**Anexo 1. Lista de cotejo para la evaluación del cumplimiento de principios bioéticos y derechos humanos en protocolos o guías de atención clínica**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Información general del protocolo o guía** | |
| Servicio que propone el protocolo o guía |  |
| Nombre del protocolo o guía por analizar |  |
| Versión del protocolo o guía |  |
| Integrantes del equipo colaborador |  |
| Nombre de jefaturas inmediatas responsables |  |
| Fecha de recepción |  |
| Referente para aclaraciones (nombre, cargo, teléfono, correo) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Evaluación del cumplimiento de principios bioéticos y derechos humanos** | | | |
| **Criterio** | **Cumple** | **No cumple** | **Observaciones** |
| **Beneficencia/No maleficencia** | | | |
| ¿Se cuenta con un adecuado marco teórico? |  |  |  |
| ¿Se documenta la experiencia clínica del equipo tratante? |  |  |  |
| ¿Se justifica por qué se escogió el tratamiento propuesto? |  |  |  |
| ¿Se incorpora la mejor evidencia disponible? |  |  |  |
| ¿Se describen los beneficios esperados del tratamiento? |  |  |  |
| ¿Se identifican y valoran los riesgos asociados? |  |  |  |
| ¿Se evalúan los riesgos de forma proporcional a los beneficios? |  |  |  |
| ¿Se consideran alternativas terapéuticas? |  |  |  |
| ¿Se garantizan intervenciones seguras y basadas en la mejor evidencia, promoviendo el bienestar y evitando el daño a las personas usuarias? |  |  |  |
| ¿Se contemplan medidas para prevenir o minimizar posibles daños derivados de inequidades o desigualdades en la atención de personas o grupos vulnerables? |  |  |  |
| ¿Se contemplan mecanismos para la evaluación, seguimiento y mejora continua de la calidad en la atención clínica? |  |  |  |
| **Autonomía** | | | |
| ¿Se promueve la participación de la persona en su proceso de atención? |  |  |  |
| ¿Se respeta la autonomía de las personas usuarias, incluyendo decisiones libres e informadas sobre su atención? |  |  |  |
| ¿Se proporciona información suficiente, adecuada y comprensible sobre el procedimiento y sus riesgos/beneficios? |  |  |  |
| ¿Se brinda acceso a información adaptada según la cultura y el lenguaje de las personas? |  |  |  |
| ¿Se asegura la confidencialidad de la información personal y clínica y la privacidad durante la atención? |  |  |  |
| **Proceso de consentimiento informado** | | | |
| ¿Se describe el proceso de consentimiento o asentimiento informado? |  |  |  |
| ¿Se proporciona información clara, suficiente y comprensible sobre el o los procedimientos clínicos por aplicar? |  |  |  |
| ¿Se contemplan apoyos adecuados que garanticen la comprensión de la información y una toma de decisiones libre e informada (intérpretes, materiales adaptados o acompañamiento)? |  |  |  |
| ¿Se verifica que la persona usuaria ha comprendido la información brindada y está en capacidad de tomar una decisión informada? |  |  |  |
| ¿Se documenta de manera adecuada el proceso de consentimiento informado en el expediente de salud? |  |  |  |
| ¿Es necesario elaborar un formulario específico de consentimiento informado para el procedimiento? En caso afirmativo, este deberá hacerse conforme a la Guía de Trabajo para la Redacción de Formularios de Consentimiento Informado (CI) y Asentimiento Informado (AI) para Procedimientos Clínicos. |  |  |  |
| ¿Se respeta el derecho de la persona usuaria a rechazar o revocar el consentimiento en cualquier momento sin consecuencias indebidas? |  |  |  |
| ¿Se establece el compromiso de informar modificaciones significativas en el procedimiento? |  |  |  |
| **Justicia** | | | |
| ¿Los recursos disponibles se asignan de manera justa, evitando inequidades arbitrarias o discriminatorias? |  |  |  |
| ¿Se identifica adecuadamente a las personas o grupos en condición de vulnerabilidad (edad, discapacidad, condiciones psicosociales, situación económica, etnia, entre otros) o contempla acciones para identificarlos? |  |  |  |
| ¿Se proponen estrategias específicas para atender las necesidades particulares de las personas o grupos vulnerables en el contexto clínico? |  |  |  |
| ¿Se promueve la equidad en el acceso a servicios de salud, independientemente de la condición socioeconómica, geográfica, cultural u otras? |  |  |  |
| ¿Se establecen y aplican criterios claros y éticamente justificados para la priorización de la atención? |  |  |  |
| ¿Existen mecanismos establecidos para prevenir y abordar posibles situaciones de abuso, negligencia o discriminación hacia personas vulnerables? |  |  |  |
| ¿Se promueve activamente la igualdad y se previenen prácticas de discriminación de género, edad, etnia, discapacidad, orientación sexual, condición socioeconómica u otras condiciones? |  |  |  |
| **Derechos humanos** | | | |
| ¿Se considera a la persona usuaria como sujeto de derechos y no solo como objeto de atención? |  |  |  |
| ¿Se reconoce y protege la dignidad, los derechos humanos y la privacidad de las personas usuarias durante el proceso de atención? |  |  |  |
| ¿Se respetan las costumbres, creencias, prácticas culturales y el pluralismo de las personas usuarias sin comprometer calidad y seguridad de la atención? |  |  |  |
| ¿Se contemplan medidas para minimizar el impacto ambiental y proteger la biodiversidad? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Documentación y referencias** | | | |
| **Criterio** | **Cumple** | **No cumple** | **Observaciones** |
| ¿Se adjunta el protocolo de atención o guía? |  |  |  |
| ¿Se incluye oficio de aprobación de la jefatura de servicio de departamento y de dirección general? |  |  |  |
| ¿Se incluye la declaración de conflictos de interés de los miembros del equipo redactor y validador? |  |  |  |
| ¿Se incluye el compromiso de reporte de eventos adversos asociados al procedimiento? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Firmas y fecha de revisión** | | |
| Nombre de la persona revisora | Firma | Fecha |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |