

**SECRETARÍA DE SALUD**

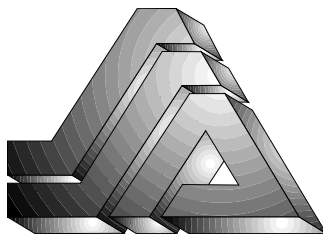
**SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO**

**DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**COMITÉS TÉCNICO MÉDICOS HOSPITALARIOS  
LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO**

**1999**



**SECRETARÍA DE SALUD**

**SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO**

**DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**COMITÉS TÉCNICO MÉDICOS HOSPITALARIOS**

**LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO**

**DICIEMBRE 1999**

---

---

---

**ISBN 968-811-833-B**

Se permite la reproducción parcial o total  
sin fines comerciales, citando la fuente

<http://www.ssa.gob.mx>

Primera edición 1997

**Impreso en México**

---

---

---

## **Directorio**

**Lic. José Antonio González Fernández**

**Secretario de Salud**

**Dr. José Narro Robles**

**Subsecretario de Coordinación Sectorial**

**Dr. Roberto Tapia Conyer**

**Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades**

**Lic. José Campillo García**

**Subsecretario de Regulación y Fomento Sanitario**

**Lic. Jorge Tamayo**

**Oficial Mayor**

**Dra. Georgina Velázquez Díaz**

**Directora General de Regulación de los Servicios de Salud**

**Lic. Mauricio Hernández Rojas**

**Director General de Comunicación Social**

---



---

---

**COMITÉS TÉCNICO MÉDICOS HOSPITALARIOS  
LINEAMIENTOS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO  
ÍNDICE**

<i>Presentación</i>	<b>Página</b>
<b>I. GENERALIDADES</b>	<b>1</b>
Introducción	
1. Marco Jurídico	
2. Disposiciones Generales	
3. Organización	
4. Funcionamiento	
Anexos:	
1. Acta de Instalación del Comité	
2. Acta de Sesión	
2.1 Aspectos Relevantes para Acuerdo	
3: Informe Mensual Concentrado Hospitalario	
4. Informe Concentrado Estatal	
<b>II. COMITÉ DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>33</b>
<b>Auditoría Médica, Evaluación del Expediente Clínico y Tejidos</b>	
Introducción	
1. Definición	
2. Objetivo	
3. Organización	
4. Operación: Integración del Comité y Funciones	
5. Información	
Anexos:	
5. Evaluación del Expediente Clínico	
6. Evaluación de Congruencia Clínica, Quirúrgica y de Anatomía Patológica	
<b>III COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.</b>	<b>45</b>
Introducción	
1. Definición	
2. Objetivo	
3. Operación: Integración del Comité y Funciones	
4. Operación	
5. Información	
Anexos:	
7. Reporte de Infecciones Nosocomiales	
8. Acciones de Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales	
9. Criterios Diagnósticos de Infecciones Nosocomiales	

---

---

---

	<b>Página</b>
<b>IV COMITÉ DE MORTALIDAD HOSPITALARIA, MATERNA Y PERINATAL</b>	<b>67</b>
Introducción	
1. Definición	
2. Objetivo	
3. Organización: Integración del Comité y Funciones	
4. Operación	
5. Información	
Anexo:	
10. Dictamen de Mortalidad Materna	
Dictamen de Mortalidad Perinatal	
<b>V COMITÉ DE SEGURIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE DESASTRE</b>	<b>79</b>
Introducción	
1. Definición	
2. Objetivo	
3. Organización: Integración del Comité y Funciones	
4. Operación	
5. Información	
Anexos:	
11: Plan de Atención Médica en Casos de Desastre	
Plan de Atención Médica en Casos de una Situación de Desastre dentro del Hospital.	
<b>VI COMITÉ DE INSUMOS</b>	<b>111</b>
Introducción	
1. Definición	
2. Objetivo	
3. Organización: Integración del Comité y Funciones	
4. Operación	
5. Información	
Anexo:	
12: Problemas de Desabasto por Servicio y Alternativas.	
<b>VII COMITÉ DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN, CAPACITACIÓN Y ÉTICA</b>	<b>119</b>
Introducción	
1. Definición	
2. Objetivo	
3. Organización: Integración del Comité y Funciones	
4. Operación	
5. Información	
Anexo:	
13: Presentación de Casos.	

---

---

---

## ***Presentación***

Teniendo como base las propuestas que emanan del Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000 en materia de mejora de la calidad de la atención, se han producido diversos instrumentos que pretenden facilitar la operación en los Servicios de Salud.

En la gestión administrativa del Director de un Hospital se requiere focalizar algunos problemas que por su constancia y trascendencia es necesario vigilar, analizar y buscarles alternativas para su solución. De esta manera surgieron los Comités Técnico Médicos Hospitalarios como órganos de apoyo, los cuales a través del tiempo se fueron multiplicando y diversificando excesivamente, perdiendo su esencia.

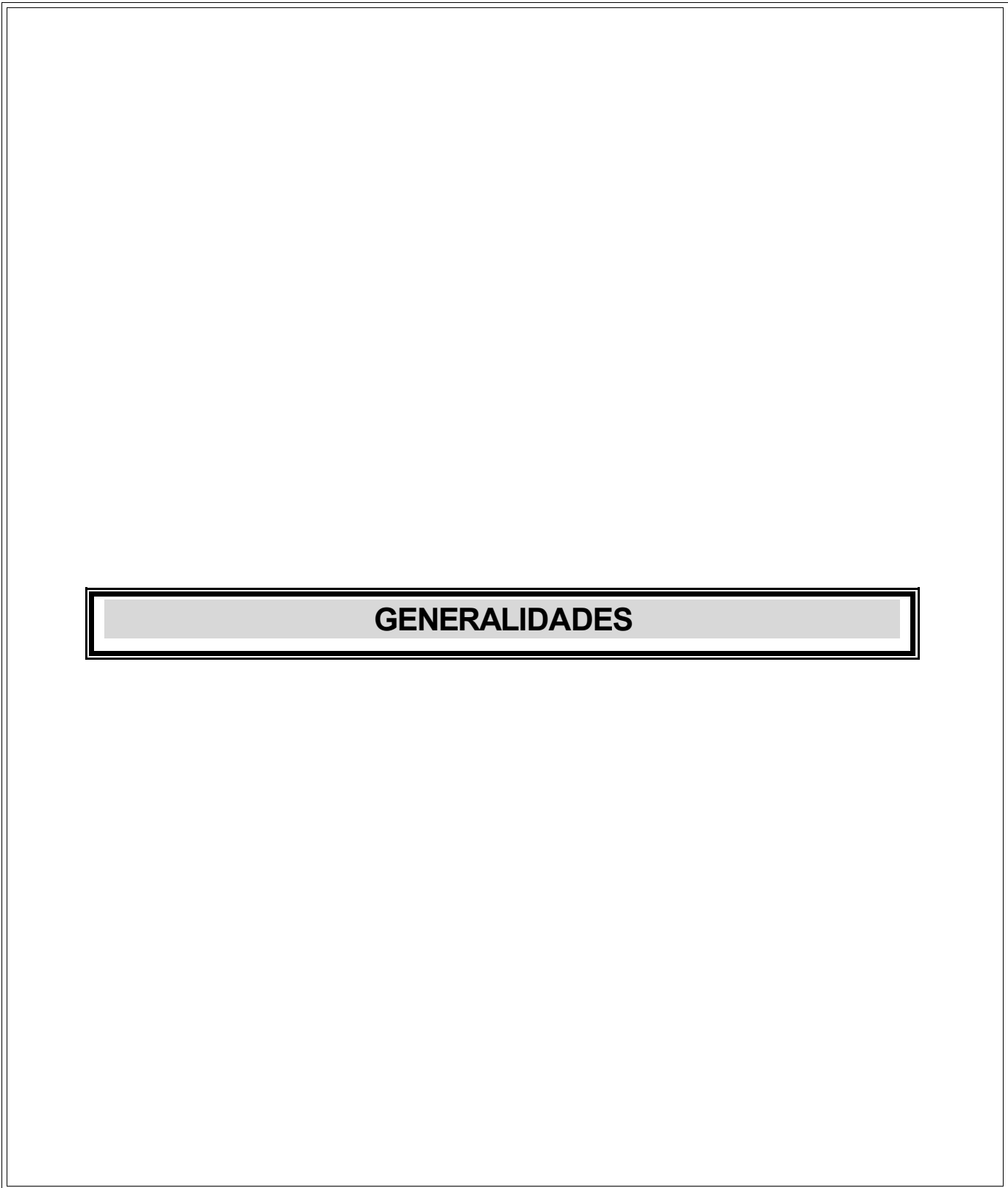
Por ello, en el año de 1997 la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, realizó diversas reuniones con Directores de Unidades Hospitalarias del país y expertos en estos problemas, encontrando que podían conjuntarse algunos de los comités que tenían acciones interrelacionadas y se determinó concretar en seis los fundamentales: Calidad de la Atención Médica; Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal; Detección y Control de las Infecciones Intrahospitalarias; Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre; Insumos y, Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética.

Para apoyar estas actividades se elaboraron Manuales de Organización y Funcionamiento de cuya aplicación en los dos años siguientes, se derivó la presente actualización en forma de Lineamientos, que deseamos difundir a toda la Red Hospitalaria del Sistema, seguros de que se contribuirá con ellos a facilitar y mejorar su operación.

***Lic. José Campillo García***  
***Subsecretario de Regulación y***  
***Fomento Sanitario***

---





**GENERALIDADES**





## **COMITÉS TÉCNICO MÉDICOS HOSPITALARIOS LINEAMIENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO**

### **I. GENERALIDADES**

#### **Introducción**

De conformidad con las políticas definidas por la Secretaría de Salud, las disposiciones de la Ley General de Salud, el Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el Manual para la Organización y Funcionamiento de Unidades Hospitalarias, se ha preparado el presente documento con los lineamientos para la operación de los Comités Técnico Médicos Hospitalarios, con el propósito fundamental de contribuir a mejorar la calidad de la atención en diversos ámbitos del quehacer hospitalario.

Estos lineamientos constituyen una actualización del documento anterior entregado en la Reunión Nacional de Directivos de los Servicios Estatales de Salud, efectuada en noviembre de 1997, haciendo una revisión de su operación y buscando la vinculación entre ellos, que dé cumplimiento a su función principal: Vigilar el desarrollo eficiente de los programas sustantivos que contribuyan a dar respuesta a los problemas prioritarios.

El presente documento es una guía para su estructuración simplificada, integra funciones básicas para su operación con un carácter uniforme y flexible para que su aplicación pueda adecuarse a cualquier tipo de unidad, independientemente de la capacidad instalada y la complejidad de los servicios del hospital.

El funcionamiento de los Comités Técnico Médicos Hospitalarios se convierte en un elemento fundamental de vigilancia del hospital, cuya misión es contribuir a mejorar el desarrollo de los servicios mediante acciones que favorezcan la operación, son el eje sobre el que se deposita la gestión administrativa para el cuidado de la salud de la población a la que servimos.

## **1.- Marco Jurídico**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

D.O.F. 5-II-1917.

Artículo 4o.

Ref. D.O.F. 3-II-1983, 28-I-1992. Artículo 73, Fracciones XVI, XXI Ref. D.O.F. 18-I-1994, 31-XII-1994, 3-VII-1996.

### **Leyes**

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 29-XII-1976.

Ref. D.O.F. 8-XII-1978, 31-XII-1980, 4-I-1982, 29-XII-1982, 30-XII-1983, 21-I-1985, 26-XII-1985, 14-V-1986, 24-XII-1986, 22-VII-1991, 21-II-1992, 25-V-1992, 23-XII-1993, 28-XII-1994, 19-XII-1995, 15-V-1996, 24-XII-1996, 4-XII-1997.

F.E. D.O.F. 2-II-1977, 18-IV-1984.

Aclaración: D.O.F. 16-V-1996.

Ley General de Salud.

D.O.F. 7-II-1984,

Ref. D.O.F. 27-V-1987, 23-XII-1987, 14-VI-1991, 7-V-1997.

Adiciones: D.O.F. 21-X-1988, 24-X-1994, 26-VII-1995, 9-VII-1996.

F.E. D.O.F. 6-IX-1984, 23-VII-1986, 18-II-1988, 12-VII-1991.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

D.O.F. 1º.-VII-1992.

Ref. D.O.F. 24-XII-1996, 20-V-1997.

Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

D.O.F. 9-I-1986.

Ley de Protección Civil para el Distrito Federal.

D.O.F. 2-II-1996.

Ref. D.O.F. 29-V-1996.

### **Reglamentos**

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

D.O.F. 6-VIII-1997.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

D.O.F. 14-V-1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

D.O.F. 20-II-1985.

F.E. 9-VII-1985.  
Ref. 26-XI-1987.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Residuos Peligrosos.  
D.O.F. 25-XI-1988.

Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.  
D.O.F. 28-V-1997.

Reglamento de Insumos para la Salud.  
D.O.F. 4-II-1998.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.  
D.O.F. 6-I-1987.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación para la Salud.  
D.O.F. 10-VIII-1988.

Reglamento General de Seguridad Radiológica.  
D.O.F. 22-XI-1988.  
Aclaración: D.O.F. 14-XII-1988.

### **Programas**

Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.  
D.O.F. 31-V-1995.

Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.  
D.O.F. 11-III-1996.

Programa de Modernización de la Administración Pública Federal 1995-2000.  
D.O.F. 28-V-1996.

Programa del Medio Ambiente 1995-2000.  
D.O.F. 3-IV-1996.

Programa de Protección Civil 1995-2000.  
D.O.F. 17-VII-1996.

Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Infecciones Nosocomiales. Dirección General Adjunta de Epidemiología, 1998.

---

---

## Decretos

Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal.

D.O.F. 21-XI-1986.

## Acuerdos

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

D.O.F. 25-IX-1996.

Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten Servicios de Salud aplicarán, para el Primer Nivel de atención Médica, el Cuadro Básico y, en el Segundo y Tercer Nivel, el Catálogo de Insumos.

D.O.F. 6-XI-1996, Ref. D.O.F. 16-V-1997

Acuerdo Secretarial No. 127 para la Creación del Comité Nacional para el estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.

D.O.F. 2-VIII-1995

Acuerdo Número 130 por el que se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

D.O.F. 6-IX-1995.

- Acuerdo Secretarial No. 132 por el que se crea el Comité Hospitalario de Seguridad y Atención Médica.

D.O.F. 17-VII-1986

## Normas Oficiales Mexicanas

NOM-001-SSA2-1993: Que establece los requisitos Arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

NOM-002-SSA2-1993: Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia.

NOM-003-SSA2-1993: Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

NOM-005-SSA2-1993: De los servicios de planificación familiar.

NOM-007-SSA2-1993: Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

NOM-008-SSA2-1993: Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

---

---

NOM-010-SSA2-1993: Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

NOM-011-SSA2-1993: Para la prevención y control de la rabia.

NOM-013-SSA2-1994: Para la prevención y control de enfermedades bucales.

NOM-014-SSA2-1994: Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.

NOM-020-SSA1-1994: Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

NOM-023-SSA2-1994: Para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación.

NOM-025-SSA2-1994: Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

NOM-127-SSA-1-1994: Salud Ambiental: Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse al agua para su potabilización.

NOM-087-ECOL-1995: Para el manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos.

NOM-146-SSA1-1996: Responsabilidades sanitarias en establecimientos de diagnodiagnóstico médico con Rayos X.

NOM-156-SSA1-1996: Requisitos técnicos para las instalaciones en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.

NOM-157-SSA1-1996: Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con Rayos X.

NOM-158-SSA1-1996: Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con Rayos X.

NOM-166-SSA1-1997: Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

NOM-167-SSA1-1997: Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

NOM-168-SSA1-1998: Del expediente clínico.

NOM-170-SSA1-1998: Para la práctica de la anestesiología.

NOM-171-SSA1-1998: Para la práctica de la hemodiálisis.

NOM-173-SSA1- 1998: Para la atención integral a personas con discapacidad.

NOM-178-SSA-1-1998: Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales. Agosto de 1999.



## 2. Disposiciones Generales

Los Comités Técnico Médicos Hospitalarios se constituyen como órganos de asesoría para el Cuerpo de Gobierno del Hospital, cuya misión es contribuir a mejorar el desarrollo de los servicios de la unidad hospitalaria, mediante acciones que favorezcan la operación, la implantación de recomendaciones específicas y procedimientos técnico administrativos.

El producto de sus deliberaciones y trabajo sistemático, es un factor esencial para la certera toma de decisiones, que permita orientar las acciones que realiza el hospital hacia el logro de una mayor calidad técnica y una mejor atención médica integral en beneficio de la población usuaria.

Los Comités Técnicos se integran por grupos interdisciplinarios de profesionales de reconocida capacidad en materias específicas dentro del ámbito hospitalario, el número de sus miembros varía según la complejidad de la unidad.

Su propósito fundamental es analizar los diversos aspectos de la atención médica que se otorga en la unidad y verificar el cumplimiento de los criterios, procedimientos y normas establecidas.

Su funcionamiento permite la detección de problemas y mediante consenso de sus integrantes, establece las medidas de corrección para mejorar la eficiencia y eficacia de la operación, así como la evaluación de los resultados alcanzados.

En diversas unidades hospitalarias del Sistema Nacional de Salud se han identificado más de 30 Comités que multiplican y fragmentan el trabajo hospitalario, por lo que se ha hecho una integración a los 6 Comités que abarcan los asuntos más importantes que deben instaurarse como obligatorios en la Red Hospitalaria de la Secretaría de Salud, y son:

- Comité de Calidad de la Atención Médica
- (Auditoria Médica, Evaluación del Expediente Clínico y Tejidos)
- Comité para la Detección y Control de Infecciones Intrahospitalarias
- Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal
- Comité de Seguridad y Atención Médica para Casos de Desastre
- Comité de Insumos
- Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Etica

Considerando los Criterios de Ética, ninguno de los Comités está autorizado a divulgar información relacionada con algún caso estudiado, excepto por disposición legal, ni dar a conocer a personas ajenas a la institución los nombres del personal que intervino. Su papel es estrictamente científico y confidencial.

---

---

La organización y funcionamiento de los Comités tiene carácter obligatorio y su operación puede adaptarse al grado de complejidad de la unidad.

Los Comités tienen las siguientes funciones genéricas:

- Aportar los elementos para la identificación de áreas de coordinación entre los servicios y mantener una interrelación entre ellos.
- Desarrollar los mecanismos para establecer un diagnóstico integral y tomar decisiones orientadas a mejorar la organización y funcionamiento hospitalario en servicios y áreas críticas.
- Jerarquizar los problemas detectados.
- Definir las estrategias necesarias para resolver los problemas identificados.
- Establecer la metodología y las acciones necesarias para operar las estrategias.
- Llevar a cabo el seguimiento y evaluación de las acciones.
- Coadyuvar en la mejoría de la calidad que se ofrece a los usuarios de la unidad hospitalaria que se trate.

### **3. Organización**

La integración y operación de los Comités Técnico Médicos Hospitalarios es una responsabilidad de la Secretaría de Salud del Estado, conferida al Director de cada hospital.

Es responsabilidad del Titular de los Servicios de Salud la prevención y control de enfermedades y vigilar a cabalidad la operación de los Comités Técnicos Médicos en todas las unidades hospitalarias del Sistema Estatal de Salud, así como establecer las acciones específicas que contribuyan directamente a la mejoría en la calidad de la atención que prestan.

El Nivel Estatal debe designar un Coordinador o Responsable de la Atención Hospitalaria dentro de su organización que concentre, analice y evalúe permanente y sistemáticamente, los informes recibidos de cada uno de los hospitales existentes en la entidad y que efectúe un seguimiento de los compromisos contraídos y de la corrección de los problemas reportados hasta su solución.

Los Comités Técnico Médicos Hospitalarios han sido constituidos con el propósito común de vigilar que la prestación de los diferentes servicios que se otorgan en el hospital, tienda a mejorar la calidad de la atención, por lo que cada Comité debe mantener una interrelación que permita la articulación de las acciones y sea eficiente el aprovechamiento de los recursos de que se dispone.

### 3.1 Integración

Cada Comité está integrado por un Presidente que en todos los casos es el Director de la unidad hospitalaria, un Coordinador que es el Subdirector Médico o el Jefe de Hospitalización y Enseñanza en Hospitales de menos de 60 camas y que en ausencia del Presidente lo representará, un Secretario representado por el Jefe de División o Servicio relacionado con los aspectos inherentes al Comité, y Vocales en número variable, dependiendo del objetivo del Comité.

De acuerdo a las características propias de cada Comité, se cuenta con miembros permanentes y temporales. Los Miembros Permanentes son el Director de la unidad hospitalaria, los Subdirectores, los Jefes de los Servicios de Cirugía, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Epidemiología, Enfermería (General y Sanitarista), o personal responsable designado por el Director, Trabajo Social, Estadística, Ingeniería, Mantenimiento y el responsable de los Servicios Administrativos.

Los Miembros Temporales se integran al Comité por incidente crítico y cuando sean necesarios por su experiencia específica y responsabilidad.

El Director de la unidad nombra a los integrantes de los Comités considerando su capacidad y experiencia. El Subdirector Médico o Jefe de Hospitalización y Enseñanza, invariablemente se convierte en el Coordinador de los diferentes Comités. En el caso de unidades hospitalarias con menor capacidad instalada puede suprimirse la figura del Coordinador, cuyas funciones son asumidas por el Secretario.

<b>Presidente:</b>	<b>Director del Hospital</b>
<b>Coordinador:</b>	<b>Subdirector Médico o Jefe de Hospitalización y Enseñanza</b> (dependiendo de la complejidad de la unidad)
<b>Secretario:</b>	<b>Jefe del Servicio de acuerdo a la naturaleza del Comité</b>
<b>Vocales:</b>	<b>Diversos Jefes de Servicios: Médicos, Paramédicos, Administrativos y Generales o personal designado por el Director del Hospital</b>

Es indispensable que el personal directivo de la unidad hospitalaria mantenga comunicación con el Coordinador Estatal o Responsable designado de la Atención Hospitalaria, para informar sobre la problemática surgida en el hospital que haya sido reportada por alguno de los Comités, las medidas adoptadas para su solución inmediata y el grado de avance logrado.

### **3.2 Funciones generales de los miembros que integran los Comités:**

#### **Presidente:**

- Llevar a cabo la selección y designación de los integrantes de los diferentes Comités.
- Presidir las sesiones ordinarias y extraordinarias de los Comités.
- Vigilar el óptimo funcionamiento de los Comités.
- Validar mediante su firma las actas y acuerdos de los Comités, así como el Informe Mensual de Actividades que se notifica a los Servicios Estatales de Salud.
- Tomar decisiones con base en la información que presente el Comité por consenso, buscando el logro de los objetivos de la unidad hospitalaria.
- Vigilar que se dé seguimiento y cumplimiento a las recomendaciones emanadas en cada una de las sesiones de los diferentes Comités.

#### **Coordinador:**

- Identificar y proponer al Presidente el personal para ocupar la Secretaría y Vocalías del Comité correspondiente, de acuerdo al tamaño de la unidad.
- Establecer el calendario y horarios de las sesiones ordinarias de los Comités, de acuerdo a una programación y convocar a las reuniones ordinarias o extraordinarias según su naturaleza.
- Proponer al Presidente del Comité los asuntos a tratar y las estrategias que por consenso de los integrantes sean consideradas para corregir las desviaciones detectadas.
- Representar al Presidente en su ausencia, e informarle de los asuntos tratados y los compromisos adoptados.
- Coordinar sesiones y vigilar el adecuado funcionamiento de los diferentes Comités.
- Comunicar a las áreas involucradas, las instrucciones necesarias para el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el seno de los diferentes Comités.
- Dar seguimiento a las recomendaciones de cada sesión y en su caso, establecer las acciones correctivas necesarias.
- Participar en la elaboración del informe consolidado del funcionamiento de los Comités de la unidad hospitalaria y presentarlo para su validación al Presidente.

#### **Secretario:**

- Elaborar y proponer la agenda de trabajo del Comité.
- Citar a los integrantes del Comité a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- Enviar oportunamente la agenda de trabajo a los integrantes del Comité.
- Presentar a los miembros del Comité en cuestión, los casos a tratar en cada una de las reuniones, así como la situación que guarda el seguimiento de los casos hasta su solución.
- Recabar las opiniones y recomendaciones técnicas de los Vocales respecto a alternativas de solución a las desviaciones reportadas.

- 
- 
- Preparar las recomendaciones y sugerencias técnicas decididas por el Comité para la corrección de los problemas detectados.
  - Elaborar el acta de cada sesión y presentarla a los integrantes para su firma autógrafa.
  - Vigilar el cumplimiento de las acciones acordadas por el Comité hasta su solución.
  - Elaborar un resumen de los asuntos tratados en cada sesión, compromisos contraídos y consignarlos para su seguimiento.
  - Mantener ordenado y actualizado el archivo del Comité correspondiente.
  - Preparar el Informe Mensual de Actividades del Comité y presentarlo al Coordinador.

**Vocales:**

- Participar en la selección de casos a revisar.
- Aplicar la metodología y revisión que establezca el Comité.
- Participar en la discusión de estrategias, acciones, criterios y procedimientos en su caso.
- Opinar sobre la factibilidad y oportunidad de las acciones a realizar para reducir las desviaciones detectadas.
- Elaborar los informes o documentación adicional sobre los acuerdos tomados que solicite el Comité.

**4. Operación**

Para conferir validez oficial al Comité, debe instrumentarse un Acta Constitutiva con su conformación y enviarse al Titular de los Servicios Estatales de Salud, para su conocimiento en un plazo no mayor de 3 días posteriores a la instalación del Comité, con las firmas de los miembros integrantes (Anexos 1). Igualmente, cualquier cambio de los miembros permanentes debe comunicarse al nivel estatal.

Los Comités deben sesionar en forma ordinaria mensualmente y en forma extraordinaria cuando las necesidades lo ameriten. De cada sesión se levantará un Acta de Sesión (Anexo 2).

Con fines de control sobre los compromisos establecidos en la reunión, se ha considerado en el formato, un apartado para registrar el seguimiento de las acciones encomendadas, señalando fecha en la que se determinó la acción y tiempo en el que se estima alcance la solución. Ningún asunto debe quedar sin concluir.

Este formato se acompaña de una relación de los posibles aspectos relevantes para vigilar el buen funcionamiento por cada Comité, más los asuntos que se consideren pertinentes y no se identifiquen en él; también se encuentran los documentos que son sometidos a análisis por el Comité y hace hincapié en la necesidad de contar con Actas de Instalación, medidas o estrategias a aplicar, seguimiento de compromisos contraídos en las sesiones ordinarias, o extraordinarias, etc.

---

---

El propósito de este formato es facilitar la vigilancia de las acciones que permite la adecuada operación de los distintos Comités.

Las Actas de Sesión Ordinaria o Extraordinaria deben ser enviadas al Titular de los Servicios Estatales de Salud que serán concentradas por el Coordinador Estatal o Responsable designado de la Atención Hospitalaria para este propósito, quien revisa y analiza los informes, emitiendo recomendaciones complementarias.

La convocatoria para la reunión del Comité con el Orden del Día, se comunicará por lo menos con 2 días de anticipación, mediante comunicación escrita e irá acompañada de la carpeta de trabajo.

Para que el Comité se considere legalmente instalado, en sesiones ordinarias o extraordinarias, deberán estar presentes por lo menos el Presidente, o su suplente en caso de ausencia y la mitad del total de los miembros permanentes. Sus resoluciones serán válidas cuando se aprueben por mayoría. En caso de empate, el Presidente tiene voto de calidad.

En caso de no reunirse el Quórum señalado, se hará una segunda convocatoria dentro de las siguientes 24 horas. En este supuesto, la sesión extraordinaria debe celebrarse con los miembros que asistan.

Las actas de las sesiones sólo tendrán validez cuando sean firmadas por el Presidente o su suplente, el Secretario y los miembros permanentes de las Vocalías.

Por el contenido de los asuntos que se ventilan, las sesiones tienen un carácter privado, salvo que el mismo Comité determine lo contrario y se cuente con algún invitado especial.

A efecto de brindar facilidades a los integrantes de los Comités y con el propósito de no distraer mucho del tiempo destinado para la atención de los usuarios, sobre todo en las unidades de menor capacidad instalada, se recomienda realizar las sesiones conjuntas de los diferentes Comités en una sola mañana, otorgándole prioridad en tiempo al Comité que aborde problemas que requieran soluciones inmediatas; el propósito fundamental es mantenerlos en funcionamiento periódico.

Para este tipo de reuniones, se ha diseñado un formato, que facilita un reporte integrador del funcionamiento de los Comités, identificando los problemas y avance en su seguimiento (Anexo 3), que es enviado al Titular de los Servicios Estatales de Salud.

El Coordinador Estatal o Responsable designado de la Atención Hospitalaria, analiza el funcionamiento de los Comités e integra un Informe Análítico Estatal que incluye todos y cada uno de los Hospitales de la Entidad (Anexo 4).

Este informe se hará del conocimiento del Titular de los Servicios Estatales de Salud y será objeto de un análisis interno que servirá de base para el informe ejecutivo que se remite a las instancias normativas federales.

