medicamentos.		reconocen al personal con la capacidad y autorización para prescribir medicamentos de acuerdo a las políticas del establecimiento. Existen métodos de identificación de los profesionales autorizados para prescribir.	
--	--	--	--

Tabla 19 Estándar 4.3*			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) 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.		Existen políticas en el manual de procedimientos para la prescripción y transcripción de medicamentos en los servicios, que establece las acciones para garantizar la correcta transcripción de las indicaciones médicas, dentro de las políticas también se encuentran establecidas las acciones a seguir cuando las transcripciones son ilegibles, así como el personal encargado de dichas tareas.	Mantener la calidad del proceso
B) Las transcripciones de medicamentos se realizan de manera correcta para garantizar la seguridad del paciente.		A pesar de que se cuenta con políticas y procedimientos para la correcta transcripción de medicamentos, la práctica no se apega a dichas prácticas en su totalidad y en algunas ocasiones no se garantiza la seguridad del paciente.	Elaborar un proceso para la evaluación del apego a las políticas y procedimientos de transcripción de medicamentos para poder diseñar una estrategia que logre mejorar dicho punto, logrando que la seguridad del paciente no se ponga en riesgo.

Tabla 20 Estándar 4.4			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Se registran los medicamentos prescritos a cada paciente		Todos los medicamentos que son prescritos al paciente se registran en la orden médica, después se transcriben en la hoja de enfermería y ambas se archivan en el expediente clínico.	Mantener la calidad del proceso
B) Se registra cada dosis de medicamento administrada.		Existe un proceso para registrar cada dosis de medicamento administrado el cual consiste en circular la hora de administración del mismo de acuerdo a lo establecido en el instructivo de trabajo. Para algunas administraciones no se lleva a cabo el registro por descuido.	Realizar una evaluación del apego a los procedimientos e instructivos de trabajo para la administración de medicamentos y su registro inmediato.
C) La información sobre los medicamentos se encuentra disponible durante el proceso de atención y se integra al expediente clínico.		No en todas las ocasiones se encuentra disponible la información de medicamentos necesaria, puesto que en muchas ocasiones los expedientes clínicos solicitados tenían extraviadas hojas de enfermería o indicaciones médicas. Esto es de importancia ya que son los documentos en donde están registrados los medicamentos administrados o prescritos.	Es necesario que se encuentre implementado el estándar 4.5 de conciliación de medicamentos, de esta forma puede tenerse la información sobre medicamentos disponible. Se debe diseñar e implementar un proceso para asegurar y resguardar todos los documentos contenidos en los expedientes clínicos, de igual manera un procedimiento para ordenar de manera adecuada los expedientes en el archivo clínico y facilitar la búsqueda y disponibilidad.

Tabla 21 Estándar 4.5*			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Existen políticas que guían el proceso de conciliación de medicamentos.		No se cuenta con ningún tipo de políticas o proceso para la revisión de la conciliación de medicamentos. Dicho proceso no se lleva a cabo en la institución.	Diseñar una política de conciliación de medicamentos. Diseñar un procedimiento para la conciliación de medicamentos
B) 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.		Los expedientes clínicos no contienen una lista de los medicamentos que el paciente tomaba antes de su admisión. A menos de que se cuente con todas las hojas de indicaciones médicas y estas sean revisadas, punto que no se realiza.	Diseñar un formato para enlistar los medicamentos utilizados por el paciente previo a su ingreso al hospital, el cual deberá integrarse a un apartado especial en el expediente clínico. Elaborar un instructivo para el llenado del formato de conciliación que deberá anexarse al mismo apartado.
C) Las indicaciones médicas al ingreso del paciente se comparan con la lista de		No existe un proceso para la comparación de indicaciones médicas con la lista de medicamentos que el paciente tomaba antes de la admisión, este último proceso es negativo porque la lista de medicamentos no existe.	La política debe contemplar el realizar la comparación de indicaciones médicas al ingreso contra la lista de medicamentos previos al mismo. El procedimiento para la conciliación debe

medicamentos que el paciente tomaba antes de la admisión, de acuerdo al proceso establecido por el establecimiento.			contener una metodología para realizar la comparación de indicaciones médicas al ingreso contra la lista de medicamentos previos al mismo.
D) A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o cambio de responsable.		El proceso de conciliación de medicamentos no está contemplado en la institución, por lo cual no se lleva a cabo ni se ha discutido la implantación de este proceso.	La política debe establecer que el proceso de conciliación debe realizarse a todos los pacientes en el cambio de área o de responsable.
E) A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos a su egreso.		El proceso de conciliación de medicamentos no se lleva a cabo en la institución, por lo que este punto tampoco se cuenta implantado.	La política debe establecer que el proceso de conciliación debe realizarse a todos los pacientes a su egreso.

PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN

TABLA 22. Estándares del apartado preparación y dispensación		Elementos medibles
5*	Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.	A), B), C).
5.1*	Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos.	A), B), C), D), E), F), G), H).
5.2	Se emplea un sistema para dispensar los medicamentos en la dosis correcta, al paciente correcto y a la hora correcta.	A), B), C), D), E).
5.3*	La alimentación parenteral se prepara y se dosifica en un entorno seguro e higiénico.	A), B), C), D).
5.4*	Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos, de alto riesgo.	A), B), C), D).
5.4.1*	El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.	A), B), C).

*Estándar indispensable.

Tabla 23
Estándar 5*

Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.		El área de la farmacia es completamente segura e higiénica de acuerdo a lo establecido en sus procedimientos y ahí se surten los medicamentos de los pacientes, cumpliendo una función de farmacia comunitaria, no hay un proceso de dispensación ni preparación de medicamentos para la entrega.	Elaborar un procedimiento para la preparación y surtido de medicamentos que incluya los equipos y suministros necesarios para llevarse a cabo.
B) La preparación y dispensación de medicamentos cumple con las leyes, reglamentaciones, normatividad y los estándares de práctica clínica profesionales.		Solamente se lleva a cabo el surtido de medicamentos en la farmacia, para este punto se realizan correctamente las actividades detalladas en sus procedimientos de operación, la cual abarca desde la revisión de los componentes de la receta hasta la entrega del medicamento al paciente o familiar en caso de que la receta cumpla con todos los requerimientos. Este proceso cumple con todas las leyes y reglamentaciones a las que se encuentra sujeta la farmacia.	Sugerir que se diseñe e implemente el procedimiento de preparación de medicamentos para la farmacia.
C) El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas.		Este punto solo se cumple de forma completa en el servicio subrogado de nutrición parenteral, en el resto de servicios involucrados con la preparación de productos estériles este punto está parcialmente implantado, ya que no todo el personal cuenta con las capacitaciones en técnicas asépticas pertinentes.	Capacitar al personal involucrado en la preparación de productos estériles de todos los servicios que apliquen en el hospital.

Tabla 24 Estándar 5.1*			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Se cuenta con un proceso efectivo para revisar la idoneidad de la prescripción.		No se cuenta con ningún proceso en la institución para llevar a cabo la revisión de la idoneidad de la prescripción, tampoco se ha debatido acerca de una posible implantación.	Diseñar una política para la revisión de la idoneidad de la prescripción. Diseñar un procedimiento para revisar la idoneidad de la prescripción
B) El establecimiento define qué información específica del paciente necesita para llevar a cabo un proceso efectivo de revisión de la idoneidad de la prescripción		No existe de forma definida la información específica que se requiere del paciente para realizar un proceso efectivo de revisión de la idoneidad de la prescripción, esto se debe a que dicho proceso de idoneidad no se lleva a cabo en la institución.	Elaborar un formato para el proceso de idoneidad de la prescripción, en donde se establezca la información específica requerida del paciente. Elaborar un instructivo para el llenado del formato de idoneidad de la prescripción de medicamentos.
C) 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		Al no realizarse una revisión de idoneidad de la prescripción, ni existir como tal el proceso instalado en la institución, no se realizó una reunión en donde se discuta los elementos que deben integrarse en dicho proceso, por ejemplo el tomar en cuenta, dosis, frecuencia y vía de administración, duplicidad terapéutica, alergias o sensibilidades, interacciones medicamentosas y con alimentos, peso del paciente, etc.	Incluir en el procedimiento de revisión de la idoneidad de la prescripción: a) la idoneidad del medicamento, la dosis, vía y frecuencia del medicamento, b) si existe duplicidad terapéutica, c) alergias o sensibilidades, d) interacciones medicamentosas o con alimentos, e) el uso del medicamento de acuerdo a los criterios del hospital, f) el peso del paciente e información fisiológica, g) otras contraindicaciones.

variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento; f) el peso del paciente y demás información fisiológica; g) otras contraindicaciones.			
D) Se revisa la idoneidad de cada prescripción antes de la dispensación o administración.		No se lleva a cabo la revisión de idoneidad de la prescripción antes de dispensar o administrar los medicamentos en la institución.	Incluir en las políticas y el procedimiento de la idoneidad de la prescripción de medicamentos, revisar la idoneidad antes de la dispensación o administración de los medicamentos.
E) Cuando surgen dudas, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que prescribió el medicamento.		Existen procesos para ponerse en contacto con los prescriptores del o los medicamentos cuando existen algunas dudas acerca de este, sin embargo esto no se realiza para un proceso de revisión de la idoneidad de la prescripción.	Establecer dentro del procedimiento de la revisión de la idoneidad de la prescripción, un paso para la comunicación con los médicos prescriptores para la resolución de dudas en caso de que estas se presenten.
F) El personal autorizado para revisar las prescripciones es competente para dicha tarea.		No existe personal competente para revisar la prescripción de medicamentos en un proceso de idoneidad.	Elaborar un perfil profesional que debe cumplir el personal autorizado para revisar las prescripciones en el proceso de idoneidad. Elaborar un plan de capacitación para el personal que revisará las prescripciones médicas para realizar dicha tarea.
G) La revisión se facilita mediante un expediente (perfil farmacoterapéutico) para todos los		No existe diseño alguno en la institución de un perfil farmacoterapéutico para facilitar la revisión de la idoneidad en los pacientes.	Diseñar un formato para el perfil farmacoterapéutico en donde se incluya el formato de idoneidad de la prescripción de

pacientes que reciben medicamentos.			medicamentos.
H) Se actualiza periódicamente el software, cuando éste se utiliza, para verificar las interacciones entre fármacos y alergias a fármacos.		No existe un software implementado para verificar interacciones farmacológicas o alergias a fármacos.	Obtener software para verificar interacciones medicamentosas y actualizarlo frecuentemente.

Tabla 25 Estándar 5.2			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Existe en el establecimiento un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.		El establecimiento cuenta con un sistema de distribución de medicamentos de tipo mixto, es decir que presenta sistema de existencias por piso y sistema de prescripciones individuales, de acuerdo a lo marcado por el modelo nacional de farmacia hospitalaria. Sin embargo no existe un sistema de dispensación en el establecimiento, solo se realiza el surtido de medicamentos en ventanilla.	Reestructurar el proceso de dispensación. Complementar el procedimiento de surtido de medicamentos con información proporcionada por el profesional a modo de cumplir con los requisitos de una dispensación.
B) Los medicamentos se etiquetan debidamente luego de su preparación.		Si se toma en cuenta los medicamentos que se preparan por el personal de enfermería (medicamentos inyectables y de dosis múltiples) no en todas las ocasiones reciben un etiquetado correcto después de prepararse.	Elaborar un instructivo de trabajo para el etiquetado de medicamentos.

C) Los medicamentos se dispensan de la manera más adecuada.		No existe un proceso establecido en la institución para realizar dispensación, en la farmacia realizan exclusivamente el surtido de medicamentos e incluso este proceso de surtido no siempre se realiza de la mejor manera por el personal de farmacia. Se ha dialogado acerca de este proceso y cómo poder implementarlo.	Sugerir a la farmacia implementar un proceso de dispensación y capacitar a su personal encargado de este proceso para que se realice de la manera adecuada.
D) El sistema respalda la dispensación precisa.		El surtido de los medicamentos no es preciso, debido a que todos los medicamentos se surten por caja, a pesar de que el paciente no requiera medicamento en grandes cantidades. Lo que tiene muchas desventajas, una de las principales es el uso irracional de medicamentos. Este punto ya se abordó en una reunión en la que quedó pendiente dar propuestas para una solución.	Incluir una serie de filtros en el proceso de dispensación que eviten que la misma no sea precisa.
E) El sistema respalda la dispensación puntual.		Se realizó un trabajo para medir el tiempo en que los medicamentos son surtidos. Este dio como resultado un promedio de 17.5 minutos, donde el mínimo tiempo de espera fue de 5 y el máximo 25min. Podría no tener relevancia pensando en pacientes ambulatorios, sin embargo este tiempo afecta también a pacientes hospitalizados y medicamentos requeridos en procesos asépticos relativamente urgentes. Por lo que no hay un respaldo a la dispensación puntual. Se está buscando dar solución a dicha problemática.	Rediseñar el proceso de surtido de medicamentos, favoreciendo la velocidad del surtido de medicamentos requeridos por pacientes hospitalizados.

