



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

POLÍTICAS HOSPITALARIAS

NOVIEMBRE 2023

HOJA 1



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Hoja 3
I. OBJETIVO	4
II. MARCO JURÍDICO	4
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
IV. POLÍTICAS	
1. Generales	7
2. Acciones esenciales para la seguridad de las y los pacientes	10
3. Sistemas críticos para la seguridad de las y los pacientes	21
4. Atención centrada en las y los pacientes	30
5. Gestión de la organización.	44
V. GLOSARIO DE TÉRMINOS	46
ARTÍCULOS TRANSITORIOS	47

INTRODUCCIÓN

Las Políticas Hospitalarias del Hospital Juárez de México son una herramienta transversal que establece las directrices básicas para que el personal de salud ofrezca atención médica con calidad, seguridad y humanismo. Se enfocan al personal que interviene en los procesos de atención médica y en los procesos de apoyo.

La actualización de las presentes políticas resulta de la publicación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) en el Diario Oficial de la Federación el 29 de junio de 2023, el cual se define como la estrategia integral, resultado de la sinergia de los procesos de “Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” y la “Certificación de Establecimientos de Atención Médica”, que permite verificar el cumplimiento de los criterios y estándares en materia de calidad, con énfasis en la seguridad de las y los pacientes, por medio de la evaluación continua y progresiva de la estructura hospitalaria, los procesos y sus resultados.

El MUEC es un modelo enfocado a la mejora de la calidad y la satisfacción de las personas y profesionales de la salud. Se constituye como el proceso de evaluación de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los Establecimientos de Atención Médica (EAM), con un enfoque de gestión por procesos centrado en las personas, familias, comunidades y población, con el fin de transitar paulatinamente hacia el sostenimiento de la calidad en la atención médica.

Bajo este contexto, las Políticas Hospitalarias están alineadas con los siguientes estándares del modelo, adaptadas a las características y condiciones del Hospital Juárez de México:

- ✓ Acciones esenciales para la seguridad de las y los pacientes.
- ✓ Sistemas críticos para la seguridad de las y los pacientes.
- ✓ Atención centrada en las y los pacientes.
- ✓ Gestión de la organización.

En la actualización de estas políticas se utiliza lenguaje ciudadano así como lenguaje incluyente y no sexista.



I. OBJETIVO

Establecer políticas alineadas al Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) y las normas vigentes, que permitan fortalecer la calidad y la seguridad de la atención médica, bajo una perspectiva multidisciplinaria y sistémica.

II. MARCO JURÍDICO.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

LEYES.

Ley General de Salud

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Ley Federal de Procedimiento Administrativo

Ley Federal de Archivos

Ley General de Responsabilidades Administrativas

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Ley General de Víctimas

Ley General para el Control del Tabaco

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Ley de Ciencia y Tecnología

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores



Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

REGLAMENTOS.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

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

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

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

Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Protección Social en Salud

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental

Reglamento General de Seguridad Radiológica

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.

CÓDIGOS.

Código Civil Federal

Código de Procedimientos Civiles

Código Penal Federal

Código Nacional de Procedimientos Penales

DECRETOS.

Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.

NORMAS.

Norma Oficial Mexicana NOM/004/SSA3/2012 Del Expediente Clínico

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Norma Oficial Mexicana NOM/007/SSA2/1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Norma Oficial Mexicana NOM/007/SSA3/2011, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

Norma Oficial Mexicana NOM/008/SSA3/2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de anestesiología.

Norma Oficial Mexicana NOM/003/SSA3/2010, Para la práctica de la hemodiálisis.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 Protección ambiental-salud, ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, Que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos

Norma Oficial Mexicana NOM-083-SEMARNAT-2003, Especificaciones de protección ambiental para la selección del sitio, diseño, construcción, operación, monitoreo, clausura y obras complementarias de un sitio de disposición final de residuos sólidos urbanos y de manejo especial

OTROS.

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

Programa sectorial de salud 2020-2024

Programa Institucional 2020-2024 del Hospital Juárez de México.



Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México

Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

Modelo Único de Evaluación de la Calidad:

- ✓ Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- ✓ Lineamientos para el manejo y control del expediente clínico.
- ✓ Criterios y Estándares. Anexo A CUNCEEC. Servicios de atención ambulatoria.
- ✓ Criterios y Estándares Anexo B CUNCEEC. Hospitales.
- ✓ Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Lineamientos para la operación y funcionamiento del Comité de Mejora Regulatoria Interna del Hospital Juárez de México.

Manual de lenguaje incluyente.

Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la función pública

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las políticas son aplicables a todo el personal del Hospital Juárez de México.

IV. POLÍTICAS HOSPITALARIAS.

1. Políticas Generales

- 1.1 El Hospital Juárez de México es responsable de proporcionar atención médico-quirúrgica a pacientes que no cuentan con seguridad social, conforme a los principios de participación social, competencia técnica y calidad; con pertinencia cultural, trato adecuado, digno y con cero tolerancia a cualquier acto de discriminación, asociado al apoyo y aplicación de la investigación y formación de recursos humanos en un marco de transparencia y alineado a las prioridades nacionales.
- 1.2 Es responsabilidad del personal clínico proteger y respetar los derechos de los/las pacientes y su familia, otorgarles información suficiente, clara, veraz y oportuna; asimismo, permitir que decidan libremente sobre su atención y brindarles las facilidades y la orientación para que puedan solicitar una segunda opinión médica.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 1.3 Los servicios de Urgencias Adultos, Urgencias Pediátricas y el área de Urgencias Gineco-Obstétricas, deben brindar atención médica clínica de calidad las 24 horas los 365 días del año.
- 1.4 En los Servicios de Urgencias del Hospital, se aplica la política de "Cero Rechazo", basándose en el método de cribado (triage) que permite la identificación de prioridades de atención a la salud de las/los pacientes con urgencias calificadas, hasta lograr su estabilización, abordaje de la sospecha diagnóstica, manejo médico y/o quirúrgico inicial, o bien referencia oportuna para continuidad de la atención.
- 1.5 Cuando no se cuente con capacidad resolutive en equipamiento, recursos humanos ni/o de insumos, el servicio médico responsable debe estabilizar al/a la paciente y buscar trasladarlo/a a otra institución de salud, con base en las necesidades de atención.
- 1.6 Todo/a paciente hospitalizado/a debe contar con una valoración inicial en las primeras 24 horas a partir de su ingreso, con la finalidad de establecer el plan de atención de acuerdo a sus necesidades de salud específicas.

Los/Las pacientes de urgencias deben ser evaluados/as inmediatamente de acuerdo a los criterios de triage.
- 1.7 El personal del área de la salud debe cumplir con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, asimismo, con los lineamientos internos establecidos en la materia.
- 1.8 Es responsabilidad del personal médico informar al/la paciente y/o familiar, sobre los trámites y requisitos que deben cumplir para su ingreso programado.
- 1.9 Son considerados(as) como pacientes vulnerables los/las siguientes:
 - a. Menores de edad;
 - b. Personas con discapacidad;
 - c. Personas indígenas;
 - d. Personas migrantes,
 - e. Adultos/as mayores que requieren de dispositivos para su movilidad;
 - f. Personas que se encuentran bajo efectos de sedación o con pérdida de la conciencia;
 - g. Pacientes en estado de coma;
 - h. Pacientes gineco-obstetricas,
 - i. Personas de la comunidad LGBTTTIQ+

A todos/as se les brindarán las medidas de protección inherentes a sus necesidades.



- 1.10 De conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, el personal médico debe elaborar carta de consentimiento informado, que debe contener al menos los siguientes requisitos:
- Nombre de la institución: Hospital Juárez de México;
 - Título del documento;
 - Lugar y fecha en que se emite;
 - Acto autorizado;
 - Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;
 - Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y
 - Nombre completo y firma del/la paciente, si su estado de salud lo permite. En caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, debe registrarse el nombre completo y firma del/la familiar que se encuentre presente, del/la tutor/a o del/la representante legal;
 - Nombre completo y firma del/la médico/a que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.
 - Nombre completo y firma de dos testigos.
- 1.11 Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado son:
- Ingreso hospitalario;
 - Procedimientos de cirugía mayor;
 - Procedimientos que requieren anestesia general o regional;
 - Salpingoclasia y vasectomía;
 - Donación de órganos, tejidos y trasplantes;
 - Investigación clínica en seres humanos;
 - Necropsia hospitalaria;
 - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;
 - Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

Se pueden obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las enlistadas, cuando el personal de salud lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

En los casos de urgencia, se está a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, que a la letra indica:

“En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.



Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico”.

2. Acciones esenciales para la seguridad de las y los pacientes.

- 2.1.1 El personal de salud clínico debe identificar correctamente al/la paciente desde el momento en que solicita atención, con al menos los siguientes identificadores o datos estandarizados: nombre completo y fecha de nacimiento.

Por su parte, el personal no clínico debe tener conocimiento de que el nombre completo y la fecha de nacimiento son los datos establecidos por el Hospital para identificar correctamente a los/las pacientes.

- 2.1.2 El personal médico y paramédico es responsable de identificar correctamente a los/las pacientes previo a realización de:
- La administración de todo tipo de medicamentos
 - La administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
 - La transfusión de sangre y hemocomponentes
 - El inicio de la sesión de hemodiálisis
 - La extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos
 - La realización de estudios de gabinete
 - Los traslados dentro y fuera del Hospital
 - La dotación de dietas
 - La terapia de remplazo renal con hemodiálisis
 - Aplicación de vacunas
 - La realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo
 - El manejo de cadáveres

Se debe realizar doble verificación antes de administrar componentes sanguíneos o medicamentos de alto riesgo.

- 2.1.3 Cuando un/a paciente ingrese a un servicio de Urgencias en condición crítica y no pueda ser identificado/a, el personal de salud debe colocar una tarjeta en la cabecera de cama que indique “PACIENTE DESCONOCIDO/A”, registrando fecha y hora de ingreso, en lugar del nombre y fecha de nacimiento. En caso de que haya más de un/a



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

paciente sin identificar en el mismo servicio, se registrará como "PACIENTE DESCONOCIDO/A 1, 2" en número progresivo.

En ambos casos se deben coordinar actividades con el personal de trabajo social para su pronta averiguación o trámite correspondiente. Si transcurren más de 6 horas sin identificarlo/a, o antes si se requiere, se le coloca su brazaletes inscribiendo en el mismo: "PACIENTE DESCONOCIDO/A".

- 2.1.4 Si para la realización de un procedimiento profiláctico, diagnóstico o terapéutico es necesario retirar el brazaletes de identificación del/de la paciente, se debe priorizar reubicarlo en otra extremidad temporalmente y la persona que lo retira debe recolocararlo al finalizar el procedimiento.

El personal de salud debe realizar una doble identificación del/de la paciente, además de la comprobación inicial, cotejando sus datos antes de efectuar lo siguiente:

- El traslado del/la paciente.
- La administración de todo tipo de medicación
- La administración de sangre y/o hemoderivados.
- La ejecución de procedimientos profilácticos, diagnósticos o terapéuticos.
- La dotación de dietas.

En los procedimientos invasivos de tipo radiológico o quirúrgico, la comprobación debe ser en las etapas previa, durante y después del procedimiento.