## **5. Información**

- El Director del Hospital en su calidad de Presidente de los diferentes Comités, rinde un Informe Mensual Concentrado Hospitalario al Titular de los Servicios de Salud de la Entidad, destacando el impacto logrado, los problemas identificados y las acciones sustantivas implantadas para su solución (Anexo 3).
- El Coordinador Estatal o Responsable designado de la Atención Hospitalaria, conjunta los informes recibidos de cada unidad hospitalaria, los analiza y prepara un Informe Analítico Mensual, para que el Titular dicte las medidas complementarias ante la situación presentada (Anexo 4).
- Con la información obtenida del Anexo 4 en el cuatrimestre, se prepara un resumen ejecutivo con los datos relevantes de las actividades de los Comités en la Entidad, evaluando los avances, destacando los datos relevantes y la problemática presentada, así como su solución, la que se envía cuatrimestralmente (los primeros cinco días de los meses de enero, mayo y septiembre) a la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud para su conocimiento, análisis y comentarios.
- Algunos Programas como el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales, Situación de Desastres, tienen que elaborar además, el reporte específico de conformidad con los lineamientos normativos particulares, los cuáles deben remitirse por el Titular de los Servicios Estatales de Salud a las áreas normativas federales correspondientes, siguiendo la vía establecida al respecto.

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**ACTA DE INSTALACIÓN DEL COMITÉ DE \_\_\_\_\_**

EL DÍA \_\_\_\_\_ DEL MES \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_, SIENDO LAS \_\_\_\_\_ HORAS, EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_, CON DOMICILIO EN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, SE REUNE EL DR. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, DIRECTOR DEL HOSPITAL, CON LA FINALIDAD DE **INSTALAR EL COMITÉ DE \_\_\_\_\_**, ÓRGANO DE ASESORÍA DEL CUERPO DE GOBIERNO PARA ELEVAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE MEJORAR CONTINUAMENTE LOS PROGRAMAS QUE OFRECE LA UNIDAD HOSPITALARIA. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE LOS HOSPITALES QUEDANDO INTEGRADO COMO SIGUE:

PRESIDENTE (nombre)	DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD
COORDINADOR (nombre)	SUBDIRECTOR MÉDICO
SECRETARIO (nombre)	(cargo)
VOCAL (nombre)	(cargo)
VOCAL (nombre)	(cargo)
VOCAL (nombre)	(cargo)
VOCAL (nombre)	(cargo)
VOCAL (nombre)	(cargo)
VOCAL (nombre)	(cargo)

SE ESTABLECE EL COMPROMISO DE SESIONAR CADA MES Y DE LEVANTAR ACTA DE SESIÓN DE CADA UNA DE LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EN SU CASO DE LAS EXTRAORDINARIAS, ENVIANDO COPIAS DE LAS MISMAS AL TITULAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 3 DÍAS POSTERIORES A SU LEVANTAMIENTO. PREVIA LECTURA DE LA PRESENTE Y NO HABIENDO MÁS QUE HACER CONSTAR, SE DA POR CONCLUIDA A LAS \_\_\_\_\_ HRS. FIRMANDO PARA CONSTANCIA EN TODAS SUS HOJAS AL MARGEN Y AL CALCE LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON.



**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**ACTA DE SESIÓN**

Sesión \_\_\_\_\_ del Comité de: \_\_\_\_\_  
Ordinaria o Extraordinaria Nombre completo del Comité

Fecha: \_\_\_\_\_.

PRESIDENTE (nombre)	DIRECTOR DE LA UNIDAD
COORDINADOR (nombre)	SUBDIRECTOR MÉDICO
SECRETARIO (nombre)	(cargo y firma)
VOCAL (nombre)	(cargo y firma)
VOCAL (nombre)	(cargo y firma)
VOCAL (nombre)	(cargo y firma)
VOCAL (nombre)	(cargo y firma)
VOCAL (nombre)	(cargo y firma)
VOCAL (nombre)	(cargo y firma)
VOCAL (nombre)	(cargo y firma)
VOCAL (nombre)	(cargo y firma)
VOCAL (nombre)	(cargo y firma)

SE ESTABLECE EL COMPROMISO DE SESIONAR CADA MES Y DE LEVANTAR ACTA DE SESIÓN DE CADA UNA DE LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EN SU CASO DE LAS EXTRAORDINARIAS, ENVIANDO COPIAS DE LAS MISMAS AL TITULAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 3 DIAS POSTERIORES A SU LEVANTAMIENTO.

PREVIA LECTURA DE LA PRESENTE Y NO HABIENDO MÁS QUE HACER CONSTAR, SE DA POR CONCLUIDA A LAS \_\_\_\_\_ HRS.

FIRMANDO PARA CONSTANCIA EN TODAS SUS HOJAS AL MARGEN Y AL CALCE LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON.

Hoja 1 de \_\_\_\_

ASUNTOS TRATADOS EN EL PLENO DEL COMITE	ACCIONES, RECOMENDACIONES EMITIDAS Y COMPROMISOS ADQUIRIDOS	SEGUIMIENTO	
		Fecha de inicio del asunto	Fecha de solución del asunto
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
6.-			

Describa brevemente el asunto y la recomendación emitida por el Comité en la columna correspondiente. En caso de abordar más asuntos o la complejidad del mismo requiera de más espacio, se deberán utilizar más hojas, numerándolas al final como se indica.

Hoja 2 de \_\_\_\_.

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**ASPECTOS RELEVANTES PARA ACUERDO  
GUÍA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA**

**Información General de los Comités Técnico Médicos Hospitalarios para ser evaluada  
por el Presidente y Coordinador de los Comités**

¿Cuántos de los Comités de su hospital se apegaron este mes a los lineamientos técnicos del nivel nacional?.
¿ Cuántos de los Comités de su hospital cuentan con un Programa Anual de Sesiones?.
¿Cuántos de los Comités están cumpliendo el programa elaborado?.
¿Evaluaron el porcentaje de cumplimiento del Programa Anual de Sesiones en cada uno de los Comités?.
¿Porcentaje de cumplimiento en el envío de los informes al nivel estatal hasta el presente mes?.
¿Evaluaron si se realiza un seguimiento de las recomendaciones emitidas por cada Comité?.
Porcentaje de avance alcanzado en cada Comité, a las recomendaciones emitidas en el cuatrimestre anterior.
Evaluar la eficiencia de la coordinación que exista entre los diversos Comités Hospitalarios.

**Las siguientes secciones permiten a los miembros de los diferentes Comités,  
sistematizar sus acciones y elevar la calidad de su trabajo**

**COMITÉ DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Evaluar mensualmente el número de expedientes revisados de cada servicio, en relación con el número de personas atendidas en esos servicios.
Revisar la oportunidad y congruencia en la referencia de pacientes provenientes de los Centros de Salud.
Revisar la coordinación entre servicios para la atención oportuna y adecuada de los usuarios.
Verificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso racional de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento</li> <li>• Uso apropiado de sangre y sus derivados</li> <li>• Uso apropiado de medicamentos</li> </ul>
Evaluar los recursos humanos, físicos y tecnológicos del hospital en el proceso de la atención médica con fines de auditoría médica y de mejora de la calidad.
¿Se aplica una metodología para la revisión, análisis y evaluación del expediente clínico?.
Evaluar en qué porcentaje de los expedientes revisados existe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Congruencia entre cuadro clínico y diagnóstico.</li> <li>• Congruencia entre diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico.</li> <li>• Se realizan estudios anatomopatológicos de órganos y tejidos</li> <li>• Incidencia de procedimientos quirúrgicos inadecuados</li> </ul>
Revisar el número de protocolos aprobados para la realización de transplantes y manejo de tejidos.
Identificar los problemas para la ejecución de transplantes y manejo de tejidos.
Identificar los problemas con transfusiones sanguíneas.

**COMITÉ DE DETECCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES**

Evaluar la oportunidad y productividad del área del laboratorio.
Realizar búsqueda intencionada de casos de infecciones nosocomiales.

Comparar tasas de infección nosocomial alcanzadas en el periodo de estudio con el mes, cuatrimestre y año anterior.
Identificar los agentes causales de infecciones nosocomiales.
Identificar vías de entrada de los agentes causales de infecciones.
Revisar los procesos de atención médica de los servicios con tasas de infección mayores a 2.0.
Revisar el 100% de los Expedientes Clínicos con casos de infección nosocomial.
Revisar terapéutica farmacológica empleada en cada caso de infección nosocomial.
Confirmar que se hayan implantado las estrategias dirigidas a disminuir las infecciones nosocomiales en cada servicio.
Revisar el porcentaje de los servicios en que se observó que las estrategias aplicadas fueron operativas.
Analizar las estrategias aplicadas y sus impactos (positivos y negativos).
Revisar si existe coordinación con los Comités de Calidad de la Atención, con el de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal, con el de Insumos y con el de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética.
Revisar la aplicación de la NOM sobre Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
Vigilar el número de días de estancia hospitalaria en los casos de Infección Nosocomial.
<b>COMITÉ DE MORTALIDAD HOSPITALARIA, MATERNA Y PERINATAL</b>
Comparar las Tasas de mortalidad general hospitalaria alcanzadas en el periodo de estudio con el mes, cuatrimestre y año anteriores.
Comparar las Tasas de mortalidad materna alcanzadas en el periodo de estudio con el mes, cuatrimestre y año anteriores.
Comparar las Tasas de mortalidad perinatal alcanzadas en el periodo de estudio con el mes, cuatrimestre y año anterior.
Verificar sistemáticamente el correcto llenado de los dictámenes y certificados de defunción.
Revisar el 100% de los Expedientes Clínicos con casos de defunción.
Establecer el porcentaje de previsibilidad y/o evitabilidad de la mortalidad: 1. Hospitalaria 2. Materna 3. Perinatal
Diseñar las estrategias tendentes a disminuir las tasas de morbi-mortalidad y verificar su cumplimiento.
<b>COMITÉ DE SEGURIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE DESASTRE</b>
Verificar si el cuatrimestre anterior el personal del hospital participó en reuniones de la red de unidades de emergencia ubicadas en zonas de alto riesgo en desastres naturales.
Revisar el número de reuniones efectuadas por este Comité en el cuatrimestre.
Evaluar el grado de avance en las tareas encomendadas a las comisiones de trabajo, para identificar riesgos, integrar planes de contingencia, etc.
Evaluar el grado de avance alcanzado en la capacitación del personal de los diferentes turnos, en las acciones descritas en el Plan Hospitalario para hacer frente a desastres y emergencia.
Revisar la actualización periódica de la información sobre elementos estructurales y no estructurales de la unidad, así como del mapa de la zona identificando los factores potenciales de desastre.
Verificar que exista la identificación y señalización de las zonas de riesgo y seguridad del hospital cada cuatrimestre.

Revisar cada cuatrimestre:

- Las áreas para el TRIAGE interno y externo:
- Señalización de rutas de evacuación en casos de emergencia
- Mecanismos para conseguir todo tipo de insumos, para 3 días ante una situación de desastre
- Comunicación con autoridades estatales y locales del Programa de Protección Civil.
- Directorio de su Unidad y de las Unidades de apoyo local y en el Estado.
- Realizar Ejercicios de Simulacros para diferentes tipos de desastre en la unidad
- Evaluar los resultados obtenidos en los simulacros
- Con los resultados, retroalimentar los Planes.

#### **COMITÉ DE INSUMOS**

Vigilar el apego al Cuadro Básico de Medicamentos de acuerdo al nivel de complejidad de la unidad.

Elaborar y vigilar el cumplimiento del Programa Anual de Abasto de Insumos.

Revisar que el Abasto Mensual de medicamentos sea suficiente en cantidad y diversidad de acuerdo al nivel de atención del hospital.

Revisar que el porcentaje de abastecimiento de insumos en general sea suficiente.

Detectar las causas de desabasto y diseñar medidas correctivas.

Verificar que el abasto de medicamentos e insumos por departamento sea oportuno y suficiente.

Analizar la justificación en el consumo de medicamentos, equipo y material por servicio.

Analizar la justificación para adquirir medicamentos, equipo y material fuera de cuadro básico.

Verificar el manejo de medicamentos sujetos a control sanitario, manejo de libros específicos y dotación a los diferentes servicios y turnos.

Analizar la congruencia entre el consumo de insumos con la morbilidad.

Identificar los problemas que existan para el almacenamiento de medicamentos e insumos en general.

Identificar los procedimientos médicos que consumen más insumos.

Realizar auditorías al almacén en el periodo.

Establecer un Fondo Fijo para insumos.

Revisar en coordinación con el Comité de Calidad en la Atención Médica, el uso correcto de antibióticos y medicamentos de costo elevado.

Verificar que exista coordinación con los Comités de:

- Calidad en la Atención Médica
- Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales
- Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal.

#### **COMITÉ DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ÉTICA**

Elaborar el diagnóstico de necesidades de capacitación del personal en diferentes niveles y servicios.

Contar con un Programa Anual de Enseñanza y Capacitación.

Vigilar el cumplimiento y el seguimiento de los diferentes cursos que se imparten en el hospital.

Dictaminar los casos de problemas deontológicos y bioéticos.

Vigilar el cumplimiento ético de la atención médica del personal de la salud del hospital.

Analizar:

- El registro y los Protocolos de Investigación Clínica, Epidemiológica, Social y de Servicios de Salud
- Mensualmente el avance en el desarrollo de los protocolos
- Los resultados obtenidos de las investigaciones desarrolladas y estimular su difusión.

Notificación al nivel estatal el número de protocolos concluidos.

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**INFORME MENSUAL CONCENTRADO HOSPITALARIO**

ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_ MES ANALIZADO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL DE LOS COMITÉS TÉCNICO MÉDICOS HOSPITALARIOS**

CONCEPTO	RESPUESTA	OBSERVACIONES
¿De cuántos de los Comités dispone de Actas Constitutivas?		
¿Cuántos Comités se reunieron este mes para sesionar?		
¿Cuántos Comités elaboraron su Informe Mensual?.		
¿Cuántos de los Comités realizaron seguimiento formal de las recomendaciones emitidas ?		
<b>COMITÉ DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA</b>		
Número de egresos reportados en el mes		
Número de expedientes revisados en el pleno del Comité de Calidad en el mes que se reporta		
Porcentaje en la oportunidad de los envíos de los Centros de Salud		
Porcentaje en la congruencia de los envíos de los Centros de Salud		
¿En cuántos expedientes clínicos detectó coordinación oportuna y adecuada de los Servicios para la atención de los usuarios?		
¿En cuántos expedientes clínicos se evaluó el uso racional de los Servicios Auxiliares del Diagnóstico y Tratamiento?		
¿En cuántos expedientes clínicos se evaluó el uso apropiado de sangre y sus derivados?		
¿En cuántos expedientes clínicos se evaluó el uso apropiado de medicamentos?		
¿Cuántos Servicios definieron los criterios para evaluar la calidad de la atención médica?		
En cuántos expedientes existe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Congruencia entre el cuadro clínico y el diagnóstico</li> <li>• Congruencia entre el diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico</li> <li>• Congruencia entre los estudios anatomopatológicos de órganos y tejidos y los procedimientos quirúrgicos practicados</li> </ul>		
Estimación de la incidencia de procedimientos quirúrgicos inadecuados		
<b>COMITÉ DE DETECCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES</b>		
¿De cuantas camas dispone el hospital para aislamiento de pacientes infectados ?		
¿Cuántas camas de aislamiento se utilizaron en el periodo?		
¿Cuántos casos con infección nosocomial detectó la UVEH en el mes?		
¿Cuántos Expedientes Clínicos con Infección Nosocomial revisó el Comité en el mes?		

<b>CONCEPTO</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
¿Cuál es la Tasa de Infecciones del Hospital en el periodo informado?		
Anote las tasas de infección encontradas en el mes, en los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>		
Se diseñaron este mes, estrategias tendentes a disminuir las infecciones nosocomiales en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>		
Hubo modificaciones positivas con las estrategias aplicadas en el mes anterior para abatir las infecciones de los servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>		
Este mes hubo compromisos de coordinación con los Comités de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad en la Atención Médica</li> <li>• Mortalidad Hospitalaria, materna y perinatal</li> <li>• Insumos</li> <li>• Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética</li> </ul>		
Grado de cumplimiento de la Norma sobre vigilancia de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, en el mes.		
<b>COMITÉ DE MORTALIDAD HOSPITALARIA, MATERNA Y PERINATAL</b>		
Número de reuniones del Comité en el mes		
Número de certificados de defunción llenados incorrectamente en el mes.		
¿Cuántos casos de defunción reportó la UVEH en el mes? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defunción hospitalaria</li> <li>• Defunción materna</li> <li>• Defunción perinatal</li> </ul>		
¿Cuántos expedientes clínicos revisó el Comité en el mes, de; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defunción hospitalaria</li> <li>• Defunción materna</li> <li>• Defunción perinatal</li> </ul>		
Número de reportes confidenciales revisados por el Comité en el mes, sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte materna</li> <li>• Muerte perinatal</li> </ul>		
Número de expedientes revisados, en los que se pudo determinar la previsibilidad y/o evitabilidad de la defunción.		
¿Cuál es la tasa por tipo de defunciones, del Hospital, en el periodo informado? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defunción hospitalaria</li> <li>• Defunción materna</li> <li>• Defunción perinatal</li> </ul>		

CONCEPTO	RESPUESTA	OBSERVACIONES
<p>Anote las tasas de defunción encontradas en el mes, en los servicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>		
<p>Se diseñaron estrategias tendentes a disminuir las defunciones previsibles y evitables en los servicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>		
<p>Hubo modificaciones positivas con las estrategias aplicadas en el mes anterior para abatir las defunciones encontradas en los servicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>		
<p>Como resultado de las sesiones del Comité, se derivaron acciones de coordinación con los Comités de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad en la Atención Médica</li> <li>• Insumos</li> <li>• Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética</li> </ul>		
<b>COMITÉ DE SEGURIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE DESASTRE</b>		
<p>¿Participó en el mes, algún representante del hospital en reuniones de la red de Protección Civil ?</p>		
<p>¿En coordinación con Protección Civil, se tienen seleccionadas las áreas para Triage en la comunidad?</p>		
<p>Número de reuniones del Comité en el mes</p>		
<p>Se revisó en el mes la aplicabilidad de algún Plan de Contingencia, para hacer frente a situaciones de desastre y emergencia?</p>		
<p>Fecha de la última información sobre los elementos estructurales y no estructurales de la unidad</p>		
<p>Fecha en que se identificaron las zonas de seguridad del hospital</p>		
<p>¿En el mes que se reporta, la señalización de estas zonas está visible?</p>		
<p>En el mes que se reporta, las rutas de evacuación en casos de emergencia se mantienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificadas por el Comité</li> <li>• Señalizadas</li> <li>• Despejadas</li> </ul> <p>Para cumplir con cada Plan de Contingencia, el hospital dispone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos</li> <li>• Materiales de curación</li> <li>• Materiales de consumo</li> </ul>		
<p>¿Ante una situación de desastre el hospital dispone para 3 días como mínimo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos</li> <li>• Agua potable</li> <li>• Combustible</li> </ul>		



CONCEPTO	RESPUESTA	OBSERVACIONES
Fecha de elaboración del último directorio de responsables de las comisiones y de los responsables de activar el Plan de Contingencias ante situaciones de desastre		
Dispone de un directorio de organismos e instituciones público, social y privado para apoyo en situaciones de contingencias (unidades de salud, bomberos, protección y vialidad, albergues, maquinaria pesada, etc.)		
Número de ejercicios de simulacro de desastre que se hayan realizados en el periodo?		
¿Evalúa los resultados de cada simulacro y de la participación del personal?		
¿Los resultados obtenidos de los simulacros han retroalimentado al Programa Hospitalario?		
<b>COMITÉ DE INSUMOS</b>		
¿Cuenta con un Programa Anual de suministros?		
¿Participaron los Jefes de Servicio para la elaboración del Programa Anual de Abastecimiento de Insumos?		
Grado de cumplimiento del Programa, alcanzado hasta el mes que reporta		
Grado de abastecimiento de insumos clave en el mes, en los servicios de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgencias</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Tococirugía</li> <li>• Hospitalización</li> <li>• C. E. y E.</li> <li>• Laboratorio</li> <li>• Rayos X</li> </ul>		
En el mes, por falta de medicamentos, material de curación o de consumo se ha incrementado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La estancia hospitalaria</li> <li>• Las infecciones nosocomiales</li> <li>• La mortalidad</li> </ul> (Intercambiar información con los otros Comités)		

En el mes por falta de medicamentos, material de curación o de consumo se ha diferido, retrasado o suspendido: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La cirugía</li> <li>• Otras atenciones</li> </ul>		
Fecha de elaboración de los fondos fijos de insumos para el hospital.		
Porcentaje de cumplimiento de los Fondos Fijos en el mes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surtimiento</li> <li>• Oportunidad</li> </ul>		
Se realizó en el mes la verificación de las fechas de caducidad en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios</li> <li>• Almacén</li> </ul>		
Número de expedientes clínicos revisados por el Comité en conjunto con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Calidad de la Atención</li> <li>• Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales</li> <li>• Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal</li> </ul>		
Número de casos en los que se identificó abuso en el empleo de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos</li> <li>• Antibióticos</li> <li>• Material de consumo</li> </ul>		
Número de casos en los que se identificó insuficiencia o inadecuado manejo de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos</li> <li>• Antibióticos</li> <li>• Material de consumo</li> </ul>		
¿El Comité se coordinó con el Comité de Enseñanza e Investigación, Capacitación y Ética para resolver algunas de las desviaciones detectadas?		
Grado de efectividad alcanzada en los procedimientos para el control de estupefacientes y psicotrópicos, por turno.		
Número de casos en los que se prescribieron antimicrobianos sobre la base de estudios de sensibilidad y resistencia.		
<b>COMITÉ DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN, CAPACITACIÓN Y ÉTICA</b>		
¿Realizó el diagnóstico de necesidades de capacitación del personal?.		
¿Cuenta con el Programa Anual de Enseñanza y Capacitación de la unidad para el presente año?.		
Grado de cumplimiento del Programa Anual de Enseñanza y Capacitación alcanzado hasta el mes que se reporta.		
¿Número de casos evaluados y dictaminados con problemas deontológicos en el mes?.		
¿ En el mes se evaluó la calidad del personal médico desde el punto de vista ético?.		
¿El Hospital realiza proyectos de investigación?.		

Número de investigaciones en desarrollo en el mes.		
Número de investigaciones terminadas en el mes.		
¿El Hospital realiza cursos de enseñanza?		
Número de cursos en desarrollo en el mes.		
Número de cursos concluidos en el mes.		
¿El Hospital realiza cursos de capacitación?.		
Número de cursos de capacitación en desarrollo, en el mes.		
Número de cursos de capacitación concluidos en el mes.		
Calificación alcanzada en la evaluación de los eventos concluidos en el mes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza</li> <li>• Investigación</li> <li>• Capacitación</li> </ul>		
En el mes que se reporta, se establecieron acciones conjuntas con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Calidad de la Atención</li> <li>• Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales</li> <li>• Comité de Mortalidad Hospitalaria</li> <li>• Comité de seguridad y atención médica en casos de desastre</li> <li>• Comité de Insumos para la Salud</li> </ul>		

El Secretario de cada Comité, describirá las principales acciones, problemas y estrategias implantadas en el mes que se informa para corregir o mejorar las desviaciones encontradas, así como los servicios involucrados. También, debe destacar el seguimiento y el avance en las estrategias implantadas en los meses anteriores para corregir o mejorar las desviaciones detectadas en cada uno de los servicios involucrados para cada uno de los Comités que se informan.

Este formato debe enviarse al nivel estatal para que éste, a su vez, remite el Informe Analítico a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud con la información del funcionamiento de los Comités de todas las unidades hospitalarias de la Entidad.

<b>NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS</b>	
<b>Presidente de los Comités</b>	
<b>Coordinador de los Comités</b>	
<b>Secretario del Comité de Calidad de la Atención Médica</b>	
<b>Secretario del Comité de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>	
<b>Secretario del Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal</b>	
<b>Secretario del Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre</b>	
<b>Secretario del Comité de Insumos</b>	
<b>Secretario del Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación, y Ética</b>	

Responsable de la elaboración de este informe: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**INFORME CONCENTRADO ESTATAL**

ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_ MES ANALIZADO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL DE LOS COMITÉS**

CONCEPTO	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3	HOSPITAL 4	HOSPITAL 5	HOSPITAL 6
De cuántos de los Comités dispone de Actas Constitutivas?						
¿Cuántos Comités se reunieron este mes para sesionar?						
¿De cuántos Comités se cuenta con el Informe Mensual?.						
¿En cuántos de los Comités se realizó seguimiento de las recomendaciones emitidas ?						
<b>COMITÉ DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA</b>						
Número de egresos reportados en el mes						
Número de expedientes revisados en el pleno del Comité de Calidad en el mes que se reporta						
Porcentaje en la oportunidad de los envíos de los Centros de Salud						
Porcentaje en la congruencia de los envíos de los Centros de Salud						
¿En cuántos expedientes clínicos detectó coordinación oportuna y adecuada de los Servicios para la atención de los usuarios?						
¿En cuántos expedientes clínicos se evaluó el uso racional de los Servicios Auxiliares del Diagnóstico y Tratamiento?						
¿En cuántos expedientes clínicos se evaluó el uso apropiado de sangre, sus derivados?						
¿En cuántos expedientes clínicos se evaluó el uso apropiado de medicamentos?						
¿En cuántos Servicios se han definido los criterios para evaluar la calidad de la atención médica sobre la base de los recursos humanos, físicos y tecnológicos?						
En cuántos expedientes existe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Congruencia entre el cuadro clínico y el diagnóstico</li> <li>• Congruencia entre el diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico</li> <li>• Congruencia entre los estudios anatomopatológicos de órganos y tejidos y los procedimientos quirúrgicos practicados</li> </ul>						
Estimación la incidencia de procedimientos quirúrgicos inadecuados						

<b>COMITÉ DE DETECCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES</b>						
¿De cuantas camas dispone para aislamiento de pacientes infectados ?						
¿Cuántas camas de aislamiento se utilizaron en el periodo?						
¿Cuántos casos con infección nosocomial se detectaron por la UVEH en el mes?						
¿Cuántos expedientes clínicos con infección nosocomial se revisaron en el mes?						
¿Cuál es la Tasa de infección del Hospital en el periodo informado?						
Anote las tasas de infección encontradas en los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>						
Se han diseñado estrategias tendentes a disminuir las infecciones nosocomiales en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>						
Impactaron las estrategias aplicadas en el mes anterior para abatir las infecciones de los servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>						
Existe coordinación con los Comités: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad en la Atención Médica</li> <li>• Mortalidad Hospitalaria, materna y perinatal</li> <li>• Insumos</li> <li>• Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética</li> </ul>						
Grado de cumplimiento de la Norma sobre vigilancia de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos						
<b>COMITÉ DE MORTALIDAD HOSPITALARIA, MATERNA Y PERINATAL</b>						
Número de reuniones del Comité en el mes.						
Número de certificados de defunción llenados incorrectamente en el mes.						
¿Cuántos casos de defunción reportó la UVEH en el mes? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defunción hospitalaria</li> <li>• Defunción materna</li> <li>• Defunción perinatal</li> </ul>						
¿Cuántos expedientes clínicos revisó el Comité en el mes de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defunción hospitalaria</li> <li>• Defunción materna</li> <li>• Defunción perinatal</li> </ul>						
Número de reportes confidenciales revisados en el mes por el Comité sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte materna</li> <li>• Muerte perinatal</li> </ul>						
Número de expedientes revisados, en los que se pudo determinar la previsibilidad y/o evitabilidad de la defunción.						

¿Cuál es la tasa por tipo de defunciones del Hospital en el periodo informado? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defunción hospitalaria</li> <li>• Defunción materna</li> <li>• Defunción perinatal</li> </ul>						
Anote las tasas de defunción encontradas en el mes, en los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>						
Se han diseñado estrategias tendentes a disminuir las defunciones previsibles y evitables en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>						
Impactaron las estrategias aplicadas en el cuatrimestre anterior para abatir las defunciones encontradas en los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>						
Como resultado de las sesiones del Comité, se derivaron acciones de coordinación con los Comités de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad en la Atención Médica</li> <li>• Insumos</li> <li>• Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética</li> </ul>						
<b>COMITÉ DE SEGURIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE DESASTRE</b>						
¿Participó en el periodo algún representante del hospital en reuniones de la red de Protección Civil ?						
¿En coordinación con Protección Civil, se tienen seleccionadas las áreas para Triage en la comunidad?						
Número de reuniones del Comité en el periodo.						
Se revisó en el periodo algún Plan de Contingencia para hacer frente a situaciones de desastre y emergencia?						
Fecha de la última información sobre los elementos estructurales y no estructurales de la unidad						
Fecha en que se identificaron las zonas de seguridad del hospital						
¿La señalización de estas zonas está visible?						

Las rutas de evacuación en casos de emergencia están:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificadas por el Comité</li> <li>• Señalizadas</li> <li>• Despejadas</li> <li>• Conocidas por el personal</li> </ul>						
Para cumplir con cada Plan de Contingencia el hospital dispone de:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos</li> <li>• Materiales de curación</li> <li>• Materiales de consumo</li> </ul>						
¿Ante una situación de desastre el hospital dispone para 3 días de:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos</li> <li>• Agua potable</li> <li>• Combustible</li> </ul>						
Fecha de elaboración del último directorio de responsables de las comisiones y de los responsables de activar el Plan de Contingencias ante situaciones de desastre						
Dispone de un directorio de organismos e instituciones público, social y privado para apoyo en situaciones de contingencias (unidades de salud, bomberos, protección y vialidad, albergues, maquinaria pesada, etc.)						
Número de ejercicios de simulacro de desastre realizados en el periodo						
¿Evalúa los resultados de cada simulacro y de la participación del personal?						
¿Los resultados obtenidos de los simulacros han retroalimentado al Programa Hospitalario?						
<b>COMITÉ DE INSUMOS</b>						
¿Cuenta con un Programa Anual de suministros?						
¿Participaron los Jefes de Servicio para la elaboración del Programa Anual de Abastecimiento de Insumos?						
Grado de cumplimiento del Programa alcanzado hasta el periodo que reporta						
Grado de abastecimiento de insumos clave en el periodo en los servicios de:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgencias</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Tococirugía</li> <li>• Hospitalización</li> <li>• C. E. y E.</li> <li>• Laboratorio</li> <li>• Rayos X</li> </ul>						
En el periodo por falta de medicamentos, material de curación o de consumo se ha incrementado:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La estancia hospitalaria</li> <li>• Las infecciones nosocomiales</li> <li>• La mortalidad</li> </ul>						
En el periodo por falta de medicamentos, material de curación o de consumo se han diferido, retrasado o suspendido:						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugías</li> <li>• Otras atenciones</li> </ul>						
Fecha de elaboración de los fondos fijos de insumos para el hospital						



Porcentaje de cumplimiento de los Fondos Fijos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surtimiento</li> <li>• Oportunidad</li> </ul>						
Se realizó en el periodo la verificación de las fechas de caducidad en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios</li> <li>• Almacén</li> </ul>						
Número de Expedientes Clínicos revisados en conjunto con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Calidad de la Atención</li> <li>• Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales</li> <li>• Comité de Mortalidad Hospitalaria</li> </ul>						
Número de casos en los que se identificó el abuso de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos</li> <li>• Antibióticos</li> <li>• Material de consumo</li> </ul>						
Número de casos en los que se identificó insuficiencia o inadecuado manejo de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos</li> <li>• Antibióticos</li> <li>• Material de consumo</li> </ul>						
¿El Comité se coordinó con los Comités para resolver las desviaciones detectadas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de la Atención Médica</li> <li>• Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales</li> <li>• Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal</li> <li>• Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética</li> </ul>						
Porcentaje de eficiencia en el control de distribución de estupefacientes y psicotrópicos en los Servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina Interna</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Ginecología y Obstetricia</li> </ul>						
Número de casos en los que se prescriben antimicrobianos, sobre la base de estudios de sensibilidad y resistencia.						
<b>COMITÉ DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN, CAPACITACIÓN Y ÉTICA</b>						
¿Realizó el diagnóstico de necesidades de capacitación del personal?						
¿Se elaboró el Programa Anual de Enseñanza y Capacitación de la unidad?						
Grado de cumplimiento del Programa Anual de Enseñanza y Capacitación alcanzado hasta el mes que se reporta						

¿Evalúa y dictamina los casos de problemas deontológicos?						
¿Evalúa la calidad del personal médico desde el punto de vista ético?						
¿El Hospital realiza proyectos de investigación?						
Número de investigaciones en desarrollo						
Número de investigaciones terminadas						
¿El Hospital realiza cursos de enseñanza?						
Número de cursos en desarrollo						
Número de cursos concluidos en el mes que se reporta						
¿El Hospital realiza cursos de capacitación?						
Número de cursos de capacitación en desarrollo						
Número de cursos de capacitación concluidos en el mes que se reporta						
Calificación alcanzada en la evaluación de los eventos concluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza</li> <li>• Investigación</li> <li>• Capacitación</li> </ul>						
En el mes que se reporta, se establecieron acciones conjuntas con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Calidad de la Atención</li> <li>• Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales</li> <li>• Comité de Mortalidad Hospitalaria</li> <li>• Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre</li> <li>• Comité de Insumos</li> </ul>						

**En hojas anexas se hará:**

- Evaluación de las estrategias aplicadas en el periodo reportado por cada unidad hospitalaria.
- Evaluación de las actividades y estrategias puestas en práctica en los meses anteriores por cada unidad hospitalaria.

Con la información, el Coordinador Estatal o Responsable designado de la Atención Hospitalaria, deberá elaborar el Informe Analítico detallado que destaque el comportamiento de los Comités por Hospital, el avance de cada uno de ellos, los problemas detectados y las principales recomendaciones emitidas.

Con estos elementos se elabora el Informe Ejecutivo que se envía a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud cuatrimestralmente los primeros 5 días de los meses de enero, mayo y septiembre.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del  
Coordinador Estatal o Responsable  
Designado de la Atención Hospitalaria

\_\_\_\_\_  
Secretario de Salud

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

**COMITÉ DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA**



## **II. COMITÉ DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (AUDITORÍA MÉDICA, EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y TEJIDOS)**

### **Introducción**

La Secretaría de Salud ha realizado diversos trabajos y acciones para normar las actividades y procesos de atención médica en las unidades de salud, orientadas a la mejoría en la calidad de la atención.

Diversas publicaciones han analizado temas y experiencias de investigaciones relacionadas con el desarrollo de los servicios y con la calidad de la atención médica, surgiendo las bases para la evaluación de la calidad de la atención, a través del correcto llenado del Expediente Clínico, el cual ha sido objeto de revisión y actualización reciente (NOM-168-SSA-1998).

El Comité de Calidad de la Atención Médica, centra su atención en la auditoría médica para evaluar la calidad de los servicios prestados en la unidad hospitalaria, uniforma los criterios y procedimientos y toma como elementos básicos; la oportunidad y la atención integral al paciente, la información emanada de la fuente primaria que es el Expediente Clínico, la satisfacción del usuario y del prestador de los servicios, así como la enseñanza e investigación.

El Expediente Clínico es el documento médico que permite disponer de un registro organizado del proceso salud enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron.

Reune un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evolución cronológica del caso hasta su solución parcial o total. Mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la certidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas.

Es un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica. Es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución. Es un instrumento de autoevaluación de su trabajo.

La Secretaría de Salud establece este instrumento normativo de calidad de la atención para aplicarse en las unidades de atención médica con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de sus servicios, en beneficio de la población usuaria.

## **1. Definición**

Este Comité tiene como propósito integrar al personal médico calificado y otros profesionales para que realice una auditoría del Expediente Clínico, promoviendo se efectúe el correcto llenado, se correlacione la congruencia diagnóstico terapéutica, se analice la adecuada administración de medicamentos a dosis y tiempos precisos, manejo de líquidos, análisis de las indicaciones quirúrgicas y el racional criterio del procedimiento cesárea; así como Notas de Enfermería, uso y revisión de los informes de Laboratorio, Radiología, Patología, etc.

Este Comité tiene la particularidad de poder incorporar Asesores Externos que con su criterio, enriquezcan la valoración del manejo clínico del paciente. Entre ellos se invita a participar al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria cuyas recomendaciones coadyuvan a mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

## **2. Objetivo**

Evaluar la calidad de la atención médico quirúrgica y obstétrica impartida a los pacientes en la unidad hospitalaria, a través del análisis del Expediente Clínico y, en su caso, del estudio anatomopatológico de piezas quirúrgicas, biopsias obtenidas y necropsia efectuada, correlacionando el diagnóstico con el procedimiento terapéutico; además realizar auditoría médica a servicios o personal cuando existan quejas, o se identifique incumplimiento, omisión, negligencia o impericia y correlacionar el empleo de medicamentos y otros recursos con el manejo del caso.

## **3. Organización**

El Comité Técnico estará integrado por miembros distinguidos del personal del hospital, en número variable de acuerdo a la complejidad de la unidad y tendrá la responsabilidad de revisar los expedientes clínicos de los pacientes de acuerdo con la NOM-168-SSA1-1998 para evaluar la calidad de la atención médica proporcionada

El personal comisionado para revisar los expedientes clínicos constará de dos a seis Vocales según las características de la unidad y deberán seleccionarse entre los jefes de servicio o división o personas designadas para que representen a las áreas básicas de trabajo de la unidad, así como la jefe o responsable de enfermeras y otro personal.

Las características de los Asesores Externos son: Ser médicos especialistas en cualquiera de las especialidades reconocidas, deberán preferentemente pertenecer a algún colegio, sociedad o asociación de la especialidad que practiquen. Dentro de éstos, se invitará al Jefe de la Jurisdicción en la que se ubique el hospital.

### **3.1 Integración Del Comité**

Presidente:	Director de la Unidad.
Coordinador:	Subdirector Médico en hospitales de más de 60 camas En hospitales de menor número de camas, el Jefe de Hospitalización y Enseñanza.
Secretario:	Jefe de la División o Servicio de Medicina o de Cirugía o de Gineco-Obstetricia o de Pediatría o personal designado, responsable en la materia
Vocales:	Médicos especialistas del área médica y quirúrgica, Jefa de Enfermería. Invitados especiales: Jefe de la Jurisdicción Sanitaria y médicos connotados.

### **3.2. Funciones**

#### **Del Comité:**

- Analizar y auditar la calidad de la atención médica que se imparte en cada uno de los servicios que integran la unidad, con base en la aplicación de la metodología de análisis para la revisión y evaluación del Expediente Clínico.
- Correlacionar el manejo de la patología con: Las Normas Oficiales Mexicanas, y con los Manuales de Procedimientos o Protocolos para el Manejo de la Patología, elaborados por el hospital.
- Estimar la oportunidad de la prestación médica, la coordinación entre los servicios involucrados y la utilización apropiada de los servicios auxiliares para el diagnóstico y tratamiento.
- Determinar criterios de calidad de la atención con base en la disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos de la unidad.
- Evaluar el uso apropiado de la sangre y sus derivados, así como de los antimicrobianos y otros medicamentos. y establecer coordinación con los otros Comités, para la corrección de las desviaciones detectadas.
- Establecer mecanismos de difusión entre el personal médico y paramédico involucrados, para que se conozca la organización y procedimientos que rigen al Comité.
- 
- Evaluar al personal médico en sus acciones médico-quirúrgicas.
- Vigilar que exista coordinación entre Anatomía Patológica y los servicios médico-quirúrgicos, así como los servicios relacionados con los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

- Valorar la congruencia o incongruencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico (biopsias, piezas quirúrgicas, revisión de laminillas).
- Evaluar y mejorar la coordinación que existe entre los servicios que participan en la acción quirúrgica.
- Retroalimentar, solicitar o proponer a los servicios involucrados se apliquen medidas o estrategias para su corrección.
- Evaluar la oportunidad y calidad de los pacientes con problemas médicos o quirúrgicos enviados por el Primer Nivel de Atención.
- Elevar la calidad de la atención a través de la corrección de las fallas detectadas.
- Solicitar se modifiquen y/o ratifiquen las normas internas que rigen la atención médico-quirúrgica (rutas de diagnóstico y tratamiento) en los servicios del hospital.
- Convertir las conclusiones y recomendaciones del Comité en instrumentos de enseñanza.
- Retroalimentar a la Jurisdicción Sanitaria o Centros de Salud, cuando sea el caso, sobre las desviaciones detectadas en los envíos de los pacientes.
- Estimular el conocimiento de las Leyes, Reglamentos y NOM en el ámbito de su competencia y verificar su cumplimiento.
- 
- De los Miembros Integrantes del Comité

**Presidente:**

- Vigilar el cumplimiento de los lineamientos que rijan el funcionamiento del Comité.
- Tomar decisiones consensadas con base en la información que presenta el Comité, objeto de análisis, que permita identificar las omisiones y desviaciones encontradas.
- Autorizar las medidas resolutorias que planteé el Comité, que eviten casos similares futuros.
- Fortalecer la enseñanza médica y paramédica continua y el manejo apropiado de la normatividad.
- Crear conciencia en el personal médico de su responsabilidad en las acciones médico-quirúrgicas, así como en el uso justificado de la cesárea.
- Valorar el empleo de las normas de tratamiento establecidas en los servicios del hospital.
- Vigilar la coordinación entre los diferentes servicios del hospital que participan en la atención médica, así como entre los demás Comités.
- Mantener entre los Comités coordinación estrecha para el funcionamiento.



**Coordinador:**

- Presentar los casos seleccionados para su análisis.
- Evaluar las consideraciones del Comité sobre las omisiones encontradas en la auditoría médica.
- Participar en el análisis de las medidas correctivas dentro del Comité para mejorar la prestación de los servicios de atención médica.
- Establecer un vínculo entre los Comités, especialmente entre los de Mortalidad Hospitalaria, Infecciones Nosocomiales, Insumos y Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética.
- Facilitar la coordinación entre los servicios médicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Vigilar que se cumplan las acciones, que por consenso del Comité, sean adoptadas.
- Alcanzar conclusiones que permitan al personal directivo establecer las medidas o estrategias correctivas para solucionar y evitar los problemas detectados, tendentes a mejorar la atención médica que presta la unidad.

**Secretario:**

- Elaborar el informe de la Auditoría de los Expedientes Clínicos y del rendimiento del personal de salud evaluado.
- Someter a análisis del Comité los casos que se hayan identificado como omisión y negligencia en los procedimientos de atención médica.
- Recabar la información emitida por los Jefes de Servicio o personal responsable y la opinión de los Vocales con respecto a la calidad en el llenado del Expediente Clínico, uso adecuado de los servicios auxiliares de diagnóstico, indicaciones de tratamiento quirúrgico, confirmación diagnóstico terapéutica, etc.
- Preparar las recomendaciones y sugerencias técnicas decididas por el Comité para la corrección de los problemas detectados.

**Vocales:**

- Participar en forma rotatoria en la selección de los expedientes a revisar.
- Aplicar el método de revisión de los expedientes clínicos y evaluar la aplicación de los tratamientos médicos, quirúrgicos y obstétricos, el análisis patológico de piezas anatómicas, el uso inadecuado de antimicrobianos o de la intervención cesárea y proponer las acciones, criterios y procedimientos que sean necesarios en cada caso.
- Proponer medidas de corrección a desviaciones identificadas en casos individuales o generales para mejorar la elaboración de los expedientes clínicos, las acciones médicas y el trabajo quirúrgico.
- 
- 4. Operación

Los integrantes del Comité Técnico serán designados por el Director de la unidad hospitalaria. A la instauración oficial del Comité, se instrumentará un Acta de Instalación (Anexo 1), que será enviada al Titular de los Servicios Estatales de Salud de la Entidad.

El Comité sesionará mensualmente en Reunión Ordinaria, o en Sesiones Extraordinarias cuando las convoque su Presidente, o a solicitud de al menos dos de sus miembros integrantes. De cada sesión se levantará un Acta señalando los compromisos contraídos, de los que se llevará un seguimiento hasta su solución (Anexo 2). Este formato de acta se apoya en un listado de posibles asuntos a ventilar en las sesiones (Anexo 2.1), más los que se consideren convenientes aún cuando no estén expresados en este listado.

Es posible extender una invitación para participar como Asesores Externos en el Comité a médicos connotados dentro de la comunidad médica local para formar parte de él como se mencionó. Su participación será honorífica y se concederá valor a sus recomendaciones; asimismo, estará como asesor externo el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria dentro de la que se ubique la unidad hospitalaria.

El Comité de Calidad de la Atención Médica del hospital se ocupará de efectuar una revisión y evaluación de al menos el 10% de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos el mes inmediato anterior y tomados al azar. Se utilizará el Formato "Evaluación del Expediente Clínico" (Anexo 5), con base en lo señalado en la norma NOM-168-SSA1-1998.

Este Comité establece relación con el Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética, para preparar personal que aplique el método de análisis de los documentos y el sistema de evaluación.

Elabora un informe de los expedientes evaluados y comenta a los departamentos o servicios revisados, las observaciones e irregularidades encontradas, el resultado y las recomendaciones, producto de la evaluación.

De acuerdo a las actividades rutinarias del hospital, se seleccionan casos a evaluar, integrando dentro de las Vocálfas a los Jefes o personal responsable de los Servicios involucrados y de Anatomopatología, a efecto de confirmar el diagnóstico presuncional con la aplicación terapéutica dirigida a mejorar la calidad de la atención que presta la unidad.

El Comité participa en el ámbito de la auditoría médica, evaluando el rendimiento de cada uno de los profesionales y de otros recursos que participan en la atención de los pacientes, considerando tanto la eficiencia del procedimiento médico o quirúrgico, como el aprovechamiento adecuado de los insumos requeridos para éste, verificando la oportunidad y congruencia diagnóstico terapéutica y por ende, la calidad de la atención otorgada.

- El Comité realiza también auditorías cuando evalúa el rendimiento o productividad de un servicio específico, por ejemplo: número de consultas otorgadas, cirugías efectuadas por sala quirúrgica de acuerdo a indicadores, racionalidad en el empleo de auxiliares de diagnóstico, terapéutica indicada no considerada en el cuadro básico de medicamentos, etc. El resultado de la auditoría médica proporciona al personal médico un instrumento de auto evaluación de su trabajo (Anexos 5 y 6). La auditoría médica también se aplica en los casos de investigación por quejas de los usuarios.

• Para el buen funcionamiento de este Comité es necesario establecer y organizar la coordinación entre los diferentes servicios médicos y paramédicos, de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, aplicando los siguientes criterios:

### **Criterios de Calidad de Atención Médica**

- 1.-Justificación del diagnóstico.
- 2.-Justificación del internamiento.
- 3.-Análisis crítico del diagnóstico y el tratamiento:  
Elaboración y cumplimiento oportuno del programa de estudio y tratamiento.  
¿ El diagnóstico fue correcto y oportuno ?  
¿ Existe congruencia con los datos clínicos y para clínicos ?  
¿ Se aplicó con oportunidad y precisión ?  
¿ Qué alternativas de manejo se indicaron ?  
¿ Para la atención hubo coordinación con otras áreas o servicios?  
¿El envío del Primer Nivel de Atención fue oportuno y su manejo correcto?
- 4.- Promedio de días de estancia hospitalaria.
- 5.-Condición del paciente al egreso.  
Solución de su problema.  
Oportunidad del manejo.  
Ausencia de secuela.  
La Nota de Envío al Primer Nivel de Atención es clara y suficiente para continuar la atención correctamente.
- 6.-Prevención, detección oportuna y manejo de complicaciones.
- 7.-Justificación o no de desviaciones.
- 8.-Conductas correctivas.
- 9.-Utilidad del caso en docencia e investigación.
- 10.-Opinión del Comité.

## **5. Información**

- El Presidente del Comité rendirá un Informe Mensual al Titular de los Servicios de Salud de la Entidad, con los resultados del cumplimiento de las funciones del Comité para su conocimiento y evaluación (Anexo 3).
- Este reporte acompañado por la documentación que se requiera, se envía al Coordinador Estatal o responsable designado de la Atención Hospitalaria quien concentra, analiza y conforma los informes mensuales y cuatrimestrales de todas las unidades hospitalarias de la entidad, para conocimiento de las instancias del nivel federal de la Secretaría de Salud, responsables de la vigilancia y cumplimiento de estos lineamientos.
- El Secretario de Salud Estatal, enviará un resumen ejecutivo cuatrimestral a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, con los datos relevantes de la operación en los hospitales de la entidad de este Comité, así como la información complementaria de las medidas sustantivas adoptadas.

## ANEXO 5

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
COMITÉ TÉCNICO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

**EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO ADSCRITO: \_\_\_\_\_ PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 JEFE DE SERVICIO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ DÍAS DE ESTANCIA: \_\_\_\_\_

COMENTADO EN EL COMITÉ:  SI  NO

CLAVE: ( C ) COMPLETA ( I ) INCOMPLETA ( O ) OMITIDA ( N.N. ) NO NECESARIA

1. HISTORIA CLÍNICA	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
2. NOTA DE INGRESO	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
3. INDICACIONES MÉDICAS	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
4. NOTA DE REVISIÓN INICIAL POR EL MÉDICO ADSCRITO	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
5. NOTAS DE EVOLUCIÓN	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
6. NOTA DE REVISIÓN CONJUNTA (CON EL JEFE DEL SERVICIO)	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
7. NOTA PRE-OPERATORIA	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
8. VALORACIÓN PRE-ANESTÉSICA	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
9. NOTA OPERATORIA	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
10. HOJA DE CONTROL TRANS-ANESTÉSICO	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
11. NOTA POST-ANESTÉSICA	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
12. NOTA DE RE-INGRESO AL HOSPITAL	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
13. NOTA DE ALTA	( C )	( I )	( O )	( N.N. )
14. NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE (Habitual)	( C )	( I )	( O )	

**RESULTADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

15. CONGRUENCIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICA	( BUENA )	( REGULAR )	( MALA )
16. CONGRUENCIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	( BUENA )	( REGULAR )	( MALA )
17. CONGRUENCIA DIAGNÓSTICA CON ESTUDIOS DE GABINETE	( BUENA )	( REGULAR )	( MALA )
18. ORDEN SECUENCIAL DE LAS NOTAS CLÍNICAS	( BUENA )	( REGULAR )	( MALA )
19. PULCRITUD Y LEGIBILIDAD DE LAS NOTAS	( BUENA )	( REGULAR )	( MALA )

NOMBRE Y FIRMA DE QUIENES INTERVINIERON EN LA EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE:

**ANEXO 6**

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
COMITÉ TÉCNICO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

**EVALUACIÓN DE LA CONGRUENCIA CLÍNICA, QUIRÚRGICA Y DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_  
**CÉDULA:** \_\_\_\_\_ **SERVICIO:** \_\_\_\_\_ **CAMA:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE INGRESO:** \_\_\_\_\_ **REG. PATOLOGÍA:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:**

**CLÍNICO:** \_\_\_\_\_  
**LABORATORIO:** \_\_\_\_\_  
**GABINETE: RAYOS X:** \_\_\_\_\_  
**ULTRASONIDO:** \_\_\_\_\_  
**TOMOG. COMPUT:** \_\_\_\_\_  
**RESONAN. MAG:** \_\_\_\_\_

**ESTUDIO DEL PACIENTE:**

INICIAL  SUBSECUENTE

**DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO:** \_\_\_\_\_  
**DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:** \_\_\_\_\_  
**BIOPSIA TRANSOPERATORIA:** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_  
**SE AVISO OPORTUNAMENTE A PATOLOGÍA:** \_\_\_\_\_  
**DIAGNÓSTICO TRANS OPERATORIO HISTOPATOLÓGICO:** \_\_\_\_\_

**LA CIRUGÍA FUE ADECUADA:** \_\_\_\_\_  
**LA HOJA DE SOLICITUD A PATOLOGÍA SE LLENÓ CORRECTAMENTE:** \_\_\_\_\_  
**SE UTILIZÓ LA FORMA OFICIAL DE SOLICITUD:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE REPORTE HISTOPATOLÓGICO:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE ENTREGA DE REPORTE:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE ESTUDIO:**

- BIOPSIA
- PIEZA QUIRÚRGICA
- REVISIÓN DE LAMINILLAS
- CITOLOGÍA

**METODOLOGÍA:**

- MICROSCOPIO DE LUZ
- INMUNOFLUORESCENCIA
- INMUNOHISTOQUÍMICA
- MICROSCOPIA ELECTRÓNICA
- OTROS: \_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS DEL TEJIDO:** SUFICIENTE

EN MEDIO ADECUADO

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: CLARA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: CLARO

COMPLETO

CONGRUENCIA DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO Y CLÍNICO: \_\_\_\_\_

CONGRUENCIA DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO Y TRANSOPERATORIO  S  N

SE COMENTÓ EL CASO CON EL SERVICIO TRATANTE: \_\_\_\_\_

SE HIZO EL COMENTARIO EN LAS NOTAS MÉDICAS :  S  N

EN CASO DE FALLECIMIENTO, SE CONSIGUIÓ LA AUTOPSIA: \_\_\_\_\_

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL COMITÉ: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE SU ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_

**COMITÉ DE DETECCIÓN Y CONTROL  
DE LAS  
INFECCIONES NOSOCOMIALES**



### **III. COMITÉ DE DETECCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES**

#### **Introducción**

La Vigilancia Epidemiológica es una prioridad nacional que requiere de una atención cada vez mayor por parte de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y en particular de las unidades hospitalarias.

Representa un conjunto de actividades interrelacionadas que permiten el estudio permanente y dinámico del comportamiento, distribución y factores condicionantes de las enfermedades, para obtener conocimientos oportunos, uniformes, completos y confiables del estado de salud de la población, con el fin de establecer medidas de prevención y control.

Dentro del marco de la atención hospitalaria, la vigilancia epidemiológica incide en los procesos técnico-administrativos de las unidades de salud y en el mejoramiento continuo de la calidad de la atención, ya que posibilita la generación de bases de información y conocimientos necesarios para un control de gestión integral, con participación de todo el equipo de salud.

Las infecciones nosocomiales constituyen un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan el incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad, con un consecuente aumento en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con mala calidad por secuelas o discapacidades, lo que se suma al incremento de los días de hospitalización y de la erogación para la unidad.

La Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones nosocomiales, se inscribe dentro de los propósitos para garantizar la calidad de la atención médica, al permitir la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la identificación temprana y el estudio de las infecciones tipificadas en este ámbito, es un instrumento de apoyo para el funcionamiento de los servicios y programas de salud que se brindan en los hospitales.

## 1. Definición

### Comité

Es el responsable de identificar, investigar, prevenir y controlar las infecciones nosocomiales; llevar a cabo la vigilancia epidemiológica de los casos con base en los lineamientos establecidos por la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) y aplicar estrictamente las Normas Oficiales Mexicanas en el campo de su responsabilidad.

Es igualmente responsable de la correcta aplicación de las NOM-087-ECOL-95 sobre el control de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos y la NOM-127- SSA1-1994 Agua para uso y consumo humano, límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse a su potabilización.

#### **Otras definiciones de importancia para el comité:**

**RHOVE:** La Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica es un componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que comprende un conjunto de servicios, recursos, normas de atención y procedimientos integrados en una estructura de organización que facilita la sistematización de las actividades de vigilancia epidemiológica hospitalaria, incluyendo la de las infecciones nosocomiales.

**UVEH:** Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, instancia operativa a nivel local (unidad hospitalaria), responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria, conforme a los lineamientos establecidos por el Nivel Normativo.

**Infección Intrahospitalaria o Nosocomial:** Para fines de captura y registro por la UVEH, es: “El proceso infeccioso que se hace aparente después de 48 horas del ingreso del paciente al hospital, o después de transcurridas 48 a 72 horas del egreso hospitalario y que no se encontraba presente o en período de incubación al momento del ingreso y requiere de comprobación de laboratorio”. Sin embargo, para análisis del Comité se incorporará cualquier caso en el que la infección evidentemente se haya adquirido en el hospital, sin importar el tiempo de evolución.

*Fuente: Manual de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales. Dirección General de Epidemiología. 1998.*

## 2. Objetivo

### General

Identificar, prevenir y controlar las infecciones nosocomiales y llevar a cabo la vigilancia epidemiológica de ellas, de acuerdo a los instrumentos específicos disponibles, para abatir y mantener al mínimo posible la tasa por esta patología.

### 3. Organización

#### 3.1 Integración del Comité

Presidente:	Director de la Unidad.
Coordinador	Subdirector Médico en hospitales de 60 camas y más. Jefe de Hospitalización y Enseñanza en hospitales de menos de 60 camas.
Secretario:	Jefe de Medicina Preventiva o Epidemiólogo o Infectólogo o Responsable designado en la materia.
Vocales:	Jefe de Servicios Médicos, Jefe de Enseñanza e Investigación, Jefe del Laboratorio de Análisis Clínicos, Jefa de Enfermeras y Enfermera Sanitarista cuando exista, Jefe del Servicio de Anatomía Patológica, Subdirector Administrativo o Administrador, responsable de Estadística, Jefe de Ingeniería y Mantenimiento, Jefe de Residentes (cuando exista) y Jefe de la Jurisdicción Sanitaria. En hospitales pequeños donde no hay Jefes de Servicios Médicos, se designa a personal responsable de los servicios.

#### 3.2 Funciones

##### Del Comité:

- Verificar que se desarrollen las acciones de vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales, a través del estudio y análisis de la información de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica (UVEH).
- 
- Dictar medidas de prevención y control sobre los factores de riesgo encontrados por servicio, según personal involucrado y vigilar su cumplimiento.
- 
- Establecer los mecanismos para evaluar el uso de medicamentos en general y antimicrobianos en particular, medidas higiénicas del personal en contacto directo con pacientes, existencia de material para la higiene, el control de la calidad del agua, de los alimentos, el manejo de ropa y esterilización de instrumental médico quirúrgico.
- 
- Verificar se apliquen las acciones de vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales de acuerdo al Programa de la RHOVE, así como la observancia de la NOM 087 Ecol. 95 para el manejo y control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos y la N.O.M. 127 sobre el agua para uso y consumo humano, así como otras Leyes, Reglamentos, NOM en el ámbito de su competencia.

- Mantener relación estrecha e intercambiar información con los otros Comités especialmente de Insumos, Calidad (Auditoría Médica y Evaluación del Expediente Clínico y Tejidos), de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética y el de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal, para la oportuna toma de decisiones.
- 
- Informar periódicamente al personal involucrado, sobre los resultados de las evaluaciones y el avance en la aplicación de las medidas correctivas.
- 
- Estimular el conocimiento de las Leyes, Reglamentos y NOM en su ámbito de competencia y verificar su observancia.
- 

### **De los Miembros Integrantes del Comité**

#### **Presidente:**

- Verificar que los procedimientos médicos se apliquen conforme a los procedimientos de vigilancia epidemiológica en la unidad hospitalaria.
- Fomentar una cultura institucional sobre medidas de prevención en el manejo de casos infecciosos.
- Promover acciones educativas permanentes sobre el manejo de residuos peligrosos infecto-contagiosos y sobre el agua para uso y consumo humano.
- Tomar decisiones en acciones correctivas, con base en la información que presenta el Comité con apego a la normatividad.
- Tomar decisiones en acciones correctivas, con base en el conocimiento del perfil de morbilidad del hospital.
- Establecer los mecanismos de notificación epidemiológica a otras unidades de salud, en presencia de: algún brote o la presencia de grupos de riesgo en el área de influencia de la unidad.

