

# CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD  
GENERAL



---

Nombre del Establecimiento de Atención Médica

---

Razón Social o Institución

---

Nombre del Director

Autentifico que toda la información presentada en este documento es verdadera, y en caso de que incurra en falsedad de la misma, el Consejo de Salubridad General podrá suspender, en cualquier momento, el proceso de Certificación del Establecimiento de Atención Médica referido en este documento.

---

Firma del Director

---

Fecha de Elaboración

**AUTOEVALUACIÓN**  
CLÍNICAS DE ATENCIÓN  
**2012**  
PRIMARIA Y CONSULTA DE  
ESPECIALIDADES

VER: DGAA.17.01.31

CENTENARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL **1917 - 2017**



# CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General

**Dr. José Narro Robles**

Secretario del Consejo de Salubridad General

**Dr. Jesús Ancer Rodríguez**

## **Vocales Titulares:**

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Secretaría de Desarrollo Social

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

Secretaría de Economía

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Secretaría de Educación Pública

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Universidad Nacional Autónoma de México



**Vocales Auxiliares:**

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Instituto Politécnico Nacional

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A. C.

Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, representante de la Zona Noroeste

Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León, representante de la Zona Noreste

Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí, representante de la Zona Centro

Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste

Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México

Coordinación General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Academia Mexicana de Pediatría, A. C.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.

Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.

Colegio Médico de México, A. C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.

Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria de la Transformación



# COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Presidente de la Comisión

**Dr. Jesús Ancer Rodríguez**

Secretaria Técnica de la Comisión

**Dra. Sara Fonseca Castañol**

## **Comisionados:**

Secretaría de Salud

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Institutos Nacionales de Salud

Universidad Nacional Autónoma de México

Secretaría de Salud Pública del Estado de Baja California, representante de la Zona Noroeste

Secretaría de Salud en el Estado de Tamaulipas, representante de la Región Noreste

Secretaría de Salud en el Estado de Tlaxcala, representante de la Región Centro

Secretaría de Salud en el Estado de Guanajuato, representante de la Región Occidente

Secretaría de Salud en el Estado de Morelos, representante de la Región Suroeste

Secretaría de Salud en el Estado de Campeche, representante de la Región Sureste

Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de México

Secretaría de Salud del Estado de Sonora

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

Colegio Médico de México, A. C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dirección de Enfermería y Coordinación General de la Comisión Permanente de Enfermería

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención

Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

Asociación Mexicana para el Estudio de las Infecciones Nosocomiales, A.C.

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.





**Dr. Jesús Ancer Rodríguez**  
Secretario del Consejo de Salubridad General

**Dra. Sara Fonseca Castañol**  
Directora General Adjunta de Articulación y  
Responsable del Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de Atención Médica  
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **59036**  
Correo electrónico: sara.fonseca@csg.gob.mx

**Dr. Lino Campos Álvarez**  
Director de Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **59073**  
Correo electrónico: lino.campos@csg.gob.mx

**Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde**  
Director de Desarrollo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **59035**  
Correo electrónico: Javier.soberanes@csg.gob.mx

**Lic. Eduardo José Flores González**  
Subdirector de Asuntos Jurídicos del Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de Atención Médica  
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53522**  
Correo electrónico: eduardo.flores@csg.gob.mx

**Mtro. Aaron Padilla Orozco**  
Subdirector de Operaciones e Innovación  
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **59035**  
Correo electrónico: aaron.padillao@csg.gob.mx

**Lic. Metzli Xochizuatl Benítez López**  
Jefa del Departamento de Vinculación  
Teléfono: 20.00.34.00 ext. **53592**  
Correo electrónico: vinculacion@csg.gob.mx



# INDICE

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	<b>13</b>
<b>1.</b> Recursos Humanos	<b>15</b>
<b>2.</b> Instalaciones Físicas	<b>18</b>
<b>3.</b> Equipamiento	<b>21</b>
<b>4.</b> Insumos	<b>33</b>
<b>5.</b> Expediente Clínico	<b>35</b>
<b>6.</b> Atención y Quejas	<b>36</b>
<b>7.</b> Comités	<b>37</b>
<b>8.</b> Organización y Métodos	<b>37</b>
<b>9.</b> Gobierno	<b>38</b>
<b>10.</b> Documentación	<b>39</b>



# INTRODUCCIÓN

La Autoevaluación es parte de la primera fase del proceso de certificación, donde el Director manifiesta la infraestructura con que cuenta su establecimiento y da coherencia a lo consignado en la **“Solicitud de Inscripción para Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades”** que especifica los servicios y la capacidad tiene la unidad. En este sentido, la Autoevaluación es el vínculo entre la Inscripción y la **Auditoría**, que evalúa el grado de cumplimiento de los **Requisitos para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades**.

La Autoevaluación contempla aquellos elementos que debe cumplir un establecimiento de atención médica en función de lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus Reglamentos, en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y en los Requisitos para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades, vigentes a partir del 1 de julio de 2012; en este contexto, los Requisitos para la Autoevaluación especifican las licencias, avisos de funcionamiento, requisitos de estructura y equipamiento, así como la documentación y sistemas de información que son obligatorios para los que las Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades en el proceso de certificación/recertificación.

Los Requisitos considerados en la Autoevaluación incluyen los mínimos indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión de un establecimiento de atención médica.

## Autocalificación de las Especificaciones de Estructura

---

Todos los Requisitos para la Autoevaluación se califican dicotómicamente, es decir **“Cumple”** o **“No cumple”**. Con esto debe entenderse que no existe el cumplimiento parcial como una calificación aceptada. Por otra parte, de acuerdo a las características de los servicios de la clínica, algunos de ellos pueden No Aplicar.

## Responsabilidad del Establecimiento

---

Los directivos del establecimiento de atención médica deben realizar la Autoevaluación, para lo cual tendrán que identificar los Requisitos que No Aplican y posteriormente proceder a calificar si “Cumplen” o “No Cumplen”. Para que el establecimiento de atención médica acceda a la fase de Auditoría por parte del Consejo de Salubridad General, deberá cumplir el 100% de los Requisitos ponderados como “indispensables”, 80% o más de los “necesarios” y 50% o más de los “convenientes”. El Consejo de Salubridad General considera que un establecimiento de atención médica se encuentra “En Proceso de Certificación” cuando cumple con los porcentajes requeridos bajo los siguientes lineamientos.

## Lineamientos para calificar los Requisitos para la Autoevaluación

---

Los Requisitos para la Autoevaluación se agrupan en diez Secciones, cada una de ellas con dos o más Requisitos que, en los casos aplicables, se dividen en varios puntos a “verificar”. En el caso particular de la Sección “Documentación”, que incluye los planes, programas, políticas y procedimientos del establecimiento, y que por su importancia han sido ponderados como “indispensables”, la calificación “Cumple” solamente se asignará cuando su implementación y difusión al personal de la organización tenga como mínimo 4 meses anteriores a la fecha de realizar la Autoevaluación.

Los “Requisitos” y las especificaciones señaladas en la columna “Verificar” son las que el personal directivo deberá analizar y calificar. En la columna “Ponderación” se identifica la importancia que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica asignó a cada uno de los Requisitos; los recuadros de la columna “C”, que significa Cumple, se deberán marcar siempre y cuando el establecimiento de atención médica cubra la totalidad de las especificaciones del estándar (no se aceptan parcialidades); los recuadros de la columna “NC”, que significa No Cumple, se deberán marcar cuando el establecimiento no cubra la especificación del estándar o parte de éste; por último, los recuadros de la columna “NA” sólo deberán ser marcados cuando la especificación del estándar no sea aplicable a la clínica por el tipo de servicios que presta.

Los datos deberán ser totalmente verídicos y concordar con lo anotado en el formato de **“Solicitud de Inscripción para Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades”**, por lo cual se solicita que sean autenticados por el Director del establecimiento de atención médica. Los auditores del Consejo de Salubridad General, revisarán “in situ”, en forma aleatoria, algunos de los Requisitos para validar su cumplimiento.

Es importante mencionar que uno de los requisitos para que un establecimiento de atención médica sea dictaminado como **“Certificado”** por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, es que cumpla con el 100% de los Requisitos ponderados como indispensables, ratificados por los Auditores que efectúen la evaluación.