- 2.1.5 En pacientes inconscientes, en estado de coma y bajo sedación o anestesia, la identificación se realiza a través del brazaletes y del expediente clínico.
- 2.2.1 En casos de urgencias que representen riesgo en la vida de los/las pacientes, el personal médico adscrito, de enfermería y médico/a residente, podrá dar o recibir órdenes o instrucciones de atención médica en forma verbal, siempre y cuando cumpla con los siguientes puntos:
- a. El/La receptor/a escucha la indicación.
 - b. El/La receptor/a repite la indicación o instrucción en voz alta.
 - c. El/La emisor/a la confirma.
- 2.2.2 Se deroga.
- 2.2.3. Al término del evento de urgencia, la persona que emitió la orden o instrucción de atención médica debe registrarla en la hoja de indicaciones médicas, anotando: fecha, hora, orden o instrucción, nombre y firma.



**Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración**

- 2.2.4 Al término del evento de urgencia la persona que recibió la orden o instrucción debe registrarla en el plan integral de enfermería, en el apartado que corresponda (plan terapéutico, terapia intravenosa, cuidados de enfermería, etc.), anotando en el rubro de observaciones el nombre de la persona que la emitió la orden o instrucción, la fecha y firma.
- 2.2.5 El personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, queda facultado para dar resultados de manera verbal sobre procedimientos que efectúe en su ámbito de competencia, a los siguientes servicios: urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos, así como en los casos donde se encuentre en peligro la vida de los/las pacientes.
- 2.2.6 El personal médico, médico residente, de enfermería y adscrito a los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, es responsable de aplicar el siguiente proceso, en caso de dar o recibir resultados de manera verbal sobre los procedimientos que efectúen en su ámbito de competencia:
 - a. La persona receptora escucha la información.
 - b. La persona receptora la escribe
 - c. La persona receptora lee el resultado escrito.
 - d. La persona emisora confirma.
- 2.2.7 En caso de recibir resultados de laboratorio en forma verbal o telefónica, el personal médico debe registrarlos en la hoja de nota médica, indicando la fecha y hora.
- 2.3.1 Es responsabilidad del personal de salud involucrado en el manejo de electrolitos concentrados, citotóxicos, anticoagulantes, trombolíticos, insulinas y radioactivos o de naturaleza similar, conocer y aplicar las siguientes condiciones:
 - A. Los electrolitos concentrados deben ser marcados o etiquetados con los colores específicos que se indican:

COLOR	ELECTROLITO CONCENTRADO	ETIQUETA
AZUL	Bicarbonato de Sodio 7.5%.	Se diluye
ROJO:	Cloruro de Potasio 14.9%	Se diluye
NARANJA:	Fosfato de Potasio 15 %	Se diluye
BLANCO	Cloruro de sodio hipertónico 17.7%	Se diluye
AMARILLO:	Gluconato de calcio 10%	Se diluye
VERDE	Sulfato de Magnesio	Se diluye

- B. La caja debe tener una etiqueta de 2 cm de diámetro del color correspondiente, en la parte frontal del extremo superior derecho. Cada frasco o ampula debe contar con una etiqueta de 1 cm de diámetro del mismo color, sin tapar nombre, fecha de caducidad y concentración de su contenido.



C. En el caso de las mezclas intravenosas de citotóxicos, la etiqueta debe indicar "Citotóxico, medicamento de alto riesgo"

2.3.2 La/El Enfermera/o jefa/e de servicio y las/los enfermeras/os encargadas/os de turno, son responsables de:

- Almacenar los electrolitos concentrados en forma separada del resto de los medicamentos: área de almacenaje "vitrina y/o gaveta" destinado para su control, conforme al código de colores establecido y sin mezclar unos con otros.
- Mantener los electrolitos concentrados en su envase original: Caja forrada según el código de colores para electrolitos concentrados, como lo marca la NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios.
- Colocar el código de colores en el lugar donde se almacenan los electrolitos, que deben corresponder al etiquetado de los mismos.
- Colocar los electrolitos concentrados en el carro de reanimación cardiopulmonar, como se indica: El compartimiento forrado de color azul corresponde al electrolito Bicarbonato de sodio (1), el compartimiento color amarillo corresponde al Gluconato de calcio (2), y el compartimiento color verde al sulfato de magnesio (3).

2.3.3 Se deroga.

2.3.4 La/El Enfermera/o jefa/e de servicio y las/los enfermeras/os encargadas/os de turno, son responsables de supervisar el cumplimiento de la doble verificación de los medicamentos de alto riesgo.

2.3.5 Se deroga.

2.3.6 El personal médico tratante es responsable de elaborar las prescripciones médicas y escribirlas de la siguiente forma:

- En medio electrónico y/o con letra legible, sin errores y tachaduras.
- Los medicamentos se prescriben por nombre genérico.
- Cuando la dosis se prescriba con un número entero, nunca debe escribirse un punto decimal y un cero a la derecha. Ejemplo. 30 miligramos
- En Dosis menores a un número entero, colocar un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis. Ejemplo 0.30 miligramos
- Dosis, deberá indicarse y escribirse la concentración en unidad de medida del fármaco en "gramos, miligramos, microgramos o unidades internacionales" (no se aceptan abreviaturas y prescripción de tableta, gragea o ampolleta).

2.3.7 Las soluciones intravenosas que contengan medicamentos de alto riesgo, deben señalarse con un membrete para soluciones parenterales con el borde externo en color ROJO.



- 2.3.8 Es responsabilidad de la Farmacia Hospitalaria, el Almacén de Farmacia y el Centro de Mezclas Institucional, entregar los electrolitos concentrados, citotóxicos, anticoagulantes, trombolíticos, insulinas, radioactivos y medicamentos de naturaleza similar, debidamente marcados o etiquetados con color o leyendas específicas como se indica en la política 2.3.1.

El personal de enfermería jefe/a de servicio y/o el personal encargado de turno, es responsable de verificar que los medicamentos mencionados estén debidamente etiquetados.

- 2.3.9 Se deroga.

- 2.3.10 El personal médico y de enfermería, así como el personal de Farmacia Hospitalaria, del Centro de Mezclas Institucional y del Almacén de Farmacia, es responsable de realizar doble verificación de los siguientes medicamentos, tanto al momento de surtir, recepcionar, preparar o administrar, según corresponda a sus funciones:

- Electrolitos concentrados.
- Anticoagulantes: Enoxaparina, heparina, acenocumarina.
- Trombolíticos: Alteplasa, estreptoquinasa.
- Insulinas. NPH y rápida.
- Citotóxicos.
- Elementos radiactivos: TC 99 “tecnecio 99”, Yodo “I -131”.

La doble verificación consiste en que otra enfermera, médico/a y/o químico/a, corrobora que el medicamento es el correcto en el momento de surtir, recibir, preparar, dispensación o administrar.

- 2.3.11 El personal médico, de enfermería y del Centro de Mezclas Institucional, es responsable de organizarse para trabajar en pares al momento de preparar y/o ministrar medicamentos de alto riesgo y realizar la técnica de “doble verificación”, que comprende la aplicación de los 7 correctos: paciente correcto, medicamento correcto, fecha de caducidad correcta, dosis correcta, vía correcta, hora correcta y velocidad de infusión correcta.

Asimismo, en el caso de la preparación de mezclas intravenosas en el Centro de Mezclas Institucional, el personal del área deberá realizar la técnica de “doble verificación” en todos los procesos, desde el surtido de los insumos por parte del almacén, hasta la dispensación de las mezclas parenterales.

- 2.3.12 El personal médico y de enfermería, es responsable de realizar doble verificación al momento de la preparación, registrando los siguientes datos en los membretes:
- Membrete para la preparación de medicamentos: Anotar en el extremo inferior del membrete el nombre de la persona que realiza la doble verificación.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- Membrete de soluciones parenterales con recuadro rojo, en las soluciones que contengan medicamentos de alto riesgo: Registrar en el extremo inferior derecho del membrete la leyenda "doble verificación", con el nombre y apellidos del personal de enfermería que la realiza.
- En el caso del Centro de Mezclas Institucional, el personal asignado para la preparación de mezclas intravenosas debe realizar la técnica de "doble verificación", dejando el registro en las bitácoras y/o controles correspondientes.

2.3.13 El personal médico y de enfermería son responsables de realizar doble verificación al momento de la ministración, así como de registrarla en los siguientes documentos:

- Cuando se ministren medicamentos de alto riesgo: En el plan integral de enfermería, rubro del plan terapéutico, en la columna de observaciones con la leyenda "realiza doble verificación", seguido del nombre completo y firma autógrafa del personal que la realiza.
- Para el caso de la ministración de soluciones parenterales que contengan medicamentos de alto riesgo, el registro debe realizarse en el plan integral de enfermería, apartado de terapia intravenosa, inmediatamente después de la inscripción de la solución de que se trata, con la leyenda "realiza doble verificación" seguido del nombre completo y firma autógrafa del personal que la realiza.

2.4.1 Es responsabilidad del personal médico tratante y del equipo quirúrgico aplicar el protocolo universal de cirugía segura, que incluye el marcaje quirúrgico, la verificación preoperatoria y la realización del tiempo fuera (time out) a todos/as los/las pacientes a quienes se realice algún procedimiento quirúrgico, o cuando se realicen procedimientos invasivos de alto riesgo.

2.4.2 El personal médico cirujano y/o los/las médicos/as residentes que participen en actos quirúrgicos, son responsables de realizar el marcaje quirúrgico en casos relacionados con lateralidad, órganos pares, estructuras múltiples o niveles, utilizando para ello la marca estandarizada "círculo" con un marcador de tinta indeleble, promoviendo la participación del/la paciente y familiar y registrando el marcaje quirúrgico en el formato correspondiente.

2.4.3 El personal médico cirujano y los/las médicos/as residentes son responsables de omitir el marcaje quirúrgico, cuando se trate de neonatos y cuando se presenten lesiones dérmicas en la zona o región a operar que impidan la realización de este, y se basarán en el formato específico para marcaje quirúrgico.

2.4.4 El equipo quirúrgico, médico/a cirujano/a, anestesiólogo/a y personal de enfermería que participa en la cirugía, es responsable de realizar el proceso de verificación preoperatoria en el periodo anterior a la inducción de la anestesia, que incluye lo siguiente:



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- Verificar el sitio, el procedimiento y el paciente correctos;
- Asegurar la disponibilidad de documentos, imágenes y estudios relevantes;
- Verificar la presencia y el funcionamiento adecuado de los equipos y/o implantes;
- Verificar el marcaje quirúrgico cuando corresponda así como la valoración de riesgo de alergias y de hemorragias;
- Verificar el etiquetado correcto de piezas quirúrgicas.

2.4.5 El equipo quirúrgico es responsable de aplicar el tiempo fuera previo a la incisión, que incluye confirmar el sitio, el procedimiento y el/la paciente correcto/a, justo antes de empezar el procedimiento quirúrgico.

2.4.6 El personal de salud que labora en áreas donde se realizan procedimientos invasivos de alto riesgo que requieren sedación, es responsable de aplicar el formato: "Lista de verificación" que se utiliza en procedimientos quirúrgicos.