Tabla 26 Estándar 5.3*			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.		La alimentación parenteral está subrogada a una empresa, dicha empresa se ha encargado de que la preparación y dispensación de la alimentación sea en áreas seguras e higiénicas, utilizando equipo adecuado para garantizar calidad en sus productos.	Mantener la calidad del proceso
B) La preparación y dispensación de la alimentación parenteral cumple con las leyes, reglamentaciones, normatividad y los estándares de práctica clínica profesionales.		A pesar de que los procesos que se llevan a cabo para garantizar alimentación parenteral de calidad, existen algunos fallos en la infraestructura del área en donde se lleva a cabo la preparación, lo cual lleva a cumplir de forma parcial este punto. Las faltas son a la NORMA Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, en los puntos 8.5, 8.7, 8.9, 8.14 ,8.15 y 8.20, por lo cual se le dará pronta solución a este problema.	Diseñar un plan de mejora corregir los puntos señalados de la NORMA Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010 para cumplir al 100% con este elemento medible.
C) El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas.		El personal encargado de la preparación de productos estériles se encuentra capacitado correctamente en técnicas asépticas, existe un calendario de capacitaciones en el caso de la alimentación parenteral, en cuanto al personal de enfermería, encargado de la preparación de inyectables, también cuenta con capacitaciones constantes para dicha tarea.	Mantener la calidad del proceso

D) Los resultados de control de calidad de los servicios subrogados de alimentación parenteral se revisan periódicamente.		Existe una evaluación constante por parte del departamento de calidad al servicio subrogado de alimentación parenteral, en donde se da seguimiento documental establecido por la institución y propio de la empresa subrogada.	Mantener la calidad del proceso
--	--	--	---------------------------------

Tabla 27 Estándar 5.4*			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Los medicamentos utilizados durante procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo son etiquetados inmediatamente después de su preparación.		Los medicamentos se preparan antes del comienzo de los procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo y son etiquetados de inmediato para evitar confusiones. Este proceso es realizado por el anestesiólogo.	Mantener la calidad del proceso

B) 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.		Las etiquetas de los medicamentos cuentan con el nombre del medicamento, la dosis, concentración, la vía de administración, la dilución empleada, fecha y hora de preparación, así como la fecha de caducidad, están cubiertos la totalidad de los requerimientos especificados por el elemento medible.	Mantener la calidad del proceso
C) Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser administrados.		Los medicamentos son verificados de forma verbal y visual por el anestesiólogo o enfermera especialista si es el caso, al igual que el médico antes de administrarlo.	Mantener la calidad del proceso
D) Se utiliza doble verificación cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará		Se utiliza la doble verificación para todos los casos como una medida de seguridad.	Mantener la calidad del proceso

Tabla 31
Estándar 5.4.1*

Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis acorde a las prácticas de control de infecciones.		No existe una política para el uso de medicamentos multidosis y que corresponda a las prácticas de control de infecciones en la institución.	Proponer la elaboración de una política para el uso de medicamentos multidosis conforme a las prácticas de control de infecciones y en colaboración con el departamento de epidemiología.
B) Los medicamentos multidosis son etiquetados inmediatamente después de su preparación.		El etiquetado de medicamentos multidosis no se realiza en el 100% de las ocasiones. Al realizar evaluaciones durante días consecutivos se encontraron medicamentos de este tipo sin etiquetas en diferentes áreas de enfermería de diferentes servicios hospitalarios.	Elaborar un instructivo para el etiquetado de medicamentos multidosis. Evaluar constantemente el apego a dicho instructivo. Realizar capacitaciones constantes al personal encargado de etiquetar los medicamentos multidosis después de su preparación.
C) 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.		Las etiquetas elaboradas por el personal de enfermería en la mayoría de ocasiones cumple con los siguientes datos: Nombre del medicamento, Dosis, vía de administración, dilución, la fecha/hora de preparación y la fecha de caducidad. Otras veces la dilución y la hora de preparación, son omitidas por la “pérdida de tiempo” que estos puntos representan, para el personal de enfermería.	Anexar imágenes u otras herramientas en el instructivo de trabajo que faciliten el entendimiento de toda la información que las etiquetas de medicamentos multidosis deben incluir, tales como nombre del medicamento, dosis, concentración, vía, dilución, fecha y hora de preparación y caducidad.

ADMINISTRACIÓN

TABLA 29. Estándares del apartado administración		Elementos medibles
6	El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para administrar medicamentos.	A), B), C).
6.1*	La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.	A), B), C), D), E), F), G), H).
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.	A), B), C), D).

*Estándar indispensable.

Tabla 30
Estándar 6

Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) 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.		Todo el personal que se encuentra autorizado para administrar medicamentos está designado de acuerdo a los criterios de la institución, cubre las características establecidas por las políticas del establecimiento. Y posee un distintivo especial otorgado por el hospital.	Mantener la calidad del proceso
B) Sólo el personal autorizado por el establecimiento, habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, administra medicamentos.		Se presentó un caso durante una evaluación sin previo aviso, en que una estudiante de enfermería estaba encargada de aplicar los medicamentos de un grupo de pacientes, acción que se encuentra prohibida por las políticas de la institución así como de las leyes y reglamentaciones correspondientes. Por tal motivo se da cumplimiento parcial a este punto.	Evaluar el apego a políticas institucionales para la administración de medicamentos. Identificar los motivos por los cuales se asigna a estudiantes para la administración de medicamentos en las áreas donde se presente dicho problema.

C) Existe un proceso para poner límites a los profesionales, cuando corresponda, a las prácticas de administración de medicamentos.		Se cuenta con un proceso establecido para la designación de los profesionales encargados de la administración de medicamentos en áreas específicas o de riesgo, por ejemplo solo los anestesiólogos pueden administrar sedantes en el quirófano.	Proporcionar distintivos o identificaciones especiales que permitan reconocer a los profesionales asignados para la administración de medicamentos de acuerdo al caso.
--	--	--	--

Tabla 31 Estándar 6.1*			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Se identifica al paciente con los datos establecidos por la organización.		Todos los pacientes son identificados correctamente con datos establecidos por la institución, los cuales evitan la presencia de errores. Algunos de estos son: Nombre y apellidos, fecha de nacimiento, edad, peso, talla, sexo, dirección y lugar donde reside, número telefónico y el número de afiliación al seguro popular.	Mantener la calidad del proceso
B) Se verifican los medicamentos con la prescripción.		Todos los medicamentos son verificados conforme a la prescripción realizada por el médico.	Diseñar un método que evalúe la verificación de los medicamentos prescritos antes de administrarlos por parte del personal de enfermería y en cada una de las áreas.

C) Se verifica la caducidad del medicamento a administrar.		Hay servicios en donde se ha implementado por completo la verificación de la caducidad de los medicamentos como un hábito antes de realizar la administración o preparación de los mismos. Otros servicios se encuentran aún con implementación parcial de este punto.	Agregar al instructivo de trabajo para la administración de medicamentos el punto de revisar siempre la fecha de caducidad del medicamento antes de administrarlo y darle seguimiento al cumplimiento de este punto.
D) Se verifica la dosis del medicamento con la prescripción.		Se realiza una verificación de la dosis del medicamento a administrar con la prescripción, esto antes de realizar la preparación del medicamento y de acuerdo a sus instrucciones de trabajo para la preparación de medicamentos en todas las áreas donde estos se administran a pacientes.	Mantener la calidad del proceso
E) Se verifica la vía de administración con la prescripción.		La mayoría de los servicios cuenta con una implementación total de la verificación de la vía de administración del medicamento con la prescripción de acuerdo a lo establecido en su instructivo para la preparación de medicamentos, en pocos servicios, el personal se confía por la experiencia laboral y no realiza esta verificación, pudiendo cometer errores.	Evaluar de manera frecuente el apego al instructivo de preparación de medicamentos. Dar constante capacitación a quienes se encarguen de la preparación de los mismo fortaleciendo las debilidades en el proceso.
F) Se verifica la velocidad de infusión correcta.		La velocidad de infusión no se revisa de manera frecuente, sólo cuando ésta se encuentra escrita en la prescripción, en caso de no contar con esa descripción, el personal administra a la velocidad que su experiencia le dicta.	Elaborar un manual con las velocidades de infusión para cada medicamento o mezclas de estos. Proporcionarlos al personal de enfermería como apoyo. Incluir en el instructivo de trabajo para la administración de medicamentos los pasos para verificar la velocidad de infusión.
G) Los medicamentos se administran puntualmente.		No todos los medicamentos se aplican de forma puntual, debido a que las enfermeras tienen varios pacientes a cargo, los horarios	Reestructurar el proceso de administración, dándole mejor organización al personal de

		de administración cambian continuamente, desfasándose de 30min hasta 1 hora sin motivo alguno.	enfermería y una mejor distribución de los pacientes a su cargo, elaborando un procedimiento e instrucciones de trabajo que ayuden a dar agilidad a este proceso.
H) Los medicamentos se administran tal como se prescriben, y se anotan en el expediente clínico.		Todo el personal de enfermería administra los medicamentos tal y como están prescritos en las órdenes médicas, en caso de existir alguna duda se consulta al médico prescriptor para asegurarse de la dosis y vía (de forma más frecuente) del medicamento. Este punto es el más apegado al instructivo de trabajo de administración.	Mantener la calidad del proceso

Tabla 32 Estándar 6.2			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la auto administración de medicamentos por parte del paciente.		Solo hay procedimientos elaborados para que el paciente o su familiar se auto administre los medicamentos en casos especiales, estos se encuentran implementados y no hay políticas que rijan dicho proceso.	Elaborar e implementar políticas para la auto administración de medicamentos por parte del paciente.
B) Hay políticas y procedimientos implementados que rigen		Solamente existen procedimientos en donde se establece que se aclarará en el expediente clínico (al momento de realizar la prescripción médica) el nombre del medicamento, la	Elaborar políticas para el manejo de medicamentos que el paciente ingrese al establecimiento. Elaborar un formato para

la documentación y el manejo de medicamento que el paciente ingrese al establecimiento.		concentración, la posología y que el paciente posee el medicamento. Se lleva un control para recordar al familiar o preguntar si ya se administró el medicamento. Fuera de esto no hay más documentos y políticas existentes.	el registro de los medicamentos que el paciente ingresa. Dar seguimiento al uso de los medicamentos que el paciente ingresa al establecimiento.
C) Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.		No se utilizan muestras médicas, existen políticas que prohíben la existencia el uso de las mismas en el establecimiento, mas no existen procedimientos que rijan la disponibilidad y el uso de las mismas.	Elaborar un procedimiento que evite el uso de muestras médicas. Evaluar el apego a las políticas sobre disponibilidad y uso de muestras médicas en la institución.
D) Hay políticas y procedimientos que guían las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones.		El establecimiento no se encarga de la adquisición de medicamentos, por lo cual su política establece que no se permite la promoción de visitantes médicos. Este punto es tratado directamente por la empresa subrogada de farmacia. No existe un procedimiento que guíe las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones.	Elaborar un procedimiento que guíe las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones.

CONTROL

TABLA 33. Estándares del apartado control		Elementos medibles
7*	Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.	A), B), C), D), E).
7.1	Los errores y cuasifallas de medicación se reportan mediante un proceso y marco de tiempo definidos por el establecimiento.	A), B), C), D).

*Estándar indispensable.