# 1. RECURSOS HUMANOS

## 1.1 TENER PERSONAL, EN LA CANTIDAD NECESARIA Y CON LA CALIFICACIÓN TÉCNICA SUFICIENTE, PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE CONSULTA QUE OFRECE.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos.	1.1.1 Definición por escrito, actualizada, de la cantidad de personal por servicio y por turno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación por escrito, autorizada con menos de 12 meses, de la cantidad de personal de la unidad, por servicio y por turno.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos.	1.1.2 Se cumple con las cantidades establecidas por la unidad, del personal requerido en cada servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plantilla autorizada del personal médico, paramédico y de servicios de apoyo, por servicio.</li> <li>Verificar fecha de última autorización, que debe ser menor a 12 meses.</li> </ul>	NECESARIO			
Departamento de Recursos Humanos.	1.1.3 Los médicos generales cuentan con el título, cédula profesional y la verificación de la fuente original.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente de los médicos generales cuenta con la documentación probatoria del título y la cédula profesional y la verificación de la fuente original.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos.	1.1.4 Los médicos especialistas cuentan con la documentación probatoria de su especialidad y competencias, así como la verificación de la fuente original.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente de los médicos especialistas cuenta con documentación probatoria de sus competencias y la verificación de la fuente original.</li> </ul>	NECESARIO			
Recursos Humanos.	1.1.5 Se cuenta con perfiles y descripciones de puesto para la contratación del personal paramédico y de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documento institucional o de la unidad donde se definen los perfiles mínimos para la contratación del personal paramédico y de apoyo.</li> </ul>	NECESARIO			
Recursos Humanos.	1.1.6 Se acredita en cada caso la capacidad técnica del personal paramédico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar que se cumplen los perfiles mínimos en el 100% de este personal, revisando los expedientes.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos.	1.1.7 El personal profesional o técnico de enfermería, debe ser 30 % o más del total de la plantilla.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plantilla de personal de enfermería de todos los turnos.</li> <li>Verificar que el personal auxiliar de enfermería no exceda 70% de la misma en ninguno de los turnos.</li> </ul>	NECESARIO			
Departamento de Consulta Externa y Recursos Humanos.	1.1.8 Cada consultorio cuenta con el personal de apoyo o de enfermería suficiente de acuerdo al parámetro definido por la propia organización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está descrito en los manuales.</li> <li>Corroborar con los registros de personal.</li> <li>Verificar con el rol de turnos.</li> </ul>	NECESARIO			
Departamento de Recursos Humanos.	1.1.9 La unidad cuenta con un programa de capacitación continua para su personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa correspondiente.</li> <li>Verificar que se lleve a cabo el programa.</li> </ul>	NECESARIO			

**1.2 EN CASO DE QUE EN LA ATENCIÓN PARTICIPE PERSONAL EN FORMACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES QUE OFRECE, CONTAR CON EL APOYO Y SUPERVISIÓN DE PERSONAL RESPONSABLE.** \*El estándar aplica únicamente en unidades con campos clínicos de enseñanza.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos o Departamento de Enseñanza.	<b>1.2.1</b> Existe un responsable designado formalmente por las autoridades de la unidad para cada tipo de personal en proceso de formación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el nombramiento del responsable de la supervisión, profesor o tutor.</li> </ul>	NECESARIO			
Departamento de Enseñanza.	<b>1.2.2</b> El responsable de la supervisión, profesor o tutor tiene el reconocimiento de una institución de enseñanza superior.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el reconocimiento por escrito expedido por la institución de enseñanza superior.</li> </ul>	NECESARIO			

**1.3 CONTAR CON EL PERSONAL PROFESIONAL CERTIFICADO Y TÉCNICO ACREDITADO PARA ATENDER LOS SERVICIOS PROPIOS Y/O SUBROGADOS DE DIAGNÓSTICO.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos y Jefatura de servicios.	<b>1.3.1</b> El responsable del servicio de auxiliar de diagnóstico, propio o subrogado, está reconocido y tiene la especialidad o certificación del consejo correspondiente: radiólogo, patólogo clínico, químico farmacobiólogo o químico clínico, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los expedientes de los responsables de cada servicio de apoyo diagnóstico cuentan con la documentación que avalan sus competencias.</li> <li>Se cuenta con la verificación de la fuente original de los responsables de cada servicio.</li> <li>Si el servicio es subrogado, la unidad deberá mostrar el contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal del servicio subrogado y la documentación con que el proveedor demostró su cumplimiento.</li> </ul>	NECESARIO			



**1.4 LA UNIDAD CUENTA CON EL DOCUMENTO QUE CONTENGA LAS POLÍTICAS Y NORMAS INTERNAS QUE ESTABLEZCAN LAS RESPONSABILIDADES, DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES A LAS QUE SE SOMETE TODO EL PERSONAL DE LA UNIDAD Y SE ENCUENTRA AUTORIZADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD DE LA UNIDAD.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos.	1.4.1 Se especifican por escrito las responsabilidades y obligaciones del personal de salud, en cada uno de los procesos en que interviene.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta especificación debe estar actualizada en los últimos dos años.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos.	1.4.2 Existe por escrito un mecanismo que permita analizar el comportamiento y apego del personal al cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tiene evidencia por escrito del mecanismo.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos.	1.4.3 Existe proceso documentado para la revisión de antecedentes laborales y profesionales del personal y para la verificación de la fuente original.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tiene evidencia por escrito del proceso.</li> </ul>	NECESARIO			
Áreas de consulta y salas de espera.	1.4.4 La unidad cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles para el público.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en las áreas de acceso al público que la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes esté visible.</li> </ul>	NECESARIO			
Áreas de consulta.	1.4.5 El establecimiento cuenta con un código de ética.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar que la unidad cuente con un código de ética para el personal.</li> </ul>	CONVENIENTE			

## 2. INSTALACIONES FÍSICAS

### 2.1 CONTAR CON INSTALACIONES ADECUADAS, EN TAMAÑO, CANTIDAD Y DISTRIBUCIÓN, PARA ATENDER PACIENTES DE LOS SERVICIOS QUE OFREZCA LA UNIDAD.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Administración.	2.1.1. Existe aviso de funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia y vigencia del documento correspondiente.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Administración.	2.1.2 Existe el aviso de designación, renuncia o sustitución del responsable sanitario de la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia y vigencia del documento correspondiente.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Vestíbulo, recepción y salas de espera.	2.1.3 En vestíbulo, recepción y salas de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalización y áreas suficientes para que los pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar que en vestíbulo, recepción y salas de espera hay adecuada ventilación, limpieza y señalización.</li> <li>Las dimensiones de las áreas son suficientes para que los pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Pasillos y áreas comunes.	2.1.4 Los pasillos y áreas comunes se encuentran limpios y cuentan con botes de basura para uso de visitantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar que los pasillos y áreas comunes se encuentran limpios.</li> <li>Verificar la presencia de botes de basura para uso de visitantes.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Pasillos y áreas comunes.	2.1.5 Los pasillos y áreas comunes cuentan con la señalización necesaria para la adecuada circulación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar que los pasillos y áreas comunes cuentan con la señalización necesaria para la adecuada circulación.</li> <li>Cada puerta de acceso a un servicio, tiene el nombre del servicio o de la especialidad.</li> <li>La señalización de rutas de circulación y evacuación son claros y visibles.</li> </ul>	NECESARIO			
Consulta externa.	2.1.6 El área de consulta externa está libre de contaminación de ruidos, incluyendo los que se generen en la propia unidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar que no existe ruido, ostensiblemente molesto en el área de consulta externa, proveniente del interior o del exterior.</li> <li>El ruido que genera la compresora del servicio de estomatología no alcanza a producir molestia a los pacientes de consulta externa.</li> </ul>	CONVENIENTE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Consulta Externa.	2.1.7 Las instalaciones, distribución espacial y mobiliario del área de sala de espera de Consulta Externa cumplen con los lineamientos señalados en la NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Constatar la suficiencia de la sala de espera, así como de asientos cómodos.</i></li> <li>• <i>Verificar la existencia de servicios sanitarios funcionales en un número proporcional a lo que requiere la demanda de pacientes y acompañantes.</i></li> </ul>	NECESARIO			
Consulta Externa.	2.1.8 Los consultorios deben contar con dos áreas, una para la entrevista del paciente y otra para la exploración física.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar que los consultorios cuenten con las dos áreas.</i></li> </ul>	NECESARIO			
Área de medicina preventiva.	2.1.9 Además de que la unidad dispone lo necesario para otorgar la consulta de medicina general, cuenta con sistema de refrigeración y mesa con tarja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar que el área cuente con sistema de refrigeración para preservar biológicos, y medicamentos y con una mesa con tarja para preparar medicamentos, soluciones y otros insumos.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Área de hidratación oral.	2.1.10 La Unidad cuenta con el espacio destinado para proporcionar cuidados en el proceso de administración de soluciones por vía oral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>El área cuenta con lo especificado la NOM-178-SSA1-1998.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Visita global de las instalaciones.	2.1.11 Se cumple la NOM-001-SSA2-1993 que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de personas con discapacidad a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Visitar todas las áreas de acceso y observar la existencia y mantenimiento en buenas condiciones de rampas para el acceso de personas con discapacidad al interior y exterior de la unidad.</i></li> </ul>	NECESARIO			