2.4.7 El personal médico cirujano, anesthesiólogo y de enfermería que labora en los servicios donde se realizan endoscopias, biopsias, aspirado de médula ósea, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y procedimientos invasivos realizados en el servicio de Hemodinamia, es responsables de aplicar la lista de verificación de procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo. Los formatos de lista de verificación deben integrarse a los expedientes clínicos.

2.4.8 El personal de la Unidad de hemodiálisis que pertenece al Servicio de Nefrología, es responsable de aplicar el tiempo fuera antes de realizar el procedimiento, para lo cual debe verificar:

- Paciente correcto: Nombre completo y fecha de nacimiento.
- Prescripción de hemodiálisis: Peso a remover, número de horas, dializador a utilizar, dosis de heparina.
- Máquina correcta: De acuerdo a resultados de panel viral.

Lo anterior debe registrarse en el formato específico para hemodiálisis.

2.4.9 El personal médico y de enfermería es responsable de aplicar el tiempo fuera, antes de transfundir componentes sanguíneos, revisando lo siguiente:

- Hemoderivado correcto: Verificar grupo y Rh, serología del hemoderivados y fecha de caducidad.
- Indicación correcta: Verificar que se encuentre escrita la indicación de administración de hemoderivado y verificar el registro y control de hemocomponentes sanguíneos.
- Paciente correcto: Nombre completo, fecha de nacimiento, grupo sanguíneo y Rh y condiciones del/ de la paciente (temperatura).



Lo anterior debe registrarse en el formato específico para control transfusional.

- 2.4.10 El personal de radioterapia es responsable de aplicar el tiempo fuera, antes de realizar procedimientos, verificando para ello:
- Paciente correcto/a: Nombre completo y fecha de nacimiento.
 - Sitio correcto: Sitio anatómico a radiar.
 - Dosis y modalidad de la radioterapia

Lo anterior debe registrarse en la hoja diaria de tratamiento o en el plan de tratamiento.

- 2.5.1 De acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, el personal de salud del Hospital Juárez de México debe lavarse las manos con agua corriente y jabón con antiséptico y secarse con toallas desechables, tanto al inicio como al término de la jornada laboral.
- 2.5.2 También se debe realizar el lavado de manos con agua y con jabón con antiséptico al identificar cada uno de los cinco momentos propuestos por la Organización Mundial de la Salud:
- 1) Antes de contacto directo con el/la paciente: Al dar la mano; al ayudar al/a la paciente a moverse; al realizar la valoración o examinación clínica.
 - 2) Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes: En la inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación.
 - 3) Después de tener contacto con fluidos o secreciones corporales, mucosas, piel intacta o vendaje de heridas: Cuidado oral o dental, aspiración de secreciones, manipulación de sangre, orina, heces o basura.
 - 4) Después del contacto con el/la paciente: Al dar la mano, al ayudar al paciente a moverse; al realizar la valoración o examinación clínica.
 - 5) Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipo médico) en el entorno del/de la paciente: al retirarse incluso si no se ha tocado al/a la paciente.
- 2.5.3 Se debe utilizar jabón antiséptico líquido (clorhexidina al 4%), agua corriente y toallas desechables.
- 2.5.4 En caso de presentar reacción dermatológica al antiséptico, utilizar jabón líquido para manos.
- 2.5.5 El lavado de manos con agua y jabón debe tener una duración de 40 a 60 segundos.
- 2.5.6 De acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, todo el personal de salud del Hospital Juárez de México debe higienizarse las manos con soluciones



alcoholadas al 75 % v/v \pm 5 %, siempre y cuando no esté en contacto con sangre o fluidos corporales.

- 2.5.7 La higiene de manos con soluciones alcoholadas se debe realizar en procedimientos donde no hay contaminación con sangre o líquidos corporales, los cuales son:
- Toma de signos vitales;
 - Tendido de camas;
 - Exploración física;
 - Movilización de pacientes;
 - Dar la mano;
 - Después de tocar cualquier objeto o mueble en el entorno inmediato de los/las pacientes, incluso si no se les ha tocado.
- 2.5.8 Se deroga.
- 2.5.9 La higiene de manos con soluciones alcoholadas debe tener una duración de 20 a 30 segundos o hasta que se evapore el producto.
- 2.5.10 El abasto de material y equipo para el lavado e higiene de manos es responsabilidad de la institución.
- 2.5.11 El personal de salud que esté en contacto directo con pacientes, debe recibir capacitación sobre el procedimiento de lavado e higiene de manos, desde el momento de su ingreso y posteriormente cada seis meses. Las áreas que participan en la capacitación son la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria Hospitalaria y las jefaturas de servicios.
- 2.5.12 El personal de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria Hospitalaria, es responsable de proporcionar educación en lavado de manos a los/las pacientes, familiares y visitantes, en colaboración directa con la Jefatura de Enfermería.
- 2.6.1 El personal de salud debe notificar inmediatamente y por escrito al Departamento de Mantenimiento, cuando existan fallas o descomposturas en el equipo e instalaciones que pongan en riesgo la seguridad del/de la paciente.

El personal del Departamento de Mantenimiento es responsable de coordinarse con la/el enfermera/o jefa/e o encargada/o de servicio, para reparar las fallas o descomposturas del mobiliario y equipo y mantenerlo funcional para disminuir el riesgo de daño a los/las pacientes, por ejemplo:

- Áreas de baños y regaderas con barras de sujeción, con piso o tapetes antiderrapantes.
- Rutas de evacuación, escaleras, desniveles y rampas debidamente señaladas.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- Rampas y escaleras con antiderrapantes y barandales.
- Áreas de tránsito sin obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal o evacuación del personal y los/las pacientes y familiares.
- Área de atención clínica con iluminación suficiente.
- Que no haya piso mojado o húmedo.
- Que el mobiliario que utilicen los/las pacientes se encuentre en condiciones óptimas para aplicar las medidas de seguridad establecidas en el protocolo de prevención de caídas y que tenga frenos, barandales, cabeceras, etc.

2.6.2 La/El Enfermera/o jefa/e de servicio y las/los enfermeras/os encargadas/os de turno, así como el personal supervisor son responsables de verificar que las medidas de seguridad aplicadas correspondan con el nivel de riesgo evaluado del paciente.

2.6.3 El personal médico y de enfermería es responsables de:

- Evaluar y documentar los riesgos de caída de los/las pacientes al momento de su ingreso para atención hospitalaria o ambulatoria así como en la valoración inicial.

El personal de enfermería es responsable de realizar revaloración de riesgo de daño a causa de caídas en cada turno, en caso de cambio de servicio y cuando existan modificaciones en el tratamiento farmacológico y en el estado fisiológico del/de la paciente, tales como: Cambios en el estado de conciencia; utilización de fármacos de riesgo; ejecución de procedimientos quirúrgicos; cambios en el estado de salud; limitación física; estado mental alterado.

El personal de enfermería es responsable de:

- a. Verificar que se cuente con los aditamentos necesarios para el desarrollo del programa de reducción de riesgo de caídas establecido en el protocolo para la prevención de las mismas.
- b. Marcar con una X en la ficha de identificación de cabecera y/o en la etiqueta para identificación de paciente ambulatorio/a el círculo que corresponda al nivel de riesgo evaluado:
 - Código amarillo puntuación 8 – 15 nivel alto riesgo de daño por causa de caída.
 - Código azul puntuación 3 – 7 nivel mediano riesgo de daño por causa de caída.
 - Código blanco puntuación de 0 – 2 nivel bajo riesgo de daño por causa de caída.
- c. Aplicar las medidas de seguridad de acuerdo al nivel de riesgo de daño por causa de caída detectado.



- d. Mantener los barandales de la cama elevados, para todos/as los/las pacientes cuya evaluación sea de alto riesgo, o bien cuando las condiciones de los/ las pacientes lo ameriten.
- e. Registrar las medidas de seguridad aplicadas para disminuir o mitigar el riesgo de daño a causa de caídas, en el plan integral de enfermería o en el rubro de observaciones.
- f. Proporcionar educación para la salud en materia de seguridad a el/la paciente y familiares.
- g. Verificar que el/la paciente y familiares cumplan con las medidas de seguridad establecidas.

2.6.4 El personal de enfermería es responsable de calificar como de alto riesgo a los/las pacientes, que se encuentren en las siguientes condiciones, independientemente del resultado de la aplicación de la escala de evaluación del riesgo de daño a causa de caídas:

- En el postoperatorio inmediato (24 horas).
- Bajo sedación moderada y/o profunda.
- Personas recién nacidas.
- Pediátricos de 1 mes hasta 6 años de edad.
- Con problemas músculo-esqueléticos o de las extremidades, que no permitan una deambulación correcta
- Pacientes con padecimiento neurológico.
- Pacientes embarazadas o en puerperio inmediato
- Paciente obeso/a
- Ingresados/as en el servicio de urgencias adultos y urgencias pediátricas.
- A los/las que cursan con agitación psicomotriz.
- Durante el traslado del/de la paciente.

En todos los casos se deben mantener los barandales de la cama elevados.

2.6.5 El personal de salud es responsable de cumplir las medidas de seguridad establecidas, ejecutando las acciones necesarias de acuerdo al riesgo de caídas evaluado en cada paciente.

2.6.6 Es responsabilidad del personal de intendencia utilizar los señalamientos necesarios e indispensables cuando el suelo se encuentre mojado y preferentemente mantenerlo siempre seco.



- 2.6.7 El personal del Hospital Juárez de México debe reportar cualquier fuga de agua que implique proliferación de piso mojado en áreas de tránsito.
- 2.6.8 El personal de salud que presencia o sea informado de la caída de un/a paciente, debe notificar inmediatamente a su jefe/a inmediato/a y posteriormente enviar el reporte del incidente a la División de Calidad de la Atención.
- 2.6.9 El personal de vigilancia que se encuentra en las puertas de acceso al Hospital, es responsable de facilitar el ingreso de los/las pacientes en situación de discapacidad y mayores de 70 años acompañados por una persona, sin hacer ningún tipo de discriminación.

3. Sistemas críticos para la seguridad de las y los pacientes.

- 3.1.1 La Dirección Médica, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración, a través de las Jefaturas de División, la Jefatura de Servicio de Enfermería, las Jefaturas de Servicios Médicos y la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, deben integrar las directrices para el control del Sistema de Medicación, conforme a las normas vigentes, el cual debe incluir las siguientes fases para el manejo y uso de medicamentos:
- Selección y adquisición;
 - Almacenamiento;
 - Prescripción;
 - Transcripción,
 - Distribución;
 - Dispensación;
 - Preparación;
 - Administración;
 - Control.

Las directrices deben difundirse al personal que interviene en el proceso de medicación para que las conozca y aplique.

- 3.1.2 Se deroga.
- 3.1.3 Es responsabilidad de la Dirección Médica, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración, a través de las Jefaturas de División, la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y los servicios médicos y paramédicos, participar en el proceso para las compras consolidadas de insumos para la salud y de material de curación y medicamentos, que se lleven a cabo por las dependencias o entidades designadas para llevar a cabo el procedimiento de contratación.