Tabla 34 Estándar 7*			
Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.		Se monitoriza a los pacientes y su respuesta a la farmacoterapia prescrita, desde la administración del medicamento hasta el alta del paciente. Se realizan chequeos continuos por parte del personal médico y de enfermería para realizar reportes de la evolución del paciente en el expediente clínico.	Designar un comité de farmacovigilancia encargado de monitorizar y documentar los efectos de los medicamentos en los pacientes.
B) Se cuenta con un proceso para la detección de Acontecimientos Adversos por Medicamentos.		No se cuenta con un proceso específicamente para la detección de acontecimientos adversos por medicamentos. Si estos se llegan a presentar solo se notifica al médico para que indique la aplicación de antihistamínicos, o de solución al tipo de acontecimiento que se presente, la mayoría de veces de forma verbal.	Diseñar un proceso para la detección, documentación y seguimiento de AAM en la institución.
C) En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.		Para el proceso de control participa el área de enfermería, los médicos adscritos y residentes encargados del paciente y otros profesionales especialistas de diversas áreas según requiera el caso.	Crear un procedimiento para describir el flujo de cada etapa del proceso y los profesionales del equipo de salud que intervienen en cada una de ellas para controlar la respuesta de los pacientes a su terapia con medicamentos.
D) Las reacciones Adversas a medicamentos (RAM) se documentan en el expediente clínico,		Existe muy poca evidencia documental del registro de las reacciones adversas a medicamentos en el expediente clínico y se cumple de forma parcial con lo estipulado por la normatividad vigente.	Elaborar un procedimiento para la documentación y registro de las RAM por el personal calificado para dicha tarea, esta documentación debe realizarse conforme a

conforme a la normatividad vigente.		El personal de enfermería señala que pocas veces se realiza el registro de estas RAM.	lo estipulado en la Norma NOM-220-SSA1-2012; instalación y operación de la farmacovigilancia, con copia en el expediente clínico
E) 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.		Ninguna de las RAM o sospechas de RAM son notificadas ante la COFEPRIS. Hay desconocimiento en el personal sobre el proceso que se debe llevar a cabo para realizar dicho reporte o en su debido caso a quién deben de notificar o hacer llegar el mismo.	Los profesionales del equipo de salud deben de realizar la notificación de las RAM y sospechas de RAM en el tiempo, formatos y a las autoridades que se establecen por la Norma NOM-220-SSA1-2012, instalación y operación de la farmacovigilancia.

Tabla 35
Estándar 7.1

Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Se cuenta con una definición operativa de los errores de medicación y las cuasifallas en medicación.		No existe definición operativa alguna en el establecimiento sobre las cuasifallas de medicación y los errores de medicación, los términos se desconocen en la institución.	Realizar una definición operativa de los errores de medicación y cuasifallas de medicación. Educar a los profesionales de salud para identificar errores y cuasifallas de medicación así como hacer concientización de la importancia de reportar dichos eventos.

B) Los errores de medicación y las cuasifallas se reportan y analizan en forma oportuna, utilizando un proceso establecido.		No existen reportes de errores o cuasifallas de medicación, ni evidencia documental de su análisis.	Diseñar e implementar un procedimiento para la detección, reporte y análisis de errores y cuasifallas de medicación. Diseñar un formato para el reporte de errores y cuasifallas de medicación.
C) El establecimiento emplea la información sobre errores de medicación y las cuasifallas para mejorar los procesos de manejo y uso de medicamentos.		A pesar de que se toman medidas tras errores reportados como quejas, estos no se utilizan para realizar mejoras en los procesos de manejo y uso de medicamentos, si no se le trata de dar solución burocrática o legal.	Establecer un plan de reestructuración de los procesos de manejo y uso de medicamentos basado en el análisis de errores y cuasifallas de medicación.
D) El personal está capacitado para identificar y reportar errores y cuasifallas de medicación.		El personal de salud que labora en el hospital no posee las capacitaciones necesarias para la identificación y reporte de los errores y cuasifallas de medicación, la institución hasta el momento no ha abordado dichos temas dentro de sus calendarios de capacitación y ciclos de conferencias.	Elaborar un plan de capacitación para la identificación y reporte de errores y cuasifallas de medicación.

VACUNACIÓN

TABLA 36. Estándares del apartado vacunación.		Elementos medibles
8	Garantizar el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas según las leyes, lineamientos y normas vigentes.	A), B), C), D).

Tabla 37

Estándar 8

Elemento Medible	Color	Argumentos del grupo evaluador para la asignación de color	Sugerencia de acciones a desarrollar.
A) Cuando corresponda, hay políticas y procedimientos que guían conservación y almacenamiento adecuados, así como, la administración oportuna de vacunas.		Existen los lineamientos generales del programa de vacunación universal y semanas de vacunación, el cual respalda la aplicación oportuna de vacunas. Para la conservación y almacenamiento de vacunas solo hay un pequeño manual que cumple requerimientos mínimos, mas no existen políticas ni procedimientos que guíen la conservación, almacenamiento adecuado ni administración oportuna.	Elaborar e implementar las políticas de vacunación, que incluya la conservación de vacunas, almacenamiento de vacunas, administración de vacunas y elaborar los procedimientos referentes a cada política.
B) 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).		El establecimiento si cuenta con una política que contiene los procedimientos para la vacunación en grupos específicos de la población, el cual está basado en parte de los lineamientos generales del programa de vacunación universal.	Mantener la calidad del proceso

C) Si corresponde, el establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para garantizar una cobertura BCG.		Para el establecimiento si aplica la cobertura de BCG y cuenta con las políticas y los procedimientos de operación para garantizar la cobertura de esta.	Mantener la calidad del proceso
D) La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.		La práctica respecto al almacenamiento y la conservación de vacunas tiene ligeras desviaciones a la política y procedimientos respectivos. En el resto de actividades relacionadas con vacunación el hospital cumple satisfactoriamente de acuerdo a lo estipulado en sus políticas y procedimientos.	Diseñar un instrumento de evaluación al apego a las políticas y procedimientos de abasto, almacenamiento y administración de vacunas. Diseñar un plan de capacitación referente al abasto, almacenamiento y administración de vacunas.

c) Descripción en porcentaje de los elementos medibles y estándares de acuerdo a su estatus.

Los resultados obtenidos en la evaluación del desempeño de los elementos medibles se muestra en porcentaje con gráficos de pastel y el cumplimiento de los estándares del MMU se representa en tablas, en donde se muestra qué porcentaje de cada estándar corresponde a cada una de las clasificaciones otorgadas en el código de colores.

Apartado 1 Organización y manejo.

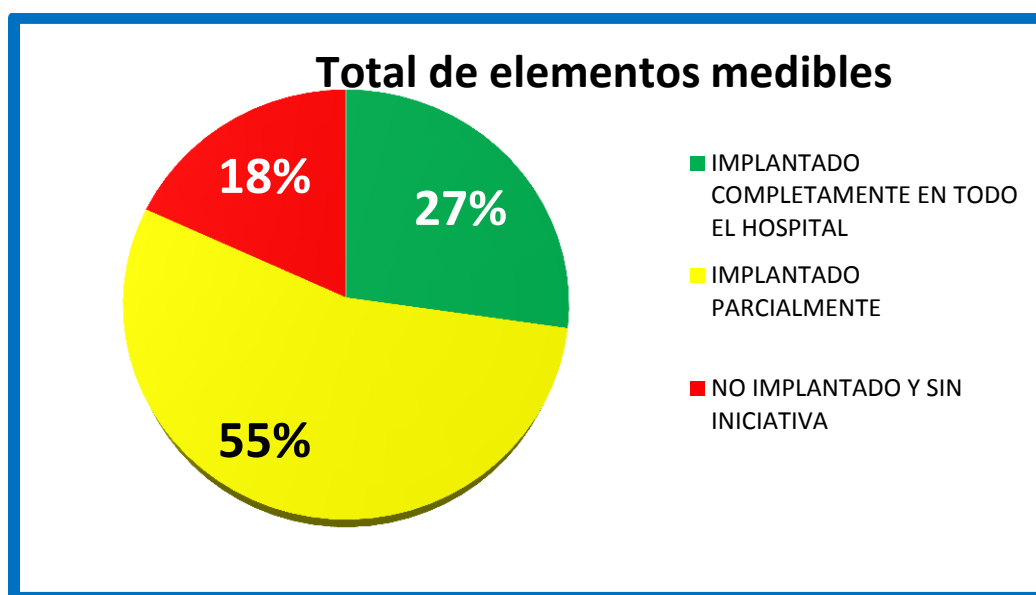


Figura 5. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Organización y manejo

ELEMENTOS MEDIBLES POR ESTÁNDAR (%)					
Estándar	Implantado completamente en todo el hospital	Implantado completamente en un servicio	Implantado parcialmente	No implantado pero con iniciativa	No implantado y sin iniciativa
1	25%	0	50%	0	25%
1.1	0	0	100%	0	0
1.1.1*	50%	0	25%	0	25%

Tabla 38. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles por estándar, apartado Organización y manejo.

* Estándar indispensable.

El apartado de Organización y manejo que trata sobre el sistema asociado al uso y manejo de medicamentos, que sea supervisado por el personal calificado, se identifiquen los riesgos asociados a este sistema y además cumpla con las leyes y reglamentaciones vigentes; presenta en su mayoría elementos medibles parcialmente implantados, teniendo un área de oportunidad muy grande ya que solo el 27% de los elementos medibles de este apartado están implantados completamente en el hospital. Viendo al apartado desde el cumplimiento de los estándares que lo conforman, se tiene que el de mayor cumplimiento es el estándar 1.1.1 catalogado por el consejo de salubridad general como un estándar indispensable, motivo por el cual se considera una prioridad y se hace necesario alcanzar la implementación del 100% en este estándar.

Apartado 2 Selección y adquisición.

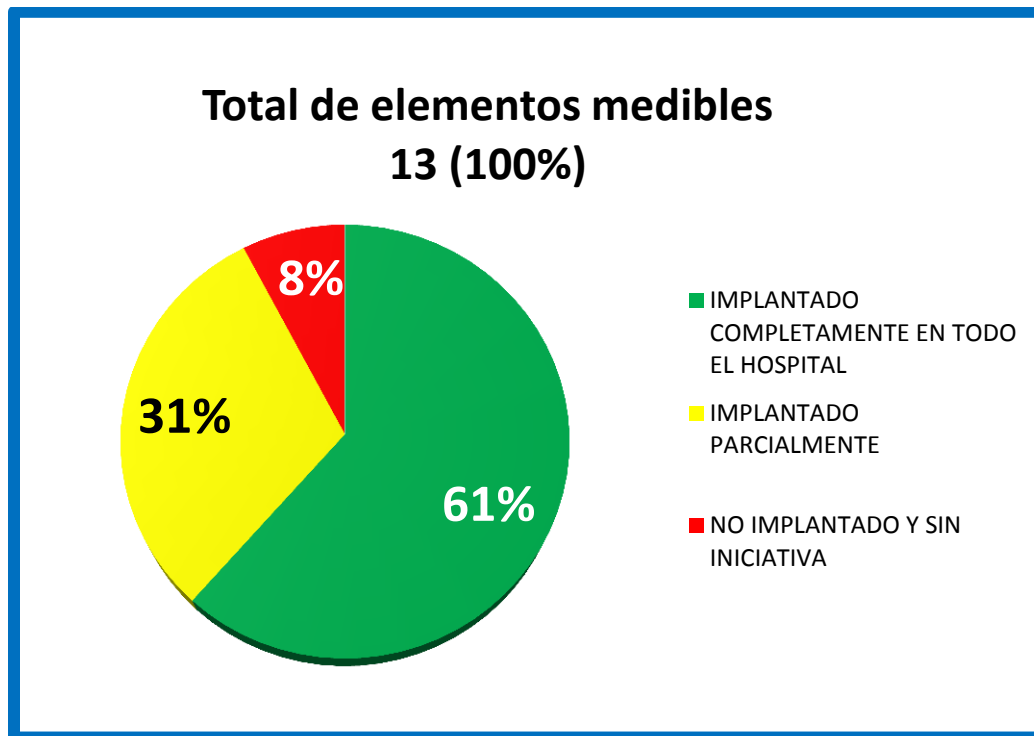


Figura 6. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Selección y adquisición

Elementos medibles por estándar (100%)					
Estándar	Implantado completamente en todo el hospital	Implantado completamente en un servicio	Implantado parcialmente	No implantado pero con iniciativa	No implantado y sin iniciativa
2	75%	0	25%	0	0
2.1	33.33%	0	50%	0	16.66
2.2	100%	0	0	0	0

Tabla 39. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles por estándar, apartado Selección y adquisición.