## 2.2 CONTAR CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES FÍSICAS, EN TODA LA UNIDAD.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Servicios Generales.	2.2.1 Hay programas escritos de mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bitácora de mantenimiento preventivo.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Visita Global de las Instalaciones.	2.2.2 Se cumplen los programas de mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar en la bitácora de mantenimiento que las instalaciones cumplen con los programas preventivos.</i></li> </ul>	NECESARIO			
Servicios Generales.	2.2.3 Se cumple en tiempo el mantenimiento correctivo de instalaciones, a partir de los lineamientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar que en el listado de los últimos tres meses se cumplió con el tiempo establecido.</i></li> </ul>	NECESARIO			
Recursos Humanos.	2.2.4 El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Los expedientes de los encargados del mantenimiento cuentan con documentos que avalan la capacitación técnica para las instalaciones que tiene la unidad.</i></li> <li>• <i>Si el servicio es subrogado, verificar que en los contratos se garantice la competencia técnica del personal.</i></li> </ul>	NECESARIO			

### 3. EQUIPAMIENTO

**3.1** EL CONSULTORIO DE MEDICINA GENERAL O FAMILIAR DEBE TENER DISPONIBLE LO DESCRITO EN EL APÉNDICE “A” NORMATIVO DE LA NOM-178-SSA1-1998 Y EN EL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO DEL SECTOR SALUD, DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR LA PROPIA ORGANIZACIÓN.

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>MOBILIARIO</b>				
3.1.1 Asiento para el médico.	NECESARIO			
3.1.2 Asiento para el paciente y acompañante.	NECESARIO			
3.1.3 Mueble para escribir.	NECESARIO			
3.1.4 Guarda de medicamentos, material e instrumental.	NECESARIO			
3.1.5 Sistema de guarda de expedientes clínicos.	NECESARIO			
3.1.6 Asiento para el médico en la exploración del paciente.	NECESARIO			
3.1.7 Banqueta de altura o similar.	NECESARIO			
3.1.8 Mesa de exploración con pierneras.	NECESARIO			
3.1.9 Mesa de Mayo, Pasteur o mobiliario similar.	NECESARIO			
3.1.10 Lavabo o equivalente con agua corriente.	NECESARIO			
3.1.11 Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para residuos peligrosos.	NECESARIO			
<b>INSTRUMENTAL</b>				
3.1.12 Caja con tapa para soluciones desinfectantes (donde no existe CEyE).	INDISPENSABLE			
3.1.13 Espejo Graves 1.9 x 7.5 cm.	NECESARIO			
3.1.14 Espejo Graves 3.2 x 10 cm.	INDISPENSABLE			
3.1.15 Espejo Graves 3.5x 11.5 cm.	NECESARIO			
3.1.16 Histerómetro Sims.	INDISPENSABLE			
3.1.17 Martillo percusor.	INDISPENSABLE			
3.1.18 Pinza de anillos.	INDISPENSABLE			
3.1.19 Pinza estándar, estriada sin dientes.	INDISPENSABLE			
3.1.20 Pinza recta, fenestrada, estriada.	INDISPENSABLE			
3.1.21 Pinza tipo mosquito curva.	INDISPENSABLE			
3.1.22 Pinza para sujetar cuello de matriz.	INDISPENSABLE			
3.1.23 Pinza curva con estrías transversales.	INDISPENSABLE			
3.1.24 Porta agujas recto, con ranura central y estrías cruzadas.	INDISPENSABLE			
3.1.25 Pinza longitud 24 cm.	INDISPENSABLE			
3.1.26 Riñón de 250 ml.	INDISPENSABLE			
3.1.27 Tijera recta.	INDISPENSABLE			
3.1.28 Mango para bisturí.	INDISPENSABLE			
3.1.29 Torundero con tapa.	INDISPENSABLE			

REQUERIMIENTOS		PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>VARIOS</b>					
3.1.30	Termómetro clínico.	INDISPENSABLE			
3.1.31	Cinta métrica.	INDISPENSABLE			
3.1.32	Guantes desechables.	INDISPENSABLE			
3.1.33	Sábanas de tela o desechables.	INDISPENSABLE			
3.1.34	Toallas de papel.	INDISPENSABLE			
3.1.35	Lámpara de baterías.	INDISPENSABLE			
<b>EQUIPO</b>					
3.1.36	Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico, con brazaletes de tamaño que requiera para su actividad principal.	INDISPENSABLE			
3.1.37	Estetoscopio biauricular.	INDISPENSABLE			
3.1.38	Estetoscopio Pinard.	INDISPENSABLE			
3.1.39	Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional).	INDISPENSABLE			
3.1.40	Báscula con estadímetro.	INDISPENSABLE			
3.1.41	Báscula pesa bebé.	INDISPENSABLE			
3.1.42	Negatoscopio.	INDISPENSABLE			
3.1.43	Lámpara con haz direccionable.	INDISPENSABLE			

### 3.2 EL CONSULTORIO DE ESTOMATOLOGÍA, DEBE CONTAR CON LO DESCRITO EN EL APÉNDICE NORMATIVO “B” DE LA NOM-178-SSA1-1998.