Corresponde a la División de Vinculación y Seguimiento Clínico coordinar los trabajos al respecto.

3.1.4 Se deroga.

3.1.5 La adquisición de un medicamento inexistente en farmacia, será mediante el proceso de compra que defina el área contratante. Para lo anterior, se deberá enviar la solicitud al Departamento de Abastecimiento con los siguientes requisitos:

- a) Llenar correctamente el formato autorizado de Requisición de bienes y servicios (FO-CON-03), con el nombre genérico del medicamento, presentación y características específicas según sea el caso.
- b) Autorización del/de la Jefe/a de Servicio y del/de la Jefe/a de la División o el Asistente de la Dirección Médica.
- c) Sello de no existencia de la farmacia.

3.1.6 Para adquirir un medicamento de alto costo que se encuentre fuera de catálogo, el personal médico tratante debe elaborar la solicitud de compra y enviarla a la Jefatura de División correspondiente y a la Dirección Médica para su autorización.

3.1.7 Está prohibido utilizar muestras médicas en el interior del Hospital.

El medicamento en forma de donación sólo es aceptado cuando el criterio médico lo considere conveniente, previo trámite administrativo de acuerdo al "Procedimiento para la recepción de bienes de consumo recibidos en donación."

Para el caso del medicamento de donación que ingresa directo a una área distinta de almacén, quien emita el oficio de aceptación del donativo debe incluir la leyenda "Recibido a entera satisfacción" en el oficio y presentar la documentación acompañada del vale de salida de material en el almacén correspondiente, para su regularización en el sistema institucional.

Para el caso de medicamento de donación que ingresa al Centro de Mezclas Institucional, el/la paciente debe firmar la "Carta de deslinde de responsabilidades".

3.1.8 Está prohibido que el/la paciente hospitalizado/a traiga medicamento consigo, salvo que éste sea necesario, no se cuente con el mismo en el hospital y/o sea de donación, en cuyo caso debe ser resguardado por el/la paciente o su familiar y administrado por el personal de enfermería, según corresponda.

Lo anterior, siempre y cuando se encuentre en las indicaciones médicas para evitar la automedicación.



3.1.9 La solicitud de medicamentos podrá efectuarse a las siguientes áreas:

- Almacén de Farmacia;
- Farmacia de Gratuidad;
- Centro de Mezclas Institucional; y
- Farmacia Hospitalaria.

Lo anterior conforme a los términos y plazos que establezcan los servicios responsables y mientras tanto no se cuente con el Modelo Unificado de Farmacia Hospitalaria.

3.1.10 Los medicamentos oncológicos y antimicrobianos se preparan por dosis unitaria a través del Centro de Mezclas Institucional. Únicamente en el caso de pacientes que requieran la ministración urgente de medicamentos antimicrobianos, estos pueden solicitarse a la Farmacia Hospitalaria y dispensados por frasco cerrado como dosis inicial.

La prescripción de antimicrobianos debe ser autorizada de acuerdo a los criterios establecidos por el Subcomité de Antimicrobianos y conforme a la clasificación por grupo de tratamiento, ya sea de primer, segundo o tercer rubro:

- Primer grupo: Autorización de un/a médico/a con título y cédula profesional
- Segundo grupo: Autorización con firma del jefe/a y/o encargado/a de servicio y/o asistentes de la Dirección Médica.
- Tercer grupo: Autorizados por el/la jefe/a y/o encargado/a de servicio, y/o asistentes de la Dirección Médica y de personal adscrito a la Unidad de Inteligencia Epidemiológica, Sanitaria y Hospitalaria y/o del área de infectología. En los turnos vespertino, nocturno y especial autoriza el/la asistente de la dirección.

3.1.11 Las solicitudes de medicamentos controlados del Grupo I se realizan a través de los formatos establecidos, a los cuales debe anexarse la receta autorizada por la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Únicamente el personal médico autorizado por dicha instancia sanitaria puede prescribir estos medicamentos.

La prescripción de los medicamentos de los Grupos II y III puede realizarse por personal médico que cuente con cédula profesional y mediante los formatos correspondientes.

3.1.12 Los medicamentos de los Grupos I, II y III según la Ley General de Salud, deben resguardarse bajo llave y se debe llevar una bitácora de control.

3.1.13 Los medicamentos y los productos nutricionales se almacenan en su envase original de acuerdo a las indicaciones del fabricante, de manera que en su acomodo se observe lo establecido en el manejo de inventarios del sistema de "Primeras caducidades,



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

primeras salidas (PCPS)". Asimismo, puede emplearse el sistema de "Primeras entradas, primeras salidas (PEPS), siempre y cuando y de manera invariable se priorice el consumo de los medicamentos que tengan la fecha de caducidad más próxima a vencer.

El resguardo de los medicamentos y los productos nutricionales debe hacerse en una zona con acceso restringido, a fin de evitar el robo, extravío o mal uso, estando a cargo de su control el personal profesional de salud autorizado.

- 3.1.14 El almacenamiento de los productos nutricionales y los medicamentos que requieren refrigeración, debe hacerse en un rango de temperatura entre 2 y 8 °C, con el fin de garantizar su estabilidad, la cual se controla con el registro de la temperatura del equipo.
- 3.1.15 Los medicamentos de naturaleza radioactiva o similar considerados de alto riesgo, no se almacenan en el hospital debido a que se utilizan solo para pacientes con procedimientos programados. Dichos medicamentos se adquieren en unidosis con proveedores externos, quienes deben entregarlos de acuerdo a las condiciones establecidas en los contratos.
- 3.1.16 Se deroga.
- 3.1.17. Los medicamentos que se utilizan en casos de urgencias se almacenan en los carros de paro (o carros rojos) y deben estar al alcance del personal de los distintos turnos. El personal de enfermería es responsable de llevar una bitácora de control para el registro de existencias y fechas de caducidad de los medicamentos, así como de solicitar la reposición de los insumos a las áreas correspondientes.
- 3.1.18 Los electrolitos concentrados, anticoagulantes enoxaparina, heparina, y acenocumarina; trombolíticos: alteplasa y estreptoquinasa; medicamentos citotóxicos e insulina, son considerados como medicamentos de alto riesgo, por lo que deben ser almacenados en forma separada del resto de los medicamentos, estar debidamente etiquetados y sin mezclar unos con otros.

Antes de la preparación, debe verificarse la prescripción en cuanto a dosis, formas de dilución y horarios de administración, así como la aplicación de los 7 correctos.

- 3.1.19 La Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria Hospitalaria es responsable del manejo, almacenamiento y uso de los productos biológicos y vacunas.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

3.1.20 Queda prohibido dispensar y utilizar medicamentos con fecha de caducidad vencida, considerando que estos se pueden usar hasta el último día que señale el empaque secundario o el último día del mes que marca la fecha impresa en el empaque.

En caso de medicamento caducado, el servicio que lo haya solicitado es responsable de hacer la disposición al área de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos, conforme al proceso establecido por el Departamento de Servicios Generales.

En caso de que el medicamento se caduque en el Almacén de farmacia, la autorización para su destrucción la debe realizar la Dirección Médica y posteriormente se envía al área de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.

3.1.21 Cuando las indicaciones médicas sean poco legibles, confusas o incompletas, el personal de Enfermería debe notificarlo al/la médico/a que las emitió o al/la médico/a de mayor jerarquía, para que sean claras y precisas antes de la preparación y administración de los medicamentos.

3.1.22 El personal médico es el profesional responsable de la prescripción, la cual debe basarse preferentemente en las Guías de Práctica Clínica o Protocolos de Atención médica, los cuales están encaminados a preservar la seguridad de las y los pacientes.

3.1.23 Para elaborar la prescripción de medicamentos, el personal médico debe realizar la correcta identificación del/la paciente, considerando los dos identificadores institucionales, que son el nombre completo, iniciando por apellidos y la fecha de nacimiento DD/MM/AAAA con números arábigos.

3.1.24 Antes de realizar la prescripción, el personal médico debe considerar la conciliación medicamentosa para dar continuidad a la atención, así como identificar y resolver discrepancias, tales como omisiones, duplicidades, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación. Este proceso se realiza al ingreso del/la paciente, cada vez que cambie de área, cuando hay cambio de responsable de la atención y en el alta hospitalaria.

3.1.25 Está prohibido dar indicaciones médicas por vía telefónica o de manera verbal, salvo en casos de emergencia y se harán por parte del personal clínico, debiendo registrarse en el expediente clínico a la brevedad posible

3.1.26 Las indicaciones médicas deben estar mecanografiadas, hechas en computadora o escritas a mano con letra legible en tinta negra o azul, no tener tachaduras. No está permitido el uso de corrector.



3.1.27 Está prohibido usar abreviaturas de cualquier tipo. Tampoco pueden utilizarse las siglas PRN ni PVM, si no "Por Razón Necesaria" y "Previa Valoración Médica", agregando en estos casos la correspondiente justificación de uso de medicamento previo a su administración.

3.1.28 El formato de indicaciones médicas debe contener:

1. Identificación del/de la paciente.
 - a. Nombre completo sin abreviaturas.
 - b. Fecha de nacimiento (día/mes/año).
 - c. Número del Expediente Clínico, el cual debe corresponder al de la cartilla o carnet del paciente.
 - d. Fecha y hora en la que se realiza la indicación.
 - e. Nombre del servicio responsable de la atención médico-quirúrgica.
 - f. Número de cama.

Tipo de dieta.

- a. Enteral
- b. Parenteral
- c. Oral

1. Líquidos parenterales.

2. Medicamentos

- a. Los medicamentos se prescriben por nombre genérico
- b. Dosis, deberá indicarse la concentración en unidad de medida del fármaco "gramos, miligramos, microgramos o unidades internacionales". (No se acepta la prescripción de tableta, gragea, ampolleta)
- c. En caso de que la dosis del medicamento requiera ser ajustada de acuerdo al peso, este deberá estar registrado y especificar la cantidad que le corresponde (dosis ponderal).
- d. Toda indicación médica deberá ser firmada por el médico adscrito o el médico residente de mayor jerarquía
- e. Debe especificar la vía de administración
- f. Periodicidad, y duración del tratamiento

4. Medidas específicas y/o generales

- a. Precauciones por vía de transmisión, emitidas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica
- b. Tratamiento de inhaloterapia (si aplica)

Todas las indicaciones médicas deben estar firmadas por el/la médico/a que prescribe.



- 3.1.29 El personal médico es responsable de realizar la conciliación de la prescripción de medicamentos de acuerdo a las directrices del Sistema de Medicación del Hospital.
- 3.1.30 El personal médico responsable o, en su defecto, el/la Jefe/a de Servicio, debe revisar y firmar la prescripción médica para garantizar la idoneidad de la misma, la cual debe registrarse en el expediente clínico y en la receta médica, con letra clara y legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras.

La receta y las indicaciones médicas deben contener:

- a. Nombre y domicilio del Hospital (de forma impresa);
- b. Nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe;
- c. Fecha de elaboración;
- d. Nombre completo del/la paciente;
- e. Nombre genérico del medicamento;
- f. Dosis y presentación farmacéutica del medicamento;
- g. Frecuencia y vía de administración; y
- h. Duración del tratamiento;

El Servicio de Farmacovigilancia, la Farmacia Hospitalaria y el Centro de Mezclas Institucional, deben notificar a las áreas correspondientes cuando detecten alguna falla en los datos antes mencionados, ya sea en las recetas o en las indicaciones médicas.