Selección y adquisición es un apartado que integra estándares que poseen como requisito la selección adecuada y la disponibilidad de medicamentos en todo momento que sea necesario, además de la actualización y supervisión del cuadro

básico de medicamentos. Este apartado posee en su mayoría elementos medibles completamente implementados, aunque será necesario trabajar en el 39% de elementos medibles restantes para cumplir en su totalidad este apartado. Al analizar el cumplimiento de cada estándar que conforma a este apartado, se encuentra que el estándar 2.2 cumple en con el 100% de implantación, cubriendo los requisitos establecidos por el consejo de salubridad general; le sigue el estándar 2, que posee un 75% de implementación completa y finalmente el estándar 2.1 que tiene un desempeño bajo con un 33.33% de implementación en todo el hospital.

Selección y adquisición no posee estándares indispensables, por lo cual se puede abordar de forma paulatina hasta llegar a su implantación total en el hospital.

Apartado 3 almacenamiento.

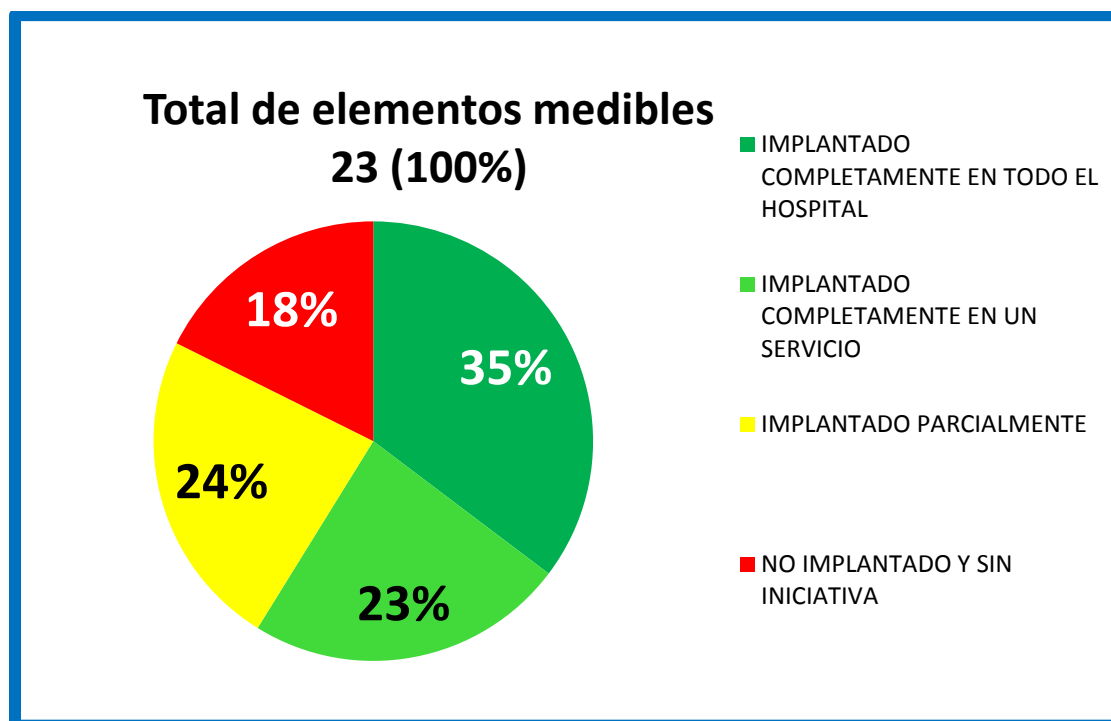


Figura 7. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Almacenamiento.

Elementos medibles por estándar (%)					
Estándar	Implantado completamente en todo el hospital	Implantado completamente en un servicio	Implantado parcialmente	No implantado pero con iniciativa	No implantado y sin iniciativa
3	0	60%	0	0	40%
3.1	60%	0	20%	0	20%
3.2	100%	0	0	0	0
3.3	0	25%	75%	0	0

Tabla 40. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles por estándar, apartado Almacenamiento.

El apartado de almacenamiento posee 35% de sus elementos medibles totalmente implementados en todo el hospital y 23% de elementos medibles implantados completamente en un servicio. Este apartado integra temas como el resguardo de medicamentos de urgencia y su disponibilidad, los requisitos que se deben cumplir en las áreas destinadas para el almacenamiento y el cumplimiento de políticas que garanticen el almacenamiento adecuado de medicamentos y productos nutricionales. De los estándares que conforman a este apartado solo el 3.2 cumple con el 100% de implantación en todo el hospital y es el estándar que rige el resguardo de medicamentos controlados. Si bien se sabe, este apartado no posee estándares indispensables, sin embargo, es parte importante para la seguridad de los medicamentos en el establecimiento, situación que obliga al hospital a poner atención a los requerimientos de este apartado para el cumplimiento de los estándares en su totalidad.

Apartado 4 Prescripción y transcripción.

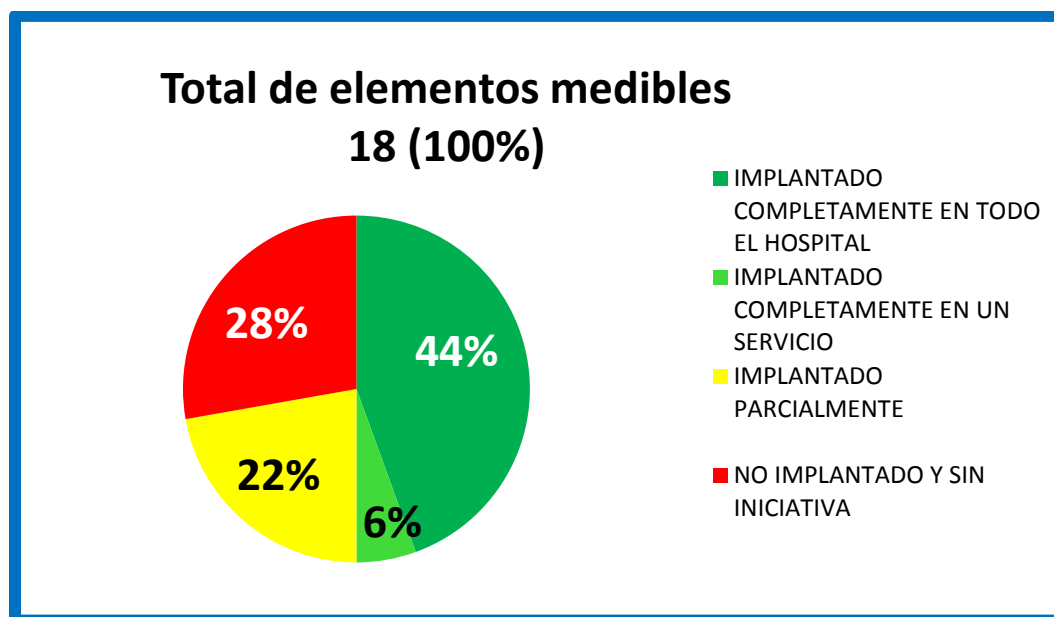


Figura 8. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Prescripción y transcripción.

Elementos medibles por estándar					
Estándar	Implantado completamente en todo el hospital	Implantado completamente en un servicio	Implantado parcialmente	No implantado pero con iniciativa	No implantado y sin iniciativa
4	75%	25%	0	0	0
4.1*	0	0	100%	0	0
4.2*	100%	0	0	0	0
4.3*	50%	0	50%	0	0
4.4	33.33%	0	66.66%	0	0
4.5*	0	0	0	0	100%

Tabla 41. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles por estándar, apartado Prescripción y transcripción.

* Estándar indispensable.

El apartado de prescripción y transcripción pide como requisitos la existencia de políticas y procedimientos que guíen la prescripción de medicamentos, que se definan los elementos de una prescripción completa y se identifique al personal

calificado para realizar una prescripción; además se debe contar con procesos que garanticen una transcripción segura y que exista evidencia documental de la administración y transcripción de medicamentos. Como último requisito se encuentra realizar un proceso de conciliación de medicamentos, el cual abarca el 28% de elementos medibles no implantados y sin iniciativa. Este apartado cumple con 44% de elementos medibles totalmente implementados en todo el hospital.

La situación de este apartado no es favorable, tomando en cuenta que es el segundo apartado con el mayor número de estándares indispensables. De los cuatro estándares indispensables del apartado, el 4.2 está implantado en un 100%, el resto está en su mayoría parcialmente implantado en la institución y solo el 4.5 que es el estándar de conciliación de medicamentos, está sin implantarse y sin iniciativa alguna para su desarrollo.

Si se desea obtener la certificación habrá que cumplir con los estándares indispensables de este apartado en su totalidad, es decir tenerlos implantados al 100% en todo el hospital.

Apartado 5 Preparación y dispensación.

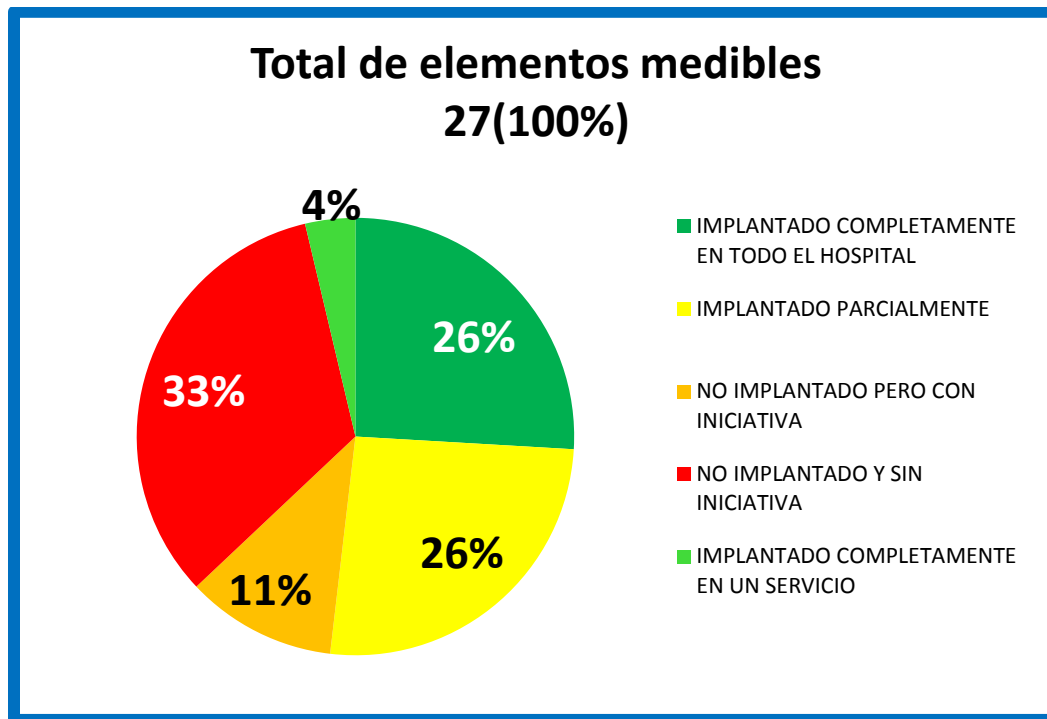


Figura 9. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Preparación y dispensación.

Elementos Medibles por estándar					
Estándar	Implantado completamente en todo el hospital	Implantado completamente en un servicio	Implantado parcialmente	No implantado pero con iniciativa	No implantado y sin iniciativa
5*	0	33.33%	66.66%	0	0
5.1*	0	0	0	0	100%
5.2	0	0	40%	60%	0
5.3*	75%	0	25%	0	0
5.4*	100%	0	0	0	0
5.4.1*	0	0	66.66%	0	33.33%

Tabla 42. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles por estándar, apartado Preparación y dispensación.

* Estándar indispensable.

Al analizar los datos del apartado de preparación y dispensación, se encontró un alto porcentaje de elementos medibles no implementados con 33% y de estos no

se ha generado iniciativa alguna para su implementación. Solo el 26% de elementos medibles están implementados completamente en todo el hospital y otro 26% cumple parcialmente. Los temas que se tratan en este apartado son la preparación de medicamentos y de nutrición parenteral en entornos seguros e higiénicos, la realización de un proceso de idoneidad de la prescripción, el etiquetado de los medicamentos así como el uso de medicamentos multidosis de forma estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.

Este es el apartado con más estándares indispensables, de los cuales solo el 5.4 sobre etiquetado de medicamentos en procedimientos quirúrgicos cumple en su totalidad. Teniendo en cuenta que el desempeño de cuatro estándares indispensables es malo y por ser estándares indispensables se deben de cumplir en un 100% de implantación en todo el hospital, se considera a este apartado el de mayor prioridad.

Apartado 6 Administración.

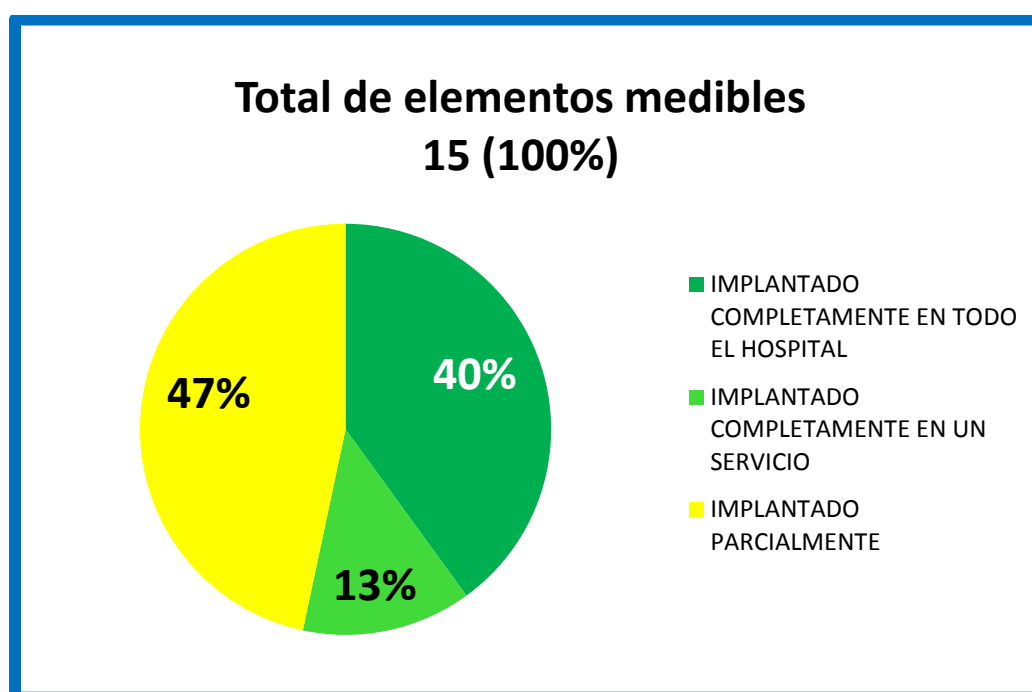


Figura 10. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Administración.

Elementos Medibles por estándar					
Estándar	Implantado completamente en todo el hospital	Implantado completamente en un servicio	Implantado parcialmente	No implantado pero con iniciativa	No implantado y sin iniciativa
6	66.66%	0	33.33%	0	0
6.1*	50%	25%	25%	0	0
6.2	0	0	100%	0	0

Tabla 43. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles por estándar, apartado Administración.

* Estándar indispensable.

Administración es el apartado que pide como requisitos que se cuente con políticas y procedimientos para regir la llegada de medicamento traídos por el paciente, que se cuente con un proceso para verificar que la transcripción corresponda a la prescripción y que se identifique al personal calificado y autorizado para administrar medicamentos. Este apartado posee 47% de los elementos medibles implementados de forma parcial y en menor porcentaje con 40% elementos medibles implementados en su totalidad en todo el hospital. Viendo al apartado desde el cumplimiento de sus estándares, se aprecia que el 6 es el estándar con mayor porcentaje de implantación con un 66.66%, seguido del 6.1 que posee el 50% de implantación completa en todo el hospital y el 6.2 que está con 100% de implantación parcial. Sin embargo se toma al estándar 6.1 sobre procesos para la verificación de una correcta transcripción, como prioridad por ser estándar indispensable y poder aspirar a una certificación.

Apartado 7 Control.

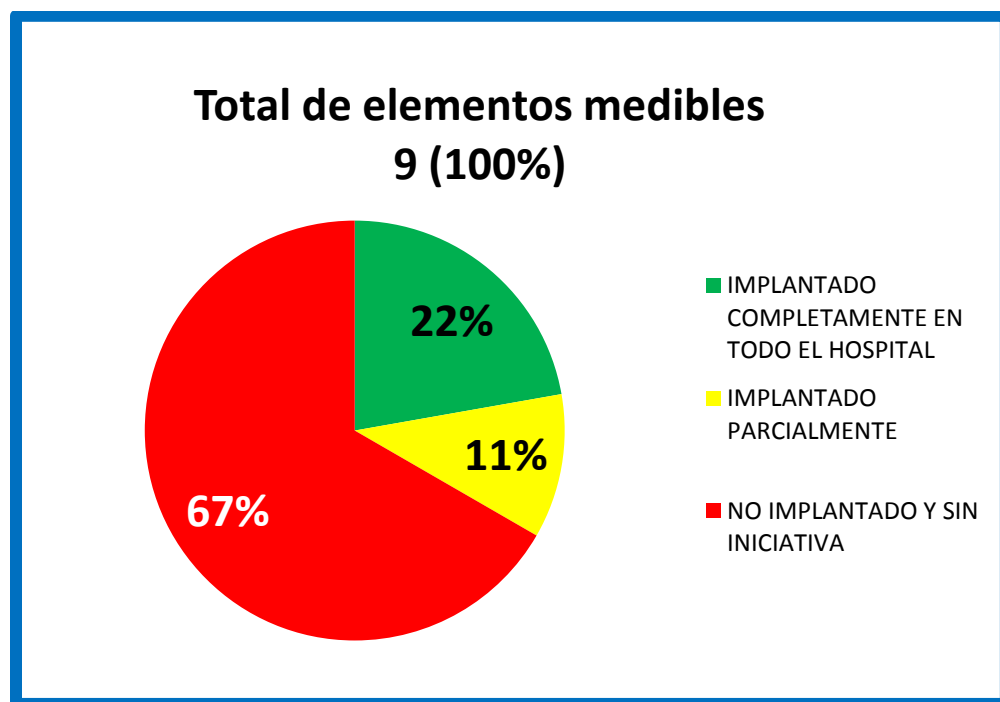


Figura 11. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Control.

Elementos Medibles por estándar					
Estándar	Implantado completamente en todo el hospital	Implantado completamente en un servicio	Implantado parcialmente	No implantado pero con iniciativa	No implantado y sin iniciativa
7*	40%	0	20%	0	40%
7.1	0	0	0	0	100%

Tabla 44. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles por estándar, apartado Control.

* Estándar indispensable.

La monitorización de efectos de los medicamentos en los pacientes y el reporte de errores y cuasifallas de medicación, integran al apartado de control, el cual es uno de los estándares con el más bajo desempeño o grado de cumplimiento al poseer el 67% de los elementos medibles no implantados y sin iniciativa alguna para su posible implantación, situación que debe ser abordada ya que parte de estos

elementos medibles contribuyen con el 40% no implantado y sin iniciativa del estándar indispensable 7.

Apartado 8 Vacunación.

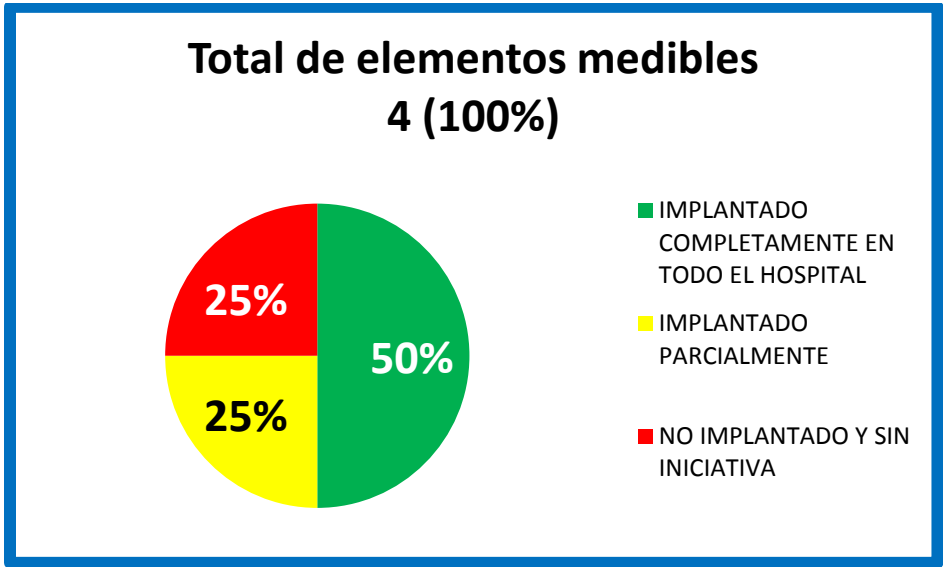


Figura 12. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles del apartado Vacunación.

Elementos medibles por estándar					
Estándar	Implantado completamente en todo el hospital	Implantado completamente en un servicio	Implantado parcialmente	No implantado pero con iniciativa	No implantado y sin iniciativa
8	50%	0	25%	0	25%

Tabla 45. Desempeño en porcentaje de los elementos medibles por estándar, apartado Vacunación.

El último apartado analizado es el de vacunación que exige garantizar el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas según las leyes, lineamientos y normas vigentes. Este apartado cuenta con un 50% de elementos medibles implantados completamente en todo el hospital, por lo que habrá que trabajar para implementar el apartado en su totalidad. Como se puede apreciar el porcentaje del desempeño de elementos medibles y de estándares es el mismo por que este apartado tiene un solo estándar.

Desempeño del total de elementos medibles.

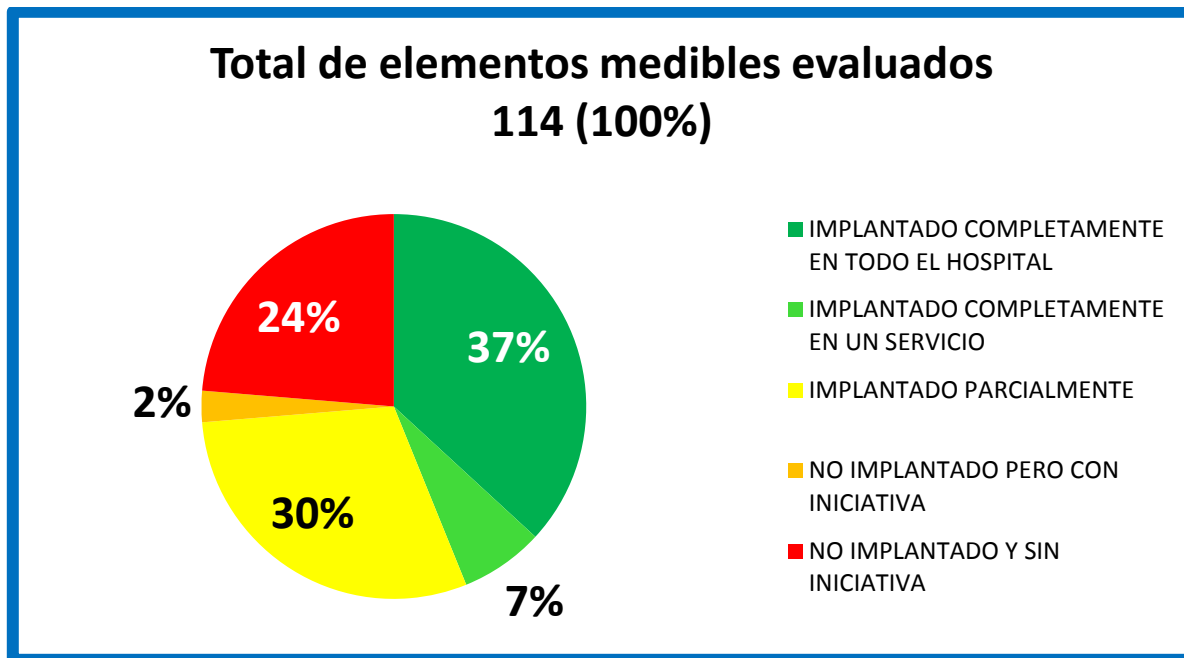


Figura 13. Desempeño en porcentaje del total de elementos medibles.