#### **Coordinador:**

- 
- Revisar los casos de infección que son objeto de análisis y discusión del Comité.
- Vigilar se realice la investigación acuciosa de cada caso hasta su conclusión.
- Notificar de inmediato al Director del Hospital la presencia de un caso o brote epidémico.
- Verificar el buen funcionamiento de la UVEH, que permita la identificación de casos a discutir en las sesiones.
- Verificar se cumpla con las disposiciones de control acordadas por el Comité.
- Mantener una relación estrecha entre los Comités de Calidad de la Atención y Mortalidad Hospitalaria, Insumos y Enseñanza, Capacitación, Investigación y ética.
-

### **Secretario:**

- Reunir la información de infecciones nosocomiales de los diferentes servicios y áreas de la unidad obtenida en forma directa o, en su caso, a través del sistema automatizado de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del hospital.
- Presentar los casos reportados .
- Recabar las sugerencias técnicas decididas por el Comité para la corrección de los problemas detectados, en particular de las infecciones previsibles.
- Verificar que existan registros de las infecciones nosocomiales tanto en el expediente clínico como en el reporte estadístico hospitalario y mantener un archivo con todos los casos detectados mensualmente.
- Elaborar el informe mensual de las infecciones reportadas y elaborar de inmediato el informe extraordinario, cuando se trate de brotes.

•

### **Vocales:**

- Participar en la vigilancia de la evolución de los casos identificados como infecciosos, hasta el término del estudio en materia de su competencia.
- Investigar las fuentes, vías de transmisión de infecciones y factores de riesgo presentes, así como las medidas aplicables para el control.
- Verificar que la UVEH aplique los procedimientos establecidos en los pacientes que cursen con padecimientos transmisibles.
- Conocer mensualmente los resultados de los programas de higiene de los diferentes servicios del hospital y dictar las medidas correctivas que procedan en los casos que lo requieran.
- Proponer acciones de educación médica continua, para el personal involucrado en el manejo de casos infecciosos, así como de la vigilancia epidemiológica a desarrollar al egreso del paciente.
- Vigilar que la UVEH informe a los jefes o responsables de servicios médicos de los casos detectados.

•

### **4. Operación**

•

- La Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital, representa al órgano conformado por especialistas, epidemiólogo y enfermera sanitarista cuando existan, médicos clínicos, enfermeras y administradores de servicios que coordinan las actividades de detección, investigación, notificación, registro y análisis de la información, además de la capacitación del personal involucrado en estas acciones.

Los integrantes del Comité en su papel de responsables de los diferentes servicios, deben estar informados de la presencia en el hospital de un caso infeccioso o un brote epidémico y estudiar mediante la metodología establecida en la normatividad específica, la fuente de infección y los posibles contactos; asimismo, de inmediato dictar las medidas de prevención y aislamiento del caso.

Para el funcionamiento de este Comité es pertinente la consulta permanente del *Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Infecciones Nosocomiales* establecido

por la Dirección General Adjunta de Epidemiología, que señala los “*Padecimientos, Procedimientos y Operaciones Consideradas de Alto Riesgo*” y los “*Criterios para el Diagnóstico de Infecciones Nosocomiales*” (Anexo 9).

Se debe establecer el mecanismo de vigilancia continua sobre cada paciente en todo el hospital, verificando que existan mambres con fecha de aplicación de soluciones parenterales, abasto suficiente de jabones y toallas para el lavado de manos en áreas de riesgo, bolsas y botes adecuados para desechos, tanto de agujas como de material punzo cortante y vigilar el cumplimiento de las medidas higiénicas en cada servicio.

Elaborar un Programa Anual de Trabajo señalando como meta la reducción de la tasa de infecciones nosocomiales, evaluando bimestralmente el impacto de sus acciones.

La Vigilancia de las Infecciones Nosocomiales debe ser completa, aplicando las medidas de control, cubriendo todos los servicios de hospitalización con énfasis en las áreas de mayor riesgo: Cirugía, Tococirugía, Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos y Hemodiálisis entre otros. Debe ser rutinaria y frecuente y llevada a cabo por Médico Epidemiólogo o Enfermera Sanitarista (Cuando existan en la unidad) y supervisada por el Comité.

#### **Elementos a considerar dentro del Sistema**

1. Técnicas de aislamiento en pacientes infecto-contagiosos.
2. Vigilancia de personal y familiares de lavado de manos con la técnica establecida y uso de batas estériles al entrar a los servicios en donde está normado como procedimiento obligatorio.
3. Uso de sistemas de drenaje urinario cerrado.
4. Instalación, curación y manejo de equipo de terapia intravenosa.
5. Vigilar la limpieza estricta del equipo de inhaloterapia.
6. Técnica de aspiración de secreciones en pacientes intubados.
7. Uso y control de antisépticos y desinfectantes.
8. Vigilancia y control de esterilización.
9. Vigilancia en heridas quirúrgicas.
10. Vigilancia de procedimientos invasivos.
11. Vigilancia y control del uso de antibióticos y antimicrobianos.
12. Vigilancia post-exposición a pacientes infecto-contagiosos.
13. Limpieza de áreas físicas y superficies inertes.
14. Verificar que se realicen los procedimientos de descontaminación de acuerdo a los Manuales de Procedimientos.
15. Control de alimentos y agua de consumo.
16. Control bacteriológico de las siguientes áreas: neonatos, cuneros, lactantes, quirófanos, recuperación, terapia intensiva.
17. Limpieza profunda de áreas de acuerdo a una calendarización, así como desinfección de quirófanos.
18. Evitar en lo posible las mezclas para administración parenteral, sobre todo en el Servicio de Pediatría, por el alto riesgo que representan, extremar las precauciones al momento de prepararlas.
19. Retiro de las soluciones parenterales en el momento que dejen de ser indispensables.
20. Evitar las punciones múltiples al paciente, después de 3 intentos utilizar un equipo nuevo.
21. Cambio de catéter o equipo de infusión en un tiempo máximo de 72 horas.
22. Verificar la cantidad de cloro residual del agua de consumo del establecimiento.
23. Intensificar acciones de supervisión en la operación y mantenimiento del equipo crítico, de consumibles y de anestesia.

El Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales debe establecer los mecanismos para evitar que ocurran episodios de infección adquirida en el hospital

susceptibles de prevenirse, conociendo con exactitud cuáles son las principales infecciones, su frecuencia, en qué tipo de pacientes ocurre, en qué servicios y a qué procedimientos está asociado, el personal que participó, así como la detección oportuna de brotes y medidas de control aplicadas (Anexo 8).

- El Comité además, supervisa se realicen las acciones de mantenimiento preventivo de equipo crítico que incluya la desinfección (por ejemplo de equipo de anestesia, ventiladores, etc.).

El Comité debe reunirse mensualmente como mínimo e informar al Presidente las tasas de infecciones nosocomiales por área y servicio; de esta manera se conocerán los problemas existentes periódicamente y se dictarán las medidas que conduzcan a prevenir y resolver los problemas. De cada reunión ordinaria, o en su caso convocada extraordinariamente, se deberá levantar el acta correspondiente (Anexo 2).

Identificar los servicios con mayor tasa de incidencia de infecciones y controlar factores de riesgo.

$$\text{Tasa de infecciones} = \frac{\text{Número de nuevas infecciones en el período de estudio}}{\text{Número de egresos hospitalarios en el período de estudio}} \times 100$$

En todos los casos de infección nosocomial determinar los factores de riesgo generales y específicos presentes en cada caso y por áreas, las vías de entrada de la infección, los procedimientos invasivos y el personal involucrado (Anexos 7).

Se efectuará una notificación inmediata de casos de infección nosocomial conforme a la lista de padecimientos referida en el Manual de Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales y deberá hacerse el comunicado por la vía establecida.

El estudio epidemiológico de brote comprenderá las áreas de investigación epidemiológica y de servicios de salud para lo cual debe apoyarse el personal en el Comité de Enseñanza e Investigación, Capacitación y Ética del Hospital y ajustarse a los lineamientos establecidos, a fin de conocer factores condicionantes de presentación, de utilidad para el desarrollo del diagnóstico situacional y de salud, de los costos e impactos en la atención.

Las fuentes de información de casos de infección nosocomial se conformarán con los registros de los pacientes y se obtendrá de la revisión de los Expedientes Clínicos y Hojas de Enfermería, completándola con los reportes de confirmación diagnóstica del Laboratorio Clínico. La vía de notificación será del médico tratante a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital y ésta al Comité.

## **5. Información**

El Presidente del Comité enviará un Informe Mensual de las Actividades desarrolladas por este Comité al Titular de Salud de la Entidad (Anexo 3), con los resultados del cumplimiento de las funciones, así como de las medidas locales aplicadas para su conocimiento y evaluación y con el análisis y recomendaciones correspondientes, acompañado por el Reporte de Infecciones Nosocomiales del periodo (Anexos 7).

Este Informe será canalizado al Coordinador Estatal o Responsable designado de la Atención Hospitalaria, quien se encargará de concentrar y analizar la información por hospital. El resultado se hará del conocimiento del Titular de Salud en el Estado para que se apliquen las medidas conducentes.

El Secretario Estatal de Salud, informará a las instancias normativas federales, con la periodicidad que estas definan. En el caso de la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud enviará un resumen ejecutivo en forma cuatrimestral (Anexo 4), con los aspectos relevantes de la operación de este Comité en los hospitales de la Entidad, con la evaluación del funcionamiento, el análisis y las medidas tomadas para el control de las desviaciones, así como del seguimiento a las recomendaciones.



ANEXO 7

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**NOTIFICACIÓN DE INFECCIÓN EN EL HOSPITAL**

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

MÉDICO ADSCRITO: \_\_\_\_\_ PACIENTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ DÍAS DE ESTANCIA: \_\_\_\_\_ CÉDULA \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

FECHA DEL REPORTE DE LA INFECCIÓN \_\_\_\_\_ COMENTADO EN EL COMITÉ: \_\_\_\_\_

Médico responsable (nombre completo) \_\_\_\_\_

INFECCIÓN:

Fecha de detección \_\_\_\_\_

Cuadro Clínico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resultado estudios bacteriológicos: \_\_\_\_\_

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

Terapéutica empleada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre (completo) y firma de quien elaboró el informe \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL MICROORGANISMO CAUSAL**

TRATAR DE IDENTIFICAR EL ORIGEN PROBABLE MICROORGANISMO	INFECCIÓN ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL	
	SI	NO
Propio (endógeno) Otros (exógeno) Desconocido (idiógeno)		

**EGRESO DEL HOSPITAL** Fecha: \_\_\_\_\_

Evolución intrahospitalaria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico de egreso: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**INFORME MENSUAL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES**

**Servicios Estatales de Salud en:** \_\_\_\_\_

**Unidad Hospitalaria:** \_\_\_\_\_ **Periodo que informa:** \_\_\_\_\_

- Total de Egresos en el mes que se reporta: \_\_\_\_\_
- 
- Total de Infecciones Nosocomiales: \_\_\_\_\_
- 
- Tasa de Mortalidad General: \_\_\_\_\_
- 
- Tasa de Mortalidad por Infecciones Nosocomiales: \_\_\_\_\_
- 
- Días de Estancia Hospitalaria General: \_\_\_\_\_
- 
- Días de Estancia Hospitalaria por cada caso de infección: \_\_\_\_\_
- 
- Tasa promedio de infecciones nosocomiales de la unidad: \_\_\_\_\_
- 
- Promedio de estancia en los casos de infección: \_\_\_\_\_
- 
- Tasa de defunción de estos casos en relación con el resto del hospital:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Análisis e interrelación del impacto de esta patología en los indicadores de salud.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Director del Hospital

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Epidemiología

De conformidad con lo establecido por el Programa de Red de Hospitales de Vigilancia Epidemiológica

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES**

**Introducción**

Las infecciones nosocomiales endémicas y epidémicas, figuran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de los pacientes hospitalizados. Por lo general, dichos daños obligan a prolongar el internamiento, suben claramente el costo del tratamiento y se convierten con frecuencia en un riesgo potencial para la comunidad hospitalaria.

El riesgo de difusión intrahospitalaria de infecciones, que a veces se transmiten de un solo hombre - paciente, visitante o trabajador- a los demás, e incluso al personal del establecimiento, puede disminuirse si se toman medidas preventivas convenientes, si se hace la vigilancia adecuada y si se realiza una investigación organizada.

Los estudios estadísticos efectuados en nuestro medio han permitido señalar que la proporción de pacientes que adquieren infecciones en el propio hospital oscila entre 3 y 15 por ciento.

A continuación se expone el problema y las medidas a considerar como acciones de prevención para el personal, para los visitantes y para los pacientes.

**Personal**

El incremento de personal en el hospital ha originado que exista potencialmente, un mayor número de posibilidades de transmitir infecciones. No es raro que médicos y enfermeras, en plena etapa aguda de una enfermedad respiratoria continúen atendiendo enfermos, muchos de éstos con padecimientos graves y con estados de menor resistencia a las infecciones.

Las infecciones, al parecer, son más frecuentes entre el personal que labora directamente en los servicios médicos, porque como está en relación con enfermos y fuentes de infección como jeringas, equipos de cirugía, desechos diversos, etc. Para evitar lo anterior, el médico y la enfermera deben recurrir a la asepsia en forma metódica y adecuada, el procedimiento más importante para prevenir infecciones en los hospitales es el lavado de manos del personal, aún usando guantes, pues un elevado número de ellos se perforan durante las intervenciones, curaciones, etc.

Todo hospital requiere un Programa de Salud Integral para su personal: examen médico de admisión que comprenda estudio clínico, radiografía de tórax, reacción de Mantoux, serología sanguínea, frotis de exudado faríngeo, examen de heces fecales y análisis de orina e inmunizaciones según sea el caso.

El personal que trabaja en áreas de "alto riesgo": como quirófanos, tococirugía, recuperación, cuidados intensivos, cuneros, banco de leches, laboratorio de análisis clínicos, urgencias, central de esterilización, alimentación, lavandería, debe ser examinado periódicamente para comprobar que no padece ni es portador de enfermedades infecciosas: Estafilococcias, Estreptococcias, ciertos padecimientos dermatológicos, Enteritis, Hepatitis, Salmonelosis y Shigelosis.

Es obligación del Comité corroborar que los empleados que tienen más de una ocupación, no expongan la salud de otras personas, ya que no es raro que existan problemas cuando una enfermera trabaja una jornada en los servicios de urgencia de un hospital y otro turno en el cunero de otro nosocomio; o que un técnico de autopsias presta también sus servicios en un departamento de dietética, por mencionar alguno.

Los Vocales del Comité, que son los Jefes de Servicios Médicos y Paramédicos o personal responsable designado deben conocer y controlar al personal que está en contacto con familiares que padecen infecciones.

## **Visitantes**

El número de visitantes (familiares, profesores, estudiantes, vendedores) de los hospitales ha aumentado y poco se ha logrado para prevenir que se adquieran infecciones durante la visita; aparte de prohibir la entrada de niños para evitarles que adquieran alguna infección; raras veces se recomienda no efectuar visitas prolongadas o abstenerse de hacerlas cuando el paciente presenta una infección.

En estos casos una explicación a los familiares referente a la enfermedad del paciente, las razones de aislamiento y el papel de la familia en la curación, prevención y control de la enfermedad, ayudará.

Una norma médico-administrativa debe comprender la vigilancia de la salud de ciertos visitantes, estudiantes en particular, semejante a la del personal que tiene contacto con enfermos infectocontagiosos. Mientras este eslabón del control de infecciones sea débil, son nulos otros procedimientos.

## **Pacientes**

En la prevención y control de infecciones nosocomiales, cada departamento del hospital debe ajustarse al Manual de Procedimientos de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), para romper alguno de los eslabones de la dinámica ecológica de infecciones: fuentes de microorganismos, vías de diseminación y tejidos o huéspedes susceptibles.

A continuación se describen los factores ecológicos que favorecen las infecciones en los pacientes por servicio:

*Consulta Externa y Servicio de Urgencias.* El número de pacientes de estos servicios, sobrepasa al de pacientes hospitalizados; los primeros constituyen un peligro de infección, ya que durante su permanencia en las salas de espera o en los consultorios, sus gérmenes pueden ser diseminados rápidamente a otros pacientes, visitantes y personal, y por lo tanto, a la comunidad hospitalaria; de aquí que la limpieza y aseo de consultorios, cubículos de observación, equipo y mobiliario, deben guiarse por los procedimientos de limpieza profunda. Estos mismos procedimientos deben aplicarse también a los locales de radiología, admisión, fisioterapia y sanitarios.

*Salas de hospitalización.* Este servicio y Cuidados Intensivos, deben considerarse áreas para aislamiento de pacientes, con lo cual se evita el contacto con otros pacientes y se favorece el control.

El uso excesivo e inadecuado de antibióticos para el tratamiento o prevención de infecciones ha dado lugar a cepas microbianas resistentes e infecciones secundarias dentro del hospital, las cuales a su vez han sido llevadas a la comunidad. Para evitar este problema, los médicos deben fomentar el empleo racional de los antibióticos, escogiéndolos según efectividad, espectro, dosis y tiempo de aplicación.

Un ejemplo del abuso de antibióticos se presentó con la aplicación de las penicilinas sintéticas que provocaron "epidemias" de infecciones hospitalarias por estafilococos, microbios oportunistas como coliformes: (*Escherichia coli*, *Klebsiell*, *Serratia* y *Enterobacter*) y especies de *Pseudomonas* y *Proteus*, que surgieron como patógenos; en teoría, los estudiosos de la ecología microbiana podrían haber predicho esto, al igual que lo que ha ocurrido con ciertos hongos (*Candida* o *Monilia*) y protozoarios.

Hay situaciones que facilitan el desarrollo de infecciones como la radioterapia prolongada, el uso de derivados de la cortisona, las drogas inmunosupresoras y el suero antilinfocítico.

En especial en casos de pacientes en aislamiento, terapéutica intensiva, prematuros y cuneros, se debe tener en cuenta lo siguiente: exámenes periódicos al personal, ropas protectoras, lavado de las manos, instrumentos y otros materiales, ropa blanca, eliminación de excretas, suministro de alimentos, muestras de laboratorio, documentos clínicos, soluciones desinfectantes que permitan completar las acciones del lavado.

En cuanto al personal, la atención del enfermo debe limitarse a un grupo mínimo de médicos y enfermeras, debidamente preparados, no debe utilizarse personal poco capacitado. Todo el personal que trate a pacientes con infecciones graves debe portar bata, guantes, cubrebocas, gorros, botas; este tipo de artículos de preferencia deben ser desechables, o bien sometidos a lavado y esterilización.

En cuanto al lavado de manos es necesario vigilar que se haga siempre antes de atender a cada uno de los pacientes y después de haber estado en contacto con enfermos o material contaminado. Los lavabos deben estar cerca de los lugares de atención (Cunero patológico, terapias intensivas, áreas de aislamiento, etc.). Se recomienda la utilización de jaboneras mecánicas, llaves manipulables con la rodilla, codo o pie, y salidas de agua tipo cuello de ganso y toallas de papel desechable.

Cada enfermo deberá tener su propio termómetro que se encuentre en un recipiente que contenga desinfectante a la cabecera de la cama. Los esfigmomanómetros y los estetoscopios no deben salir del Sector de Aislamiento, los cuales se pueden descontaminar entre un uso y el siguiente enjuagándolos en solución desinfectante.

Las ropas del paciente y de cama se deben colocar en bolsas de plástico y se concentran para ser esterilizadas por autoclave o ebullición antes de lavarlas. Es necesario que los pacientes en las áreas de aislamiento cuenten con retretes independientes, si no deberán usar cubiertas sobre los asientos, debiendo tratarse en su caso con desinfectantes.

Los utensilios y vajilla usados por los pacientes se lavarán y desinfectarán dentro del área de aislamiento. Los alimentos no consumidos deberán considerarse como infecciosos y serán eliminados como tales. Las muestras de laboratorio se tomarán con las debidas precauciones, así como su transportación, estudio y su eliminación siempre será después de inactivación química.

Los documentos clínicos no deberán salir del área de aislamiento. En cuanto a las soluciones desinfectantes se puede recurrir a hipoclorito de sodio, fenol, yodo y formol. El periodo de aislamiento debe basarse en estudios de laboratorio y restablecimiento clínico.

Como lo expresa el siguiente cuadro, en pacientes con resistencia alterada a infecciones por presentar leucemia aguda, trasplante de médula ósea, quemaduras, quimioterapia, deficiencias en los procesos inmunológicos, trasplante de órganos, radioterapia, anemia aplásica, etc., se deben extremar los cuidados:

**Pacientes con enfermedades de alto riesgo:**

- Leucemia
- Linfoma
- Carcinoma
- Leucopenia (menos de 1000 leucocitos/mm<sup>3</sup>)
- Enfermedades Vasculares de la Colágena
- Dermatosis cuyo diagnóstico implique tratamiento con esteroides
- Transplante de Órganos
- Hepatitis
- Pacientes en inmunosupresión farmacológica.

**Pacientes a quienes se practicaron procedimientos y operaciones:**

- Cirugía que requiera anestesia general
- Traqueostomías
- Derivaciones de líquido cefalorraquídeo
- Cateterizaciones diversas
- Alimentación parenteral
- Asistencia respiratoria
- Heridas o úlceras de decúbito
- Arteriografías y mielografías.
- Todos los procedimientos diagnósticos invasores.

**Todos los nacientes hospitalizados durante más de una semana**

Fuente:

Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales, 1998.

Manual de

*Laboratorio de Análisis Clínicos.* Las actividades del laboratorio están encaminadas a aislar e identificar en los pacientes los gérmenes y determinar y catalogar su sensibilidad a los antibióticos; esta información puede ser la base para hacer cambios en la profilaxis y terapéutica. El laboratorio puede efectuar, además, revisiones bacteriológicas de esterilizadores, soluciones endovenosas, fórmulas infantiles, pisos, vaporizadores, equipos de anestesia, aparatos de presión positiva intermitente, tanques de Hubbard, máquinas para fabricar hielo, cocina, etcétera. Los muestreos de aire hechos en las áreas de "alto riesgo," pueden aportar datos acerca de las fuentes y reservorios. Es indispensable verificar que se realiza la inactivación química de los materiales que utilizan.

*Quirófanos y Tococirugía.* Los procedimientos quirúrgicos y obstétricos exigen el grado máximo de antisepsia, en particular en las intervenciones prolongadas, en que la flora tanto residente como la pasajera, introducida en las heridas por las manos del personal, pueden producir infecciones en los pacientes. Deben considerarse como fuentes contaminantes el instrumental mal esterilizado, una deficiente limpieza de la piel, inadecuado uso de cubrebocas, la perforación de guantes, la circulación inadecuada del personal dentro de las áreas quirúrgicas.



*Central de Esterilización.* Una parte importante en la prevención de infecciones en los pacientes la tiene la central de esterilización, donde no deben descuidarse la asepsia, antisepsia e higiene. Ciertos artículos, instrumental y equipo médico predisponen a las infecciones al dañar las barreras epiteliales y mucosas, favorecer el crecimiento de microorganismos, servir como reservorios, impedir los mecanismos de defensa del huésped y contagiar directamente al paciente. Ha habido epidemias intrahospitalarias por gérmenes gram negativos relacionadas con material médico, en particular con catéteres urinarios, equipos de transfusión, equipo de hemodiálisis, equipo de inhaloterapia y de ventilación pulmonar.

*Servicio de dietética.* Con frecuencia es un problema contar con víveres dignos de confianza desde el punto de vista microbiológico para los pacientes; para evitar dicho problema se recurre a medios como: almacenes adecuados, que protejan los alimentos de insectos, roedores y aguas servidas; temperaturas apropiadas en los refrigeradores, hornos, planchas de vapor y carros-termo; además es esencial la educación del personal de dietética con objeto de evitar epidemias de origen alimentario; una de cada tres personas, anualmente, padece intoxicaciones provocadas por alimentos.

Una fuente de infección puede provenir del agua, su pureza debe comprobarse rutinariamente, a través de la identificación del cloro residual; por otra parte, estudios bacteriológicos de bebederos, jarras y vasos de los enfermos han demostrado que si no se practica la limpieza, los pacientes beben agua contaminada con gérmenes provenientes de personal y otros enfermos. Asimismo, el cambio rutinario de agua de jarras y mantenerlas cubiertas con tapa.

*Servicio de Intendencia.* Decirle al personal de limpieza qué debe hacer y cómo hacerlo, no es suficiente. Para prevenir infecciones debe conocer el por qué de las cosas; si no es así, pondrán en peligro a pacientes, a ellos mismos y habrá con frecuencia infecciones llevadas del hospital a la comunidad, y viceversa. En particular debe ponerse atención a las áreas identificadas como blancas y grises, en donde la limpieza del piso debe hacerse con desinfectantes y empleo de trapeadores específicos por área.

La disposición de basuras: El hospital es responsable de la disposición de apósitos usados, líquidos, tejidos y otros desechos humanos para lo cual deben observarse las disposiciones señaladas por la Norma Ecológica de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.

Los hospitales, en sus funciones de limpieza, usan grandes cantidades de detergentes, desinfectantes, antisépticos y sanitizadores; uno de los problemas de su uso estriba en las consecuencias posteriores de su empleo, ya que pueden favorecer el desarrollo de ciertos microorganismos patógenos, situación que debe preverse.

*Lavandería y Ropería.* La ropa sucia debe retirarse a temprana hora de los siguientes servicios: Salas de Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Prematuros y Servicio de Infectología a través de los cuartos de ropa sucia e

inmediatamente de que se desocupen las Salas de Cirugía y Tococirugía. Es recomendable que el cuarto destinado a la ropa sucia tenga dos accesos, uno de ellos con tapa de cierre hermético (la que recibe la ropa sucia proveniente de servicios).

Otra forma de que llegue la ropa sucia desde los pisos altos a la lavandería es recurriendo a ductos, los que en ocasiones presentan problemas por mal uso de los mismos en cuanto a utilización para otros fines (envío de basura), cierre incompleto de las bocas alimentadoras, incendios en los mismos, creación de corrientes de aire, mezcla de ropa contaminada y ropa menos contaminada, etcétera; todo esto favorece la presencia de infecciones, por lo que no se recomiendan.

El manejo de ropa sucia y ropa limpia debe considerarse bajo dos aspectos: la existencia de lavandería dentro del hospital y el lavado de ropa en el exterior, esta última situación hace difícil comprobar que sea manejada adecuadamente, desde el punto de vista microbiológico, pudiendo poner en riesgo a pacientes y trabajadores; en cualquier caso, la poca resistencia de los pacientes a las infecciones y al contacto directo del personal del hospital y de la lavandería con la ropa, exige tomar medidas sanitarias. Cada hospital debe enviar la ropa sucia a la lavandería en bultos cerrados y membretados específicamente.

*Servicio de Mantenimiento.* El departamento de mantenimiento tiene un papel importante en la prevención de infecciones, su personal debe practicar la higiene y la asepsia ya que se ha visto, por ejemplo que los trabajadores reparan retretes, después arreglen un equipo en áreas blancas (Salas de Cirugía), sin cambiarse ropa ni lavarse las manos.

Este departamento debe ocuparse también de que el hospital cuenten con cañerías funcionales y adecuadas, así como, de efectuar las acciones de mantenimiento en los sistemas complementarios para el manejo del agua potable.

*Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH):* El hospital puede realizar una mejor vigilancia epidemiológica y un mejor control y prevención de enfermedades transmisibles dentro y fuera del hospital, si cuenta con un departamento de medicina preventiva; sus funciones deben realizarse con el apoyo de otros departamentos, que conforman el Comité. El campo de acción de la UVEH es: La promoción de la salud, educación sanitaria, control de enfermedades transmisibles (aislamiento, notificación, técnicas para el cuidado de enfermos infecciosos), vigilancia en la esterilización de material y equipo, realización de estudios epidemiológicos, control de susceptibles, control de portadores, control sanitario de alimentos, control de manejadores de alimentos, control de fauna transmisora; abastecimiento de agua potable, eliminación de excretas y basura; investigación bacteriológica del ambiente; saneamiento atmosférico y determinación de características arquitectónicas específicas. En relación a este último punto, la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de prevención y control se facilita si hay una planeación y diseño arquitectónico que tome en cuenta: materiales de construcción; instalaciones para agua, alcantarillado, ventilación, basura y ropa; áreas de los servicios específicas, distribución de los departamentos de "alto riesgo" y de las áreas no restringidas, semirrestringidas y restringidas.

Referencias bibliográficas

1. Wéba AHW- Las infecciones hospitalarias, amenaza permanente para los Enfermos y el personal médico. Crónica de la OMS, 31:73-76, 1977
2. Walter ES: Infections related to medical devices. Annals of Internal Medicine. 89:764-769, 1978

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES**

De acuerdo a lo establecido en el Manual de Vigilancia Epidemiológica, se describen a continuación los criterios a considerar en los distintos procesos infecciosos de ocurrencia hospitalaria, anotando la codificación correspondiente a la X Clasificación Internacional de Enfermedades.