- 3.1.31 El personal médico y de enfermería es responsable de consultar las tablas de medicamentos con nombres parecidos o similares, antes de prescribir y preparar medicamentos y confirmar la prescripción correcta.

A los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y a los medicamentos de alto riesgo, se les colocan alertas visuales al momento de prescribirlos y/o transcribirlos, que hagan evidente la diferencia entre ellos.

Estas barreras pueden fortalecerse aún más utilizando letra negrita, color de fondo o mediante otros recursos tipográficos, según lo defina la institución.

- 3.1.32 El personal de salud que realice transcripción en otros documentos, escribirá sin modificar la prescripción original, conservando las barreras de seguridad. En caso de dudas, debe aclarar la información o validarla con el/la médico/a tratante.

La solicitud de los medicamentos debe elaborarse en forma clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

3.1.33 Los medicamentos que se utilicen para administrarse en multidosis deben etiquetarse por el área de enfermería o médica en ese momento, con la fecha de apertura y la fecha de retiro. La etiqueta se coloca en el envase sin obstaculizar el nombre del medicamento, la concentración y la fecha de caducidad; los medicamentos deben almacenarse de acuerdo a las recomendaciones del fabricante.

El tiempo de conservación de los medicamentos es el siguiente, para asegurar que conservarán sus características de integridad físicas:

- a) Medicamentos por vía oral: Será por no más de 7 días naturales.
- b) Medicamentos parenterales inyectables: Eliminar el sobrante después de abrir el medicamento.
- c) En las áreas de hospitalización, la insulina, heparina y lidocaína serán utilizadas por un plazo no mayor de 5 días, usando un dispositivo multidosis.
- d) En áreas quirúrgicas la administración de lidocaína será por 24 horas y el sobrante se debe desechar.
- e) En medicamentos antineoplásicos se deberá apegar a lo recomendado por el laboratorio fabricante.

3.1.34 La preparación de los medicamentos debe realizarse por personal capacitado en técnicas asépticas, en un entorno higiénico y seguro destinado para tal fin, que tome en cuenta la legislación aplicable y con el equipo y suministros adecuados.

La preparación de medicamentos que requieren de un ambiente estéril se realiza utilizando el equipo de protección necesario.

3.1.35 El personal de salud debe notificar los eventos relacionados con la medicación y/o dispositivos médicos, incluyendo las sospechas y reacciones adversas a medicamentos, en la forma y términos establecidos por la División de Calidad de la Atención, la Jefatura de Enfermería (Calidad de los servicios de Enfermería), el Servicio de Farmacovigilancia y el Departamento de Ingeniería Biomédica, para dar seguimiento a las situaciones presentadas.

3.2.1 La Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria Hospitalaria es responsable de la vigilancia epidemiológica activa en apego a la NOM-045-SSA-2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, así como de implementar un programa integral para reducir los riesgos de infecciones.

3.2.2 El personal de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria Hospitalaria, es responsable de elaborar y difundir el programa de vigilancia epidemiológica para la prevención, manejo y control de infecciones y atención de los y las pacientes con enfermedades infectocontagiosas, en colaboración con los servicios médicos responsables.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 3.2.3 La Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria Hospitalaria aplica y supervisa el manejo de dispositivos y materiales desechables y reutilizables en apego al protocolo institucional.
- 3.2.4 El personal médico y paramédico, es responsable de desechar de inmediato las agujas y material punzocortante en los contenedores de plástico rígido hermético, colocados en todas las áreas de atención a pacientes para tal efecto, con base en la NOM-087 SEMARNAT-SSA1-2002, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- 3.2.5 Es responsabilidad del personal encargado de los residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI), realizar recorridos de verificación y supervisión para identificar los contenedores que se encuentran ocupados al 80% de su capacidad, para proceder a su destino final y cambiar aquellos que sea necesario.
- 3.2.6 Es responsabilidad del Departamento de Servicios Generales supervisar que la empresa contratada para el manejo de los residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) cumpla con los procedimientos de segregación, incineración, envasado, almacenamiento temporal, recolección, transporte y disposición final de los residuos que se generen en los servicios que prestan atención médica, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas NOM-052-SEMARNAT-2005, NOM-83-SEMARNAT-2003 y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y sus actualizaciones.
- 3.2.7 La Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria Hospitalaria supervisa que se apliquen las técnicas de aislamiento de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, de pacientes inmunodeprimidos, del personal expuesto y, en general, todas las técnicas de aislamiento existentes.
- 3.3.1 El Hospital Juárez de México es un espacio cien por ciento libre de humo de tabaco y emisiones, por lo que queda prohibido a toda persona consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco y nicotina dentro de las instalaciones.
- 3.3.2 El Departamento de Ingeniería Biomédica es responsable de detectar las necesidades de actualización de equipo médico y, junto con el Departamento de Almacenes e Inventarios y la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, lleva a cabo las acciones de retiro y baja del equipo médico. Asimismo, reubica el equipo médico que sea útil en las áreas que se definan junto con la Dirección Médica y los/las jefes/as de división.



**Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración**

Estos procedimientos son realizados permanentemente en coordinación con la Subdirección de Recursos Materiales y las áreas usuarias correspondientes.

- 3.4.1 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos supervisar que el proceso de reclutamiento, selección y contratación de personal, se realice con base en las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, los Perfiles de Puestos del Hospital, el Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaría de Salud, el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Humanos y Organización y demás normatividad aplicable.
- 3.4.2 La persona Titular de la Dirección General propone a la Junta de Gobierno a las y los servidores/as públicos/as del Hospital que ocuparán cargos en las dos jerarquías administrativas inferiores al de la persona titular de la Dirección General.
- 3.4.3 Se deroga.
- 3.4.4 Se deroga.
- 3.4.5 La Subdirección de Recursos Humanos es la responsable de gestionar el ingreso del personal médico, con base en competencias y/o capacidades profesionales, para lo cual puede valerse, entre otros, de exámenes de conocimientos generales y específicos, de la demostración de habilidades características o típicas sobre determinados instrumentos, equipos, lenguas, software, así como la realización de entrevistas, en las cuales participe la o el servidor(a) público(a) al/a la que, en su caso, estaría subordinado el/la candidata/a, entre otros supuestos.

La Dirección Médica puede apoyarse en el Consejo Técnico Consultivo del Hospital Juárez de México, para evaluar al personal candidato a ocupar plaza de médico.

- 3.4.6 Las competencias del personal de nuevo ingreso son evaluadas por las los/las jefes/as inmediatos/as, considerando la aptitud y el desempeño laboral en el primer trimestre; el resultado debe ser comunicado a la Subdirección de Recursos Humanos, para en su caso, considerar la continuidad en el nombramiento.

4. Atención centrada en las y los pacientes.

- 4.1.1 Las personas que no son derechohabientes de ningún sistema de seguridad social y por lo tanto son sujetas a gratuidad de los servicios médicos, pueden acudir a solicitar preconsulta en el Hospital Juárez de México, de lunes a viernes (excepto días festivos y de descanso oficial), siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos. Las



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

personas que son derechohabientes de alguna institución de seguridad social que solicitan pre consulta se remiten a su unidad de seguridad social correspondiente.

El Servicio de Consulta Externa brinda preconsulta a las personas que no son derechohabientes de ningún sistema de seguridad social y por lo tanto son sujetas a gratuidad de los servicios médicos, las valora y determina si su padecimiento puede tratarse en el hospital de acuerdo al catálogo de servicios médicos institucional.

Si las personas sujetas a gratuidad son susceptibles de tratarse en el hospital, el Servicio de Consulta Externa las remite al Servicio Médico de la especialidad que corresponda, para que soliciten una consulta de primera vez. En caso contrario, el Servicio de Consulta Externa las contrarrefiere a la unidad médica de origen, explicando los motivos por los cuales las personas no pueden ser atendidas en el Hospital Juárez de México.

4.1.2 El personal médico adscrito y el personal médico residente en formación, tiene la capacidad y responsabilidad de brindar atención médica. Es deber del primero, así como de las personas titulares de las Jefaturas de los Servicios Médicos, supervisar las actividades del personal en formación.

4.1.3 Los servicios pediátricos atienden a los/las pacientes menores de 16 años, 11 meses, 28 días.

Las menores que tienen vida sexual activa o que cursen alguna patología ginecológica secundaria a su antecedente sexual, son atendidas en el Servicio de Ginecología y las pacientes que cursen con embarazo, parto o puerperio, son atendidas en el Servicio de Obstetricia.

4.1.5 El Servicio de Trabajo Social es responsable de tramitar el egreso de hospitalización de todos/as los/las pacientes, una vez que el personal médico así lo determine.

En el caso de pacientes con seguridad social no sujetos a gratuidad, el Servicio de Trabajo Social envía a la División de Atención al Usuario a los/las familiares, para que realicen el pago por la atención médica que recibieron los/las pacientes en hospitalización. Si no pueden pagar total o parcialmente, el Servicio de Trabajo Social elabora una carta compromiso de pago por el importe del adeudo, en la que se da la opción de realizar el pago en parcialidades, la cual debe firmar el/la familiar.

4.1.6 Durante la atención médica ambulatoria, hospitalaria o de urgencias, los/las pacientes deben tener acceso a todos los recursos de atención con los que cuenta el hospital y hasta donde la capacidad de los mismos lo permita.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 4.1.7 Los Servicios de Urgencias Adultos, Urgencias Gineco Obstétricas y Urgencias Pediátricas aplican la política de cero rechazo y atienden a todas las personas, sean o no derechohabientes de alguna institución de salud. La atención se brinda las 24 horas los 365 días del año. Los servicios de Urgencias deben realizar el triage a todos/as los/as pacientes, que es un mecanismo de clasificación de acuerdo al tipo de urgencia médica, relacionado con el tiempo oportuno en el que se les debe atender.
- 4.1.8 Las citas de consulta externa se otorgan en forma escalonada y de acuerdo a la demanda del servicio médico tratante.
- 4.1.9 Todos/as los/las pacientes deben atenderse con expediente clínico. En caso de que el expediente no se encuentre disponible en el momento de la consulta, se les brindará atención con una carpeta provisional del expediente clínico.
- 4.1.10 Los y las pacientes sujetos/as a gratuidad que se citen a consulta o se programen para someterse a algún procedimiento o estudio, deben acudir a los módulos de la División de Atención al Usuario para solicitar el sello de GRATUIDAD en su carnet de citas.
- Los y los pacientes no sujetos/as a gratuidad por ser derechohabientes de alguna institución de salud y que no cuenten con recursos económicos para pagar los servicios médicos, deben remitirse a la Jefatura de Servicio de Trabajo Social.
- Los y las pacientes no sujetos/as a gratuidad por ser derechohabientes de alguna institución de salud, deben ser referidos a su institución de seguridad social correspondiente.
- 4.1.11 El personal médico tratante es responsable de aplicar las políticas establecidas en el procedimiento de interconsulta, para determinar qué pacientes requieren ser trasladados/as a otro servicio dentro del mismo hospital, con el fin de dar continuidad al manejo médico, siempre y cuando las patologías que presenten estén relacionadas con su padecimiento de base.
- 4.1.12 El personal médico adscrito que está a cargo del/la paciente, es responsable de solicitar la evaluación por otra especialidad, con base en el procedimiento de interconsulta y, en caso necesario, debe acordar oportuna y coordinadamente con el otro servicio el traslado del paciente.
- 4.1.14 El servicio médico tratante es responsable de elaborar la nota de alta para realizar el traslado a otro servicio.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 4.1.15 El servicio médico que recibe al/la paciente es responsable de continuar el manejo adecuado del/la paciente, asimismo, debe elaborar la nota de ingreso a su servicio en apego a la NOM-004-SSA3-2012.
- 4.1.16 El servicio que esté a cargo del/la paciente, es responsable de especificar los servicios médicos interconsultantes.
- 4.1.17 El último servicio médico que esté a cargo del/la paciente, debe llenar la hoja de egreso hospitalario con base en las notas de los servicios tratantes previos.
- 4.1.18 En caso de que el Hospital carezca del recurso humano, insumos o infraestructura para atender al/la paciente, debe gestionarse su traslado a otra unidad médica que cuente con los recursos necesarios.