Este gráfico mostrado representa a la totalidad de elementos medibles evaluados en los diferentes estándares y apartados correspondientes al MMU, en donde se pone de manifiesto que solo el 37% de elementos medibles se satisfacen en su totalidad en el hospital y que es necesario diseñar una estrategia para lograr el cumplimiento del 63% de elementos medibles restantes.

La figura 13 nos indica el cumplimiento del total de estándares, teniendo en cuenta solo dos criterios: Cumple y No cumple. Esto dio como resultado un contundente 86% de No cumplimiento de los estándares, por lo que es necesario tomar medidas de acción para aumentar el 14% de estándares que sí cumplen a un porcentaje mayor al 60%.

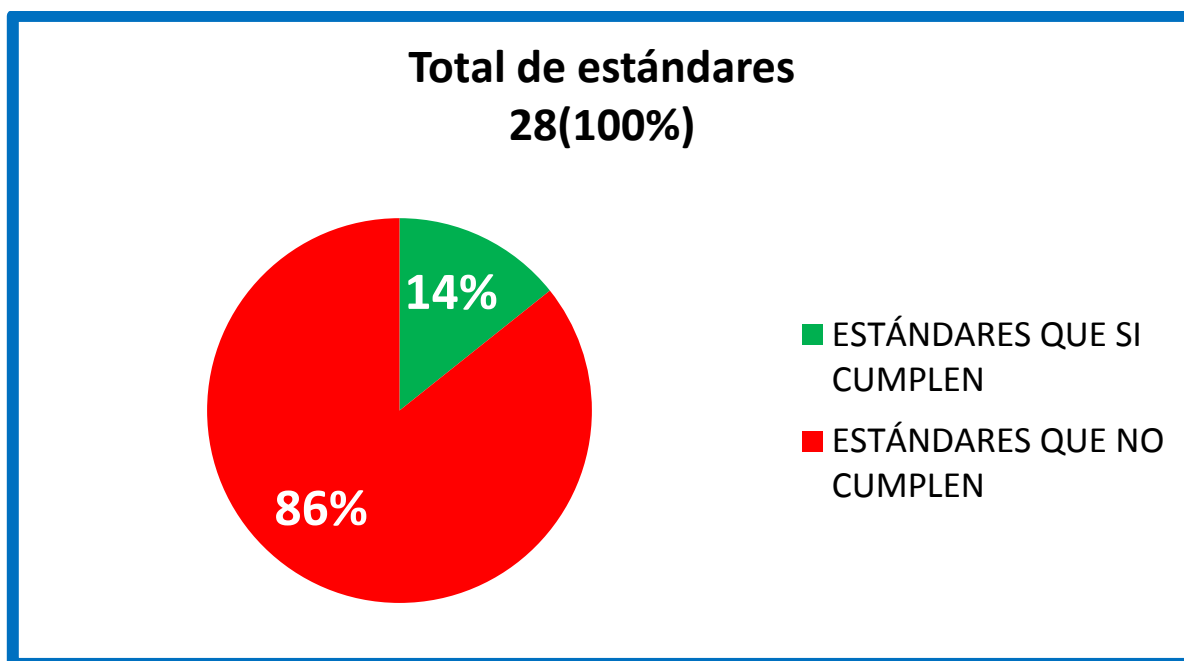


Figura 13. Cumplimiento en porcentaje del total de estándares.

Por otra parte en la figura 15 se puede apreciar el porcentaje de cumplimiento de los estándares indispensables, es decir los estándares de mayor peso en el proceso de certificación; para esta gráfica también se emplearon dos criterios: Cumple y No cumple, dando como resultado un 80% de no cumplimiento, es decir 8 de los 10 estándares indispensables no satisfacen los requisitos del Consejo de Salubridad General. Este es un dato preocupante por lo que la meta para implementar estos procesos no debe exceder los 4 meses.

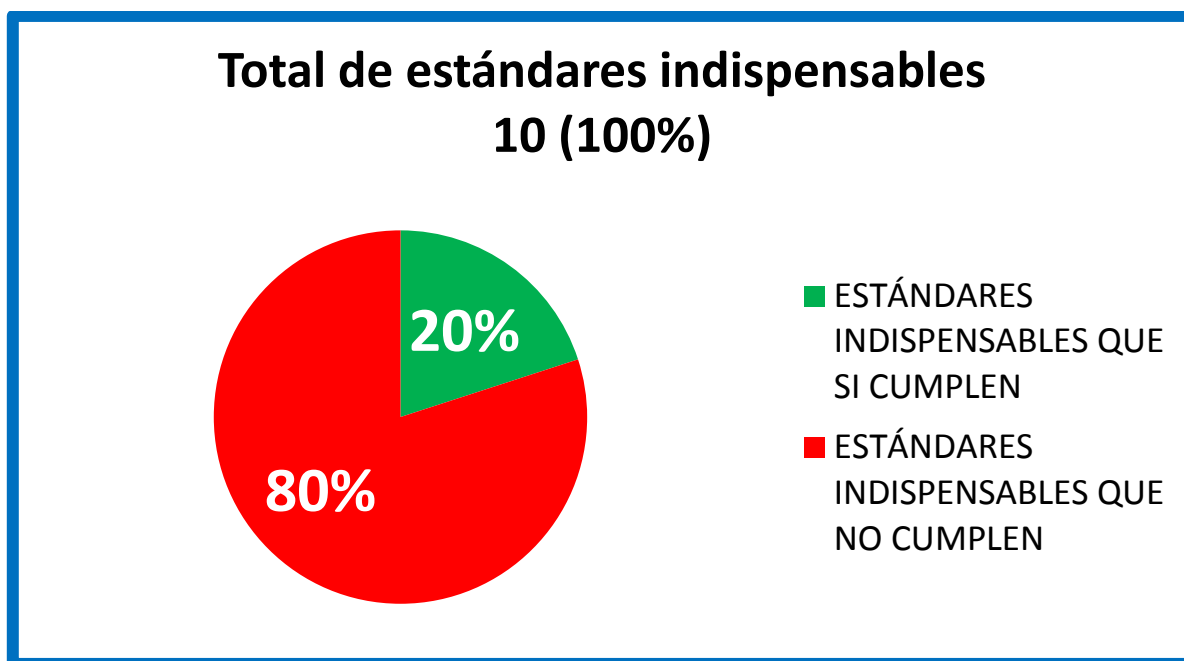


Figura 15. Cumplimiento en porcentaje de los estándares indispensables.

D) Análisis FODA.

Se presenta la detección de aspectos para la evaluación del sistema de medicación mediante un análisis FODA.

Descripción de las fortalezas			Justificación
TABLA 46. FORTALEZAS	1	La farmacia y el uso de medicamentos cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes.	Estándar 1, EM: D)
	2	En el establecimiento se priorizan los riesgos identificados en el sistema de medicación y para al menos uno de los riesgos prioritarios se adopta e implementa una buena práctica.	Estándar 1.1.1, EM: B),D)
	3	Existe una lista de medicamentos que se pueden obtener de manera inmediata en el hospital, dicha lista se hizo mediante un proceso de colaboración. Los medicamentos se adecuan a la misión del	Estándar 2, EM: A),B),C)

	establecimiento, las necesidades del paciente y los servicios prestados.	
4	Existen criterios para tomar decisiones sobre agregar o eliminar medicamentos al cuadro básico de medicamentos institucional y un proceso para llevar un control de la respuesta que pueda tener un paciente a cualquier medicamento.	Estándar 2.1, EM: D),E)
5	Existen procesos para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencias o que no están normalmente a disposición del establecimiento; para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o el suministro de medicamentos está bajo llave y estos procesos son implementados por el personal cuando son necesarios.	Estándar 2.2, EM: A),B),C)
6	Existen políticas que definen el modo en que se almacenan los productos nutricionales, el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra, así como el modo en que se almacenan y conservan los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia.	Estándar 3.1 EM: A),C),D)
7	Los medicamentos de urgencia que se guardan fuera de la farmacia están disponibles, controlados y resguardados en forma segura.	Estándar 3.2 EM: A),B),C)
8	Existen políticas y procedimientos que guían la prescripción de medicamentos, existe un proceso de colaboración para elaborar las mismas y el personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.	Estándar 4 EM: A),B),D)
9	El establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para prescribir medicamentos.	Estándar 4.2 EM: A),B),C)
10	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.	Estándar 4.3 EM: A)
11	Se registran los medicamentos prescritos a cada	Estándar 4.4

	paciente.	EM: A)
12	La alimentación parenteral se prepara y se dispensa en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados, el personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas y los resultados de control de calidad de los servicios subrogados de alimentación parenteral se revisan periódicamente.	Estándar 5.3 EM: A),C),D)
13	Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos, de alto riesgo.	Estándar 5.4 EM: A),B),C),D)
14	El establecimiento identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos y existe un proceso para poner límites a los profesionales, cuando corresponda, a las prácticas de administración de medicamentos.	Estándar 6 EM: A),C)
15	Se identifica al paciente con los datos establecidos por la organización, se verifican los medicamentos y la dosis con la prescripción. Dichos medicamentos se administran tal como se prescriben, y se anotan en el expediente clínico.	Estándar 6.1 EM: A),B),D),H)
16	Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes y el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.	Estándar 7 EM: A),C)
17	El establecimiento cuenta con políticas y procedimientos para la vacunación en grupos específicos de la población y para garantizar una cobertura BCG.	Estándar 8 EM: B),C).

Descripción de las oportunidades			Justificación
TABLA 47. OPORTUNIDADES	1	Diseñar un plan para el manejo, uso y organización de medicamentos que incluya a todas las áreas del sistema de medicación y un organigrama completo que abarque la etapa del sistema de medicación, servicio y personal que interviene y las actividades a realizar.	Estándar 1 EM: A),B)
	2	Instruir a la dirección para crear un comité que se encargue de la supervisión del sistema de medicación, capacitar adecuadamente a los responsables de evaluar al sistema y diseñar un plan para la supervisión del sistema de medicación que abarque a todas las etapas de dicho sistema.	Estándar 1.1 EM: A),B),C)
	3	Desarrollar un programa de gestión de riesgos basado en la prevención de errores de medicación. Se deben establecer métodos a emplear para la identificación de riesgos.	Estándar 1.1.1 EM: A)
	4	Diseñar un procedimiento complementario al proceso de surtido que incluya los pasos a seguir para notificar la no disponibilidad de un medicamento y la consecuente propuesta de alternativas de acuerdo a las capacidades y facultades otorgadas al personal de farmacia.	Estándar 2 EM: D)
	5	Diseñar un plan para la supervisión del uso de medicamentos dentro del hospital, un plan para la prevención del robo y / o extravío de medicamentos y un plan para la actualización anual y control de la lista de medicamentos (cuadro básico).	Estándar 2.1 EM: A),B),C)
	6	Reacondicionar las áreas en donde se encuentran almacenados los medicamentos en el hospital. Diseñar una política de medicamentos controlados que incluya la implementación de un sistema de supervisión de medicamentos controlados, un procedimiento para el registro y evaluación de libros de control, un procedimiento para el control de remanentes y su rastreabilidad, así como un proceso	Estándar 3 EM: A),B),C)

		para la revisión de la integridad de las etiquetas de los medicamentos y sustancias para su elaboración.	
	7	Elaborar herramientas de evaluación para verificar el cumplimiento a las políticas de almacenamiento.	Estándar 3.1 EM: E)
	8	Diseñar una política institucional de medicamentos caducados con sus respectivos procedimientos donde se detalle su identificación, no uso, retiro, resguardo, entrega para destrucción y desecho. Realizar evaluaciones del apego a las políticas y procedimientos del retiro de medicamentos caducados o fuera de uso.	Estándar 3.3 EM: A),B),C),D)
	9	Elaborar políticas y procedimientos para órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas, las cuales dirijan las acciones a seguir en caso de que estas se presenten en un determinado momento, así como el personal, áreas involucradas y sus responsabilidades durante el proceso.	Estándar 4 EM: C)
	10	Anexar políticas, normas y lineamientos al manual de procedimientos para la prescripción y transcripción de medicamentos, que establezcan: cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca y las precauciones o procedimientos especiales para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecido.	Estándar 4.1 EM: A)
	11	Elaborar un proceso para la evaluación del apego a las políticas y procedimientos de transcripción de medicamentos para poder diseñar una estrategia que logre mejorar dicho punto, logrando que la seguridad del paciente no se ponga en riesgo.	Estándar 4.3 EM: B)
	12	Realizar una evaluación del apego a los procedimientos e instructivos de trabajo para la administración de medicamentos y su registro inmediato. Implementar el estándar 4.5 de conciliación de medicamentos, así como diseñar e implementar un proceso para asegurar y resguardar todos los	Estándar 4.4 EM: B),C)