**1. INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO:** CIE X (J00, J01, J06. H65.0, H65.1, H66.0) (J12-J18, J20, J86.9, J98.5).

Cuando se trate de infecciones virales, bacterianas o por hongos, deben tomarse en cuenta los periodos de incubación, para su clasificación como intra o extrahospitalario, las Infecciones bacterianas nosocomiales pueden aparecer desde las 48 a 72 horas del ingreso del paciente, y las micóticas después de los 5 días de estancia, aunque puede acortarse el tiempo debido a los procedimientos invasivos y a la terapia intravascular.

- **Infecciones de Vías Respiratorias Altas:** CIE X (J00, J01, J06, H65.0, H66.0).
- Rinofaringitis y faringoamigdalitis CIE-10 (J00 y J06.8).
- Otitis media aguda. CIE X (H65.0, H65.1, H66.0).
- Sinusitis aguda. CIE X (J01).
  
- **Infecciones de Vías Respiratorias Bajas:** CIE X (J12-J18, J20, J86.9, J98.5).
- Neumonía: CIE-X (J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18).
- Bronquitis, traqueobronquitis, traqueitis: CIE X (J20).
  - Empiema: CIE-X (J86.9).
  - Mediastinitis: CIE-X (J98.5).

**2. INFECCIONES CARDIOVASCULARES.**

- Endocarditis: CIE X (I33).
- Pericarditis: CIE-X (I30).

**3. DIARREA** CIE X (A01 -A09).

**4. INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS:** CIE X (N39.0), particularmente las producidas por *Candida* spp.

**5. INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.**

- Encefalitis: CIE-X (G04).
- Absceso Epidural o Subdural: CIE-X (G06.2).
- Absceso Epidural: CIE X (G06.2).
- Meningitis: CIE-X(G00, G01, G02, G03).
- Ventriculitis. CIE X (G04.9).

**6. INFECCIONES OCULARES:** Conjuntivitis: CIE-X (H10.9).

**7. INFECCIÓN DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS** CIE X (L00, 1.01. L02, L03).

**8. BACTEREMIAS: CIE-X (A49.9).**

- Bacteremia primaria: Se define como la identificación en hemocultivo de un microorganismo en pacientes hospitalizados o dentro de los primeros tres días posteriores al egreso con manifestaciones clínicas de infección, en quienes no es posible identificar un foco infeccioso que explique los síntomas.
- Bacteremia secundaria: Es la que se presenta con síntomas de infección localizados a cualquier nivel, con hemocultivo positivo. Se incluyen aquí las candidemias y las bacteremias secundarias a procedimientos invasivos tales como la angiografía coronaria, colecistectomías, hemodiálisis, cistoscopías y colangiografías. En caso de contar con la identificación del microorganismo de sitio primario, debe ser el mismo que el encontrado en sangre. En pacientes que egresan con síntomas de infección hospitalaria y desarrollan bacteremia secundaria, ésta deberá considerarse nosocomial independientemente del tiempo de egreso.

**9. INFECCIONES EN SITIO DE INSERCIÓN DE CATÉTER, TUNEL O PUERTO SUBCUTÁNEO.** Si se documenta bacteremia, además de los datos locales de infección, deberá considerarse que se trata de dos episodios de infección nosocomial y reportarlo de esta forma.**10. FLEBITIS: CIE X (180).****11. INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA.** Para definir el tipo de infección postquirúrgica debe tomarse en cuenta el tipo de herida de acuerdo con la clasificación de los siguientes criterios:

- **Limpia:** Cirugía efectiva con cierre primario y sin drenaje, No traumática y no infectada, Sin ruptura de la técnica aséptica, no se invade el tracto respiratorio, digestivo ni genito-urinario.
- **Limpia contaminada:** La cirugía se efectúa en el tracto respiratorio, digestivo o genito-urinario bajo condiciones controladas y sin una contaminación inusual: Apendicectomía no perforada, cirugía del tracto genito-urinario con urocultivo negativo, cirugía de la vía biliar con bilis estéril, rupturas en la técnica aséptica sólo en las cirugías contaminadas, drenajes (cualquier tipo).
- **Contaminada:** Herida abierta o traumática, salida de contenido gastrointestinal, omisiones en la técnica de asepsia, incisiones en tejido inflamado sin secreción purulenta, cuando se entra al tracto urinario o biliar y cuando la orina o la bilis están infectados.
- **Sucia o infectada:** Herida traumática con tejido desvitalizado, cuerpos extraños, contaminación fecal con inicio de tratamiento tardío o de un origen sucio, perforación de víscera hueca, Inflamación e infección aguda (con pus), detectadas durante la intervención.
- **Infección de herida quirúrgica incisional superficial:** Ocurre en el sitio de la incisión dentro de los 30 días posteriores a la cirugía y que solamente involucra piel y tejido celular subcutáneo del sitio de la incisión.
- **Infección de herida quirúrgica incisional profunda:** Es aquella que ocurre en el sitio de la incisión quirúrgica y que abarca la fascia y el músculo, ocurre en los primeros 30 días después de la cirugía si no se colocó implante, o dentro del primer año si se colocó implante.
- **Infección de órganos y espacios:** Involucra cualquier región (a excepción de la incisión que se haya manipulado durante el procedimiento quirúrgico). Ocurre en los primeros 30

días después de la cirugía sí no se colocó implante, o dentro del primer año sí se colocó implante.

- 12. PERITONITIS NO QUIRÚRGICA:** CIE X (K65).  
El diagnóstico se realiza tomando en cuenta el antecedente de diálisis peritoneal, peritonitis autógena o de paracentesis diagnóstica.
- 13. ENDOMETRITIS.** CIE X (N71.0).
- 14. INFECCIONES TRASMITIDAS POR TRANSFUSIÓN O TERAPIA CON PRODUCTOS DERIVADOS DEL PLASMA:** CIE X (A04.6, A23, A53.9, A78, B20-24, B25.9, B34.3, B34.9, E54, B55, B57, B58, B60).  
Se consideran todas las enfermedades infecciosas potencialmente transmitidas por estas vías, sean secundarias a transfusión o al uso de productos derivados del plasma, independientemente del lugar en donde se haya utilizado el producto, con base en las definiciones del caso referidas en Proyecto de NOM-017-SSA2-1994, la NOM-003-SSA2-1993 y la NOM-010-SSA2-1993.
- 15. INFECCIÓN TRASMITIDA POR PRODUCTOS HUMANOS INDUSTRIALIZADOS (DE ORIGEN NO SANGUINEO) O POR INJERTOS U ÓRGANOS TRASPLANTADOS.** CIE X (A81.0, A82, B01, B05, B16, B1-,!, B20-24, B25.9, B34.3, B34.9).
- 16. ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS.** CIE X (B01, B05, B06).  
Se incluyen las referidas en el Sistema Activo de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Exantemáticas del Sistema Nacional de Salud. Se consideran aquellos pacientes que tengan el antecedente de contacto hospitalario, tomando en cuenta los periodos de incubación de cada una de las enfermedades.
- **Varicela:** CIE X (B01.9).
  - **Sarampión:** CIE X (B05.9).
  - **Rubéola:** CIE X (1306.9).
  - **Escarlatina:** CIE X (A38).
  - **Exantema Súbito:** CIE X (808.2).
- 18. FIEBRE POSTOPERATORIA:**  
Fiebre que persiste más de 48 horas después de la cirugía, en la que no se documenta foco infeccioso y recibe terapia antimicrobiana.
- 19. TUBERCULOSIS:** Se considerará infección nosocomial, en aquellos casos en que exista el antecedente de infección en el hospital.

**COMITÉ DE MORTALIDAD HOSPITALARIA,  
MATERNA Y PERINATAL**

**COMITÉ DE MORTALIDAD HOSPITALARIA,  
MATERNA Y PERINATAL**

**Introducción**

De conformidad con las recomendaciones del Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal y las acciones de coordinación de la Dirección General de Salud Reproductiva, se ha creado el Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal para el análisis de los casos de mortalidad de este tipo, que se presentan en las unidades hospitalarias del Sector Salud con base en el Acuerdo Secretarial No. 127, aplicando una metodología uniforme que permita determinar las causas que originan el fallecimiento de los pacientes, mujeres y niños (en particular durante el proceso de gestación), así como proponer soluciones aplicables tanto en la unidad médica donde surgió el evento como en las áreas en donde se atendió al binomio madre-hijo.

La operación sistemática del Comité permite resolver problemas como el subregistro, propiciar la disminución de las tasas actuales de mortalidad, al contribuir a identificar las causas y adoptar las medidas preventivas correspondientes y con ello, fomentar la enseñanza y la investigación.

La Secretaría de Salud ha dispuesto que se instale este Comité en todas las unidades hospitalarias en donde se atiende a mujeres gestantes y/o su producto y se realice la captación, análisis y reporte de la información, lo que redundará en beneficio de la atención materno-infantil.

Dentro de este contexto, la Mortalidad Hospitalaria General se adscribe como responsabilidad de este Comité.

## **1. Definición del Comité**

El Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal es el responsable de analizar y correlacionar la causalidad de la mortalidad hospitalaria en general, la materna y perinatal en particular y establecer estrategias específicas para su reducción, previsibilidad y evitabilidad.

Por la naturaleza de este Comité, se debe manejar una completa discrecionalidad, no está autorizado divulgar datos en relación a un caso estudiado, ni puede formular responsabilidades personales, ni dar a conocer a personas ajenas los nombres de las personas que intervinieron; su papel es estrictamente científico y confidencial.

El Comité no tiene autorización para recomendar o intervenir en acciones que puedan perjudicar a la unidad o personas que intervinieron en un caso de muerte materna o perinatal.



El Comité debe vigilar permanentemente que la atención que se brinda a los pacientes usuarios sea oportuna, con calidad, de acuerdo a procedimientos establecidos en la normatividad, evitando la presencia de factores que inciden en obstaculizar la atención como la falta de medicamentos, fallas en el equipo, contaminaciones, idiosincrasias, etc.

El Comité debe mantener una estrecha relación de trabajo con los demás Comités, con otras unidades de diferente complejidad y apoyarse en la referencia de pacientes, definir sus niveles de previsibilidad con base en acciones de fomento de la salud.

#### Definiciones Específicas

**Tasa Bruta de Mortalidad Hospitalaria:** Es el total de defunciones en pacientes hospitalizados en un período determinado, su valor esperado es del 5 por cada 100 egresos con un rango aceptable del 3 al 6 y permite conocer el total de defunciones en pacientes hospitalizados en un período determinado.

**Tasa ajustada de Mortalidad Hospitalaria:** Se refiere a los fallecimientos que suceden después de 48 horas del ingreso de los pacientes al hospital. Este indicador es más preciso que la Tasa Bruta de Mortalidad para valorar la calidad de la atención.

**Muerte Materna:** Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y lugar de éste, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, excepto por causas accidentales o incidentales.

**Mortinato o Nacido Muerto:** Es todo aquel producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más, que después de concluir su separación del organismo materno no respira ni manifiesta otros signos de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

Nota: Para conocer y aplicar las fórmulas que permitan obtener las tasas, es necesario consultar el Manual para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal. Editado por la Dirección General de Salud Reproductiva.

## 2. Objetivo

Reducir los índices de Mortalidad General, Materna y Perinatal del Hospital, determinando los factores causantes o concurrentes en el hecho, que contribuyan a explicar la naturaleza de las muertes, si es posible su previsibilidad y evitabilidad en la forma más objetiva posible; así como, contar con estadísticas confiables y comparables de Mortalidad General, Materna y Perinatal ocurrida en el área de influencia del hospital y de las Jurisdicciones Sanitarias.

### 3. Organización

Es responsabilidad del Titular de los Servicios Estatales de Salud instalar y hacer que operen los Comités para el Estudio de la Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal en todas las unidades hospitalarias del Sistema Estatal de Salud y establecer las acciones específicas que contribuyan directamente a la disminución del número de casos y de las Tasas de Mortalidad Materna y Perinatal.

#### 3.1 Integración del Comité

Presidente:	Director de la Unidad.
Coordinador:	Subdirector Médico en hospitales de 60 camas y más. Jefe de Hospitalización y Enseñanza en hospitales de menos de 60 camas.
Secretario:	Jefe o Responsable del Servicio de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia o Pediatría.
Vocales:	Jefe o Responsable de los Servicios de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Neonatología (cuando exista en la unidad) y Cirugía General; Jefe de Anatomía Patológica, Jefe del Laboratorio de Análisis Clínicos, Jefe de Enfermeras, Jefe de Enseñanza e Investigación, Jefe de Residentes, Jefe de Ingeniería y Mantenimiento, o personal designado, responsable de los servicios en los hospitales de menos de 60 camas y el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.

#### 3.2 Funciones

##### Del Comité:

- Realizar el estudio y la evaluación de las acciones aplicadas de todo caso de muerte hospitalaria, de muerte materna y perinatal que ocurran en la unidad, determinando los factores causantes o concurrentes, así como la previsibilidad y evitabilidad.
- Determinar la naturaleza de los factores previsibles, codificándolos con criterios uniformes.
- Propiciar y fomentar la educación del médico general y del especialista, así como de todo el personal involucrado en la atención de los casos obstétricos y pediátricos o neonatales, con el propósito de elevar su nivel profesional y técnico.
- Mejorar la calidad de la atención de las diferentes especialidades que ofrece el hospital, y en particular, la obstétrica y perinatal.

- Revisar sistemáticamente los certificados de defunción valorando la calidad de su contenido, según los principios científicos, técnicos y éticos que aseguren el anonimato de las partes involucradas.
- Contribuir al estudio y reducción de la mortalidad en la comunidad con acciones de fomento a la salud y detección oportuna del daño.
- Propiciar y fomentar la educación médica continua entre el personal de la unidad.
- Identificar los niveles de previsibilidad de las defunciones hospitalarias.
- Garantizar el adecuado llenado de los cuestionarios confidenciales de muerte, dictamen, autopsia verbal y de información periódica en los casos conducentes de muertes hospitalarias, maternas, fetales y neonatales.
- En caso de muerte materna o perinatal, el Coordinador del Comité citará a los integrantes para analizar el reporte confidencial de cada caso.
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud y de protección específica en la madre gestante y su producto, a fin de evitar la presencia de patologías que conduzcan a la defunción.
- Establecer comunicación permanente con el Coordinador Estatal para informar de la problemática detectada, las medidas adoptadas para su solución inmediata y avance actual.
- Estimular el conocimiento de las NOM en el ámbito de su competencia y verificar su cumplimiento.

### **De los Miembros Integrantes del Comité:**

#### **Presidente:**

- Analizar la información recabada y detectar inconsistencias.
- Vigilar se apliquen los procedimientos de calidad en la atención, a fin de evitar omisiones que se traduzcan en actos de negligencia y iatrogenia que conduzcan a una muerte hospitalaria.
- Proponer al Comité alternativas para mejorar la calidad de la atención y para el logro de los objetivos.
- Verificar se mantenga una coordinación estrecha con otros Comités, para el estudio de la mortalidad general ocurrida en el hospital, particularmente con el de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales, Insumos y Calidad de la Atención.
- Tomar decisiones conforme a lo que el Comité en consenso haya recomendado para la ejecución de acciones pertinentes, para mejorar la calidad de la atención que disminuyan las muertes en el hospital.

- Mantener coordinación estrecha con los diferentes niveles de atención para facilitar el sistema de referencia y contrarreferencia de casos, que permita su ágil recepción a fin de evitar defunciones.
- Promover la difusión de educación para la salud en la madre gestante y su hijo, a fin de evitar defunciones.

**Coordinador:**

- Coordinar las acciones necesarias para que se lleve a cabo el estudio y la evaluación de cada uno de los casos de defunciones, con la finalidad de que se determine por el Comité los factores causantes o concurrentes, así como la previsibilidad y evitabilidad.
- Realizar con los integrantes del Comité, la revisión de certificados de defunción que fueron inadecuadamente llenados y retro informar a los Jefes o responsables de servicio.
- Verificar que en todo caso de defunción se elabore el Dictamen de Muerte y se asiente en el Expediente Clínico del paciente, así como la elaboración adecuada del Certificado de Defunción.
- Vigilar que se apliquen los procedimientos de registro de la defunción conforme lo indica la Comisión de Estudio de Mortalidad Materna y Perinatal.
- Convertir los resultados del Comité en instrumentos de enseñanza.

**Secretario:**

- Diseñar estrategias mediante las cuales sea posible obtener datos validados que se conviertan en estadísticas y en conocimiento de las causas y factores de evitabilidad de la mortalidad del hospital, particularmente de la materna y perinatal.
- Recabar la información y dictaminar el 100% de las muertes ocurridas en el hospital, para ser objeto de análisis por el grupo técnico.
- Presentar a los miembros del Comité todos los casos presentados por los Vocales (Jefaturas de Servicio, Estadística) para su análisis y evaluación.
- Preparar las recomendaciones y sugerencias técnicas decididas en consenso por el Comité para la corrección de los problemas detectados en las defunciones analizadas, en particular de las muertes previsibles o evitables.

## **Vocales:**

- Coordinar el adecuado llenado de los cuestionarios confidenciales de muerte, el dictamen, la autopsia verbal y la información periódica en los casos de muerte materna, perinatal y hospitalaria.
- Promover la elaboración de estadísticas epidemiológicas hospitalarias sobre la determinación de tendencias en defunciones, por servicios, grupos etáreos, causas, factores condicionantes y variaciones locales.
- Fortalecer la educación continua del personal médico y paramédico que favorezca una mejora en la calidad de la atención.
- Estudiar y valorar el subregistro de la mortalidad hospitalaria, materna y perinatal, para la determinación de las tasas de mortalidad respectivas.
- Proponer líneas de investigación para el estudio de problemas específicos en el ámbito de cobertura de la unidad hospitalaria.

## **4. Operación**

Dada la naturaleza del Comité, debe sesionar como mínimo una vez al mes, levantando un Acta de la Sesión Ordinaria con los acuerdos tomados y compromisos contraídos, haciendo mención de los asuntos pendientes que continúan con un seguimiento hasta su solución. En el Anexo 2.1 se presenta una relación con los posibles asuntos a tratar.

Mensualmente el Comité debe realizar un análisis y evaluación de los resultados y dar a conocer las tasas y causas de defunción, la problemática detectada con más frecuencia y demás datos que se consideren importantes, así como las alternativas de solución propuestas para disminuir la mortalidad en el hospital o en los servicios.

En el Departamento de Estadística, se archiva el Expediente Clínico completo de cada caso, en espera de la Sesión del Comité para su estudio y determinar las causas que produjeron la muerte, su clasificación y grado de previsibilidad o evitabilidad.

En los casos de muerte materna o perinatal, incorporar además el dictamen respectivo junto con el Expediente Clínico, el Reporte Post Mortem, exámenes clínicos practicados y copia del Certificado de Defunción.

Los datos obtenidos se deben utilizar como elementos estadísticos, técnico-médicos y epidemiológicos y de enseñanza, con manejo confidencial por los miembros del Comité.

Esta información permitirá establecer recomendaciones para la toma de decisiones y ejecutar acciones inmediatas que mejoren la atención en la unidad hospitalaria, así como en unidades de atención primaria a la salud del área de influencia del hospital, que refirieron a los pacientes y con ello contribuir a disminuir las tasas de mortalidad de la región, particularmente las de mortalidad materna y perinatal.

El Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal debe disponer de un archivo en donde guarde bajo su responsabilidad los expedientes con número progresivo de

cada caso de muerte hospitalaria, materna y perinatal registrada como lo disponen los lineamientos de la instancia federal correspondiente.

Elaborar un informe mensual del funcionamiento del Comité, corroborando su registro en el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

## **5. Información**

- El Presidente del Comité rendirá un Informe Mensual al Titular de los Servicios de Salud de la Entidad de los resultados del funcionamiento del Comité, para su conocimiento y evaluación.
- El Coordinador Estatal o Responsable designado de la Atención Hospitalaria, conjuntará los informes recibidos de cada unidad hospitalaria, que serán objeto de un análisis para que el Titular dicte las medidas complementarias ante la situación presentada.
- El Titular de los Servicios Estatales de Salud enviará un informe cuatrimestral a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud con sus comentarios, análisis, y logros obtenidos con las acciones implementadas.
- Se enviará también una copia el Informe Mensual y Cuatrimestral al Consejo Nacional de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal como se tiene establecido por esta entidad nacional por disposición oficial, para su conocimiento (Anexo 10).

**ANEXO 10**

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
COMITÉ NACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL  
INFORME MENSUAL DE MORTALIDAD MATERNA**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN O JURISDICCIÓN SANITARIA:  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
 ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD O DEL JEFE DE LA JURISDICCIÓN: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME 

--	--	--	--	--	--	--	--

2. ATENCIONES OBSTÉTRICAS (OCURRIDAS EN EL MES EN QUE SE INFORMA):

- |                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| PARTOS EUTÓCICOS                | ( ) |
| PARTOS DISTÓCICOS               | ( ) |
| CESÁREAS                        | ( ) |
| ABORTOS                         | ( ) |
| TOTAL DE ATENCIONES OBSTÉTRICAS | ( ) |

3. NÚMERO TOTAL DE NACIDOS VIVOS EN LA UNIDAD O EN LA JURISDICCIÓN
4. NÚMERO TOTAL DE MUERTES MATERNAS OCURRIDAS EN LA UNIDAD O JURISDICCIÓN
5. TASA DE MORTALIDAD MATERNA (DIVIDIR “3” ENTRE “4”, Y MULTIPLICAR POR 100 000).

**NOTAS IMPORTANTES:**

*En caso de que NO hubieran ocurrido MUERTES MATERNAS en la Unidad, pasar a conclusiones y recomendaciones. Si hubieran ocurrido MUERTES MATERNAS continuar con el llenado del formato.*

6. MOMENTO OBSTÉTRICO EN QUE OCURRIÓ LA MUERTE MATERNA:

- |      |                                 |     |
|------|---------------------------------|-----|
| 6.1. | DURANTE EL EMBARAZO             | ( ) |
| 6.2. | DURANTE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA: | ( ) |
|      | PARTO EUTÓCICO                  | ( ) |
|      | PARTO DISTÓCICO                 | ( ) |
|      | CESÁREA                         | ( ) |
|      | ABORTO                          | ( ) |
| 6.3. | DURANTE EL PUERPERIO            | ( ) |
|      | POSTPARTO EUTÓCICO              | ( ) |
|      | POSTPARTO DISTÓCICO             | ( ) |
|      | POSTCESÁREA                     | ( ) |
|      | POSTABORTO                      | ( ) |

7. MUERTES MATERNAS SEGÚN GRUPO DE EDAD:
- |                           |     |
|---------------------------|-----|
| MENOS DE 15 AÑOS          | ( ) |
| DE 15 A 19 AÑOS           | ( ) |
| DE 20 A 24 AÑOS           | ( ) |
| DE 25 A 29 AÑOS           | ( ) |
| DE 30 A 34 AÑOS           | ( ) |
| DE 35 A 39 AÑOS           | ( ) |
| DE 40 A 44 AÑOS           | ( ) |
| DE MAS DE 45 AÑOS         | ( ) |
| TOTAL DE MUERTES MATERNAS | ( ) |
8. DIAGNÓSTICOS DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA (Tomarlo directamente de Certificado de Defunción; Inciso "A", Apartado 17 "Causas del Fallecimiento"):
- CASO NO. 1 \_\_\_\_\_
- CASO NO. 2 \_\_\_\_\_
- CASO NO. 3 \_\_\_\_\_
- CASO NO. 4 \_\_\_\_\_
- CASO NO. 5 \_\_\_\_\_
9. NÚMERO DE CASOS DE MUERTE MATERNA DICTAMINADOS: \_\_\_\_\_
10. PORCENTAJE DE CASOS DE MUERTE MATERNA DICTAMINADOS: \_\_\_\_\_
11. NÚMERO DE CASOS DE MUERTE MATERNA SEGÚN TIPO DE CAUSA:
- MUERTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS \_\_\_\_\_
- MUERTES MATERNAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS \_\_\_\_\_
- MUERTES MATERNAS NO OBSTÉTRICAS \_\_\_\_\_
- TOTAL DE MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSA \_\_\_\_\_
12. PREVISIBILIDAD DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA:
- MUERTES MATERNAS PREVISIBLES POR DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_
- MUERTES MATERNAS PREVISIBLES PARA EL HOSPITAL \_\_\_\_\_
13. FACTORES PARTICIPANTES EN LOS CASOS DE MUERTE MATERNA:
- PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA \_\_\_\_\_
- OPORTUNIDAD DE LA DEMANDA POR LA USUARIA \_\_\_\_\_
- ATENCIÓN EN LA UNIDAD \_\_\_\_\_
- INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA \_\_\_\_\_
- FACTORES NO DEFINIDOS \_\_\_\_\_





**SISTEMA NACIONAL DE SALUD**  
**COMITÉ NACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD MATEMA Y PERINATAL**  
**INFORME MENSUAL DE MORTALIDAD PERINATAL**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN O JURISDICCIÓN SANITARIA  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_ JURISDICCIÓN \_\_\_\_\_  
FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME \_\_\_\_\_
2. NÚMERO TOTAL DE NACIDOS VIVOS EN LA UNIDAD O EN LA JURISDICCIÓN \_\_\_\_\_
3. NÚMERO DE MUERTES PERINATALES OCURRIDAS EN LA UNIDAD O JURISDICCIÓN:
  - 3.1 NÚMERO DE CASOS DE MUERTE FETAL \_\_\_\_\_  
DE 20 A 27 SEMANAS DE GESTACIÓN \_\_\_\_\_  
DE 28 Y MÁS SEMANAS DE GESTACIÓN \_\_\_\_\_  
TOTAL DE CASOS DE MUERTE FETAL \_\_\_\_\_
  - 3.2. NÚMERO DE CASOS DE MUERTE NEONATAL TEMPRANA DE ACUERDO AL TIEMPO DE SOBREVIDA:  
MENOS DE 60 MINUTOS \_\_\_\_\_  
DE UNA HORA A MENOS DE 12 HORAS \_\_\_\_\_  
DE 12 HORAS A MENOS DE 24 HORAS \_\_\_\_\_  
DE 24 HORAS A MENOS DE 48 HORAS \_\_\_\_\_  
DE 48 HORAS A MENOS DE 72 HORAS \_\_\_\_\_  
DE 72 HORAS A MENOS DE 168 HORAS (7 DÍAS) \_\_\_\_\_  
TOTAL DE CASOS DE MUERTE NEONATAL TEMPRANA \_\_\_\_\_
  - 3.3. NÚMERO DE CASOS DE MUERTE NEONATAL TARDÍA (7 A 28 DÍAS) \_\_\_\_\_
  - 3.4. TOTAL DE CASOS DE MUERTE PERINATAL: \_\_\_\_\_  
(SUMAR LOS CASOS DE MORTALIDAD 28 DÍAS ANTES Y 28 DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO)
  - 3.5. TOTAL DE CASOS DE MUERTE PERINATAL: \_\_\_\_\_
4. MUERTE DEL PRODUCTO EN RELACIÓN AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN:  
MUERTES ANTES DEL TRABAJO DE PARTO:  
MUERTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:  
MUERTES DESPUÉS DEL TRABAJO DE PARTO:

5. DIAGNÓSTICOS DE LOS CASOS DE MUERTE PERINATAL: Tomarlo directamente del Certificado de Defunción; inciso "A", Apartado 17 "Causas del Fallecimiento".

CASO No.1 \_\_\_\_\_

CASO No. 2 \_\_\_\_\_

CASO No.3 \_\_\_\_\_

CASO No. 4 \_\_\_\_\_

CASO No. 5 \_\_\_\_\_

6. NÚMERO DE CASOS DE MUERTE PERINATAL DICTAMINADOS:

7. PORCENTAJE DE CASOS DE MUERTE PERINATAL DICTAMINADOS:

8. PREVISIBILIDAD DE LOS CASOS DE MUERTE PERINATAL:

MUERTES PERINATALES PREVISIBLES POR DIAGNÓSTICO:

MUERTES PERINATALES EVITABLES PARA EL HOSPITAL:

9. FACTORES PARTICIPANTES EN LOS CASOS DE MUERTE PERINATAL

PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA:

OPORTUNIDAD DE LA DEMANDA POR LA USUARIA:

ATENCIÓN EN LA UNIDAD:

INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA:

10. DIAGNÓSTICOS DE LOS CASOS DE MUERTE PERINATAL (Tomar CASO POR CASO del punto "8" y anotar la conclusión del Comité en cada uno de ellos. El Comité podrá afirmar o no el diagnóstico anotado en el Certificado de Defunción; inciso "A", Apartado 17 "Causas del Fallecimiento").

	CAUSA	CLASIFICACIÓN X C.I.E.
CASO No. 1	_____	_____
CASO No.2	_____	_____
CASO No. 3	_____	_____
CASO No. 4	_____	_____
CASO No. 5	_____	_____

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL COMITÉ PARA EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL: Si es necesario utilizar hoja anexa.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ:

Presidente del Comité \_\_\_\_\_

Coordinador del Comité \_\_\_\_\_

Secretario del Comité \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

FUENTE: COMISIÓN NACIONAL DE ESTUDIO DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

**COMITÉ DE SEGURIDAD Y ATENCION MEDICA  
EN CASOS DE DESASTRE**



## V. COMITÉ DE SEGURIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE DESASTRE

### Introducción

La República Mexicana por su situación geográfica, se encuentra ubicada en una zona en la que anualmente se presentan fenómenos naturales hidrometeorológicos y en menor frecuencia tectónicos, que le generan graves daños por la pérdida de vidas humanas, afectación en el patrimonio y la salud de los habitantes. A éstos, se suman los provocados accidentalmente por el hombre que frecuentemente adquieren grandes proporciones.