Lo anterior con base en el procedimiento de referencia y contrarreferencia hospitalaria y con conocimiento del núcleo familiar de/la paciente.

- 4.1.19 El/La jefe/a del servicio médico es el/la responsable de solicitar al Servicio de Trabajo Social que se realice el traslado de pacientes a otra unidad médica. Para esto debe llenar el formato de referencia y contrarreferencia que contiene el nombre del/la médico/a y la servicio que aceptó el traslado.

El Servicio de Trabajo Social es responsable de coordinarse con la unidad hospitalaria para la recepción del/la paciente.

Lo anterior en apego al procedimiento de traslado de pacientes.

- 4.1.20 Es deber del Hospital proveer del servicio de ambulancia (traslado básico), siempre y cuando el estado de salud del/la paciente se encuentre estable y su nivel de riesgo sea bajo.

El Servicio de Trabajo Social es el responsable de requerir el traslado de pacientes al Departamento de Servicios Generales (Servicio de Transportes), de conformidad con las solicitudes de las áreas médicas.

- 4.1.21 En los casos en que el traslado se dificulte por causas de la unidad de salud receptora, el personal de salud debe atender las condiciones médicas con los recursos disponibles, cuidando la calidad y seguridad de las acciones que se realicen. .
- 4.1.22 Los procedimientos que se otorgan en todos los servicios médicos, tanto en la atención médica ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, deben observar los estándares de calidad y seguridad instituidos.



- 4.1.23 La Dirección Médica es la responsable de coordinar las actividades de todos los servicios involucrados en la atención de los pacientes, a través de las Jefaturas de División y las Jefaturas de Servicios.
- 4.1.24 Los servicios deben contar con manuales de procedimientos actualizados, que contengan las políticas y procesos que se realizan para la atención de los/las pacientes.
- 4.1.25 Se deroga.
- 4.1.26 El plan de diagnóstico y tratamiento de los/las pacientes hospitalizados/as debe registrarse en cada nota médica, tal como se establece en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- 4.1.27 El plan de tratamiento debe actualizarse cada que haya elementos clínicos, de laboratorio o gabinete que sustenten las modificaciones diagnóstico-terapéuticas.
- 4.1.28 Todo/a paciente que ingrese a hospitalización y a las áreas de urgencias debe contar con la hoja de indicaciones médicas, la cual debe contener la fecha, hora, datos generales de identificación del/la paciente, así como el nombre y firma del personal médico tratante responsable de la atención.
- 4.1.29 El personal médico tratante debe elaborar o, en su caso, supervisar el correcto llenado de los formatos que establece la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y conforme a la atención que se brinde en los servicios de consulta externa, urgencias, áreas críticas y hospitalización, según sea el caso.
- 4.1.30 El personal médico tratante es el responsable del correcto llenado y la justificación explícita de los formatos de estudios auxiliares de diagnóstico y/u órdenes que lo ameriten.
- 4.1.31 Los formatos se integran en la carpeta de órdenes médicas identificada con el nombre completo y fecha de nacimiento de los/las pacientes.
- 4.1.32 El personal médico a cargo es quien está autorizado para emitir órdenes e indicaciones para la atención de los/las pacientes.
- 4.1.33 Se deroga.
- 4.1.34 Es responsabilidad del personal médico tratante registrar en el expediente clínico del/la paciente, los procedimientos diagnósticos realizados, mediante nota médica que describa las indicaciones, hallazgos relevantes, complicaciones y resultados.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

En caso que no haya personal médico adscrito durante algún turno, el /la médico/a residente responsable de guardia es el/la responsable, con previa autorización del/la Jefe/a de servicio o médico/a adscrito/a y de conocimiento del/la asistente de dirección en turno.

- 4.1.35 Los resultados de estudios que requieran de un mayor tiempo de revisión, tanto de laboratorio, patología y pruebas especiales, deben comentarse y ser analizados dejando evidencia en el expediente clínico, en la forma y plazos establecidos por el servicio auxiliar de diagnóstico correspondiente.
- 4.1.36 Se debe detectar oportunamente a pacientes en cualquier situación de alto riesgo y prestarle atención eficiente y rápida acorde a las guías o procedimientos del padecimiento (s) que se trate.
- 4.1.37 Los/Las pacientes en situación de urgencia médica que se encuentren en cualquier área del hospital, deben atenderse de forma inmediata, solicitando el apoyo de los servicios que por la naturaleza de la urgencia deban participar. En su caso, se deben priorizar las acciones estandarizadas del procedimiento de reanimación y manejo del paro cardíaco.
- 4.1.38 El uso, manipulación y administración de sangre humana y sus componentes, debe fundamentarse en la Norma Oficial Mexicana vigente, así como en la Guía para el uso clínico de la sangre, que está avalada por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.
- 4.1.39 Es responsabilidad del personal médico, químico, técnico, administrativo y de enfermería del Servicio de Banco de Sangre, conocer, interpretar y cumplir en su totalidad los requisitos de la NOM-003-SSA2-1993, para el uso de la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, así como lo establecido en los correspondientes manuales de organización específicos y de procedimientos.
- 4.1.40. La urgencia transfusional en diversas especialidades médicas no exime la práctica de las pruebas de hemocompatibilidad, sin embargo, los componentes sanguíneos pueden liberarse anticipadamente para transfusión, bajo las siguientes condiciones:
- Una vez identificado el grupo ABO y Rh de la persona receptora y hasta haber demostrado compatibilidad de grupo ABO.
 - En personas receptoras posiblemente aloinmunizadas, hasta demostrar compatibilidad con algún medio facilitador.
 - En cualquier caso, se continuará hasta el término con la prueba de Coombs; de detectarse incompatibilidad en las pruebas de hemocompatibilidad, el Banco



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

de Sangre debe avisar inmediatamente al servicio médico tratante, para evitar o interrumpir la transfusión.

- d. Solamente se transfunde concentrado eritrocitario O negativo, cuando se encuentra en riesgo la vida del/la paciente.

4.1.41 Para asegurar la existencia de sangre y hemoderivados y no retrasar el soporte transfusional, el personal médico del servicio tratante es responsable de llenar correctamente las solicitudes de hemotransfusión correspondientes, dando prioridad a los casos que ameriten transfusión urgente.

4.1.42 Para mantener el abasto oportuno de hemocomponentes bajo condiciones de seguridad, eficiencia, transparencia y legalidad, el/la Jefe/a del Banco de Sangre debe establecer y formalizar convenios con otros bancos de sangre o con servicios de transfusión para el intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos.

Asimismo, corresponde al/la Jefe/a del Banco de Sangre vigilar que se cumpla y documente el procedimiento de atención a los/las candidatos/as a donar disponente sanguíneos.

4.1.43 El Servicio de Obstetricia (Ginecología y Obstetricia) debe brindar atención médica de calidad a todas las pacientes embarazadas que lo soliciten, desde el control prenatal y hasta la atención del parto y del puerperio, con base en los protocolos clínicos establecidos por el servicio y en las Guías de Práctica Clínica vigentes.

4.1.44 El Servicio de Obstetricia (Ginecología y Obstetricia) debe ofrecer atención médica especializada y apoyo psicológico a todas aquellas mujeres embarazadas o no, que presenten signos o síntomas de violencia intra-familiar, abuso sexual o discriminación de género. El Servicio de Obstetricia (Ginecología y Obstetricia) solicitará el apoyo del Servicio de Trabajo Social y del área de Admisión Hospitalaria, cuando sea necesario realizar visitas a domicilio, entrevistar a familiares o dar aviso al ministerio público.

4.1.45 La atención de pacientes en estado de coma debe realizarse de manera prioritaria con la intervención de todos los servicios que se requieran conforme a la etiología del caso y con base en las guías de práctica clínica y protocolos de manejo.

4.1.46 Se deroga.

4.1.47 La Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria Hospitalaria es responsable de emitir los lineamientos para el manejo de los/los pacientes con enfermedades transmisibles y de los/las pacientes inmunocomprometidos. Asimismo, debe difundir y vigilar la utilización adecuada de las precauciones estándar y por vías de transmisión.



El personal de salud, incluyendo al médico, paramédico y administrativo, es responsable de respetar y cumplir las medidas preventivas para reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

4.1.48 Se deroga.

4.1.49 Todos/as los/las pacientes adultos/as con requerimiento dialítico deben ser atendidos por el Servicio de Nefrología, que es el responsable de establecer el diagnóstico e inicio del tratamiento sustitutivo de la función renal, por medio de hemodiálisis o diálisis y de supervisar especialmente los casos con patologías infecto-contagiosas.

En el caso de que el motivo de ingreso del/la paciente sea una patología diferente, el Servicio de Nefrología participará como servicio interconsultante.

4.1.50 El servicio médico tratante es responsable de la estabilización clínica y bioquímica de los/las pacientes. En caso de que necesiten tratamiento de sustitución por medio de diálisis peritoneal, hemodiálisis aguda o terapia de reemplazo renal continua, el servicio médico tratante debe solicitar interconsulta al Servicio de Nefrología, para la aplicación de la terapia.

Si el/la paciente requiere tratamiento de hemodiálisis crónica, el servicio médico tratante debe orientarlo/a y sus familiares, sobre las unidades médicas que cuentan con dicho programa.

4.1.51 El personal médico del Servicio de Nefrología debe informar a los/las pacientes las medidas a seguir en caso de desastres, para que aquellos/as que se encuentren en proceso de hemodiálisis, conozcan cómo desconectarse en forma segura de la máquina de hemodiálisis en caso necesario.

4.1.52 En el momento de la alta hospitalaria, el personal médico tratante debe informar al/la paciente, familiar y/o tutor, las medidas a seguir en aspectos higiénicos, dietéticos, farmacológicos y actividades de seguimiento para el adecuado manejo del/la paciente.