	documentos contenidos en los expedientes clínicos.	
13	Elaborar un procedimiento para la preparación y surtido de medicamentos que incluya los equipos y suministros necesarios para llevarse a cabo. Diseñar e implementar el procedimiento de preparación de medicamentos para la farmacia.	Estándar 5 EM: A),B)
14	Reestructurar el proceso de dispensación y elaborar un instructivo de trabajo para el etiquetado de medicamentos.	Estándar 5.2 EM: A),B)
15	Diseñar un plan de mejora y corregir los puntos los puntos 8.5, 8.7, 8.9, 8.14 ,8.15 y 8.20 correspondientes a la NORMA Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010.	Estándar 5.3 EM: B)
16	Elaborar un instructivo para el etiquetado de medicamentos multidosis. Evaluar constantemente el apego a dicho instructivo. Realizar capacitaciones constantes al personal encargado de etiquetar los medicamentos multidosis después de su preparación.	Estándar 5.4.1 EM: B),C)
17	Evaluar el apego a políticas institucionales para la administración de medicamentos. Identificar los motivos por los cuales se asigna a estudiantes para la administración de medicamentos en las áreas donde se presente dicho problema.	Estándar 6 EM: B)
18	Agregar al instructivo de trabajo para la administración de medicamentos el punto de revisar siempre la fecha de caducidad del medicamento antes de administrarlo y evaluar frecuentemente el apego a dicho instructivo. Elaborar un manual con las velocidades de infusión para cada medicamento o mezclas de estos. Reestructurar el proceso de administración, dándole mejor organización al personal de enfermería y una mejor distribución de los pacientes a su cargo, elaborando un procedimiento e instrucciones de trabajo que ayuden a dar agilidad a este proceso.	Estándar 6.1 EM: C),E),F),G)

	19	Elaborar e implementar políticas para la autoadministración de medicamentos por parte del paciente, para el manejo de medicamentos que el paciente ingrese al establecimiento. Diseñar un procedimiento que evite el uso de muestras médicas y que guíe las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones.	Estándar 6.2 EM: A),B),C),D)
	20	Elaborar un procedimiento para la documentación y registro de las RAM por el personal calificado para dicha tarea, esta documentación debe realizarse conforme a lo estipulado en la Norma NOM-220-SSA1-2012; instalación y operación de la farmacovigilancia, con copia en al expediente clínico.	Estándar 7 EM: D)
	21	Diseñar un instrumento de evaluación al apego a las políticas y procedimientos de abasto, almacenamiento y administración de vacunas, así como un plan de capacitación para dichas actividades.	Estándar 8 EM: D)

Descripción de las debilidades			Justificación
TABLA 48 DEBILIDADES	1	No existe un proceso establecido en la institución para realizar dispensación.	Estándar 5.2 EM: C)
	2	El surtido de los medicamentos no es preciso.	Estándar 5.2 EM: D)
	3	No hay respaldo para la dispensación puntual.	Estándar 5.2 EM: E)

Descripción de las amenazas			Justificación
TABLA 49. AMENAZAS	1	Al no contar con políticas para el uso y manejo de medicamentos, se presta un escenario para el uso irracional de medicamentos y/o errores de medicación.	Estándar 1 EM: C)
	2	Al no reestructurar los procesos del sistema de medicación tras la identificación de riesgos, pueden no corregirse los problemas de fondo y volverse a presentar.	Estándar 1.1.1 EM: C)
	3	Revisar con escasa frecuencia el cuadro básico de medicamentos y estar desactualizado, de acuerdo a criterios de seguridad y eficacia, puede provocar problemas relacionados con medicamentos.	Estándar 2.1 EM: F)
	4	El riesgo de presentar casos de robo y/o extravío se incrementan al no inspeccionar las áreas de almacenamiento de medicamentos. La falta de políticas que guíen la identificación, resguardo y almacenamiento de medicamentos que el paciente ingresa consigo a la institución puede incrementar la presencia de errores de medicación o de uso irracional.	Estándar 3 EM: D),E)
	5	La falta de políticas y procedimientos que guíen el almacenamiento de medicamentos radiactivos, propicia que las malas prácticas pongan en riesgo la integridad de dichos medicamentos.	Estándar 3.1 EM: B)
	6	Se mantiene latente la posibilidad de errores de medicación por no realizar ni contar con políticas y procedimientos para el proceso de conciliación de medicamentos.	Estándar 4.5 EM: A),B),C),D),E)
	7	No contar con políticas, procedimientos ni el proceso de idoneidad de la prescripción, permite que se mantengan malas prácticas de prescripción, errores de medicación o que no se detecten interacciones medicamentosas u de otro tipo, por lo	Estándar 5.1 EM: A),B),C),D),E),F),G),H)

		que la calidad de la medicación del paciente no está asegurada en un 100%.	
	8	Puede originarse descomposición por microorganismos o pérdida de estabilidad debido a malas prácticas en el uso de medicamentos multidosis.	Estándar 5.4.1 EM: A)
	9	No contar con proceso para la detección de acontecimientos adversos por medicamentos incrementa la probabilidad de presentar con mayor frecuencia estos problemas ya que no se identifican ni se pueden tomar medidas preventivas. No notificar estos problemas, RAM o sospechas de RAM de acuerdo a la norma correspondiente puede ser objeto de sanciones por la autoridad correspondiente.	Estándar 7 EM: B),E)
	10	La falta de definiciones operativas, procedimientos de operación, capacitaciones para la detección y reporte de errores de medicación, no permite efectuar la identificación de las causas de los mismos ni tomar medidas de acción para disminuir estos errores.	Estándar 7.1 EM: A),B),C),D)
	11	Debido a malas prácticas de conservación y almacenamiento se puede causar la pérdida de estabilidad de vacunas y que en el peor de los casos, a la hora de administrarlas, provoquen algún acontecimiento adverso.	Estándar 8 EM: A)
	12	No obtener la certificación por el Consejo de Salubridad General	Resultado de la evaluación.

E) Propuesta general de mejora para el Sistema de Medicación institucional.

La propuesta para el sistema de medicación (figura 16) institucional requiere de una reestructuración de todo el proceso siendo:

Proceso para pacientes hospitalizados: Empieza por el ingreso del paciente y el posterior pase de visita en donde se evalúe al paciente por un grupo de profesionales en donde se encuentren el médico responsable, la enfermera y el farmacéutico. En dicho proceso el farmacéutico obtendrá información relevante del paciente (perfil farmacoterapéutico, conciliación de medicamentos, idoneidad de la prescripción), que utilizará para validar la receta médica o en su caso la prescripción antes de realizar la solicitud de los medicamentos a la farmacia. A la par el médico elaborará la receta y la orden médica, la cual ocupará la enfermera para realizar su transcripción y será entregada al farmacéutico para su validación.

Posteriormente se realiza la solicitud de los medicamentos del paciente, donde la farmacia se encargará de su surtimiento y tendrá a personal capacitado para poder entregar los medicamentos requeridos a la enfermera. En este proceso de entrega de medicamentos la enfermera estará obligada a revisar que los medicamentos entregados correspondan a las especificaciones de la solicitud para poder resguardarlos, prepararlos y administrarlos de acuerdo a la orden médica.

Proceso para pacientes ambulatorios: El proceso empieza con la llegada del paciente a la consulta externa, el médico realiza su evaluación y diagnóstico, elabora la receta y esta se entrega al paciente o familiar para solicitar los medicamentos en una ventanilla de la farmacia, la cual se encargará de evaluar que la receta cumpla con las leyes y reglamentaciones correspondientes para que sea surtida. Una vez revisada la receta se hace entrega del medicamento y el paciente sale de la institución con su receta surtida.

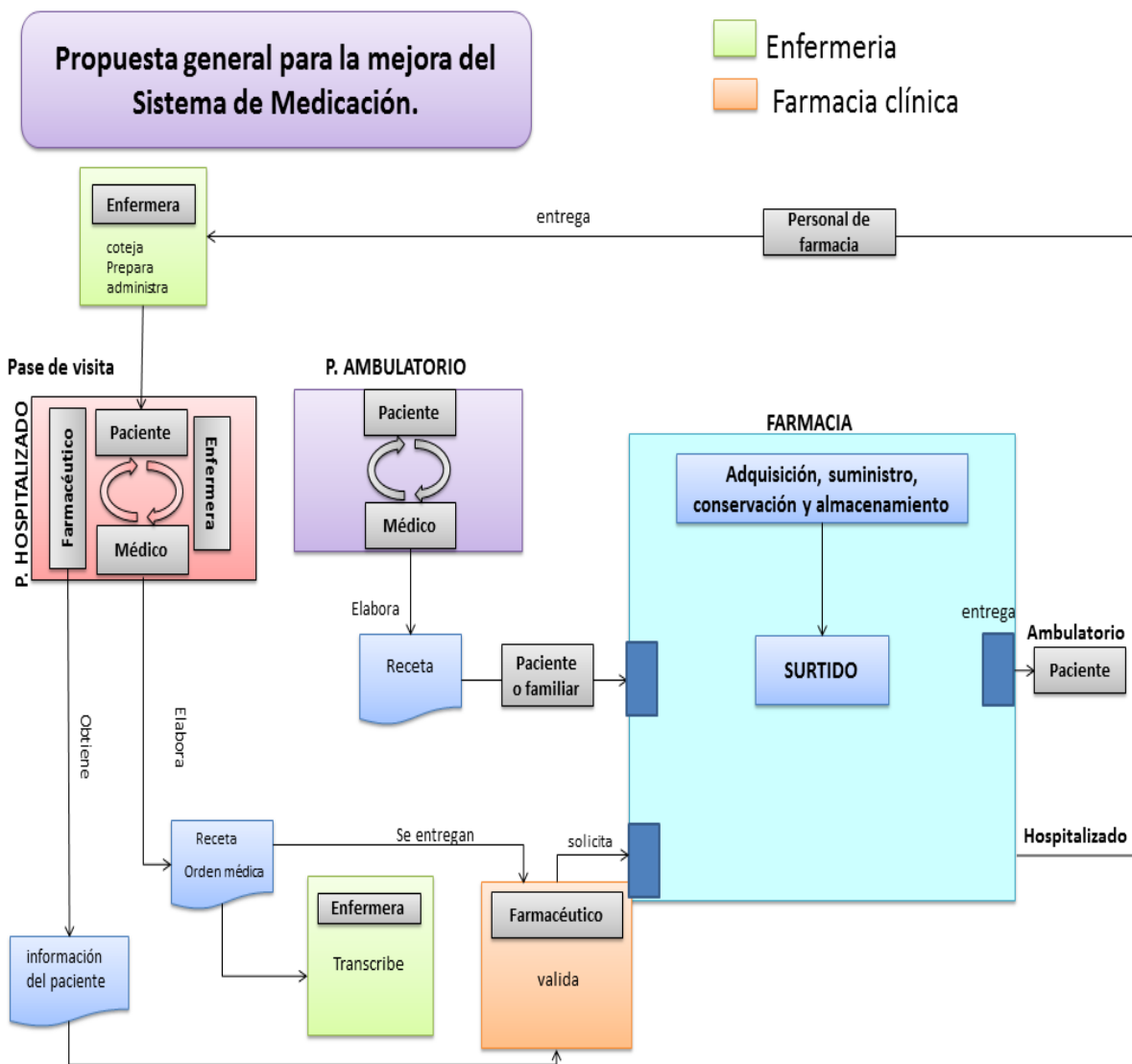


Figura 16. Propuesta General para la Mejora del Sistema de Medicación

F) Sugerencias para la mejora en el desempeño de la evaluación del MMU.