Las unidades de salud deben estar preparadas para enfrentar situaciones repentinas de contingencias por desastres. Algunos acontecimientos del pasado reciente, demostraron su vulnerabilidad y sufrieron graves daños, consecuentemente se hizo necesario implementar acciones inmediatas para responder a la situación de emergencia.

Por ejemplo durante los sismos de 1985 en el Distrito Federal, perdieron la vida 1,107 personas en las instalaciones hospitalarias, se afectó la estructura arquitectónica de 13 hospitales, 3 se colapsaron y 10 presentaron daños que impidieron su funcionamiento, ocasionando la desaparición en menos de dos minutos de 5,139 camas censables ubicadas en unidades hospitalarias de alto nivel resolutivo, como lo reportan los Informes Oficiales.

Por los cambios climáticos, en los últimos años se ha registrado la presencia de huracanes con gran poder destructivo que han ocasionado intensas lluvias y el desbordamiento de los ríos, provocando inundaciones y graves daños a las comunidades, incluyendo las instalaciones de salud y dejando un fuerte saldo en defunciones, heridos y damnificados de varias Entidades Federativas.

Las anteriores situaciones hacen necesario establecer una planeación en los hospitales para enfrentar estados de emergencia, definir los criterios para el diseño médico arquitectónico de las futuras instalaciones de salud y realizar el acondicionamiento de las ya existentes, que permita ofrecer niveles de seguridad a sus trabajadores e incrementa la confianza de la población en su funcionamiento durante la presencia de situaciones de contingencias, tal y como lo tiene previsto el Acuerdo Secretarial Número 132 por el que se Ordena la Creación de Comités Hospitalarios de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre, con base en el Decreto por el que se aprueba el Programa de Protección Civil.

Ante los cada vez más frecuentes estados de emergencia por los que atraviesan las unidades médicas, la OMS-OPS a partir de 1996 conformó un Comité Internacional de Expertos, que emitieron lineamientos para el diseño de un Plan de Contingencias para estos casos y conforme a la situación particular alcanzada en cada estado, se pueda validar la seguridad de las instalaciones hospitalarias y otorgar un reconocimiento de "Hospital Seguro", basado en los estudios de vulnerabilidad estructural, no estructural y de organización. En el mismo año en nuestro país, se conformó una Comisión de

Dictamen integrada por representantes del CENAPRED, SSA, Protección Civil, universidades y escuelas de educación superior, ISSSTE, IMSS, DDF, PEMEX, Colegios de Ingenieros y Arquitectos.

Por ley, es necesario replicar esta estructura en el ámbito estatal para integrar la Comisión de Desastres del Estado con la representación de esas instituciones o sus equivalentes y efectuar la validación de "Hospital Seguro" y realizar la verificación, la cual debe ser ejecutada mediante el levantamiento de Acta Administrativa.

## **1. Definición**

El Comité de Seguridad y Atención Médica en casos de Desastre es el responsable de planear las acciones a desarrollar para el óptimo funcionamiento de la unidad hospitalaria y responder a la comunidad ante un estado de contingencia propiciado por un desastre natural o accidente ocurrido dentro del área de responsabilidad, de apoyo a otra unidad dañada e incluso una situación interna dentro de la unidad, que esté condicionando un fenómeno que pueda rebasar su capacidad habitual de atención.

El Comité debe identificar los factores de riesgo en el área de influencia, vigilar las condiciones de seguridad de las áreas de trabajo, e implementar los planes de contingencia para enfrentar situaciones de desastre, organizando la atención médica oportuna y aplicando las medidas necesarias para mitigar los daños a la salud de la población

Dentro del Plan de Contingencias, debe señalarse claramente la coordinación de actividades que se desarrollen antes, durante y después de la contingencia, tanto en la comunidad, como con otros grupos o Comités de Protección Civil.

## **2. Objetivo**

Lograr que la unidad hospitalaria mantenga las condiciones óptimas en los aspectos estructural, no estructural y organizacional, para otorgar atención médica eficaz y oportuna a los pacientes, al personal y a la comunidad, antes, durante y posteriores a la presentación de situaciones de contingencias por desastres.

## **3. Organización**

La Comisión Estatal de Desastres se debe reunir cuatrimestralmente y mantener informado al Titular de los Servicios Estatales de Salud sobre su desempeño y validación de los hospitales que así lo hayan demostrado.

El Comité Técnico Hospitalario de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastres debe instalarse en todas las unidades de Segundo Nivel de Atención de la Secretaría de Salud.

### 3.1 Integración del Comité

Presidente:	Director de la Unidad.
Coordinador:	Subdirector Médico en hospitales de 60 camas y más. Jefe de Hospitalización y Enseñanza en hospitales de menos de 60 camas.
Secretario:	Subdirector Administrativo o Administrador.
Vocales:	Responsables de: los Servicios de Atención Médica, Urgencias, Jefe de los Servicios o Responsable de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Jefe de Enfermería, Jefe de Trabajo Social, Jefe de Residentes y Jefe de Conservación y Mantenimiento, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria. Otros Integrantes: Jefe del Departamento de Policía, Jefe del Departamento de Bomberos, Titular de las Damas Voluntarias, Responsable de la Asistencia Social local (Albergues). En hospitales menores a 60 camas, los integrantes serán designados por el Director del Hospital.

### 3.2 Funciones

#### Del Comité:

- Establecer el Plan de Contingencia para cada situación de desastre detectada en el área de influencia del hospital, integrando con los diferentes Planes de Contingencia elaborados, el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre, haciéndolo del conocimiento de todo el personal.
- Reunir información sobre la estructura y equipamiento de la unidad, detectar las zonas de riesgo y seguridad y establecer estrategias de acción para reforzar áreas críticas de estructura y de equipo y estar en condiciones de enfrentar desastres y emergencias de diferentes tipos.
- Establecer las necesidades de equipamiento y suministros médicos, así como el apoyo logístico necesario para cada Plan de Contingencias.
- Coordinar la participación social organizada de la comunidad, tanto de autoridades como con el voluntariado, para el apoyo ante una situación de desastre o emergencia.



- Asignar dentro del Plan de Contingencias: Áreas apropiadas en la comunidad para la selección de pacientes (TRIAGE) y los accesos al hospital.
- Asignar en el hospital la ubicación de los servicios para reanimación cardio respiratoria y cirugía de urgencia con personal calificado que permita resolver la demanda masiva, en el caso de aplicarse un Plan de Contingencia.
- Asegurar el equipo necesario para la operación del Plan de Contingencia y establecer programas de verificación al funcionamiento del equipo fijo y de emergencia.
- Vigilar que se lleve a cabo una adecuada coordinación entre el personal para que se realice por procedimientos la selección de pacientes, clasificación y traslado, con las unidades médicas incluidas en la referencia de pacientes según su Nivel resolutivo.
- Definir con el Comité de Insumos las necesidades de equipamiento y suministros médicos, así como el apoyo logístico necesario para cada Plan de Contingencia.
- Evaluar críticamente cada paso aplicado en ejercicios de simulacro o de siniestro real, los resultados obtenidos a fin de estimar la situaciones imprevistas y corregir las deficiencias, dejando una memoria escrita que facilite a nuevos integrantes del Comité o funcionarios del hospital, el conocimiento de lo realizado.
- Informar a las autoridades inmediatas el resultado de los simulacros, o la presencia de cualquier acontecimiento para que se prevea en la ejecución del Plan de Contingencias.
- Difundir las Leyes, Reglamentos y NOM en el ámbito de su competencia y verificar su cumplimiento.

### **De los Miembros Integrantes del Comité:**

#### **Presidente:**

- Ser responsable de la instalación y funcionamiento del Comité.
- Establecer los mecanismos de coordinación con instituciones de salud, desarrollo social, protección y vialidad para el apoyo al desempeño del Comité.
- Definir la responsabilidad que a cada integrante del Comité le compete ante la presencia de una situación de contingencia.
- Informar a las autoridades inmediatas y superiores la presencia de una eventual o real situación de contingencia.
- Sancionar las sugerencias sobre las áreas prioritarias de investigación, que le presenten los vocales a cargo de comisiones especiales o unidades ejecutoras.

#### **Coordinador:**

- Proponer al Presidente del Comité los asuntos a tratar y las estrategias para corregir las desviaciones detectadas.
- Coordinar los trabajos generales del Comité y presentar una evaluación de las acciones desarrolladas por las comisiones o subgrupos de trabajo que son coordinadas por los Vocales.
- Vigilar el adecuado funcionamiento del Comité.
- Mantener actualizado un Catálogo con las Instituciones de Salud y de Asistencia Social para apoyo en situaciones de contingencia.
- Informar al Presidente del Comité la posibilidad de ocurrencia de un evento para la aplicación del Plan de Contingencia
- Participar activamente en la coordinación y aplicación del programa de atención hospitalaria en casos de desastre, durante simulacros o situaciones de contingencia.

#### **Secretario:**

- Estructurar un directorio con los nombres de los integrantes del Comité, por turno; así como de los apoyos externos .
- Verificar se cumpla con la capacitación permanente de todo el personal y notificarlo al Comité.
- Vigilar la ejecución de los ejercicios de simulacro y preparar una evaluación de sus resultados para presentarla al Comité.
- Integrar y mantener actualizado el archivo estadístico y documental correspondiente.
- Elaborar el acta de cada sesión definiendo el nivel de responsabilidad y tiempo de conclusión.

#### **Vocales:**

- Participar en forma rotatoria en la selección de casos o situaciones específicas que se deben revisar: Comisiones, responsabilidad de personas, servicios o jefaturas y logística de insumos.
- Participar en: la discusión de estrategias, las acciones, los criterios y procedimientos para la aplicación de los planes de contingencia y su evaluación.
- Aplicar la metodología que permita un análisis objetivo y la revisión sistemática de los planes de contingencia que establezca el Comité.
- Opinar sobre la factibilidad y oportunidad de las acciones a realizar para reducir las desviaciones detectadas.
- Vigilar exista un directorio y el Programa Hospitalario de Atención Médica en casos de Desastre en cada servicio del hospital y a disposición del personal, de todos los turnos.

- Verificar que existan señalamientos de zonas de seguridad y rutas de evacuación, así como de clasificación de pacientes.
- Participar activamente en la planeación, ejecución y evaluación de ejercicios de simulacro por diferentes causas o después de haber vivido una experiencia real.
- Informar al personal los resultados obtenidos con su participación.
- Elaborar los informes que solicite expresamente el Comité.
- Contar con los planos del establecimiento, relación del equipo de emergencia, así como el nombre y teléfono del personal responsable de verificar y operar su correcto funcionamiento ante una situación de contingencia.

#### 4.- Operación

El Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre fue dado a conocer y puesto en operación desde 1997. Se ha actualizado y enriquecido con las sugerencias de Directivos de Hospitales de la Secretaría de Salud y expertos en la materia, que participaron en dos seminarios-taller que se efectuaron en 1998 y 1999.

El tipo de desastre que un hospital debe enfrentar, depende de los riesgos geológicos, hidrometeorológicos, socio-demográficos, físico-químicos y sanitarios presentes en el área de influencia. La proximidad de carreteras importantes, vías ferroviarias, aeropuertos, muelles, las características de la industria local, o los aspectos sociales y demográficos (amenaza de bomba en grandes urbes o la aparición de vándalos o guerrillas), son factores que constituyen situaciones de riesgo potencial de importante magnitud, además de los que pudieran presentarse dentro del propio establecimiento de salud, como incendio, inundación, explosión, derrame de sustancias químicas, etc.

La planeación metodológica de medidas que deben ser puestas en práctica, la coordinación intrahospitalaria, la clara definición de funciones, la capacitación del personal, la ejecución de simulacros y su evaluación, son los elementos básicos que asegurarán la prestación de una atención médica en forma eficaz y oportuna a los pacientes, al personal y a la comunidad, en cada una de estas situaciones.

Para alcanzar niveles de seguridad y preparación óptimos que permitan que el hospital permanezca en funcionamiento durante y después de la ocurrencia de un estado de contingencia, es necesario llevar a cabo una serie de pasos previos que permitan: el diagnóstico de los factores de riesgo existentes, elaborar los planes de contingencia específicos para cada factor y la integración final del programa de atención hospitalaria en casos de desastre.

Para lograrlo, es necesario realizar las siguientes acciones:

- Diagnóstico situacional tanto del hospital como de su área de influencia, que permita identificar los riesgos internos y externos, así como la estimación de posibles situaciones críticas, debilidad o amenaza (Vulnerabilidad estructural), que limiten la capacidad de respuesta del hospital ante algunos factores de riesgo.

Para ello, podrá consultarse información en Internet sobre la situación climática que reporta el Centro Nacional de Prevención de Desastres: <http://www.cenapred.unam.mx/>; o el Servicio Meteorológico Nacional: <http://smn.cna.gob.mx/>, con el propósito de anticiparse a situaciones potenciales de contingencia ambiental.

En el caso de que la unidad hospitalaria no cuente con esta tecnología, podrá establecer coordinación con la Comisión Federal de Electricidad local, para mantenerse informado sobre las variaciones climáticas que sugieran amenaza por fenómenos hidrometeorológicos.

- Estudios específicos de aspectos Estructurales y No Estructurales del Hospital, definiendo los servicios que deben operar durante una contingencia.
- Organización de las acciones presentadas en cada Plan de Contingencia, para los riesgos internos y externos detectados, destacando las acciones, los aspectos de coordinación y la participación de los responsables; en forma sistematizada, plasmados en el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre.
- Elaborar el Directorio de los miembros del Comité y apoyos externos y mantenerlo en lugar accesible, para localización inmediata de sus integrantes, en cualquier situación de emergencia.
- Integrar y coordinar comisiones o unidades ejecutoras que apoyan al Comité en los aspectos: estructural, no estructural y organizacional.
- En lugares en donde existan, es deseable que participen representantes de los Colegios de Arquitectos, Ingenieros Civiles e Ingenieros Electromecánicos, personal de Universidades e Institutos Tecnológicos, de PEMEX, del DIF, de la Secretaría de la Defensa y/o Secretaría de Marina, así como de los Departamentos de Construcción y Conservación de la SSA, del IMSS o del ISSSTE, de los Bomberos, Autoridades Municipales y otros que se consideren necesarios para resolver la problemática de salud y social con los damnificados.

- Mantener actualizado el inventario del equipo de soporte general del establecimiento y del equipo y mobiliario médico del hospital que sea indispensable o que represente un riesgo para los usuarios, en casos de desastre.
- Elaborar un Directorio de Unidades de Salud que puedan realizar acciones de acuerdo con su nivel resolutivo, así como de otras instituciones que puedan participar en tareas diversas mientras dure la situación de emergencia, como: bomberos, carros cisterna, trascabos o equipo pesado para construcción, laboratorios privados, compañía de luz, bodegas para abasto de insumos y alimentos, contenedores para la eliminación de residuos biológicos, clubes sociales o de asistencia social que por sus espacios o instalaciones, permitan establecer albergues o áreas de extensión para la atención hospitalaria y los demás que se consideren necesarios.
- Establecer las necesidades de equipamiento y suministros médicos, así como el apoyo logístico necesario en cada plan de contingencia.
- Definir un representante dentro de los Vocales que coordine la participación social organizada en torno al hospital, después de un desastre o emergencia.
- Definir las áreas apropiadas en la comunidad para la selección de pacientes (TRIAGE) los accesos al hospital y dentro del hospital, la ubicación de los servicios para reanimación cardio respiratoria y cirugía de urgencia con personal calificado que permita resolver la demanda masiva.
- Dentro de los ejercicios de simulacro, desarrollar acciones de coordinación entre el personal para que se realice por procedimientos la selección de pacientes, clasificación y traslado, a las unidades médicas, incluidas en la Red Hospitalaria de Referencia de pacientes según su nivel resolutivo.
- Debe evaluarse cada uno de los procedimientos aplicados en los ejercicios de simulacro o de siniestro real, que retroalimente el Plan de Contingencias, que permita estimar las situaciones imprevistas y corregir las deficiencias.
- El Comité Técnico Hospitalario de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastres debe reunirse como mínimo cada dos meses a efecto de analizar su estructura y organización conforme a los lineamientos, previamente a la época de presentación de los fenómenos hidrometeorológicos y realizar ejercicios de simulacro al menos dos veces al año, para enfrentar los factores de riesgo que por frecuencia pudieran presentarse.

El Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre del Hospital, debe coordinarse con la Comisión en las Entidades Federativas, señalada en la introducción, para solicitar la “Certificación de Hospital Seguro”.

A continuación se describen los factores que son considerados para validar a una

unidad hospitalaria, como "Hospital Seguro":

**Analizar en la zona los factores condicionantes de vulnerabilidad**  
**(Estimación de la amenaza):**

- Fenómenos geológicos: sismos, hundimientos o desplazamientos de tierra.  
Para conocer el riesgo de sismos, habrá que ubicar el área en los mapas sismológicos específicos, verificando si la localidad se encuentra dentro de las zonas identificadas como de riesgo en desplazamientos orogénicos, estimar el grado de intensidad máxima y los posibles efectos locales.

Estos Mapas están basados en antecedentes históricos. Si la información científica histórica para la zona donde se encuentra localizado el hospital está sistematizada, será posible incluso definir los posibles desplazamientos esperados del suelo y los espectros de diseño requeridos para el área.

Cuando no existan antecedentes, se debe buscar información general contenida en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana que establece la Infraestructura y Equipamiento de los Hospitales, en los ordenamientos de construcción estatales o locales y otros que sean aplicables y que permitan apoyar el estudio de seguridad del hospital. Existen elementos disponibles en la Dirección General de Conservación y Equipamiento de la Secretaría de Salud.

- En el caso de inundaciones, huracanes y otros fenómenos naturales: es necesario tomar en cuenta la época del año en que se incrementa el riesgo de aparición de estos fenómenos; el grado de posible afectación del inmueble, señalando claramente las áreas de mayor riesgo, para determinar aquellas acciones que permitan a corto plazo llevar a cabo su reubicación y continuar trabajando aún durante la contingencia en las áreas auxiliares implementadas.  
A mediano plazo se deben incluir, en los instrumentos programáticos institucionales establecidos, (PEMISPA y POA en la SSA), las acciones y presupuesto necesario para el reforzamiento de las estructuras consideradas de riesgo para conseguir un "Hospital Seguro".
- En el caso de: accidentes provocados involuntariamente por el hombre, como incendios, derrame o dispersión de sustancias tóxicas, ruptura de ductos, accidentes carreteros, ferroviarios, de aviación; sociales (amenazas de bomba, motines, guerrilla, etc.), en los que el hospital repentinamente puede quedar involucrado y tiene que dar respuesta a la demanda de atención a pesar del estado de emergencia, es necesario solicitar información y ayuda del personal experto en la materia (Bomberos, Cruz Roja, Policía o Ejército), a fin de estimar el tipo de daños tanto a la estructura del hospital como a la salud de empleados y pacientes, que es posible esperar de cada uno de los riesgos detectados y así establecer las acciones específicas que ayuden a prevenir la amenaza, o limitar los daños, definiendo las acciones que se deben realizar, los elementos que deben participar y los requerimientos

específicos de la organización interna y de la coordinación externa que le permitan alcanzar el máximo de eficiencia, en la respuesta ante estas situaciones.

- También deben definirse técnicamente las condiciones de vida útil del edificio hospitalario y la capacidad real de respuesta ante la posibilidad de enfrentar las diferentes situaciones de emergencias y desastres detectadas; así como las necesidades de sensibilización y capacitación para que el personal participe en forma comprometida para limitar el daño.

### **Medición de la Seguridad Estructural.**

Los hospitales deberán ser analizados de acuerdo a una Evaluación Estructural, completa y específica, hasta plantear en caso necesario las etapas para su reforzamiento o adecuación respecto a las regulaciones vigentes en la región o el Estado y de acuerdo a la normatividad vigente emitida por la Dirección General de Obras, Conservación y Equipamiento de la SSA y que debe incluir los procedimientos siguientes:

1. Planos arquitectónicos, estructurales, estudios de mecánica de suelos, tipo de: acabados e instalaciones electromecánicas, hidráulicas y de fluidos, para determinar el grado de riesgo de cada una de ellas.
2. Trabajo de campo para completar planos y verificar si la construcción se realizó de acuerdo a los planos.
3. Estudios de materiales: Aquellos que los peritos determinen necesarios dentro del estudio técnico.
4. Estudio mediante Modelos matemáticos: SAP 90, SuperEtabs, o el que corresponda, dependiendo de la tipología sísmoresistente aplicable a las características constructivas del hospital (apoyarse en el Colegio de Ingenieros de la Entidad).
5. Dependiendo de los hallazgos, se debe solicitar se elabore el Anteproyecto de Reforzamiento de Componentes Estructurales y No Estructurales y analizar su factibilidad considerando el personal del hospital y sus recursos, o mediante su inclusión en el PEMISPA y en el POA, para realizarlo en una o varias etapas de acuerdo a los costos.

Con base en el estudio realizado y después del análisis de la evaluación de vulnerabilidad estructural del Hospital, se establecen las prioridades y se emite la propuesta de intervención integral y/o por etapas, que deberá apegarse a la normatividad para mejorar su comportamiento ante los diversos factores de riesgo detectados.

### **Medición de la Seguridad No Estructural**

Las acciones tomadas por el Comité del Hospital, para la reducción de su vulnerabilidad no estructural deben ser de acuerdo al siguiente procedimiento y las regulaciones vigentes:

- Evaluación cualitativa de vulnerabilidad no estructural.  
Se debe revisar con detalle el estado de funcionamiento y ubicación de los equipos, e instalaciones electromecánicas, los elementos arquitectónicos requeridos para su instalación y operación, así como sus soportes y anclajes, en particular en las áreas de Radiología, Urgencias, Cuidados Intensivos, Salas de Cirugía, dando prioridad a aquellos que son de soporte vital y necesarios para la atención de pacientes en caso de desastre. Es preciso revisar y/o establecer las vías de escape, la señalización, el equipo indispensable para emergencias (extinguidores, mangueras, hachas y otros) en todas las áreas del hospital.
- Formulación de una estrategia de reducción de Vulnerabilidad No Estructural.  
Establecer las alternativas de solución inmediata para cada situación crítica encontrada y de solución a mediano plazo, cuando sea indispensable la asignación de recursos extraordinarios para su ejecución, planteando a la autoridad correspondiente la situación a fin de incluirlo en el Presupuesto de Operación Anual o en el PEMISPA para el caso de la SSA.
- Se deben determinar áreas alternas confiables en las que se pueda realizar la atención médica en caso de que las propias del hospital resultaran afectadas por los problemas no estructurales.



## **Criterios de organización para la atención médica en situaciones de desastre**

- **Organización**

Las actividades básicas se concentran en 3 líneas de acción para los casos de desastre: Fase Previa, Fase de Contingencia y Fase Posterior al desastre. En los planes de contingencia se deben separar las acciones que correspondan a cada una y vigilar permanentemente su operabilidad.

- **Atención a las Víctimas**

A nivel prehospitario, el equipo médico y paramédico designado para instalar el puesto de mando en la comunidad, evaluará la magnitud de los daños, establecerá la zona de TRIAGE desde donde se empezarán a canalizar a los pacientes de la comunidad que requieran atención médica, hacia los diferentes hospitales de la red, mediante las tarjetas de colores internacionalmente aceptadas, que permiten identificar la magnitud de los daños del paciente y la capacidad resolutive del hospital al que será enviada la víctima.

A nivel hospitalario se debe asegurar el acceso al área de clasificación preestablecida, para recibir a un número de pacientes mayor al habitual, que permita identificar su gravedad, seleccionar el tipo de atención médica o quirúrgica que requiere (TRIAGE). El proceso debe darse en función de la gravedad y las necesidades básicas de las víctimas.

En esta zona de TRIAGE interna, se identifica a los siniestrados que han sido enviados por: los diferentes puestos de selección externos, por otros hospitales, o que acuden en forma espontánea, los selecciona y clasifica por el tipo de daño y gravedad actual, cambiando las tarjetas con las que fueron enviadas de las áreas de clasificación externas, por las propias del hospital que permiten la referencia a los servicios de la unidad hospitalaria o de la red, que tenga la capacidad resolutive adecuada, para las condiciones detectadas en el paciente.

- **Coordinación de Acciones Médicas**

Acceso, selección e identificación: Debe asegurarse el flujo de los siniestrados hasta las áreas de clasificación ubicadas tanto en la comunidad, como en el propio hospital, donde el equipo médico y paramédico selecciona a los pacientes y los deriva para su adecuado manejo.

En la atención a pacientes graves, se debe asegurar el soporte vital y su acceso a los tratamientos médico-quirúrgicos de urgencia que requieran.

En Hospitalización: Es necesario establecer los procedimientos para: el alta de los pacientes que estaban previamente internados y que puedan ser egresados, para facilitar el internamiento de siniestrados; la evacuación de las instalaciones en caso de daño y transferencia masiva de pacientes y personal médico y paramédico a otros hospitales de la red para que continúen apoyando en la atención médica.

Es preciso establecer un estricto Control de Ingresos y Egresos: Se debe capacitar al personal para establecer el control médico y administrativo de los

ingresos y de los egresos masivos y urgentes; permitiendo una comunicación veraz confiable, rápida y expedita con familiares y autoridades civiles o militares.

- **Mantenimiento del Funcionamiento Hospitalario**

El equipo integrado con personal institucional o voluntario encargado de verificar el mantenimiento, realizará actividades para atender los daños al hospital y sostener su funcionamiento durante la contingencia.

Seguridad: Atención de riesgos primarios de: Colapso, incendio, inundación, etc., control de ambiente y bienes.

- **Líneas Vitales**

Evitar el colapso funcional por falta de: Energía eléctrica, agua potable, gases, alimentos, combustibles, comunicaciones y accesibilidad, principalmente en áreas donde se encuentren ubicados los servicios médicos que resulten críticos en caso de emergencia y desastre (Unidades quirúrgicas fijas o móviles, urgencias, UTI/UCI, laboratorios e imagenología). Establecer medios alternos que permitan en caso necesario trasladar a los equipos y al personal a otras áreas seguras previamente seleccionadas y continuar la atención de los pacientes.

- **Suministros**

Establecer los mecanismos necesarios para soportar la demanda de recursos extraordinarios en situaciones de desastre, desde los medicamentos, material de curación, combustibles, procedimientos de emergencia para suministrar agua potable y alimentos para la población hospitalaria y la que se encuentra a su alrededor. Si fuera necesario, se deben prever mecanismos para la requisita de alimentos no perecederos con apoyo y mediante los procedimientos que las autoridades civiles y/o militares tengan previstos.

- **Dirección**

Dirección y coordinación intra y extrahospitalaria durante la etapa de crisis. El grupo de comando responsable de las acciones, debe ser bien identificado mediante algún dispositivo por el personal y por la población.

- **Equipo de primer impacto**

Lo integra el equipo multidisciplinario que esté de turno en el hospital y que ha recibido previamente capacitación para: Activar el plan de contingencia, para la localización del personal directivo, para disponer las medidas necesarias para la atención masiva de casos, evaluar las condiciones de operación del hospital y que permite la integración paulatina de otro personal responsable, que acude durante la contingencia y que va sumando esfuerzos.

- **Comunicación Social**

Es imprescindible contar con personal capacitado para dar atención a los medios de comunicación, a los familiares de las víctimas, así como información permanente a las autoridades civiles y militares sobre los ingresos, egresos y condición de cada uno de los pacientes.

En el Anexo 11 se establecen los lineamientos para la atención en casos de desastre en el área de cobertura del hospital, así como las actividades a realizar si el siniestro ocurriera dentro de la unidad hospitalaria.

## **5. Información**

- El Presidente del Comité rendirá un informe detallado al Titular de los Servicios de Salud de la Entidad, con los resultados del cumplimiento de las funciones del Comité, así como de las medidas locales aplicadas, para su conocimiento y evaluación (Anexo 3).
- Este reporte acompañado por la documentación que se requiera, se envía al Coordinador Estatal o responsable designado de la Atención Hospitalaria quien concentra, analiza y conforma los informes mensuales y cuatrimestrales (Anexo 4) de todas las unidades hospitalarias de la entidad.
- El Secretario Estatal de Salud, enviará un resumen ejecutivo cuatrimestral a la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, con los datos relevantes de las operaciones de este Comité de los hospitales de la entidad, señalando el nombre de los hospitales validados como “Hospital Seguro” de acuerdo al dictamen emitido por la Comisión de Desastres.
- Envió también el Reporte de la Comisión Estatal de Desastres al área correspondiente de Protección Civil sobre el desempeño de sus actividades con el nombre de los hospitales validados como “Hospital Seguro” de la entidad en los formatos que se tengan previstos y siguiendo las vías señaladas por esta entidad nacional.

**PLAN DE ATENCIÓN MEDICA EN CASOS DE DESASTRE**

Para diseñar un Plan de contingencia específico, que integre el programa de atención hospitalaria en casos de desastre interno o externo y que permita enfrentar las diferentes situaciones de emergencia ocasionadas por un desastre, se deben considerar tres fases de acción: la fase previa a la presentación de un siniestro, en las que se contemplan las actividades de planeación, difusión y capacitación, necesarias para la aplicación de uno de los Planes de Contingencia; la fase de desarrollo del estado de emergencia que contiene las actividades que se pondrán en práctica en el momento de la contingencia determinadas en ese Plan y por último la fase posterior al evento que señala aquellas actividades que son necesarias para volver al estado previo a la contingencia y que permiten evaluar los resultados alcanzados.