4.1.53 El personal de enfermería colabora en la detección de alteraciones de la conducta y estado emocional del/la paciente durante su proceso de atención, como pueden ser: agitación psicomotriz, delirium tremens, síndrome de abstinencia, intoxicación por barbitúricos, hipoglucemia y otras causas médicas y las notifica al/la médico/a responsable de la atención.

4.1.54 Se deroga.

4.1.55 Se deroga.



4.1.56 El personal de enfermería es responsable de solicitar al personal médico tratante la valoración de los/las pacientes, antes realizar el procedimiento de contención física. Asimismo, debe verificar que se integre la carta de consentimiento informado en el expediente clínico.

El personal médico tratante, es responsable de:

- Valorar a los/las pacientes cuando presenten alteraciones de conducta.
- Elaborar indicaciones médicas por escrito, para la contención física del/la paciente y entregarlas al personal de enfermería.
- Informar al/la familiar o acompañante las causas de la contención física del/la paciente.
- Elaborar la carta de consentimiento informado para la contención física del/la paciente, conforme se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico e integrarla en el expediente clínico.

4.1.57 El Servicio de Geriátría es responsable de evaluar a todos/as los/las pacientes mayores de 64 años que están hospitalizados y que padezcan dos o más enfermedades crónico degenerativas o síndromes geriátricos. Asimismo, debe evaluar a los/las pacientes que se reciban por primera vez en la consulta externa del propio Servicio, en apego a lo establecido en su Manual de procedimientos y en las disposiciones en la materia.

4.1.58 El Servicio de Geriátría canaliza a los servicios médicos a los/las pacientes que lo requieran.

4.1.59 El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación es responsable de evaluar a todos/as los/las pacientes que presenten alguna discapacidad y de aplicar los procedimientos y técnicas de terapia apropiadas, conforme a los procedimientos descritos en el Manual del Servicio.

4.1.60 Los Servicios de Oncología y Hematología son responsables de autorizar los tratamientos de quimioterapia en los/las pacientes que ameriten la aplicación de quimioterapia intravenosa u otros medicamentos de alto riesgo. Para ello, se debe realizar una evaluación diagnóstico-terapéutica a fin de determinar las dosis por aplicar.

4.1.61 El personal del Servicio de Nutrición Hospitalaria es responsable de supervisar que la dieta de los/las pacientes hospitalizados/as se entregue de acuerdo a las características con que se solicitó y esté identificada con el número de cama, tipo de dieta, nombre completo y fecha de nacimiento del/la paciente.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 4.1.62 La evaluación que se realiza al ingreso de pacientes adultos y pediátricos, debe incluir la valoración del grado de dolor y registrarla en el formato correspondiente. Durante su estancia, el dolor se atenderá en forma estandarizada en apego a las características y necesidades de los/las pacientes.
- 4.1.63. En los casos que se requiera de un procedimiento invasivo para controlar el dolor, el personal médico debe elaborar la carta de consentimiento informado conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- 4.1.64 El personal de enfermería es responsable de realizar reevaluación del dolor, posterior a la administración del analgésico, registrando el resultado en el plan integral de enfermería
- 4.1.65 El control prenatal, la atención del parto y del puerperio, se otorga de acuerdo con los protocolos clínicos establecidos, como son: Protocolo Clínico de Control Prenatal, Protocolo Clínico de Atención del Aborto y Protocolo Clínico de Cesárea, mismos que están apegados a las Guías de Práctica Clínica vigentes.
- 4.1.66 En el área de Urgencias del Servicio de Ginecología y Obstetricia se debe atender en forma inmediata, a todas aquellas pacientes en estado grávido-puerperal que presenten alguna complicación que ponga en peligro su vida o la del producto y que requieran atención médica y/o quirúrgica urgente.
- La atención debe brindarse con personal médico capacitado para la atención de emergencia obstétrica, con actitud resolutiva y bajo la política del “Cero rechazo” de la paciente embarazada.
- 4.1.67 El personal médico adscrito y los/las residentes de mayor grado, son responsables de realizar y/o supervisar el interrogatorio y exploración física de toda paciente embarazada, así como del llenado del “TRIAGE” de forma inmediata y oportuna para la detección de la emergencia obstétrica.
- 4.1.68 La atención de emergencias obstétricas, será otorgada de acuerdo al procedimiento y protocolo establecidos, que están alineados a la guía de práctica clínica sobre: detección y manejo inicial de las emergencias obstétricas de la Secretaría de Salud. Esto aplica a los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Anestesiología y Terapia Intensiva Pediátrica.
- 4.1.69 El Servicio de Ginecología y Obstetricia debe brindar información sobre métodos de planificación familiar (PF) a todas las pacientes que lo soliciten por su posibilidad de embarazo, apegándose a la Guía de Práctica Clínica sobre Métodos anticonceptivos temporales DIU y condón de la Secretaría de Salud.



4.1.70 La consejería debe iniciar desde el control prenatal en la consulta externa y reforzarse cuando la paciente ingresa con trabajo de parto al área de urgencias del Servicio de Gineco-Obstetricia y en el área de Toco-cirugía.

4.1.71 En todos los casos se brinda consejería sobre planificación familiar y en caso de aceptar el método anticonceptivo temporal o definitivo, el/la médico tratante debe elaborar el consentimiento informado conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

En caso de que la paciente no acepte algún método anticonceptivo, el/la médico tratante debe registrarlo en la nota médica como parte del expediente clínico.

4.1.72 El personal médico de la División de Gineco-Pediatria es responsable de promover y de realizar de manera gratuita a todas las pacientes que acudan al Hospital, la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino a través de la toma de una citología cérvico-vaginal (Papanicolaou) en la Clínica de colposcopia.

En aquellos casos que los requieran, se realiza un estudio colposcópico con toma de biopsia para la detección oportuna y el diagnóstico de las lesiones pre y cancerosas del cuello uterino, en apego a los protocolos de atención médica y las guías de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino de la Secretaría de Salud.

4.1.73 La Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos, a través del equipo multidisciplinario de especialistas, atiende a los/las pacientes adultos con sobrepeso y obesidad, conforme al procedimiento estandarizado que emite la institución.

Cualquier médico/a especialista del hospital puede canalizar a la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos a los/las personas pacientes adultas con IMC > 30 asociados a comorbilidad y con IMC > 40 asociados o no a comorbilidades.

4.1.74 La cirugía bariátrica se realiza solo a los/las pacientes que cubran los criterios del protocolo de la Clínica de Obesidad y Trastornos Metabólicos, con el debido seguimiento posquirúrgico y consejería multidisciplinaria.

4.2.1 Se deroga.

4.2.2 Cuando la evaluación del/la paciente se realice total o parcialmente fuera del hospital, los hallazgos deben ser revisados al momento de que ingrese a hospitalización o al ingresarlo a un servicio ambulatorio.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 4.2.3 Las evaluaciones médicas y de enfermería que se realicen a los/las paciente deben estar disponibles en el expediente clínico.
- 4.2.4 El/la médico/a tratante debe revalorar a cada paciente y registrar su evolución en el expediente clínico, ya sea diariamente o por turno en caso de que lo amerite. Los/Las pacientes ingresados/as por cualquier patología y que colateralmente puedan presentar un trastorno o brote psicótico, deben ser evaluados/as por el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, asentando la nota de evolución correspondiente.
- 4.3.1 El/La jefe/a de servicio en el turno matutino y, en el resto de los turnos el/la persona asistente de la dirección, son responsables de autorizar los pases de estancia de 24 horas al o los familiares, cuando la gravedad del/la paciente lo amerite.
- 4.3.2 Los/Las médicos/as (jefes de servicio/ y médicos/as adscritos/as) responsables de la atención deben informar al/la paciente y a su familiar responsable los resultados diagnóstico-terapéuticos.
- 4.3.3 El informe médico debe darse cada 24 horas en el área de hospitalización. En áreas críticas (urgencias y terapia intensiva) la información se da cada 8 horas o cada que se requiera de acuerdo al estado de salud del/de la paciente.

La hora de informes es determinada por cada servicio y se hace del conocimiento del/la paciente y sus familiares, así como a las áreas de Admisión Hospitalaria y de Informes y Hospitalidad.

- 4.3.4 Es responsabilidad del personal médico que recibe a una paciente con emergencia obstétrica y/o con detección de riesgo de complicación en el producto, el comunicar a la Unidad de Neonatología el posible ingreso del neonato. En caso de no contar con la infraestructura necesaria en Terapia Intensiva Pediátrica, se debe notificar al Servicio de Ginecología y Obstetricia y a la paciente o familiar para un posible traslado a otra unidad médica.
- 4.3.5 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División y de Servicio, debe difundir la carta de los derechos de los y las pacientes. Para ello, podrá solicitarse el apoyo de la Unidad de Comunicación Social.
- 4.3.6 Todo el personal que labora en el Hospital Juárez de México es responsable de conocer, respetar y proteger los derechos de los y las pacientes y sus familiares.
- 4.3.7 El/La paciente decide qué información sobre su atención y estado de salud puede ser proporcionada a la familia o a un tercero.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 4.3.8 El/La paciente pediátrico/a hospitalizado/a debe estar siempre acompañado/a preferentemente de su padre, madre o tutor/a asignado/o por los padres. Solo una persona y sin dejar solo/a al/la menor.
- 4.3.9 A los/las pacientes con padecimientos sistémicos que presentan estados de agresividad, violencia y/o problemas psiquiátricos que acudan al HJM se les debe brindar atención integral. En estos casos, el personal médico tratante solicita la intervención de un familiar a través del Servicio de Trabajo Social.
- 4.3.10 Se debe intentar entrevistar a todo/a paciente en estado de agitación y determinar las causas de su agresividad. En caso de que la agitación sea extrema y el/la paciente no colabore, se debe aplicar sujeción previo consentimiento informado y valorar la utilización de tranquilizantes mayores prescritos por personal médico capacitado, de preferencia de manera multidisciplinaria a través de interconsulta, con personal en competencia integrado por psiquiatras, neurólogos/as y/o internistas.
- 4.3.11 Se debe realizar interrogatorio al/la acompañante de todo/a paciente agitado/a, y se le otorgará orientación sobre su manejo.

En caso de que continúe la agitación psicomotriz del/la paciente debida a algún padecimiento mental, el personal médico solicita a trabajo social que tramite su traslado a un hospital psiquiátrico y si la agitación se atribuye a un padecimiento sistémico no mental, se continuará su manejo multidisciplinario con el servicio tratante.

- 4.3.12 Los/Las pacientes y sus familiares tienen derecho a participar en el proceso de su atención y es deber del personal médico tratante fomentar y mantener comunicación continua y veraz, así como propiciar una segunda opinión, de ser requerida por el paciente o su familia.
- 4.3.13 Los/Las pacientes y sus familiares tienen derecho a rechazar algún procedimiento diagnóstico y/o de tratamiento. En estos casos, el personal médico tratante aborda exhaustivamente dicha decisión y, de confirmarla debe llenar la carta de consentimiento informado conforme se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, para eximir al Hospital de cualquier complicación secundaria que pudiera haber.

El consentimiento informado se debe integrar al expediente clínico.