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>EQUIPO</b>				
3.2.1 Compresora de aire para unidad dental, con arranque y paro automático, con sistema automático de purga de condensados y filtros de aire.	INDISPENSABLE			
3.2.2 Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable.	INDISPENSABLE			
3.2.3 Unidad dental con charola, porta instrumentos, escupidera, lámpara y aspirador de secreciones.	INDISPENSABLE			
3.2.4 Equipo de rayos X.	INDISPENSABLE			
3.2.5 Negatoscopio adecuado al consultorio.	INDISPENSABLE			
3.2.6 Sistema de revelado.	INDISPENSABLE			
3.2.7 Autoclave, olla de presión o esterilizador de operación manual.	INDISPENSABLE			
<b>MOBILIARIO</b>				
3.2.8 Asiento para el odontólogo.	INDISPENSABLE			
3.2.9 Mesa para escribir.	NECESARIO			
3.2.10 Mesa o lavabo con tarja.	INDISPENSABLE			
3.2.11 Mueble con cajonera.	CONVENIENTE			
3.2.12 Asientos para paciente y acompañante.	CONVENIENTE			
3.2.13 Sistema para guardar expedientes clínicos. En el consultorio o en el servicio o en la unidad.	NECESARIO			
3.2.14 Guarda de materiales, instrumental o equipo.	NECESARIO			
3.2.15 Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para residuos peligrosos.	NECESARIO			
3.2.16 Recipiente rígido de polipropileno rojo para objetos punzocortantes de los RPBI.	NECESARIO			
<b>INSTRUMENTAL</b>				
3.2.17 Pieza de mano de alta velocidad esterilizable.	INDISPENSABLE			
3.2.18 Pieza de mano de baja velocidad esterilizable.	NECESARIO			
3.2.19 Pinza de traslado con frasco refractario.	NECESARIO			
3.2.20 Torundero con tapa.	NECESARIO			
3.2.21 Alveolotomo, pinza gubia.	INDISPENSABLE			
3.2.22 Contrángulo.	NECESARIO			
3.2.23 Cureta Mc Call, derecha o izquierda, juego (Cureta C K 6).	NECESARIO			
3.2.24 Elevador con mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y corto.	INDISPENSABLE			
3.2.25 Elevador recto acanalado, con mango metálico, 2 mm.	INDISPENSABLE			
3.2.26 Elevador de bandera derecho e izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña.	INDISPENSABLE			
3.2.27 Espátula para cemento de doble punta de trabajo.	INDISPENSABLE			
3.2.28 Espátulas para preparar alginato o yeso.	NECESARIO			
3.2.29 Espejo dental, rosca sencilla, plano, sin aumento no. 5.	INDISPENSABLE			
3.2.30 Excavador White no 17.	INDISPENSABLE			
3.2.31 Explorador de una pieza, doble extremo, no 5.	INDISPENSABLE			
3.2.32 Fórceps, diferentes medidas y adecuados al operador.	INDISPENSABLE			
3.2.33 Jeringa Carpulse con adaptador para aguja desechable calibre 27 larga o corta, con entrada universal o estándar. Hendidura para introducir cartucho de anestésico desechable de 1.8 ml. Aletas en el cuerpo para apoyar los dedos índice y medio.	INDISPENSABLE			
3.2.34 Mortero provisto de mano con capacidad de 125 ml. o amalgamador.	INDISPENSABLE			
3.2.35 Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador.	INDISPENSABLE			
3.2.36 Pinzas para curaciones modelo Collage no. 18.	NECESARIO			

	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>INSTRUMENTAL</b>				
3.2.37 Porta amalgama Rower, con puntas desmontables doble extremo.	INDISPENSABLE			
3.2.38 Porta matriz Toffemire universal 7 mm.	INDISPENSABLE			
3.2.39 Portavasos para escupidera.	INDISPENSABLE			
3.2.40 Dosificador para amalgama (si no se cuenta con amalgamador).	INDISPENSABLE			
3.2.41 Recortador de amalgama.	INDISPENSABLE			
3.2.42 Tijera para encías curva, con hojas cortas modelo Quimby.	NECESARIO			
3.2.43 Tirapuente Miller.	NECESARIO			

**3.3 EL ÁREA DE LABORATORIO CLÍNICO, DEBE CONTAR CON LO DESCRITO EN EL APÉNDICE NORMATIVO “C” DE LA NOM-178-SSA1-1998.** Cuando el servicio se subroga se evaluarán de acuerdo a los ECP.12, ECP.12.1 y ECG.31

	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>AREAS DE HEMATOLOGÍA Y QUÍMICA SANGUÍNEA</b>				
3.3.1 Banco apropiado para el técnico y actividad que ejecuta.	CONVENIENTE			
3.3.2 Mesa con respaldo.	CONVENIENTE			
3.3.3 Mesa alta.	CONVENIENTE			
3.3.4 Mesa baja con respaldo para microscopio.	CONVENIENTE			
3.3.5 Mesa alta con respaldo y tarja.	CONVENIENTE			
3.3.6 Guarda de materiales, equipo o instrumentos.	CONVENIENTE			
3.3.7 Cubeta o cesto para bolsa de residuos peligrosos.	CONVENIENTE			
3.3.8 Contenedor para punzocortantes.	CONVENIENTE			
3.3.9 Agitador eléctrico rotatorio de uso múltiple de velocidad fija.	CONVENIENTE			
3.3.10 Balanza granataria de dos platillos, con capacidad hasta 2 kg. y sensibilidad de 0.1 g. con una escala de 0 a 10 g. dividida en 0.1g.	CONVENIENTE			
3.3.11 Baño de agua sin circulación forzada, con termostato.	CONVENIENTE			
3.3.12 Baño de bloque, regulación de temperatura hasta 130 grados C.	CONVENIENTE			
3.3.13 Mechero provisto con regulador de llama y punta estabilizadora.	CONVENIENTE			
3.3.14 Contenedor de tubos de ensayo para baño de bloque.	CONVENIENTE			
3.3.15 Esterilizador de vapor autogenerado.	CONVENIENTE			
3.3.16 Refrigerador 7.5 pies cúbicos.	CONVENIENTE			
3.3.17 Centrífuga de mesa, cabezal intercambiable, tacómetro, reloj hasta 60 minutos, con regulador de velocidad hasta 4900 rpm.	CONVENIENTE			
3.3.18 Centrífuga de mesa para microhematocrito, para tubos capilares en posición horizontal, con reloj y freno, velocidad de 11500 a 15000 rpm.	CONVENIENTE			
3.3.19 Contador de 8 teclas y suma de todos los parciales hasta 999.	CONVENIENTE			
3.3.20 Lector de microhematocrito.	CONVENIENTE			
3.3.21 Microscopio binocular con enfoque macro y micrométrico, platina con movimiento en cruz, iluminación en la base, revólver para 4 objetivos, filtro despolido y transformador variable.	CONVENIENTE			
3.3.22 Pipeta de vidrio, tipo Thoma o similar glóbulos rojos.	CONVENIENTE			
3.3.23 Pipeta de vidrio, tipo Thoma o similar glóbulos blancos.	CONVENIENTE			
3.3.24 Cámara de Newbauer de cristal, con dos compartimentos de 0.1 mm de profundidad. Con cubreobjetos de 20x26x0.4 mm de grosor uniforme especial para dicha cámara.	CONVENIENTE			
3.3.25 Espectrofotómetro.	CONVENIENTE			
3.3.26 Refractómetro de mano.	CONVENIENTE			



REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
3.3.27 Diluidor de relación fija.	CONVENIENTE			
3.3.28 Marcador de intervalos.	CONVENIENTE			
3.3.29 Medidor de líquidos con dispensador 1 a 5 ml con recipiente de 1000 ml.	CONVENIENTE			
3.3.30 Medidor de líquidos con dispensador 10 a 50 ml con recipiente ámbar de 1000 ml.	CONVENIENTE			
3.3.31 Pipetas calibración variable entre el volumen siguiente 2 a 10 microlitros.	CONVENIENTE			
3.3.32 Gradilla para tubos de ensayo.	CONVENIENTE			
3.3.33 Gradilla de alambre con cubierta de cadmio.	CONVENIENTE			
<b>ÁREA DE MICROBIOLOGÍA</b>				
3.3.34 Banco adecuado para el técnico y actividad a ejecutar.	CONVENIENTE			
3.3.35 Mesa con respaldo.	CONVENIENTE			
3.3.36 Mesa alta con respaldo y tarja.	CONVENIENTE			
3.3.37 Repisa para garrafón, bidón o similares.	CONVENIENTE			
3.3.38 Guarda para material, equipo o instrumental.	CONVENIENTE			
3.3.39 Cubeta o cesto para bolsa de residuos peligrosos.	CONVENIENTE			
3.3.40 Balanza granataria con capacidad hasta 2 kg.	CONVENIENTE			
3.3.41 Centrífuga de mesa.	CONVENIENTE			
3.3.42 Contador de colonias de bacterias.	CONVENIENTE			
3.3.43 Estufa para cultivo.	CONVENIENTE			
3.3.44 Horno hasta 350°C.	CONVENIENTE			
3.3.45 Mechero.	CONVENIENTE			
3.3.46 Marcador de intervalos.	CONVENIENTE			
3.3.47 Medidor de líquidos con dispensador 1 a 5 ml con recipiente de 1000 ml.	CONVENIENTE			
3.3.48 Medidor de líquidos con dispensador 10 a 50 ml con recipiente ámbar de 1000 ml.	CONVENIENTE			
3.3.49 Canastilla para transportar instrumental y muestras.	CONVENIENTE			
3.3.50 Gradilla para tubos de ensayo.	CONVENIENTE			
3.3.51 Pipetas calibración variable.	CONVENIENTE			
3.3.52 Parrilla de placa con control de temperatura.	CONVENIENTE			
<b>ÁREA DE PARASITOLOGÍA</b>				
3.3.53 Mesa alta con respaldo y tarja.	CONVENIENTE			
3.3.54 Cubeta o cesto para bolsa de residuos peligrosos.	CONVENIENTE			
3.3.55 Centrífuga de mesa.	CONVENIENTE			
3.3.56 Mechero.	CONVENIENTE			
3.3.57 Asa de alambre de nicromel.	CONVENIENTE			
<b>ÁREA DE TOMA DE MUESTRA GINECOLÓGICA</b>				
3.3.58 Asiento para el médico.	CONVENIENTE			
3.3.59 Banqueta de altura.	CONVENIENTE			
3.3.60 Mesa de exploración ginecológica.	CONVENIENTE			
3.3.61 Mesa Pasteur o su equivalente.	CONVENIENTE			
3.3.62 Lámpara con haz direccionable.	CONVENIENTE			
3.3.63 Toruero con tapa.	CONVENIENTE			