Como una medida a las observaciones realizadas en la evaluación correspondiente al estándar “Manejo y Uso de medicamentos” de la cédula de certificación de hospitales, se plantean sugerencias generales para mejorar el desempeño en evaluaciones futuras, las cuales son:

- Diseñar un plan para el manejo, uso y organización de medicamentos en el sistema de medicación.
- Diseñar un plan y formato para la supervisión del uso adecuado de medicamentos dentro del hospital.
- Se recomienda reacondicionar las áreas en donde se encuentran almacenados los medicamentos y elaborar PNO para almacenamiento y resguardo.
- Diseñar una política, procedimiento y formato para el proceso de conciliación de medicamentos.
- Diseñar una política, procedimiento y formato para la revisión de la idoneidad de la prescripción.
- Evaluar el apego a políticas institucionales para la administración de medicamentos.
- Elaborar una definición operativa de los errores de medicación e implementar un procedimiento y formato para la detección, reporte y análisis de errores y cuasifallas de medicación.

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

A continuación discutimos los resultados y observaciones de cada uno de los instrumentos utilizados al aplicarlos en la Institución Hospitalaria.

CÉDULA DE CERTIFICACIÓN PARA HOSPITALES:

Los resultados de los elementos medibles y estándares del MMU, ponen de manifiesto una gran área de oportunidad en los procesos que pertenecen a la gestión clínica del medicamento, es decir se necesita de la creación de un área de farmacia clínica que se encargue de realizar los procesos de conciliación de medicamentos, idoneidad de la prescripción y las actividades relacionadas con la Farmacovigilancia para la detección de reacciones adversas a los medicamentos. Este es un punto importante ya que por medio de estos procesos podemos evaluar el efecto de los medicamentos en los pacientes, contribuir a la disminución de la estancia de los pacientes en el hospital y aumentar la calidad de atención en el establecimiento.

La mayoría de elementos medibles pueden satisfacerse elaborando políticas institucionales, Procedimientos Normalizados de Operación, reacondicionando las áreas de almacenamiento para garantizar la conservación de medicamentos y realizando capacitaciones constantes del personal involucrado en el manejo y uso de medicamentos en la institución; esto de acuerdo a lo que exige la cédula de certificación de hospitales y con fundamentación en leyes, reglamentos y normas aplicables para procesos específicos.

El estudio dio como resultado un bajo desempeño de los estándares que evalúa el Consejo de Salubridad General para la certificación de hospitales, siendo más específicos del MMU, por lo cual habrá que trabajar en cubrir primero los estándares indispensables que no se encuentran implementados, poniendo una meta de mediano plazo (4 meses) para cubrir dichos estándares. Los elementos medibles que se encuentran en verde claro y amarillo podrán resolverse en corto tiempo, siempre y cuando no se requiera de una obra de remodelación (estructura

física de algún espacio) y los elementos medibles con un estatus en rojo y naranja, podrán resolverse a mediano y largo plazo, según lo complejo de la implementación del proceso.

ANÁLISIS FODA

Encontramos fortalezas que permiten visualizar la organización y el manejo de áreas relacionadas con el manejo de medicamentos ya que la principal fortaleza está en los servicios subrogados de farmacia y nutrición parenteral, estos cuentan con todos los requerimientos importantes establecidos por las autoridades competentes. Otra de las mayores fortalezas encontradas radica en un buen manejo del área médica en cuanto a organización y procesos, lo cual puede facilitar en un momento el proceso de certificación.

Por todo lo visto en el análisis, se establece que las principales oportunidades se encuentran en diseñar un plan para el manejo, uso y organización de medicamentos que incluya a todas las áreas del sistema de medicación y un organigrama completo que abarque la etapa del sistema de medicación, servicio, personal que interviene y las actividades a realiza. Se deben establecer métodos a emplear para la identificación de riesgos, la elaboración de planes, políticas, procedimientos y la reestructuración de procesos para poder proporcionar servicios de mayor calidad a los pacientes. Es decir las principales oportunidades están basadas en la documentación de las actividades y la generación de evidencias que permitan visualizar o evaluar el funcionamiento de los procesos.

Encontramos que la principal debilidad está relacionada con el proceso de dispensación de medicamentos y la confusión entre el proceso de surtido y dispensación; no hay un surtido preciso de medicamentos ni un respaldo para la dispensación puntual, lo cual no permite proporcionar a los pacientes ya sean ambulatorios u hospitalizados la información necesaria para el uso racional de dichos medicamentos y se provoca un retraso en el surtido de medicamentos a pacientes hospitalizados que afecta directamente los horarios de administración de medicamentos en el paciente.

Las principales Amenazas radican la falta de políticas para el uso y manejo de medicamentos en la institución, situación que favorece el uso irracional de medicamentos y/o errores de medicación en el hospital, de igual manera es necesario poner en marcha los procesos de conciliación de medicamentos, idoneidad de la prescripción y el proceso para la detección de acontecimientos adversos por medicamentos. No realizar intervenciones en estos puntos aumenta la probabilidad de que se presenten múltiples errores que puedan poner en riesgo la salud o integridad de los pacientes, además de no poder lograr la certificación por no tener implementados los estándares 4.5, 5.1, 7 y 7.1, de los cuales el 4.5, 5.1 y 7 son indispensables.

8. CONCLUSIONES.

La evaluación del estado de situación del sistema de medicación del Hospital General, nos permite identificar que:

A) Sólo el 37% del total de elementos medibles se encuentra totalmente implantado en toda la institución.

B) El 14% del total de estándares cumple con los requisitos del Consejo de Salubridad General.

C) Los estándares indispensables deben ser atendidos a la brevedad ya que solo el 20% cumple.

D) Las prioridades, de tal forma que los proyectos de intervención futuros aprovechen las oportunidades descritas y reducir los riesgos asociados a las amenazas.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud, “Hacia una política farmacéutica integral para México”, Secretaría de Salud, México, 2005, pág. 13-26.
2. Secretaría de Salud, “Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria”, Secretaría de salud, México, 2009, pág. 1-279.
3. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Paris, 2008.
4. Ministerio de educación, cultura y deporte; Ministerio de sanidad y consumo, “Guía de formación de especialistas, Farmacia hospitalaria”; Consejo Nacional de Especializaciones Farmacéuticas, España, 1999, pag.3.
5. Briñoli A, “Programa de la residencia de farmacia Hospitalaria”, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina.1997.
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N°6: servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud ”, Organización Panamericana de Salud, Washington D.C., EUA, 2013.
7. Dirección Nacional de Farmacia, Manual de Organización y Procedimientos. Ministerio de Salud Pública. Cuba. 2001.
8. Coyoc R.O, Pérez Reynaud A.G, Coello Reyes L.A. Beneficios económicos del uso de un sistema de dispensación en dosis unitarias en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2014, Vol. 56(3):272-278.
9. Consejo General de colegios oficiales de farmacéuticos, “Norma de Gestión integrada de calidad, Medio ambiente, Prevención de riesgos laborales y Responsabilidad Social para un Servicio de Farmacia Hospitalaria”, Fundación *Ad Qualitatem*, Madrid, España, 2008. Pág. 7-50.
10. Federación Internacional de Farmacia. Organización Mundial de la Salud, “Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas prácticas en farmacia:

- Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos”, Federación Internacional de Farmacia/Organización Mundial de la Salud, 2009.
11. Consejo de Salubridad General, “Manejo y uso de medicamentos” en Estándares para la Certificación de Hospitales, Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, México (2012) 141-158.
 12. Correr Cassyano J., Fleith Otuki M., Soler O. Servicios Farmacéuticos Integrados al Proceso de cuidado en salud: Gestión clínica del medicamento. Rev. Pan-Amaz Saude, 2011; 2(3):41-49.
 13. Instituto para el uso seguro de los medicamentos, “Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales Españoles”, Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 2007, pág. 1-154.
 14. Secretaría de relaciones exteriores, Comercio e inversión, “Tratado de libre comercio de américa del norte”, disponible en: [<http://mex-eua.sre.gob.mx/index.php/tlcan>], México, 2013.
 15. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, “Manual del Proceso para la certificación de hospitales”, Consejo de salubridad General, México, 2009.
 16. Diario Oficial de la Federación: 19/05/2009, Reglamento Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
 17. Secretaría de Salud. “Ley General de Salud”, Art.194, 195, 197, 198, 226, 257-261 México, 2015.
 18. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de México. “Reglamento de Insumos para la Salud”, Art. 18-27, 33-35, 131-152, México, 2012.
 19. Secretaría de salud. Etiquetado de Medicamentos. Norma Oficial Mexicana, NOM-072-SSA1-2012.
 20. Secretaría de salud. Buena Práctica de Fabricación de Medicamentos. Norma Oficial Mexicana, NOM-059-SSA1-2013.
 21. Secretaría de salud. Estabilidad de Fármacos y Medicamentos. Norma Oficial Mexicana, NOM-073-SSA1-2005.
 22. Secretaría de salud. Buenas Prácticas de Fabricación para Fármacos. Norma Oficial Mexicana, NOM-164-SSA1-2013.

23. Secretaría de salud. Requisitos Sanitarios que deben cumplir los fabricantes, distribuidores y proveedores de fármacos utilizados en la elaboración de medicamentos de uso humano. Norma Oficial Mexicana, NOM-176-SSA1-1998.
24. Secretaría de salud. Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben sujetarse a los Terceros Autorizados, Centros de investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad. Norma Oficial Mexicana, NOM-177-SSA1-2013.
25. Secretaría de salud. Instalación y Operación de la Tecnovigilancia. Norma Oficial Mexicana, NOM-240-SSA1-2012.
26. Secretaría de salud. Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación. Norma Oficial Mexicana, NOM-249-SSA1-2010.
27. Secretaría de salud. Instalación y Operación de la Farmacovigilancia. Norma Oficial Mexicana, NOM-220-SSA1-2012.
28. Plan de acción para la mejora en el uso de los medicamentos 2009-2011. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región Murcia. ISBN: 978-84-96994-42-4.
29. Girón Aguilar N, Rodríguez de Bittner M, Serie Medicamentos esenciales y Tecnología No. 5.1 “Selección y Formulario de medicamentos”, Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud, 1997.

10. ANEXOS

Anexo 1

Información demográfica sobre el hospital

La información demográfica permite registrar las principales características del hospital que complemente el cuestionario.

Por favor, indique en cada apartado la característica que mejor describa el hospital.

1.- Número de camas

- ☐ ≤99
- ☐ 100-199
- ☐ 200-499
- ☐ ≥500

2.- Dependencia funcional

- ☐ IMSS
- ☐ ISSSTE
- ☐ Secretaría de Salud
- ☐ Privado

3.- Finalidad asistencial

- ☐ General
- ☐ De especialidad

En el caso de ser una especialidad particular diga cual: _____

4.- Especialidades o áreas asistenciales de que dispone (marcar una o varias respuestas si procede):

- ☐ Oncología (marcar aunque se administre quimioterapia con poca frecuencia)
- ☐ Hematología (marcar aunque se administre quimioterapia con poca frecuencia)
- ☐ Pediatría (marcar aunque sólo se atiendan pacientes pediátricos en el servicio de urgencias)
- ☐ Neonatología
- ☐ Trasplante de órganos
- ☐ Unidad de cuidados Intensivos.
- ☐ Servicio de farmacia
- ☐ Ninguna de las anteriores

5.- Docencia:

- ☐ Con docencia pregraduada y/o postgraduada
☐ Sin docencia

6.- Estado al que pertenece

- ☐ Aguascalientes
☐ Baja California
☐ Baja California Sur
☐ Campeche
☐ Coahuila
☐ Colima
☐ Chiapas
☐ Chihuahua
☐ Distrito Federal
☐ Durango
☐ Guanajuato
☐ Guerrero
☐ Hidalgo
☐ Jalisco
☐ México
☐ Michoacán
☐ Morelos
☐ Nayarit
☐ Nuevo León
☐ Oaxaca
☐ Puebla
☐ Querétaro
☐ Quintana Roo
☐ San Luis Potosí
☐ Sinaloa
☐ Sonora
☐ Tabasco
☐ Tamaulipas
☐ Tlaxcala
☐ Veracruz
☐ Yucatán
☐ Zacatecas