- 4.3.14 Se deroga.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 4.3.15 El personal responsable de llenar la carta de consentimiento informado, debe explicar su contenido al/la paciente, familiar o responsable legal, de manera suficiente, veraz y previa al acto autorizado. Después de ratificar la comprensión de la información, debe solicitar su firma al/la paciente, familiar o responsable legal.
- 4.3.16 El/La jefe/a de servicio es responsable de supervisar que las cartas de consentimiento informado se elaboren correctamente.
- 4.3.17 El personal que realice investigación, es responsable de informar a los/las pacientes que participen en ellos, sobre la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Para ello, debe elaborar el consentimiento informado conforme se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud.
- 4.3.18 El personal médico y paramédico debe respetar la decisión del/la paciente y de la familia acerca de la donación de órganos.
- 4.3.19 La Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, adscrita al Servicio de Trasplantes, es responsable de detectar a personas donadoras potenciales en todos los casos en que se sospeche muerte encefálica. Asimismo, debe coordinar las acciones procedentes en apego a lo establecido en la Ley General de Salud y demás disposiciones en la materia.
- 4.3.20 La Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, adscrita al Servicio de Trasplantes, es responsable de realizar las acciones para la procuración de órganos y de aplicar el procedimiento al/a la paciente fallecido/a por paro cardiorrespiratorio, de acuerdo a la Ley General de Salud y demás disposiciones en la materia
- 4.3.21 El Servicio de Trasplantes es el encargado de proveer lo necesario para la identificación y certificación del/de la potencial donador/a de órganos y tejidos con fines de trasplante.
- 4.3.22 El Servicio de Trasplantes es el encargado de proveer lo necesario para la procuración, distribución y resguardo de los órganos, tejidos y células de donación cadavérica, así como de supervisar las mejores prácticas en la realización de trasplantes.
- 4.3.23 El Comité Interno en Donación y Trasplante, es responsable de asignar y ubicar correctamente los órganos procurados en el Hospital, de acuerdo a los criterios establecidos.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 4.3.24 El Servicio de Trasplantes es responsable de mantener y actualizar el protocolo en la materia, así como de vigilar su apego y aplicación.
- 4.3.25 El protocolo de estudios de donador/a vivo/a, debe llevarse con prioridad preventiva y proteccionista de la persona donadora, sin que implique para ella mayor riesgo que el acto quirúrgico de la extracción del órgano.
- 4.3.26 El personal responsable especialista, debe citar a consulta externa tanto a la persona donadora como a la receptora, para evaluaciones subsecuentes con monitoreo clínico y bioquímico y la vigilancia de su evolución.
- 4.4.1 El/La Jefe/a del Servicio de Anestesiología debe supervisar la aplicación de los procedimientos de anestesia y sedación que realice el personal médico anesthesiólogo y los/las residentes de tercero a quinto año.
- 4.4.2 El personal médico anesthesiólogo y los/las residentes de tercero a quinto año, deben realizar los procedimientos de anestesia con base en la NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología y monitorear al/a la paciente durante el proceso de sedación, con el correspondiente registro en los formatos definidos. Lo anterior, a fin de mantener la estabilidad del/la paciente durante los procedimientos.
- 4.4.3 Se deroga.
- 4.4.4 Previo a la aplicación de la anestesia, el personal médico anesthesiólogo debe elaborar la carta de consentimiento informado, con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- 4.4.5 Se deroga
- 4.4.6 El personal médico anesthesiólogo que realiza el procedimiento de sedación, debe hacer la evaluación post sedación y elaborar la nota respectiva. Asimismo, es responsable de otorgar al/la paciente o al/la familiar la información necesaria e indicaciones pertinentes.

5. Gestión de la organización.

- 5.1.1 La Dirección General a través de la Dirección Médica, es responsable de establecer, aprobar y conducir las políticas, normas, lineamientos y programas sustantivos y de apoyo, los cuales deben comunicarse al personal del Hospital involucrado, para el logro de la misión y visión, así como de las metas y objetivos institucionales.



Dirección Médica
Dirección de Investigación y Enseñanza
Dirección de Planeación Estratégica
Dirección de Administración

- 5.2.1 El expediente clínico debe estar siempre disponible para todos los servicios que requieran de su uso.
- 5.2.2 Las personas titulares de las Jefaturas de División y las Jefaturas de Servicios médicos, pueden proponer a al/a la Director/a Médico/a los lineamientos, políticas y demás normas internas necesarias en su ámbito de actuación, para que su revisión y, en su caso, aprobación por parte del Comité de Mejora Regulatoria Interna del Hospital.
- 5.2.3 La persona titular de la Dirección Médica es la responsable de proponer al Comité de Mejora Regulatoria Interna los lineamientos, políticas y demás normas internas necesarias para el óptimo funcionamiento de las áreas clínicas y de apoyo en la atención médica.
- 5.2.4 Una vez que el Comité de Mejora Regulatoria Interna aprueba los lineamientos, políticas y demás normas internas, se publican en el portal institucional y en los medios establecidos para tal efecto.

La persona titular de la Dirección Médica es responsable de difundir los lineamientos, políticas y demás normas internas, a las Jefaturas de División, Jefaturas de Servicios y al personal adscrito.

- 5.2.5 Los lineamientos, políticas y demás normas internas se revisan cada dos años o dentro del plazo que establezca el Comité de Mejora Regulatoria Interna. La actualización de los manuales de organización específicos y de procedimientos de las áreas funcionales, se realiza conforme a las políticas que emita la Dirección de Planeación Estratégica.
- 5.2.6 Todo el personal que tenga acceso a expedientes clínicos, debe observar los “Lineamientos para el manejo y control del expediente clínico” y las demás disposiciones en la materia.
- 5.2.7 Los expedientes clínicos de las y los pacientes hospitalizados se deben colocar en los lugares asignados para su resguardo.
- 5.2.8 El personal de salud autorizado para solicitar expedientes clínicos, es responsable de mantenerlos bajo el debido resguardo y respetar la confidencialidad de su contenido, a fin de preservar los derechos de los/las pacientes.
- 5.2.9 La información de los expedientes clínicos debe manejarse con absoluta discreción y confidencialidad y sólo puede darse a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente (autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas).



5.2.10 El Servicio de Archivo Clínico debe conservar los expedientes clínicos por un periodo de 5 años a partir de la fecha del último acto médico.

VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 1. Carta de consentimiento informado:** Es el documento escrito, firmado por el/la paciente o su representante legal o familiar, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados.
- 2. Cinco momentos:** Es la estrategia que indica los momentos para realizar la correcta higiene de manos y prevenir infecciones nosocomiales (antes del contacto con el paciente, antes de realizar tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente).
- 3. Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI):** Es el órgano técnico y consultivo que regula la creación, actualización y simplificación de las disposiciones internas que son necesarias para la operación y funcionamiento del Hospital, así como la eliminación de aquellas que ya no resulten aplicables.
- 4. Índice de masa corporal (IMC):** Es el criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla en metros elevada al cuadrado.
- 5. Obesidad:** Es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m². En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.
- 6. Paciente:** Persona que recibe atención a la salud.
- 7. Sobrepeso:** Es el estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m². En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.



ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Primero: Las presentes políticas son aprobadas en la sexta sesión extraordinaria del Comité de Mejora Regulatoria Interna del Hospital Juárez de México, que se llevó a cabo el 21 de diciembre de 2023.

Segundo. Las presentes políticas entrarán en vigor al día siguiente del Aviso por el que se den a conocer los datos de actualización que se publique en el Diario Oficial de la Federación.

Tercero. Se modifican los siguientes numerales: 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 1.10 (nueva); 1.11 (nueva); 2.1.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.1.5; 2.2.1; 2.2.2 (se deroga); 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.2.7, 2.3.1; 2.3.2; 2.3.3 (se deroga); 2.3.4; 2.3.5 (se deroga); 2.3.6; 2.3.7; 2.3.8; 2.3.9 (se deroga); 2.3.10; 2.3.11; 2.3.12; 2.3.13; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 2.4.7; 2.4.8; 2.4.9; 2.4.10; 2.5.1; 2.5.2; 2.5.4; 2.5.6; 2.5.7; 2.5.8 (se deroga); 2.5.10; 2.5.12; 2.6.1; 2.6.3; 2-6-4; 2.6.5; 2.6.6 (nueva); 2.6.7 (nueva); 2.6.8 (nueva); 2.6.9 (nueva); 3.1.1; 3.1.2 (se deroga); 3.1.3; 3.1.4 (se deroga); 3.1.5; 3.1.6; 3.1.7; 3.1.8; 3.1.9; 3.1.10; 3.1.11; 3.1.12; 3.1.13; 3.1.14; 3.1.15; 3.1.16 (se deroga); 3.1.17; 3.1.18; 3.1.19; 3.1.20; 3.1.21; 3.1.22; 3.1.23; 3.1.24; 3.1.25; 3.1.26; 3.1.27; 3.1.28; 3.1.29; 3.1.30; 3.1.31; 3.1.32; 3.1.33; 3.1.34; 3.1.35 (nueva); 3.2.1; 3.2.2; 3.2.3; 3.2.4; 3.2.5; 3.2.6; 3.2.7; 3.3.1; 3.3.2; 3.4.1; 3.4.2; 3.4.3 (se deroga); 3.4.4 (se deroga); 3.4.5; 3.4.6; 4.1.1; 4.1.2; 4.1.3; 4.1.15; 4.1.16; 4.1.17; 4.1.18; 4.1.19; 4.1.20; 4.1.21; 4.1.22; 4.1.23; 4.1.24; 4.1.25 (se deroga); 4.1.26; 4.1.27; 4.1.28; 4.1.29; 4.1.30; 4.1.31 4.1.32; 4.1.33 (se deroga); 4.1.34; 4.1.35; 4.1.36; 4.1.37; 4.1.38; 4.1.39; 4.1.40; 4.1.41; 4.1.42; 4.1.43; 4.1.44; 4.1.45, 4.1.46 (se deroga); 4.1.47 (se deroga); 4.1.48 (se deroga); 4.1.49; 4.1.50; 4.1.51; 4.1.52; 4.1.53; 4.1.54 (se deroga); 4.1.55 (se deroga); 4.1.56; 4.1.57; 4.1.58; 4.1.59; 4.1.60; 4.1.61; 4.1.62; 4.1.63; 4.1.64; 4.1.65; 4.1.66; 4.1.67; 4.1.68; 4.1.69 4.1.70; 4.1.71; 4.1.72; 4.1.73; 4.1.74 4.2.1 (se deroga); 4.2.2; 4.2.3; 4.2.4; 4.2.5; 4.2.6; 4.2.7; 4.2.8; 4.2.9; 4.2.10; 4.2.11; 4.2.12; 4.2.13; 4.2.14 (se deroga); 4.3.15; 4.3.16; 4.3.17; 4.3.19; 4.3.20; 4.3.21; 4.3.22; 4.3.23; 4.3.25; 4.3.26; 4.4.1; 4.4.2; 4.4.3 (se deroga); 4.4.4; 4.4.5; 4.4.6; 5.1.1; 5.2.1; 5.2.2; 5.2.3; 5.2.4; 5.2.5; 5.2.6; 5.2.7; 5.2.8; 5.2.9; 5.2.10;