El propósito fundamental que se persigue con cada Plan de contingencia, es estar preparados contra amenazas específicas y mantener en óptimo funcionamiento los recursos humanos, físicos y tecnológicos de la unidad hospitalaria necesarios para su aplicación en el momento y después de la presentación del siniestro, mediante una coordinación de acciones metodológicas y sistemáticas, en donde todo el personal debe participar.

**A. FASE PREVIA**

- Establecimiento del Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre.- Es a partir de esta acción donde se definen las autoridades responsables de cada acción, las funciones específicas por personal y por turno. Se elaboran las Tarjetas de Acción en las que se enlistan las actividades a realizar por cada integrante de la unidad o por cada servicio que participe de manera directa durante el estado de contingencia. Se procede a la capacitación de cada actor de acuerdo a las tarjetas; éstas se colocan en lugares accesibles para que en caso de emergencia sean tomadas por el personal y sigan las acciones que les corresponden.
- Se debe establecer el diagnóstico de los riesgos Internos y externos que pueden ser ocasionados por fenómenos geológicos, hidro-meteorológicos, socio-demográficos, físico-químicos y sanitarios a los que está expuesta la unidad hospitalaria (en lo interno) y su zona de influencia (en lo externo). Para ello se recomienda marcar en un plano de la zona los puntos siguientes:
  - Vías de acceso al hospital directas, sus posibles condiciones de accesibilidad durante una emergencia, puntos vulnerables y las rutas alternas.

- Áreas o servicios del hospital que deben tener las mejores condiciones de seguridad y la garantía de que contarán con energía eléctrica y los servicios necesarios durante una contingencia.
- Identificar los factores que representen un riesgo potencial como industrias químicas, cableado, ductos y depósitos de petróleo, plantas nucleares, gasolineras, aeropuertos, carreteras y líneas ferroviarias, construcciones cercanas al mar, a ríos, lagunas, escuelas, mercados de abasto, vías rápidas de comunicación, cerros con riesgo de deslizamientos, etc.
- Señalar los Servicios Públicos: Compañía de Teléfonos, de Electricidad, Delegación Política Municipal, Auxilio Vial, Policía, Bomberos, Protección Civil, etc.
- Señalar en el mapa a los hospitales por grado de complejidad y capacidad resolutive y Centros de Salud, para establecer el sistema de referencia.
- Señalar las áreas designadas para funcionar como áreas de TRIAGE, o albergues temporales: Deportivos, escuelas, cines, iglesias, otros.
- Designar dentro del hospital, áreas de expansión para la atención de un número masivo de víctimas. Se sugieren pasillos y salones cercanos al Servicio de Urgencias, o bien los Consultorios y la Sala de Espera de la Consulta Externa, gimnasios cubiertos o escuelas cercanas.
- Elaborar listas con los insumos requeridos en cada plan de contingencia que incluyan el material, el equipo, instrumental y aparatos médicos, los medicamentos, los alimentos, la ropa, el equipo electromédico; de acuerdo a las necesidades y capacidad de expansión del hospital, a fin de que el Subdirector Administrativo se aboque a conseguirlos y mantenerlos listos para su uso cuando se requiera.
- Es importante conocer la capacidad resolutive de la unidad y sus limitaciones, ya que para la selección de pacientes en el TRIAGE efectuado en la atención pre-hospitalaria (comunidad), se debe conocer el Código de Colores internacionalmente aprobado, con el que se identificará cada caso mediante tarjetas, para el envío al Hospital adecuado, ejemplo:
- Hospital clasificado con el color Rojo: recibe pacientes con tarjetas de ese color, la unidad hospitalaria cuenta con infraestructura y capacidad resolutive de alta complejidad. Recibe pacientes en estado crítico pero con pronóstico favorable.
- Hospital clasificado con el color Amarillo; recibe pacientes con tarjetas de ese color, cuenta con capacidad instalada que permita la atención de pacientes delicados pero con atención que razonablemente puede esperar, dispone de equipo o servicio de terapia intermedia que le permite atender mediana

complejidad. ejemplo traumatismos, fracturas, quemaduras de 2º grado, penetrados de vientre, etc.

- Hospital clasificado con el color Verde: recibe pacientes con tarjetas de ese color, corresponde a capacidad instalada mínima, menos de 60 camas, servicios básicos. Recibe pacientes con lesiones mínimas o poco complicadas y condiciones estables.
- Es necesario hacer señalizaciones de las rutas de evacuación dentro del hospital, así como de áreas de seguridad estructural y aledañas a las estructuras físicas del hospital.
- Se debe elaborar un directorio con los números de teléfonos, de celulares y localizadores satelitales, de los miembros del Comité, elaborar otro con los directivos y especialidades de las instituciones que puedan brindar apoyo ante situaciones de gran magnitud o cuando la unidad se encuentre limitada. Estos deberán estar en un sitio identificable por todo el personal.

### **Centro de Mando**

- Se determinará el lugar adecuado para operar durante una situación de emergencia, un espacio amplio donde se pueda reunir el personal responsable de la planeación, organización y toma de decisiones. El Centro de Mando deberá contar con sistemas de telecomunicación: radio, teléfonos, fax y directorios actualizados de autoridades y dependencias, que le permitan estar en contacto permanente con las diferentes unidades de apoyo (Unidades de Salud, Estación de Bomberos, Carros Cisterna, equipo pesado de construcción y mecánicos, Protección Civil, Ejército o Armada entre otros).
- El personal designado se encargará de planear las acciones inmediatas a realizar en los servicios claves, que en determinado momento van a permitir el ingreso y flujo de los pacientes lesionados que son referidos o acuden espontáneamente a solicitar atención. (Alta de pacientes que pueden concluir su convalecencia en su domicilio, suspensión de cirugía programada o electiva, etc.). Evitar tener bloqueados los accesos y pasillos que dificulten el libre tránsito de camillas y personal. Estos servicios son: el área de TRIAGE del Hospital que puede estar ubicada en el servicio de Urgencias, si este es amplio; la Unidad de Cuidados Intensivos, el Quirófano, Hospitalización, Auxiliares de Diagnóstico y Almacén. Se describen a continuación algunos aspectos importantes a considerar:

### **Urgencias**

- Será el primer contacto y filtro de los pacientes, de ahí la importancia de contemplar en la planeación la capacitación del personal en ATLS, el equipo y materiales indispensables para la solución de los problemas médico quirúrgicos que se presenten durante la emergencia. En este Servicio deberán identificarse cuatro áreas que puedan ser acondicionadas con camillas o

catres de campaña, cilindros de oxígeno, material y equipo necesario para atender la demanda masiva durante el tiempo que dure la emergencia:

1. Area de TRIAGE debe ubicarse en un espacio amplio y bien comunicado del hospital.
2. Unidad de Choque señalado internamente con el código de color aceptado internacionalmente (similar al usado en el ATLS), que permita canalizar pacientes por medio de tarjetas de colores.
3. Area de atención de cuidados inmediatos para pacientes derivados del área de TRIAGE con su tarjeta de color específico.
4. Area de tratamiento expectante, en donde se proporciona la atención de pacientes estables, identificados con tarjeta de TRIAGE de color verde. Se sugiere su ubicación en espacios fuera del servicio de urgencias como la Consulta Externa.

### **Unidad de Cuidados Intensivos**

- Se deben identificar posibles áreas de expansión, establecer los requerimientos extras de insumos, para que el área administrativa de la unidad los tenga disponibles, así como el mantenimiento preventivo del equipo para que funcione en óptimas condiciones durante situaciones de contingencia.

### **Servicio de Cirugía**

- Es necesario establecer los criterios que permitan la suspensión de la cirugía programada; contemplar los requerimientos de ropa quirúrgica y material de consumo extra para atender demanda masiva; realizar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo en forma permanente, incluyendo los autoclaves de la C.E.y E.; identificar los números de teléfono del personal que, previa sensibilización, apoyará en caso de requerirse su presencia, fuera de su turno normal.

### **Hospitalización**

- Establecer los criterios que permitan el egreso de los pacientes internados desde antes de la emergencia y que pueden ser enviados a su domicilio, sin riesgo de deterioro a su salud y bajo estricto criterio médico; definir áreas de posible expansión para colocar catres o camillas; establecer las necesidades de material y equipo extra, acorde a la capacidad de expansión.

### **Servicios Auxiliares de Diagnóstico**

- Sensibilizar al personal para contar con el, fuera de su horario normal en caso de emergencia; estimar las necesidades de material extra que permita cubrir los requerimientos de la Emergencia.

### **Almacén**

- Mantener separado el material extra, estimado por cada uno de los servicios para ser usado en casos de contingencia, el cual debe mantenerse actualizado en el número y cantidad especificada, en su vigencia y potencia, que permita cubrir las necesidades de los pacientes, incluyendo el porcentaje extra de camas contempladas de expansión.

Cabe mencionar que el resto de los Servicios que tienen acción secundaria durante la contingencia, participarán directa e indirectamente en la respuesta hospitalaria, redistribuyendo tareas al personal o a las áreas físicas, por lo que es necesario hacer la sensibilización previa para satisfacer las necesidades que plantea la demanda. Desde luego también debe considerarse un área señalada con color negro para ubicar a los pacientes fallecidos a los que se colocó previamente una tarjeta de ese color.

La observación de estos criterios, permitirá asegurar que el Hospital estará en condiciones de iniciar la segunda fase, que se presenta durante el momento en que ocurre la emergencia, ya que con planeación definida, difusión de los planes y capacitación del personal se evita la improvisación y se consigue el máximo aprovechamiento de los recursos.

## **B. FASE DE CONTINGENCIA.**

En esta fase se activa el plan de atención integral a la salud con calidad, eficiencia y oportunidad a las víctimas del siniestro.

### **Notificación**

- En cuanto se recibe la notificación del acontecimiento, la persona que recibe la noticia deberá anotar los siguientes puntos:
  - Tipo de desastre.
  - Localización exacta (en el hospital o en su zona de influencia).
  - Hora de ocurrencia de la contingencia.
  - Tratar de identificar la magnitud del desastre.
  - Tipo y estimación del número de víctimas.
  - Hora de recepción de la notificación.
  - Identificación y teléfono del informante (para realizar el seguimiento).
  - Avisar al personal de mayor rango, presente en el hospital en ese turno.
- La persona de mayor jerarquía, una vez corroborada la notificación, activa el Plan de Contingencia correspondiente, en el que se contempla el uso del directorio para



casos de emergencia y el manejo por el personal de los diferentes servicios de las tarjetas de acción específicas que permitirán enfrentar la contingencia.

- Mediante los sistemas de comunicación especificados en el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre, localiza y convoca al cuerpo de gobierno del Hospital en el Centro de Mando, para definir acciones a seguir y alertar al resto del personal, para asumir las funciones que se les han asignado, mediante un sistema de alerta a través de los medios de comunicación interna o externa según el caso. La alerta que se comunicará será de tres tipos:
  - Tipo 1 o Alerta Verde: Significa que la magnitud y el número de víctimas no rebasa la capacidad resolutive del servicio de urgencias.
  - Tipo 2 o Alerta Amarilla: La magnitud y el número de víctimas rebasa la capacidad resolutive del servicio de urgencias y se requerirá de apoyo de otros servicios del Hospital y expansión de áreas cruciales.
  - Tipo 3 o Alerta Roja: La magnitud y número de víctimas requieren la respuesta íntegra de la unidad, e inclusive de apoyos extra hospitalarios y extra institucionales.
- En este momento se modifican las actividades rutinarias del Hospital para dar prioridad a las generadas por la emergencia. Cada uno de los integrantes asume su responsabilidad, conforme a lo establecido en el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre y registrado en forma específica en el Plan de Contingencia y sus Tarjetas de Acción correspondientes.

### **Servicio de Urgencias**

- El Responsable del TRIAGE interno deriva los pacientes al área seleccionada según la necesidad y gravedad de cada caso. Cabe mencionar que debe ser un profesional preferentemente capacitado para realizar esta tarea (Curso de ATLS y ACLS).
- Define las referencias a otros centros hospitalarios, previamente clasificados de acuerdo al color de la capacidad resolutive.
- Determina la apertura de áreas de expansión según sea necesario
- En las áreas de Alta Prioridad: se atienden pacientes en estado crítico con prioridad 1, o tarjeta roja, que requieren reanimación cardio pulmonar o se encuentran en estado de choque; serán las áreas mejor equipadas, se sugiere establecer binomios médico-enfermera con capacitación específica (Preferentemente en ATLS) y entrenamiento mediante simulacros periódicos.
- En las áreas de Prioridad Media: Se dará atención inmediata a pacientes con prioridad 2, o tarjeta amarilla, que se encuentran en condiciones semi críticas y requieren de estabilización.

- En las áreas de Baja Prioridad: Se lleva a cabo la atención de pacientes de baja complejidad, prioridad 3 o tarjetas verdes, que presentan lesiones menores, que no necesariamente requieren hospitalización.
- Debe establecerse un área amplia y aislada, designada con color Negro para la ubicación e identificación de un posible número importante de cadáveres.

### **Unidad de Cirugía**

- Se aplican los criterios definidos en la fase previa y se suspenden las cirugías programadas para dar prioridad a lo que le canalizará el servicio de urgencias.
- Se incorpora paulatinamente el personal Médico y de Enfermería de otros turnos, convocados para que las salas trabajen al 100%.
- Se Incrementa el número de camillas en las áreas de expansión previstas para el manejo pre y post operatorio.
- Se revisa la suficiencia de material quirúrgico, curación y ropa y se activa el surtimiento del material de emergencia, que guarda el almacén, mediante los mecanismos previstos por el área administrativa.

### **Unidad de Cuidados Intensivos**

- Se revisa a los pacientes encamados y se aplican los criterios para el egreso de los que por sus condiciones lo permitan, sin riesgo a su salud.
- Se establecen las áreas de expansión predeterminadas y se solicita mediante el mecanismo previsto por el área administrativa, el material considerado.
- Se mantiene comunicación directa con el servicio de urgencias, para apoyo del área.

### **Servicio de Hospitalización**

- Se aplican los criterios determinados en la fase previa al desastre para egresar al mayor número de pacientes que estén en condiciones de continuar su tratamiento en su domicilio y así disponer de camas; se agiliza el proceso de egreso-ingreso, cuidando de llevar el registro exacto de los casos para emitir listados reales e informar a familiares y autoridades sobre la ubicación de cada caso.
- Prever la posibilidad de abrir las áreas de expansión determinadas y solicitar , mediante el mecanismo previsto por el área administrativa, el material considerado.
- Mantener comunicación directa con el servicio de urgencias.

Es conveniente recordar que la atención que se brinda en todas los servicios, debe responder a los protocolos de atención médica establecidos.

### **Servicios Auxiliares de Diagnóstico**

- Rayos X: Suspende las actividades rutinarias; solicita si fuera necesario, el apoyo de técnicos de unidades de 1er. Nivel para trabajar al 100% de su capacidad; solicita mediante los procedimientos previstos por el área administrativa del hospital, los insumos indicados y almacenados, que son necesarios para enfrentar la contingencia.
- Laboratorio: suspende las actividades rutinarias; solicita que se integre personal de otros turnos a los servicios clave para la toma de muestras y elaborar análisis; mantiene comunicación directa con el Servicio de Urgencias y el Centro de Mando; se solicita apoyo a otros laboratorios de unidades de primer nivel de atención, para estar en condiciones de enfrentar la situación de contingencia.

### **Central de Equipos y Esterilización**

- Revisa las existencias, acelera el proceso de esterilización; proporciona el abastecimiento continuo y permanente a los Servicios de Urgencias y de Cirugía, durante el estado de contingencia; solicita personal capacitado extra de otros servicios o del primer nivel de atención, para la preparación de material; solicita mediante los procedimientos previstos por el área administrativa del hospital, los insumos previamente indicados y almacenados, que son necesarios para enfrentar la contingencia.

### **Conservación y Mantenimiento de Líneas Vitales**

- Coordinar las brigadas de control de fluidos, comunicaciones y energéticos.
- Apoyar a las brigadas críticas manteniendo personal extra.
- Mantener en funcionamiento óptimo la Casa de Máquinas.
- Solicita apoyo a otras unidades de primer nivel de atención para estar en condiciones de enfrentar el estado de contingencia.

### **Subdirección Administrativa**

- Facilita las acciones para abrir áreas de expansión antes previstas; dá autorización al almacén para el uso de los materiales y medicamentos, almacenados y separados para ser utilizados en casos de desastre, mediante los mecanismos previamente determinados.
- Solicita personal extra para apoyo de áreas clave; localiza personal del hospital de otros turnos y los invita a incorporarse. Solicitar apoyo de personal a la Jurisdicción o unidades de 1er. nivel.
- Coordina las brigadas de seguridad y las de mantenimiento de líneas vitales.
- Mantiene control estricto de la salida de bienes institucionales.
- Solicita apoyo de seguridad pública para incrementar la seguridad interna y facilitar la vialidad en las áreas de acceso de vehículos de emergencia.

### **Trabajo Social o personal responsable de la Comunicación Social**

- Registra el ingreso de víctimas, mantiene el reporte médico y la ubicación de los pacientes llevados al hospital o trasladados a otros lugares.
- Informa periódicamente a familiares y autoridades que lo soliciten.
- Mantiene coordinación con personal médico para agilizar los trámites de hospitalización, traslado, alta de los previamente hospitalizados, alta de víctimas atendidas y manejo de cadáveres.
- Tramita egresos e ingresos, notifica disponibilidad de camas por servicio, al Centro de Mando y solicita a otros hospitales de la zona, la ocupación de camas y posible traslado de enfermos.

### **Dietología**

- Valora la necesidad de incrementar el abasto de alimentos para cubrir dietas de pacientes y colaciones extra que se requiera para el personal que permanecerá laborando; en caso de que algunas áreas del hospital o cercanas a él se habiliten para personas damnificadas, estimar las necesidades de alimentos y establecer contacto con las autoridades civiles o militares para conseguir alimentos suficientes.
- Se revisarán las acciones para posible requisa de alimentos, para lo cual se coordinará con autoridades civiles y militares para esta acción.

### **Otras acciones a seguir:**

- Establecer comunicación permanente con las autoridades civiles, militares y de Salud del Estado, para informar las necesidades, la evolución y la respuesta proporcionada por la unidad, mientras dure el estado de contingencia.
- En caso de requerir el apoyo de otra unidad hospitalaria, establecer la comunicación directa, indicando el tipo de ayuda solicitada.
- Establecer el mecanismo que permita proporcionar información veraz, suficiente y oportuna a familiares y medios masivos de comunicación de manera confiable y objetiva, sin incrementar el pánico.
- El Director del Hospital debe elaborar un informe preliminar al final de cada turno, en el que indique las acciones realizadas, las necesidades de personal o de recursos materiales e insumos que hubo, situaciones no previstas o aquellas que merecen ser analizadas. Estos informes los enviará a las autoridades superiores y guardará copia para que el Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre, los revise y pueda complementar los Planes de Contingencia específicos.

## **C. FASE POSTERIOR AL ESTADO DE CONTINGENCIA**

En esta fase se incluyen las actividades a realizar para el retorno a la normalidad en el plazo más corto posible. La finalidad de esta etapa es evaluar si la respuesta de atención fue acorde al volumen de la demanda, a las necesidades de las víctimas y a

las expectativas del Plan de Protección Civil de la localidad que debe incluir las actividades siguientes:

1. El responsable de desactivar el Plan de Contingencia es el Director del Hospital.
2. Elabora un censo de los pacientes atendidos, especificando datos generales, el diagnóstico y tratamiento.
3. Solicitar a cada servicio un informe de las actividades realizadas en la Fase de Contingencia; analizar y evaluar las acciones aplicadas, destacando las situaciones no previstas y la solución establecida.
4. Se debe dar mantenimiento a todo el equipo utilizados en especial: Plantas de energía eléctrica, de potabilización de agua y de soporte vital.
5. El Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre elaborará un informe global del resultado obtenido y lo turnará a través del Director del Hospital a las autoridades Municipales, Jurisdiccionales y Estatales de Salud.
6. El Director del Hospital, en conjunto con las autoridades del Nivel Estatal, deberá evaluar el Plan de Contingencia aplicado en la situación de desastre, para identificar los problemas u omisiones que se presentaron, compararlas con lo planeado en las diferentes fases y realizar los ajustes necesarios para mejorar la respuesta. Para alcanzar mayor eficiencia al realizar este paso, se deben tomar en cuenta los siguientes puntos:
  - El grado de eficacia alcanzado en la preparación de las diferentes áreas de expansión, para la atención a los lesionados.
  - Listado de instrumentos, aparatos y equipos requeridos en casos de emergencia.
  - Tiempo de respuesta para establecer una ágil referencia y contrarreferencia de pacientes, con base en el TRIAGE y los mecanismos previamente establecidos.
  - El grado de organización y funcionamiento de las brigadas.
  - La coordinación entre los servicios del hospital.
  - El resultado de las acciones planeadas y de las que se desarrollaron con base en las Tarjetas de Acción.
  - Las situaciones no previstas y el grado de eficiencia en la solución aplicada.
  - La eficiencia de la comunicación con el Centro de Mando y de este con los servicios del hospital, con las autoridades civiles, militares o de otras instituciones de Salud.
  - Grado de operatividad en el enlace entre el Centro de Mando, con otras unidades intra y extrainstitucionales.
6. Se debe ratificar o modificar el Programa de Atención Hospitalaria en Casos De Desastre y/o el Plan De Contingencia específico, con base en los resultados obtenidos en la evaluación
7. Es recomendable diseñar y poner en práctica cursos de sensibilización y capacitación al personal, basados en la experiencia reciente, con la finalidad de reforzar la motivación y capacidad de respuesta del personal, haciendo énfasis en los puntos que resultaron negativos en la evaluación y que limitaron el logro de los objetivos.

- 8, En caso de haber recibido ayuda del exterior, es necesario llevar el inventario para organizar, devolver o distribuir el recurso sobrante, a las unidades o Instituciones que puedan requerirlo.

## **PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE UNA SITUACIÓN DE DESASTRE DENTRO DEL HOSPITAL**

Dentro del Hospital existen situaciones que pueden poner en peligro el recurso humano, los materiales y el equipo, lo que obliga al Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre, a diseñar un dispositivo para enfrentar un evento que surja en el hospital.

Aunque los pasos señalados son similares al Plan descrito anteriormente, se detallan con mayor precisión algunos aspectos y se insiste con fines didácticos en otros.

### **A. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA FASE ANTERIOR AL EVENTO**

- Conocer el entorno geográfico con la finalidad de ubicar los elementos que pueden prestar apoyo al hospital en caso de requerirse la evacuación total o parcial del establecimiento, para lo cual es conveniente marcar en un plano lo siguiente:
  - Vías de comunicación principales y alternas.
  - Factores potenciales de riesgo: ductos de gases, industrias vecinas con materiales peligrosos o radioactivos, susceptibles de producir incendios, explosión que involucren al hospital; áreas del hospital con riesgo de inundación, conflagración o de daño estructural por sismos, hundimientos, corrimientos de tierra, ciclones, tormentas tropicales etc. Unidades de Salud, públicas y privadas, que puedan apoyar para el primer contacto y otras de segundo nivel de atención, susceptibles de brindar apoyo en caso de inhabilitación parcial o total de nuestra unidad, derivando a los pacientes con la clasificación cromática que identificará el tipo de apoyo que requiere de acuerdo con su condición actual.
  - Áreas que puedan ser acondicionados como albergues temporales, de servicios o de pacientes.
  - Servicios públicos municipales: compañía de luz, teléfonos, estación de bomberos, seguridad pública, escuelas, centros de abasto de alimentos, Delegación Política o Municipal, entre otros.
  - Compañías proveedoras de servicios de agua, tanques cisterna, víveres, maquinaria pesada, entre otras.
- Es indispensable conocer el sistema estructural de la unidad hospitalaria y favorecer la seguridad de los pacientes, de los visitantes, del personal y los bienes patrimoniales.
- Es necesario conocer el tipo de construcción empleada en el edificio, su cimentación, las fuentes alternas de suministro de energía, existencia y condiciones de la planta de luz de emergencia, la capacidad de la cisterna, equipo de bombeo complementario y de tratamiento del agua, su ubicación y la posibilidad de riesgo de contaminación en caso de inundación de la zona, autonomía de la casa de máquinas, entre otros.
- Está comprobado por organismos internacionales que el mayor número de

lesionados en la etapa posterior al desastre, se debe a que los elementos no estructurales como son: plafones, anclajes, protección de líneas vitales, no cumplen con la seguridad requerida, por lo que se hace necesario que todas estas estructuras estén adecuadamente protegidas y no ocasionen un desastre mayor.

- Ubicar en los planos de la unidad las siguientes señalizaciones:
  - Zonas de Riesgo.
  - Zonas de Seguridad interna y externa.
  - Rutas de Evacuación.
  - Localización de Extintores e hidrantes.
  - Areas de Estacionamiento
  - Sitios donde se almacenan sustancias peligrosas.
  
- Identificar una zona segura externa a la unidad hospitalaria, para que llegado el momento de trasladar a los pacientes y personal a esta área, ubicar también el Centro de Mando e instalar los servicios de comunicación necesarios que permitan el enlace continuo con las áreas internas del hospital, o con las Autoridades Superiores.
  
- Actualizar periódicamente el directorio telefónico que incluya aquellos servicios públicos y privados que puedan requerirse durante una contingencia, los servicios locales de bomberos, autoridades del hospital, la Jurisdicción Sanitaria, del nivel Estatal de la Institución, del personal del propio hospital por turnos que está capacitado y apoya al Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre en situaciones de contingencia interna, entre otros.
  
- Realizar acciones periódicas de coordinación y concertación con los sectores público, privado y social que se encuentren en el entorno geográfico a fin de concretar apoyos durante una emergencia interna del hospital.
  
- Elaborar las tarjetas de acción correspondientes a cada Plan de Contingencia interna, para todo el personal.
  
- Señalar en el hospital las rutas de evacuación, acceso, salidas de emergencia, condiciones para el uso de elevadores y escaleras, entre otros; disponibilidad de medios para proporcionar información al 100% del personal que se encuentre en el inmueble en el momento de ocurrir un desastre.
  
- Integrar al personal específico en brigadas y capacitarlos, ya que serán los responsables de realizar las acciones ante un desastre interno. Se requiere capacitación en al menos 4 situaciones específicas:
  - Evacuación: Debe ser ejecutada por el personal previamente capacitado del hospital y coordinada por la Autoridad máxima en el área de desastre.
  - Combate de incendios, control de fluidos y energéticos: A cargo del Jefe de Conservación, quien selecciona a su personal de acuerdo a sus



conocimientos, habilidades y destrezas y les dé la capacitación suplementaria que cada caso requiera.

- Soporte básico de vida (ATLS): A cargo del Jefe de Urgencias o de personal capacitado en cursos de ATLS u otros que garanticen una respuesta eficaz ante situaciones de emergencia.
- Seguridad: a cargo del Subdirector Administrativo, quien realiza acciones de capacitación y adiestramiento en servicio, con el personal encargado de la vigilancia del inmueble, para que durante situaciones de emergencia se proteja tanto al personal, como a los pacientes y a los bienes institucionales, otorgando las garantías necesarias para llevar a cabo las tareas encomendadas, en un clima de seguridad. De ser necesario, establecerá contacto con las autoridades civiles o militares, ante quienes gestionará lo conducente para conseguir apoyo y reforzar la seguridad del hospital.

Para que todo lo anterior se lleve a la práctica es necesario:

- La difusión del programa de atención hospitalaria en casos de desastre que contiene los Planes de Contingencia Intrahospitalaria a todo el personal, realizando la capacitación y los ejercicios y simulacros, cuando menos dos veces al año; se reafirma el conocimiento mediante pláticas y cursos.
- Localización y señalamiento del equipo y zona de seguridad para casos de desastre.
- Establecer el calendario para las reuniones de los integrantes del Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastres.
- Desarrollar actividades para que el personal de salud planee, organice y seleccione las áreas físicas y recursos materiales que se puedan llegar a utilizar en caso de desastre interno.
- Elaborar listas que contengan los recursos indispensables para otorgar la atención inmediata a las víctimas durante las primeras horas posteriores al desastre. Desde luego considerar medicamentos y material indispensable para los pacientes, entregándolas al Comité para su gestión.
- Establecer medidas para contar con un adecuado sistema de comunicación interna y externa, que permitan a la unidad médica emitir su información de alerta y le mantenga en comunicación continua con las instancias necesarias, mediante el uso de radios de onda corta, banda civil o frecuencia modulada, voceadores, timbres, sirenas, etc.
- Identificar las estrategias conducentes para implantar y dar a conocer el programa de atención hospitalaria en casos de desastre, para que todo el personal de la unidad identifique su participación ante un desastre interno. Se sugiere realizar cuando menos 2 veces por año simulacros de evacuación.

## **B. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA FASE DE CONTINGENCIA**

En esta fase se activa el Plan de Contingencias ante un desaste Interno. La finalidad es obtener una respuesta eficiente y oportuna del personal para salvaguardar la integridad de los pacientes, visitantes y bienes materiales de la unidad médica.