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>ÁREA DE TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS</b>				
3.3.64 Repisa abatible con cojín.	CONVENIENTE			
3.3.65 Asiento.	CONVENIENTE			
3.3.66 Silla cama.	CONVENIENTE			

**3.4 EL GABINETE DE RADIODIAGNÓSTICO, DEBE CONTAR CON LO DESCRITO EN EL APÉNDICE “D” NORMATIVO DE LA NOM-178-SSA1-1998.**

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>MOBILIARIO</b>				
3.4.1 Banqueta de altura.	NECESARIO			
3.4.2 Banca.	NECESARIO			
3.4.3 Cesto.	NECESARIO			
3.4.4 Gancho, perchero o similar.	NECESARIO			
3.4.5 Mesa para carga y descarga de chasis.	NECESARIO			
<b>EQUIPO</b>				
3.4.6 Chasis con rejilla incluida.	NECESARIO			
3.4.7 Chasis con rejilla incorporada y pantalla intensificadora.	NECESARIO			
3.4.8 Sistema para marcar placas.	NECESARIO			
3.4.9 Marcos de acero inoxidable.	NECESARIO			
3.4.10 Portachasis de pared.	NECESARIO			
3.4.11 Tanque de revelado manual. (Cuando sea automático, calificar como NA).	NECESARIO			
3.4.12 Generador radiológico de 300 mA como mínimo.	NECESARIO			
3.4.13 Mesa fija horizontal con bucky integrado y portachasis.	NECESARIO			
3.4.14 Especímetro graduado.	NECESARIO			
3.4.15 Negatoscopio.	NECESARIO			
3.4.16 Mampara de protección con vidrio plomoso.	NECESARIO			
3.4.17 Mandil emplomado.	NECESARIO			
3.4.18 Portamandil.	NECESARIO			
3.4.19 Sistema de protección que indica la NOM.	NECESARIO			

**3.5 EL GABINETE DE IMAGENOLÓGÍA POR ULTRASONIDO, DEBE CONTAR CON LO DESCRITO EN EL APÉNDICE “E” NORMATIVO DE LA NOM-178-SSA1-1998.**

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
3.5.1 Asiento para el médico.	NECESARIO			
3.5.2 Mesa de exploración.	NECESARIO			
3.5.3 Banqueta de altura.	NECESARIO			
3.5.4 Mueble para escribir.	NECESARIO			
3.5.5 Asiento para el paciente.	NECESARIO			

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
3.5.6 Equipo de ultrasonido con transductor.	NECESARIO			
3.5.7 Sistema para el soporte del equipo específico.	NECESARIO			
3.5.8 Archivero de 3 gavetas.	NECESARIO			
3.5.9 Guarda de material, equipo e instrumental.	NECESARIO			
3.5.10 Gancho, perchero o similar.	NECESARIO			
3.5.11 Toruero con tapa.	NECESARIO			

**3.6** LA UNIDAD QUE NO ESTÉ LIGADA FÍSICAMENTE A UNA UNIDAD HOSPITALARIA, CLÍNICA O SANATORIO CON SERVICIO DE URGENCIAS, DEBE CONTAR CON UN BOTIQUÍN DE URGENCIAS CUYO CONTENIDO SE ESTABLECE EN EL APÉNDICE “H” NORMATIVO DE LA NOM-178-SSA1-1998.

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
3.6.1 Apósitos.	INDISPENSABLE			
3.6.2 Gasas.	INDISPENSABLE			
3.6.3 Algodón 500 g.	INDISPENSABLE			
3.6.4 Sutura nylon 000.	INDISPENSABLE			
3.6.5 Tela adhesiva.	INDISPENSABLE			
3.6.6 Vendas elásticas diversas medidas.	INDISPENSABLE			
3.6.7 Jeringas diversas medidas.	INDISPENSABLE			
3.6.8 Vendas de yeso.	INDISPENSABLE			
3.6.9 Guantes de hule estériles.	INDISPENSABLE			
3.6.10 Campos estériles.	INDISPENSABLE			
<b>MEDICAMENTOS DEL CATÁLOGO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. De uno a tres de los genéricos correspondientes.</b>				
3.6.11 Para desinfección.	INDISPENSABLE			
3.6.12 Para anestesia local.	INDISPENSABLE			
3.6.13 Para cardiología.	INDISPENSABLE			
3.6.14 Para analgesia.	INDISPENSABLE			
3.6.15 Para inmuoalergias.	INDISPENSABLE			
3.6.16 Para intoxicaciones.	INDISPENSABLE			
3.6.17 Para psiquiatría.	INDISPENSABLE			
<b>INSTRUMENTAL</b>				
3.6.18 Mango de bisturí.	INDISPENSABLE			
3.6.19 Hojas de bisturí.	INDISPENSABLE			
3.6.20 Pinzas de campo.	INDISPENSABLE			
3.6.21 Pinza de disección sin dientes.	INDISPENSABLE			
3.6.22 Pinza de disección con dientes.	INDISPENSABLE			
3.6.23 Pinzas de Kelly rectas.	INDISPENSABLE			
3.6.24 Pinzas de Kelly curvas.	INDISPENSABLE			
3.6.25 Portaagujas.	INDISPENSABLE			
3.6.26 Tijeras quirúrgicas rectas.	INDISPENSABLE			

**3.7** SI LAS CONDICIONES GEOGRÁFICAS DE LEJANÍA A UNIDADES DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA O PORQUE INSTITUCIONALMENTE SE DETERMINE QUE LA UNIDAD ATIENDA URGENCIAS, DEBE CONTAR CON LO DESCRITO EN EL APÉNDICE “G” NORMATIVO DE LA NOM-178-SSA1-1998, ASI COMO CON EL MOBILIARIO INCLUIDO DESPUÉS DEL NUMERAL 3.7.11.

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
3.7.1 Aspirador.	INDISPENSABLE			
3.7.2 Bolsa, válvula, mascarilla autoinflable o un tanque de oxígeno de 1 a 3 lts.	INDISPENSABLE			
3.7.3 Collarín cervical de 3 tamaños, o contar con los elementos para su elaboración.	INDISPENSABLE			
3.7.4 Diversos tipos de férulas.	INDISPENSABLE			
3.7.5 Cánulas rectas, de diversas medidas.	INDISPENSABLE			
3.7.6 Laringoscopio con hojas infantil y adulto.	INDISPENSABLE			
3.7.7 Portasuero.	INDISPENSABLE			
3.7.8 Esfigmomanómetro.	INDISPENSABLE			
3.7.9 Estetoscopio biauricular.	INDISPENSABLE			
3.7.10 Negatoscopio.	INDISPENSABLE			
3.7.11 Mesa de exploración universal.	INDISPENSABLE			
3.7.12 Mesa Pasteur.	NECESARIO			
3.7.13 Mueble para guarda de equipos e insumos.	NECESARIO			

**3.8** CUANDO LA UNIDAD CUENTE CON UN AREA ESPECÍFICA DE CURACIONES, YESOS O MATERIALES SUSTITUTIVOS, DEBE DISPONER CON LO DESCRITO EN EL APÉNDICE “N” NORMATIVO DE LA NOM-197-SSA1-2000.