- En cuanto se recibe la noticia de que existe la amenaza o se ha producido un desastre interno, el Director o la persona con máxima autoridad que se encuentra en el hospital en ese momento, deberá recabar la siguiente información:
  - Identificar el No. telefónico o extensión del informante para verificar los datos proporcionados.
    - Tipo de desastre.
    - Localización exacta.
    - Hora de ocurrencia.
    - Tipo y número de víctimas.
    - Hora de recepción del informe.
    - Con la información recibida, evaluar la magnitud del desastre.
- Una vez corroborada la información se activa el Plan de Contingencias específico contenido en el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre, por la autoridad con máxima jerarquía en el hospital a la hora de ocurrir la amenaza o la situación de desastre. Notificar el siniestro a las autoridades correspondientes.
- Convocar al personal directivo y ubicar el Centro de Mando en el área identificada previamente como segura, ya sea dentro del hospital o en un área inmediata a él, para iniciar las actividades de coordinación, normar criterios y acciones a seguir, acordes a los planes previos, anotados en las Tarjetas de Acción.
- Alertar al personal sobre el tipo de desastre al que se enfrenta la unidad, con la finalidad de que la respuesta sea organizada e intervenga únicamente el personal indispensable de acuerdo a la magnitud del desastre.
- Participación del personal con base en lo señalado en sus Tarjetas de Acción.
- Activación de las brigadas de acuerdo al tipo de desastre.
- En caso de requerirse la evacuación del hospital de manera parcial o total, el Jefe de cada Servicio en conjunto con sus médicos y enfermeras, colaborarán con la brigada de evacuación, ayudarán a pacientes y familiares para desalojar el área, para lo cual se recomienda seguir los siguientes puntos:
  - Iniciar por los pisos superiores.
  - Salvaguardar los artículos prioritarios del paciente: prótesis, anteojos, etc.
  - Que cada paciente lleve su Expediente Clínico.
  - De ser posible darle también los Medicamentos de uso inmediato y urgente.

- Un brigadista responsable de la evacuación se colocará al frente y guiará en la ruta de evacuación; otro al final es el responsable de revisar cada cuarto y área para garantizar que nadie quede en el piso.
- Se trasladará temporalmente a los pacientes, material y equipo a los sitios previamente designados en el Plan de Contingencia específico.
- Se alertará a las unidades de salud y otros elementos de apoyo para que se preparen a la posible recepción de pacientes.
- Se llevará un registro cuidadoso del destino de los pacientes referidos ya sea a hospitales, albergues o a su domicilio.
- Se mantendrá comunicación continua entre el Centro de Mando y los diferentes servicios del hospital.
- Es necesario verificar que el conmutador quede libre de llamadas telefónicas ajenas a la emergencia, con el propósito de mantener un adecuado flujo de información.

### **C. ACTIVIDADES A REALIZAR POSTERIORES A LA CONTINGENCIA**

En esta Fase se incluyen las actividades a realizar para el retorno a la normalidad en el plazo más corto posible; además es necesario efectuar una evaluación de la respuesta de la atención, que proporcionó cada servicio, si ésta fue acorde a las necesidades de las víctimas y debe seguir los siguientes aspectos:

- El Director de la Unidad será el encargado de desactivar el Plan de Contingencia.
- Una vez que los responsables de evaluar los daños al inmueble, indican las condiciones del hospital se toman las decisiones correspondientes, si es seguro, el hospital puede retornar a su actividad normal, o bien en el caso de que las instalaciones sean inseguras, se deberá referir a los pacientes a la unidad médica correspondiente, de acuerdo al sistema de referencia previsto en el Plan de Contingencia
- Se elabora un censo de los pacientes, especificando datos generales y el lugar a donde fueron trasladados
- Se solicita a cada servicio y brigada un informe de las actividades realizadas, los resultados alcanzados, las situaciones no previstas y las medidas aplicadas para su solución.
- Se elabora un informe global del resultado obtenido, turnándolo a las Autoridades Estatales, guardando copia para conocimiento y análisis de los integrantes del

## Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastres.

- El Director junto con el personal que integra el Comité, evaluará el Plan de Contingencias, para identificar los problemas u omisiones que se hayan presentado, comparándolas con lo planeado. De esta manera se podrán corregir o mejorar las acciones propuestas, para lo cual deberán tomarse en cuenta las siguientes consideraciones:
  - Eficacia en la preparación de las áreas externas, las vías de escape, la señalización, etc.
  - Agilidad en la referencia de pacientes.
  - Organización en la evacuación de la unidad.
  - Tiempo en el que se desarrolló la evacuación de la unidad.
  - Coordinación con otras unidades de salud de apoyo.
  - Efectividad de las acciones realizadas con base en las Tarjetas de Acción.
  - Enlace y coordinación con el Centro de Mando.
  - Enlace del Centro de Mando con unidades extra institucionales.
- Con base en los resultados se diseña y pone en práctica la capacitación del personal.

**COMITÉ DE INSUMOS**



---

---

## VI. COMITÉ DE INSUMOS

### Introducción

De acuerdo con las recomendaciones de modernización administrativa que ha formulado la Secretaría de Salud en la materia, se ha establecido un Consejo Inter institucional sobre Insumos con el propósito de definir los criterios sobre los cuales habrá de realizarse la adquisición, guarda, optimización y procedimientos de control de Insumos para la Salud.

En éste se ha considerado la denominación genérica de los medicamentos y material de curación o consumo, las condiciones sanitarias que deben reunir la guarda, transportación y procedimiento para su destrucción sin omitir reactivos, placas radiológicas y aún equipo.

El Consejo hace énfasis en buscar el procedimiento idóneo para el abastecimiento sistemático de medicamentos, materiales de curación y consumo, de acuerdo a una buena planeación que evite el desabasto y a la vigilancia cuidadosa sobre la potencia, caducidad y reservas en el Almacén y los Servicios.

En el Acuerdo Secretarial No. 9 se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que prestan Servicios de Salud, deberán apegarse a lo dispuesto en el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos, mediante el que se seleccionarán y codificarán los insumos necesarios para apoyar en la prevención, tratamiento e investigación de los problemas de salud, de acuerdo con el nivel resolutivo del hospital. Estos elementos serán la base sobre la que el Comité Técnico de Insumos deberá trabajar.

### 1. Definición

El Comité de Insumos es el órgano asesor del cuerpo de gobierno y del personal responsable de brindar la atención médica del hospital, que investiga y aplica las normas y lineamientos que regulan la adquisición de medicamentos, material de curación, materiales de consumo, de aseo, instrumental, equipo médico y otros que garanticen la correcta prestación de los servicios.

Propone a las instancias superiores la inclusión o exclusión de insumos a los cuadros básicos de medicamentos, material de curación y consumo, así como de equipamiento del Sector Salud.

Vigila el uso correcto de antibióticos, psicotrópicos y demás medicamentos en el ámbito hospitalario.

Colabora con el área administrativa del hospital para lograr niveles adecuados de abastecimiento, almacenamiento y distribución de los insumos.

### 2. Objetivo

Optimizar la adquisición oportuna y suficiente; así como, el uso correcto de los diferentes insumos necesarios para el adecuado manejo de la atención médica

otorgada en el Hospital, así como de los consumibles y material para el diagnóstico y tratamiento, evitando las prescripciones no profesionales, ni éticas, la compra de instrumental o equipo no útil para la patología que atiende el hospital o para el nivel resolutivo del mismo; evitando la falta de insumos y facilitando el máximo aprovechamiento de los recursos.

### 3. Organización

Por su importancia en generar los insumos indispensables para el buen funcionamiento de la unidad hospitalaria, el Comité de Insumos debe sesionar al menos una vez al mes para revisar los casos específicos que seleccionarán los jefes de servicios o de departamento clínico, así como los reportes sobre el consumo de insumos de segunda elección, o bien las alternativas en el uso de insumos de reciente disponibilidad o que aún no son admitidos en el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

Este Comité debe mantener estrecha coordinación con todos los Comités del Hospital. Si una situación imprevista, o un acontecimiento como el de desastres lo justifica, el Comité debe coordinarse inmediatamente para el abasto mesurado de los insumos a requerir.

#### 3.1 Integración del Comité

Presidente:	Director de la unidad.
Coordinador:	Subdirector Médico en hospitales de más de 60 camas, En hospitales de menor número de camas, el Jefe de Hospitalización y Enseñanza.
Secretario:	Subdirector Administrativo o Administrador.
Vocales:	Jefes de los Servicios Clínicos, Jefe de enfermeras, Jefe de Residentes, Un miembro del patronato (cuando exista), Jefe o Responsable del Almacén. En hospitales de menos de 60 camas, el personal designado por el Director.

#### 3.2. Funciones

##### Del Comité:

- Garantizar el abasto suficiente y el uso óptimo de los diferentes insumos para contribuir a mejorar la calidad de la atención que brinda el hospital a la población usuaria.
- Colaborar con el área administrativa a integrar sistemas de información precisos de los fondos fijos de medicamentos, material de curación, de los auxiliares de diagnóstico y consumibles de uso hospitalario y de su adecuado nivel de abastecimiento.
- Revisar los expedientes de casos especiales hospitalizados, en los que se utilizan medicamentos de alto costo o con efectos colaterales de alto riesgo, para corroborar y validar o en su caso sustituirlos, previa plática con el médico tratante.
- Verificar que se establezcan y operen con eficiencia los mejores procedimientos para la adquisición, el almacenamiento, la conservación, preparación y distribución de los insumos, comprobando la correcta operación del ciclo del abastecimiento, de la elaboración de los fondos fijos por servicio, los controles de entrada y salida del



Almacén, el porcentaje alcanzado de suministros, así como el control de las fechas de caducidad de los medicamentos, el material de curación, de los auxiliares de diagnóstico y los consumibles con la frecuencia que sea necesaria.

- Proponer en coordinación con la administración de la unidad, los mecanismos de control y respuesta para que se tenga abasto adecuado de insumos las 24 horas.
- Diseñar un cuadro básico de insumos para botiquines de urgencias de algunos servicios que por el movimiento de pacientes, requieren cantidades suficientes para la atención durante 24 horas, días festivos y fines de semana.
- Este cuadro básico de urgencias debe considerar los insumos para equipo diagnóstico y de soporte de vida.
- Recibir las propuestas y bases técnicas del cuerpo médico del hospital, relativas a la inclusión de nuevos insumos y retiro de los que se consideren inapropiados, para que sea el conducto para enviar la información técnica que sustente la propuesta dirigida a la Comisión de Cuadros Básicos del Sector Salud.
- Coadyuvar con la administración de la unidad, para un adecuado control de los insumos que contengan estupefacientes o sustancias psicotrópicas, facilitando su uso debidamente controlado en todos los turnos.
- Investiga y aplica las NOM en el ámbito de su competencia.
- Difundir las Leyes, Reglamentos y NOM en el ámbito de su competencia, así como verificar su observancia.

#### **De los Miembros Integrantes del Comité:**

##### **Presidente:**

- Vigilar el cumplimiento de los lineamientos que rijan las funciones del Comité.
- Establecer los mecanismos para que la unidad permanentemente cuente con los insumos requeridos para el buen funcionamiento de la unidad, de acuerdo a una bien planeada calendarización.
- Normar la conducta a seguir de acuerdo a las estrategias recomendadas por los integrantes del Comité a fin de resolver la problemática de desabasto de la unidad.

##### **Coordinador:**

- Presentar al Presidente del Comité los asuntos a tratar en forma prioritaria, concernientes al abasto de insumos, programa de suministros, adquisiciones, uso racional de recursos, etc.
- Diseñar las estrategias que por consenso se determinen para corregir las desviaciones de desabasto detectadas, o por negligencia, uso inadecuado de recursos.

- Coordinar los trabajos para definir el abasto de insumos en general, con base en el POA, para el consumo de los diferentes servicios.
- Vigilar que el programa de abasto a los Servicios sea oportuno y completo.
- Mantener una coordinación estrecha entre los diferentes Comités.

**Secretario:**

- En su calidad de Subdirector Administrativo del Hospital, vigilar el uso racional de los recursos e insumos para la adecuada prestación de los Servicios.
- Elaborar la agenda de trabajo de cada reunión y levantar el acta correspondiente, llevando un cuidadoso seguimiento de los compromisos y recomendaciones presentadas por el Comité.
- Establecer los mecanismos para el funcionamiento permanente del Comité.

**Vocales:**

- Elaborar el Programa Anual de Suministros.
- Participar en forma rotatoria en la revisión de las solicitudes específicas.
- Participar en la evaluación general de las solicitudes y en la discusión de acciones, criterios y procedimientos en su caso.
- Sugerir acciones o programas en la adquisición y abasto para mejorar la atención médica.
- Revisar y emitir la opinión técnica en aspectos de costo-precio para las compras consolidadas de insumos.
- Participar en la elaboración anual del Programa de Adquisiciones para ejercer.

**4. Operación**

En coordinación con los Comités de “Calidad de la Atención Médica”, “Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal”, de “Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales” y de “Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética”:

Evitar el uso de fármacos de dudosa eficacia terapéutica y de aquellos que todavía se encuentren en proceso de investigación o experimentación, salvo en el caso de protocolos aprobados.

Conocer las desviaciones en la utilización de medicamentos de segunda elección, para corregir su uso.

Revisar las recetas médicas que se expidan en los servicios y que contengan insumos que están fuera del cuadro básico, a fin de evaluar si es procedente su indicación o utilización, informando a los jefes o responsables de servicio su opinión al respecto.

Examinar, estudiar y evaluar la información recibida sobre insumos, a fin de dictaminar los proyectos que se requieran de investigación en farmacología clínica.

Colaborar con el Comité de Infecciones y de Enseñanza e Investigación para evitar el abuso de antibióticos en manejos profilácticos.

El Comité Técnico sesionará mensualmente y en forma rotatoria convocará como miembros temporales a otros los Jefes de Servicio, que también participan directamente en la operación del Hospital con el propósito de escuchar necesidades y problemas de desabasto como: Laboratorio, Dietología, Mantenimiento, etc.

Estos miembros temporales elaborarán un listado de los problemas de desabasto de medicamentos, material de curación y otros insumos por servicio; que llevarán a las reuniones convocadas por el Comité para su análisis y por consenso se determinen las alternativas de solución a esta problemática (Anexo 12).

Anualmente deberá elaborarse el Programa de Adquisición y Abasto tomando en cuenta las necesidades de los diferentes servicios, considerando en éste, márgenes de seguridad para estar en condiciones de apoyar programas como el de urgencias y desastres.

El Comité levantará una Acta de Sesiones y establecerá responsabilidades, sobre desabasto, llevándose un seguimiento de los compromisos hasta su solución.

## **5- Información**

- El Presidente del Comité rendirá un Informe Mensual al Titular de los Servicios de Salud de la Entidad, con los resultados del cumplimiento de las funciones desarrolladas por el Comité para su conocimiento y evaluación (Anexo 3).
- El Coordinador Estatal o Responsable designado de la Atención Hospitalaria, conjuntará los informes mensuales recibidos de este Comité, que serán objeto de un análisis para que el Titular dicte las medidas complementarias ante la situación presentada (Anexo 4).
- Los Servicios de Salud del Estado, enviarán un resumen ejecutivo cuatrimestral a la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, con los datos relevantes de las actividades de este Comité en la entidad, evaluando los avances, destacando los datos relevantes y la problemática presentada, así como su solución.

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
COMITÉS TÉCNICO MÉDICOS HOSPITALARIOS  
COMITÉ DE INSUMOS**

**PROBLEMAS DETECTADOS POR SERVICIO**

HOSPITAL \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

SERVICIO	No PROBLEMA	MEDICAMENTOS	MATERIAL DE CURACION	MATERIAL DE CONSUMO	INSTRUMENTAL O EQUIPO

Para uso exclusivo del Comité

Hoja 1 de \_\_\_\_

**SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
COMITÉS TÉCNICO MÉDICOS HOSPITALARIOS  
COMITÉ DE INSUMOS**

**ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN**

<b>SERVICIO</b>	<b>No. PROB.</b>	<b>ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN</b>	<b>RESPONSABLE</b>

Hoja 2 de \_\_\_\_



## **VII. COMITÉ DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN, CAPACITACIÓN Y ÉTICA**

### **Introducción**

De conformidad con lo establecido en los Artículos 89 a 93 de la Ley General de Salud, corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, promover actividades tendentes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos, otorgando facilidades para la enseñanza y capacitación en servicio, en los establecimientos de Salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece que elevar el potencial productivo de la fuerza laboral y propiciar su desarrollo, constituye un objetivo para alcanzar el crecimiento sostenido de la productividad; con ese fin resulta estratégico impulsar las oportunidades de formación técnica y capacitación de los trabajadores de la salud.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 prevé que para la consecución de los objetivos en esta materia, es necesario que toda acción encaminada a brindar a la población una mejor atención, debe ir acompañada de la preparación y capacitación permanente del personal que ejerce los servicios de salud.

La Investigación para la Salud comprende el desarrollo de acciones encaminadas al conocimiento del proceso biológico y psicológico de los seres humanos; a la identificación de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica clínica y la estructura social en la que se desenvuelven y coexisten la población, las unidades que otorgan los servicios de salud y los prestadores de estos servicios.

Con la investigación se tiene la oportunidad de estudiar no sólo problemas de tipo general existentes en alguno de los ámbitos de la atención médica, sino que al establecer mecanismos específicos de investigación operativa, se busca mejorar los servicios que se imparten en la propia unidad de atención hospitalaria.

Es por tal motivo, que en cada uno de los ámbitos de responsabilidad y desempeño, la Secretaría de Salud favorece a través de su estructura física y humana la Investigación en Salud en sus cuatro importantes componentes que son: Básica, Clínica, Epidemiológica y de Servicios de Salud; aportando con cada una de ellas la oportunidad de estudiar el comportamiento de los factores que inciden en la presentación de problemas y daños a la salud, para lograr la instrumentación de acciones de prevención, control y mejoría de los servicios que se imparten, tomando en cuenta como parte sustantiva a la población beneficiaria y demandante de la atención médica y aplicando siempre los principios éticos y de respeto en cada actividad.

## **Definición**

El Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética es el responsable de analizar y evaluar la aplicación de los programas de docencia médica y paramédica, diseñados para la formación de personal y para superar o corregir deficiencias detectadas en la operación, por otros Comités. Supervisa y valida protocolos de investigación. En materia de ética es el responsable de vigilar el cumplimiento de los principios deontológicos y bioético-médicos y de solicitar al responsable del área de enseñanza se elaboren los programas de capacitación continua para el personal que participa en la atención de los pacientes.

### **1. Objetivo**

- Elevar la calidad de la atención médica, a través de vigilar el cumplimiento y aplicación de los programas de docencia, capacitación continua e investigación operativa.
- Promover que en los servicios de atención médica que se otorgan a los pacientes, con la complejidad que en la época resulta del creciente conocimiento científico, el avance tecnológico, los cambios socio-económicos y legales que sobre ella inciden, el personal de salud mantenga presentes los principios deontológicos y bioéticos.
- Contribuir a que el personal médico tome conciencia de que su responsabilidad científica y la eficiencia para atender a los enfermos, radica en la buena relación médico-paciente.

### **2. Organización**

La capacitación, investigación y enseñanza deben existir en todas las unidades hospitalarias, independientemente del tamaño y complejidad de la unidad.

El Comité es un órgano que apoya a la Jefatura de Enseñanza para planear programas específicos y organizar acciones de aprendizaje dirigidas tanto a profesionales en formación, como a la base trabajadora con educación continua.

La enseñanza médica hospitalaria estará a cargo del Jefe de Hospitalización y Enseñanza e Investigación o del Jefe de Departamento de Educación Médica que será el encargado de organizar que se imparta la docencia al personal becario.

El Comité brinda asesoría para el desarrollo de proyectos de investigación biomédica, epidemiológica, de servicios de salud; así como evalúa y valida los protocolos de investigación y cursos formativos que se realizan en el hospital.



El Comité cuida que en el diseño del protocolo presentado para su consideración y en el desarrollo de el mismo, cuando involucre a seres humanos, estén claramente formulados los principios de ética; tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- En cada proyecto de investigación biomédica que involucre a seres humanos se deben establecer los posibles riesgos predecibles a corto, mediano y largo plazo, así como los posibles beneficios para el sujeto de la investigación.
- En cualquier investigación aplicada a seres humanos, cada sujeto participante debe ser informado acerca de los propósitos, métodos, beneficios anticipados y peligros potenciales del estudio y las molestias que le puede ocasionar. El sujeto tendrá la libertad de abstenerse de participar o dar su autorización, mediante la firma de un documento de consentimiento informado, en el que se detallan los aspectos antes señalados.
- El protocolo de investigación deberá contener siempre un estipulado de las condiciones éticas involucradas, que fueron consideradas analizadas y aprobadas por el Comité
- El médico podrá combinar la investigación médica con la atención profesional, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos médicos para la práctica clínica, sólo en la medida en que la investigación médica se justifique por su potencial valor diagnóstico o terapéutico para la práctica médica.

## 2.1 Integración

Presidente:	Director de la unidad.
Coordinador:	Subdirector Médico en hospitales de 60 camas y más. Jefe de Hospitalización y Enseñanza en hospitales de menos de 60 camas.
Secretario:	Jefe de Enseñanza e Investigación en los hospitales de 60 camas y más, o persona designada por el Director en los hospitales de menos de 60 camas.
Vocales:	Responsable de los Servicios de Atención Médica, Responsable de Urgencias, Jefe de los Servicios o Responsable de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Jefa de Enfermería, Jefa de Trabajo Social, Jefe de Residentes. Subdirector Administrativo y responsable del área de Recursos Humanos. En hospitales de menos de 60 camas, el personal designado por el Director.

## 2.2 Funciones

### Del Comité:

- Promover la docencia de las ciencias de la salud, la investigación científica y tecnológica y la conducta ética del personal médico y paramédico del hospital.
- Planear los cursos, talleres, seminarios y conferencias, intra y extra hospitalarias dirigidos a personal de la salud, que modifiquen positivamente o resuelvan problemas detectados en el que hacer médico por éste y por otros Comités.
- Coadyuvar en la detección de las necesidades de capacitación del personal médico, paramédico, técnico y administrativo, con base en necesidades sentidas en la operación de los servicios médicos.
- Mantener estrecha relación con los otros Comités a efecto de implementar medidas de enseñanza, investigación y capacitación para resolver problemas detectados.
- Proponer acciones o programas en casos individuales o generales para mejorar el nivel de enseñanza y las acciones médicas.
- Emitir la opinión técnica sobre los aspectos éticos de las investigaciones propuestas, mediante el análisis de riesgos y beneficios que garanticen la seguridad y derechos de los sujetos de investigación.
- Evaluar y validar los proyectos de investigación biomédica con el propósito de que se ajusten a principios deontológicos.
- Analizar los aspectos legales, técnicos y científicos que se describan en los protocolos, cuidando que el método utilizado no afecte en ningún momento los derechos de la población involucrada.
- Dar juicios de carácter ético profesional y bioético de los proyectos de investigación.
- Otorgar un juicio ético y bioético de la calidad de la atención y servicios que se brindan a los pacientes, en coordinación con los otros Comités Técnico Médicos.
- Participar en la solución de casos particularmente complejos que impliquen decisiones con un peso moral.
- Difundir y aplicar<sup>o</sup> las Leyes, Reglamentos y NOM en el ámbito de su competencia.

## **De los Miembros Integrantes del Comité**

### **Presidente:**

- Vigilar el funcionamiento del Comité en el desarrollo de programas de educación continua del personal médico, paramédico y becario adscrito a la unidad hospitalaria
- Fomentar la capacitación permanente del personal.
- Determinar con su voto de calidad la autorización de protocolos de investigación.
- Vigilar que los procedimientos médicos y quirúrgicos determinados por la unidad, se realizan conforme a criterios de ética por el personal de base y becario.

**Coordinador:**

- Mantener coordinación con los otros Comités (De Calidad de la Atención Médica, Infecciones Nosocomiales, Mortalidad Hospitalaria, etc.), a efecto de promover cursos específicos de educación médica, capacitación continua e investigación operativa.
- Vigilar que la educación médica continua que se otorga al personal becario, se apegue a los lineamientos marcados en su programa.
- Participar en el análisis de propuestas de protocolos de investigación que por consenso del Comité deben autorizarse o en su caso, rechazarlos si no cumplen con los requisitos metodológicos y de ética.

**Secretario:**

- Promover la realización de cursos de capacitación para todo el personal.
- Brindar asesoría al personal médico y paramédico para el diseño de protocolos de investigación.
- Participar en la organización y ejecución de cursos de capacitación y proyectos de investigación.
- Mantener coordinación estrecha con los Comités instalados en la unidad hospitalaria, particularmente con los de Calidad de la Atención e Infecciones Nosocomiales.
- Llevar ante el Comité los proyectos de investigación para su análisis y posterior autorización.
- Establecer la metodología de análisis que se aplicará para la revisión de protocolos.

**Vocales:**

- Participar en la elaboración del Programa Anual de trabajo del Comité.
- Valorar el Programa Anual de Trabajo de Enseñanza, Capacitación e Investigación de la Unidad.
- Apoyar al Departamento de Enseñanza para que la capacitación del personal becario sea conforme a lo señalado en los lineamientos.
- Verificar en coordinación con el Comité de Calidad de la Atención Médica, que los procedimientos médicos y quirúrgicos aplicados en la unidad se ajusten a las indicaciones propedéuticas.

- Fomentar la investigación clínica, epidemiológica y de servicios de salud entre el personal, cuyos resultados coadyuven en una mejora de la calidad de la atención.
- Evaluar los resultados obtenidos de los protocolos de investigación y dictar recomendaciones para su difusión y aplicación.
- Evaluar en coordinación con el Comité correspondiente, las quejas y la práctica del personal de la salud desde el punto de vista deontológico y bioético.
- Proponer las acciones correctivas y estrategias que en cada caso procedan.

#### **4. Operación**

El Comité sesionará una vez al mes, considerando tiempos para cada uno de sus componentes: la educación continua, la docencia la validación de protocolos y el análisis de los problemas éticos derivados de la atención médica.

Deberán registrarse en un Acta los Compromisos tomados por el Comité y dar seguimiento a cada uno de ellos hasta su solución.

El Jefe de Enseñanza en su calidad de Secretario, presentará ante el Comité las propuestas de capacitación, educación continua e investigación que se vayan a realizar en el hospital para obtener mediante el consenso, la autorización y presupuesto. Como investigaciones se aceptarán las biomédicas, las operativas de servicios de salud, las epidemiológicas, las de trabajo social, etc. (Anexo 13).

El Comité tendrá bajo su responsabilidad la vigilancia de la capacitación continua del personal de la unidad.

En coordinación con el Comité de Mortalidad Hospitalaria y el Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales, se debe estimular el desarrollo de investigación básica, clínica, epidemiológica y operativa, con atención particular a los factores de riesgo para la adquisición de este tipo de patología hospitalaria.

Los resultados de estas investigaciones deberán ser discutidos en el seno del Comité con el objeto de evaluar y mejorar las actividades de prevención dentro de la unidad. Los estudios de investigación se deben efectuar con base en los principios científicos y éticos, de acuerdo con lo que señala al respecto la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de investigación.

Los problemas deontológicos y éticos en que incurra el personal, detectados en el proceso de la atención por los otros Comités, serán abordados para su análisis y recomendaciones por este Comité.

#### **5. Información**

- El Presidente del Comité rendirá un informe mensual al Titular de los Servicios de Salud de la Entidad con los resultados del funcionamiento del Comité, para su conocimiento y evaluación.
  - El Coordinador Estatal o Responsable designado de la Atención Hospitalaria, conjuntará los informes recibidos de cada unidad hospitalaria, que serán objeto de un análisis para que el Titular dicte las medidas complementarias ante la situación presentada.
- Los Servicios de Salud del Estado, enviarán un resumen ejecutivo cuatrimestral a la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, con los datos relevantes de las actividades de este Comité en la entidad, evaluando los avances, así como la problemática detectada y su solución.

SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
COMITÉS TÉCNICO HOSPITALARIOS

COMITÉ DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN, CAPACITACIÓN Y ÉTICA

PRESENTACIÓN DE CASOS

Sesión número \_\_\_\_\_

Análisis de los casos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necesidades de capacitación detectadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Programa (s) de enseñanza revisados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Protocolos (s) de investigación revisados (s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problema (s) Deontológicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre, cargo y firma de los participantes del Comité.

Presidente \_\_\_\_\_ Coordinador \_\_\_\_\_

Secretario \_\_\_\_\_ Vocal \_\_\_\_\_

Vocal \_\_\_\_\_ Vocal \_\_\_\_\_

**Esta edición fue revisada y actualizada por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, publicada en el mes de diciembre de 1999, por el grupo de trabajo encabezado por su Titular:**

**DRA. GEORGINA VELÁZQUEZ DÍAZ**

**Grupo de trabajo:**

**DR. HUMBERTO VARGAS FLORES**

**DR. ERNESTO DÍAZ DEL CASTILLO CALZADA**

**DR. JORGE ANTONIO MALPICA Y RINCÓN**

**DR. FRANCISCO JOSÉ MARTÍNEZ GUTIERREZ**

**DRA. ELENA TREJO FLORES**

**DR. RICARDO VIGURI URIBE**

**DRA. ANA MA. VÁZQUEZ ESPINOZA**

**DR. JOSÉ LUIS CANTON GARCÍA**

**DR. RODOLFO CAMPOS GONZÁLEZ**

**DR. JOSÉ FIGUEROA KIM**