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
3.8.1 Asiento giratorio.	NECESARIO			
3.8.2 Banqueta de altura.	NECESARIO			
3.8.3 Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).	NECESARIO			
3.8.4 Bolsa para RPBI (bolsa roja).	NECESARIO			
3.8.5 Carro para curaciones.	NECESARIO			
3.8.6 Carro para ropa sucia.	NECESARIO			
3.8.7 Mesa con tarja.	NECESARIO			
3.8.8 Recipiente rígido para punzocortantes.	NECESARIO			
<b>EQUIPO</b>				
3.8.9 Lámpara de haz dirigible.	NECESARIO			
3.8.10 Sierra para yesos.	CONVENIENTE			
3.8.11 Recipiente metálico para esterilización.	NECESARIO			
<b>INSTRUMENTAL</b>				
3.8.12 Pinza de Kelly recta.	NECESARIO			
3.8.13 Pinza de Kelly curva.	NECESARIO			
3.8.14 Tijeras rectas Mayo	NECESARIO			
3.8.15 Tijeras curvas Metzembaun.	NECESARIO			
3.8.16 Pinzas de disección con dientes.	NECESARIO			
3.8.17 Pinzas de disección sin dientes.	NECESARIO			
3.8.18 Portaagujas.	NECESARIO			

**3.9** SI LAS CONDICIONES GEOGRÁFICAS DE LEJANÍA A UNIDADES DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA O PORQUE INSTITUCIONALMENTE SE DETERMINE QUE LA UNIDAD ATIENDA PARTOS, DEBE CONTAR CON LO DESCRITO EN EL APÉNDICE “F” NORMATIVO DE LA NOM-178-SSA1-1998.

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>MOBILIARIO</b>				
3.9.1 Mesa de atención al recién nacido.	INDISPENSABLE			
3.9.2 Asiento adecuado para la atención del parto.	INDISPENSABLE			
3.9.3 Banqueta de altura.	INDISPENSABLE			
3.9.4 Mesa de expulsión.	INDISPENSABLE			
3.9.5 Cojín de Kelly.	NECESARIO			
3.9.6 Mesa de Mayo o similar.	INDISPENSABLE			
3.9.7 Mesa Pasteur o similar.	INDISPENSABLE			
3.9.8 Cubeta o cesto para bolsa de RPBI.	INDISPENSABLE			
<b>EQUIPO E INSTRUMENTAL</b>				
3.9.9 Aspirador con sondas.	INDISPENSABLE			
3.9.10 Portasueros.	INDISPENSABLE			
3.9.11 Lámpara sin sombra.	INDISPENSABLE			
3.9.12 Báscula pesa bebés.	INDISPENSABLE			
3.9.13 Infantómetro.	INDISPENSABLE			
3.9.14 Cubeta de 12 lts.	INDISPENSABLE			
3.9.15 Lámpara de baterías.	INDISPENSABLE			
3.9.16 Valvas vaginales.	INDISPENSABLE			
3.9.17 Riñón 250 ml.	INDISPENSABLE			
3.9.18 Tijera recta.	INDISPENSABLE			
3.9.19 Tijera curva.	INDISPENSABLE			
3.9.20 Sondas de Nelaton.	INDISPENSABLE			
3.9.21 Pinzas de anillos.	INDISPENSABLE			
3.9.22 Pinzas de campo.	INDISPENSABLE			
3.9.23 Guantes de látex.	INDISPENSABLE			
3.9.24 Sondas para aspiración del bebé.	INDISPENSABLE			

**3.10 CONTAR CON LA CANTIDAD Y CALIDAD TECNOLÓGICA ADECUADA DE EQUIPO DE CÓMPUTO Y SISTEMAS INFORMÁTICOS PARA APOYAR LOS SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Informática, Epidemiología o el servicio asignado a la tarea.	<b>3.10.1</b> Los sistemas de recolección, almacenamiento y recuperación de información se han diseñado de tal forma que permiten el uso fácil y oportuno de la información sin comprometer su seguridad y confidencialidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar los diagramas de flujo de la información clínica y administrativa, éstos deben ser sencillos, explícitos y eficientes.</li> <li>• Los formatos de recolección son llenados de inmediato.</li> <li>• El almacenamiento de la información ya sea manual o electrónico permite accesibilidad a los usuarios.</li> </ul>	NECESARIO			
Informática, Epidemiología.	<b>3.10.2</b> Se usa la CIE 10 para la codificación de enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La codificación de los diagnósticos que aparecen en las estadísticas internas y externas corresponden a la CIE 10.</li> </ul>	NECESARIO			
Informática.	<b>3.10.3</b> El formato y los métodos para difundir datos e información están estandarizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes estadísticos clínicos, epidemiológicos y administrativos del último mes se encuentran estandarizados, son claros y completos.</li> </ul>	NECESARIO			
Epidemiología.	<b>3.10.4</b> Se notifican todos los casos sujetos de vigilancia epidemiológica, conforme lo solicitado por los artículos 17, fracc. III y 19, fracc. IV del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los reportes epidemiológicos del último mes.</li> <li>• Verificar que se han recibido por parte de la autoridad sanitaria.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Informática, Epidemiología, Archivo Clínico o el servicio asignado a la tarea.	<b>3.10.5</b> Existen mecanismos de protección de la información contra pérdida, destrucción, manipulación, alteración, acceso o uso no autorizado, o bien, empleo indebido del equipo cuando el manejo es computarizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen los manuales de procedimientos que describen estos mecanismos de control.</li> </ul>	NECESARIO			

**3.11 EL LABORATORIO CLÍNICO PROPIO O SUBROGADO, CUMPLE CON LAS CONDICIONES NORMATIVAS Y ADMINISTRATIVAS QUE GARANTICEN SU ADECUADO FUNCIONAMIENTO.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Laboratorio Clínico.	<b>3.11.1</b> La unidad ha determinado, con base en su frecuencia, las pruebas necesarias para la atención de sus pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de estudios más frecuentes, que representen 80% de la demanda de servicios de laboratorio.</li> <li>Si la unidad no tiene capacidad resolutive o no tiene laboratorio propio, debe mostrar el convenio de subrogación o contrato del proveedor donde se determinan los controles de calidad requeridos para demostrar la calidad del servicio y se definen los mecanismos de referencia y toma de muestras.</li> </ul>	NECESARIO			
Laboratorio Clínico.	<b>3.11.2</b> El laboratorio cuenta con el personal profesional y técnico necesario para la realización de su función en todos los exámenes que ofrece.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un responsable.</li> <li>Listado de personal.</li> <li>Si la unidad no tiene capacidad resolutive o no tiene laboratorio propio, debe mostrar el convenio de subrogación o contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal y la capacidad resolutive del proveedor.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

**3.12 TENER SERVICIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGÍA, PROPIOS O SUBROGADOS, CON EQUIPO PARA REALIZAR LOS EXÁMENES NECESARIOS PARA SATISFACER LO QUE SE REQUIERA EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de Radiología e Imagen.	<b>3.12.2</b> La unidad ha determinado, con base en su frecuencia, los exámenes que se ofertan para la atención de sus pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de estudios más frecuentes, que representen 80% de la demanda de servicios de laboratorio.</li> <li>Si la unidad no tiene capacidad resolutive o no tiene gabinete propio, debe mostrar el convenio de subrogación o contrato del proveedor donde se determinan los controles de calidad requeridos para demostrar la calidad del servicio y donde se definen los mecanismos de referencia.</li> </ul>	NECESARIO			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de Radiología e Imagen. Recursos Humanos.	3.12.3 El servicio de radiología e imagen cuenta con el personal profesional y técnico necesario para la realización de su función en todos los exámenes que ofrece.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de un responsable.</li> <li>• Verificar listado de personal y la existencia de técnicos.</li> <li>• Si la unidad no tiene capacidad resolutive o no tiene este servicio, debe mostrar el convenio de subrogación o contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal y la capacidad resolutive del proveedor.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Área de Radiología e Imagen.	3.12.4 El servicio de radiología e imagen cumple con la NOM-157-SSA1-1996 para la protección y seguridad radiológica de empleados y pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación de la utilización de dosímetros.</li> <li>• Verificación de la periodicidad de los registros de la monitoría del personal ocupacionalmente expuesto.</li> <li>• Presentación de la última lectura de las dosis.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

**3.13 CONTAR CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO EN TODA LA UNIDAD, QUE GARANTICE SU ÓPTIMO FUNCIONAMIENTO.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Servicios Generales.	3.13.1 Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe un inventario físico funcional del equipo</li> <li>• Bitácora de mantenimiento preventivo del equipo.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Servicios Generales.	3.13.2 Se cumple el plan de mantenimiento preventivo del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el cumplimiento y el seguimiento de recomendaciones de reparación o cambio de equipo.</li> </ul>	NECESARIO			
Servicios Generales.	3.13.3 Se cumple en tiempo el mantenimiento correctivo de equipo a partir de los lineamientos establecidos por el proveedor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado del equipo reportado para reparación de los últimos tres meses.</li> <li>• Verificar que el tiempo establecido se haya cumplido en el listado de reparaciones solicitadas.</li> </ul>	NECESARIO			
Servicios Generales.	3.13.4 Existe un programa de reposición de equipo, donde se establecen las prioridades por área, especialidad o función.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa del año anterior y del año en curso y verificar su cumplimiento.</li> </ul>	CONVENIENTE			



## 4. INSUMOS

### 4.1 ALMACENAR, MANEJAR Y CONTROLAR, DE ACUERDO CON SU TIPO, TODOS LOS INSUMOS MÉDICOS Y NO MÉDICOS.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Almacén General.	4.1.1 Se cumple con las especificaciones de almacenamiento de los insumos médicos señalados por el fabricante y la regulación oficial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Visitar las áreas donde se almacenan los insumos médicos, tanto en bodega, como en laboratorios y gabinete de imagenología.</i></li> <li>• <i>Verificar que son lugares adecuados conforme a las especificaciones de almacenamiento de los insumos médicos señalados por el fabricante y la regulación oficial.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Almacén General.	4.1.2 Se cumple con las especificaciones de los insumos no médicos señalados por el fabricante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar el cumplimiento de las especificaciones de almacenamiento de los insumos no médicos señalados por el fabricante.</i></li> </ul>	NECESARIO			
Almacén General.	4.1.3 Existen documentos que especifiquen el manejo de inventarios que garantizan el suministro de todos los insumos médicos y no médicos de forma programada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Documentos donde se describen los procedimientos de abasto y manejo de inventarios.</i></li> </ul>	NECESARIO			
Almacén General.	4.1.4 Existen fuentes alternas de abasto de insumos médicos para casos de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Listados de proveedores.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Almacén General.	4.1.5 Existen lineamientos documentados para la eliminación de insumos dados de baja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia de los lineamientos de eliminación de insumos inservibles o caducados.</i></li> </ul>	NECESARIO			
Almacén General y Consultorios.	4.1.6 Los consultorios cuentan con los insumos suficientes para la detección de enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar las existencias de estos insumos en la bodega central.</i></li> <li>• <i>Verificar que en los consultorios o módulo de detección no falten los insumos.</i></li> </ul>	NECESARIO			

**4.2 CONTAR CON UNA FARMACIA PROPIA O SUBROGADA CON LOS INSUMOS Y RECURSOS SUFICIENTES PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL ESTABLECIMIENTO.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Farmacia	4.2.1 La unidad ha definido un inventario mínimo para la farmacia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición del inventario mínimo para la farmacia.</li> <li>Está actualizado al menos 6 meses antes.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Farmacia	4.2.2 La farmacia cumple con el inventario mínimo establecido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la congruencia del inventario con los requerimientos de los servicios que presta la unidad y con el movimiento de los últimos tres meses.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

**4.3 MANEJAR Y CONTROLAR LOS MEDICAMENTOS QUE SEAN O CONTENGAN ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICOS, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS APLICABLES.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Farmacia	4.3.1 La unidad asegura que la farmacia cumpla con la normatividad oficial vigente para la salud, para el manejo de psicotrópicos y estupefacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia del permiso para utilizar recetarios especiales con código de barras para prescribir psicotrópicos.</li> <li>Verificar la existencia del permiso de libros de control de estupefacientes o psicotrópicos.</li> <li>Verificar la existencia del permiso para compra y venta de estupefacientes o psicotrópicos, si están a la venta en la farmacia.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Farmacia y Consulta externa.	4.3.2 El responsable del control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas del establecimiento, cuenta con el permiso sanitario correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia del documento y su vigencia.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Farmacia y consulta externa.	4.3.3 Existe un responsable del resguardo de los medicamentos controlados para las áreas de consulta externa donde se utilizan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombramiento del responsable.</li> <li>Verificar que el personal conoce a los responsables de los medicamentos controlados.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Farmacia.	4.3.4 Existe un manual de procedimientos para el suministro, control y manejo de medicamentos controlados que señala la conducta a seguir ante cada situación y previene las eventualidades de pérdida o falta de registro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El manual contiene lo reseñado en la normatividad y reglamentación de la Secretaría de Salud.</li> <li>Indica las responsabilidades ante las eventualidades de pérdida.</li> <li>Establece los controles internos para con los medicamentos controlados.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

## 5. EXPEDIENTE CLÍNICO

### 5.1 EXISTEN LOS DOCUMENTOS LEGALES REQUERIDOS POR LA LEY GENERAL DE SALUD PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y COMUNICACIÓN DENTRO DE LA UNIDAD Y DE ÉSTA CON LOS PACIENTES Y CON LA AUTORIDAD SANITARIA.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Archivo clínico Consulta externa	5.1.1 Existe un expediente clínico con formatos estructurados para cada uno de los tipos de notas médicas, de enfermería, solicitud de estudios de diagnóstico e historia clínica completa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar físicamente en archivo clínico y en los consultorios.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Archivo clínico Consulta externa	5.1.2 Cuando proceda, en el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado, firmadas por el paciente o familiar que autoriza la práctica de los procedimientos médicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar físicamente en archivo clínico y en consulta externa.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Archivo clínico Consulta externa	5.1.3 El expediente clínico se resguarda durante un mínimo de 1 año, después de la última atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar físicamente en archivo clínico y en consulta externa.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Archivo clínico Consulta externa	5.1.4 La unidad cumple con la expedición de certificados de defunción y certificados de muerte fetal conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar físicamente en archivo clínico y en consulta externa.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Consulta externa Farmacia	5.1.5 Toda receta que se emite dentro de la unidad cumple con los requisitos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar físicamente en archivo clínico y en consulta externa.</i></li> <li>• <i>Cada receta contiene: nombre y firma del médico, número de cédula profesional, fecha de expedición, nombre de la institución que le expidió el título y señalar si se trata de médico general o especialista.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			

## 6. ATENCIÓN Y QUEJAS

### 6.1 EXISTE UN SERVICIO DE ORIENTACIÓN, ASESORÍA Y RECEPCIÓN DE QUEJAS PARA USO DE LOS PACIENTES O FAMILIARES.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Módulo de orientación	6.1.1 Existe un módulo de recepción, orientación y asesoría para pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que sea visible y accesible para los usuarios.</li> <li>• Tiene personal asignado para esta función.</li> <li>• Permanece abierto durante el turno matutino y vespertino.</li> </ul>	NECESARIO			
Módulo de orientación	6.1.2 Existe un módulo o buzón de recepción de quejas de usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que sea visible y accesible para los usuarios.</li> <li>• Tiene personal asignado para esta función.</li> <li>• Permanece abierto o disponible durante el turno matutino y vespertino.</li> </ul>	NECESARIO			

## 7. COMITÉS

### 7.1 LA UNIDAD CUENTA CON LOS COMITÉS TÉCNICOS PARA DETECTAR Y RESOLVER PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Dirección	7.1.1 Se cuenta con un Comité de Calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar acta constitutiva y evidencia escrita de que sesiona en forma calendarizada.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Dirección	7.1.2 Se cuenta con un Comité de Expediente Clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar acta constitutiva y evidencia escrita de que sesiona en forma calendarizada.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Dirección	7.1.3 Se cuenta con un Comité Interno de Protección Civil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar acta constitutiva y evidencia escrita de que sesiona en forma calendarizada.</li> </ul>	Necesario			
Dirección	7.1.4 Se cuenta con una Comisión de Seguridad e Higiene.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar acta constitutiva y evidencia escrita de que sesiona en forma calendarizada.</li> </ul>	Necesario			

## 8. ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

### 8.1 LA UNIDAD CUENTA CON LOS INSTRUMENTOS DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS PARA LOS MOTIVOS DE ATENCIÓN MÁS FRECUENTES Y HA ESTANDARIZADO LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS, DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS OBLIGATORIOS EN CADA SERVICIO QUE OFRECE.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Consulta externa	8.1.1 La unidad cuenta con protocolos de atención, guías clínicas, algoritmos y normas técnicas de la unidad o institucionales para los 10 motivos de consulta más frecuentes en los últimos dos años calendario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas de motivos de consulta de los últimos dos años, verificar que los protocolos que se presenten correspondan a los 10 diagnósticos de atención más frecuentes en la unidad.</li> <li>Los protocolos de atención contienen: valoración inicial, diagnóstico diferencial, estudios de diagnóstico pertinentes, terapia farmacológica, flujograma del paciente a través de los servicios que requiere y seguimiento en el hogar.</li> </ul>	Necesario			

## 9. GOBIERNO

**9.1** CONTAR CON UN DISEÑO ORGANIZACIONAL QUE FACILITE EL LOGRO DE LAS FUNCIONES DE LA UNIDAD CON LA MAYOR COORDINACIÓN Y CONTROL. SE REQUIERE DE UN CUERPO DE GOBIERNO COMO ÓRGANO DE MAYOR JERARQUÍA QUE TENGA REPRESENTACIÓN DE LAS ÁREAS CLAVE.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Dirección	9.1.1 El diseño de la organización está definido por escrito y aprobado por las instancias correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El organigrama permite identificar líneas de mando y responsabilidades.</li> <li>Solicitar la descripción y perfiles de puestos del cuerpo de gobierno.</li> <li>Manual general de la organización.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Dirección Recursos Humanos	9.1.2 La dirección de la unidad está bajo la responsabilidad de un profesional calificado que cuenta con experiencia y capacitación administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El director médico cuenta con estudios formales de dirección o administración de servicios de salud además de experiencia comprobada en puestos directivos.</li> </ul>	NECESARIO			
Administración Recursos Humanos	9.1.3 La dirección administrativa está bajo la responsabilidad de un profesional calificado que cuenta con experiencia y capacitación en administración de la atención médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con capacitación o formación para la administración de unidades de salud.</li> <li>Tiene experiencia comprobada en administrar servicios de salud.</li> </ul>	NECESARIO			
Dirección	9.1.4 Se incluye a la titular de enfermería en el Cuerpo de Gobierno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en actas de juntas de gobierno la presencia de la titular de enfermería de la unidad.</li> </ul>	NECESARIO			
Jefatura de enfermería Recursos Humanos	9.1.5 La Jefa de Enfermería de la unidad es una enfermera titulada licenciada en enfermería o enfermera general. Se cuenta con la verificación de su fuente original.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente de la Jefa de Enfermería cuenta con el título otorgado por una institución reconocida.</li> <li>Se cuenta con la verificación de la fuente original.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

# 10. DOCUMENTACIÓN

**Por favor lea en los Estándares para Certificar Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades el enunciado del Estándar y el propósito del mismo para una mejor comprensión de los requerimientos de cada elemento medible.**

## 10.1 ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE EAP

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ECP.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento ha identificado su área geográfica de influencia, sus grupos comunitarios y población de interés.</li> <li>2. El establecimiento cuenta con un diagnóstico de la comunidad y población a la que brinda sus servicios.</li> <li>3. El establecimiento implementa una estrategia de comunicación con estos grupos, acorde a su contexto sociocultural.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar existencia del documento</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.1.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. El establecimiento cuenta con un programa de educación para la salud.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia de un programa dirigido a la población de pacientes a la que brinda atención y a la comunidad en general, dando prioridad a la prevención de enfermedades, que incluya, según corresponda, los siguientes temas:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Salud Materna y Control Prenatal</i></li> <li>b) <i>Control del niño sano</i></li> <li>c) <i>Atención integral del adolescente</i></li> <li>d) <i>Atención integral del adulto mayor</i></li> <li>e) <i>Enfermedades Crónico-degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares)</i></li> <li>f) <i>Sobrepeso y Obesidad</i></li> <li>g) <i>Prevención y control de la Tuberculosis</i></li> <li>h) <i>Salud sexual y reproductiva (incluyendo climaterio y menopausia)</i></li> <li>i) <i>Violencia Familiar</i></li> <li>j) <i>Prevención de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual</i></li> <li>k) <i>Prevención, detección y atención temprana de Cáncer (Cervicouterino, mama, próstata)</i></li> <li>l) <i>Infecciones respiratorias (incluyendo influenza)</i></li> <li>m) <i>Enfermedades diarreicas</i></li> <li>n) <i>Adicciones</i></li> <li>o) <i>Salud Bucal</i></li> <li>p) <i>Enfermedades de alto impacto epidemiológico de acuerdo a la zona</i></li> </ol> </li> </ul>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ECP.3	1. Los directivos y el personal del establecimiento identifican y documentan las barreras más comunes en su población de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la documentación de las barreras más comunes que en la población de pacientes que atiende la clínica, hagan difícil el proceso de acceso y obtención de atención.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.4	1. El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la documentación (Listado) de los grupos de pacientes vulnerables y en riesgo, como mínimo están identificados los niños, las personas discapacitadas, los adultos mayores, pacientes comatosos y pacientes psiquiátricos. Los pacientes vulnerables son aquellos que quienes el establecimiento debe de otorgarles una mayor protección; la cual, va más allá de la agresión física, abarcando otras áreas de seguridad como son: la protección contra el abuso, la atención negligente, la negación de servicios o la asistencia en caso de incendio.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.6	1. Existen políticas que guían el registro de pacientes. 2. Existen políticas que estandarizan el proceso de programación de citas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar existencia del documento</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.7	1. El establecimiento utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cuando el establecimiento cuente con Servicio de Urgencias o Admisión Continua, verificar la documentación de los criterios con base fisiológica para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas mediante un proceso de triage.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.9	1. Existe una política que establece el proceso de referencia para los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar existencia del documento</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.10.6	1. El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia del documento</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.10.8	1. El establecimiento cuenta con un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia del documento</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.11	1. A todos los pacientes se les realiza una evaluación inicial conforme a la política del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia de un documento en donde se describa cómo se llevará a cabo la evaluación inicial a todos los pacientes; la cual incluya al menos una historia clínica, evaluación social, económica, cultural, y un examen físico.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			



ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ECP.14.1	1. Las órdenes/indicaciones cumplen la política del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La política señala la manera estandarizada para registrar las órdenes/indicaciones en el expediente clínico, con el fin de asegurar que estén accesibles para que la atención se otorgue de manera oportuna, las órdenes/indicaciones incluyen, análisis de laboratorio, radiología e imagen, administración de medicamentos, entre otros.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.16	1. Los líderes del establecimiento identificaron los pacientes y servicios de alto riesgo.	<p>Verificar la existencia de un listado que puntualiza los grupos de pacientes y servicios de alto riesgo, en donde se incluyen al menos los siguientes, cuando estén presentes en el establecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes en situación de urgencia</li> <li>Servicios de reanimación</li> <li>Pacientes con enfermedades infectocontagiosas</li> <li>Pacientes inmunodeprimidos</li> <li>Embarazos de alto riesgo, incluyendo adolescentes</li> <li>Pacientes en etapa terminal</li> <li>Adultos mayores</li> <li>Pacientes con discapacidad</li> <li>Pacientes pediátricos</li> <li>Pacientes con enfermedades crónico degenerativas</li> <li>Pacientes sometidos a sedación</li> <li>Pacientes en quienes se realizan procedimientos invasivos y/o de alto riesgo</li> </ul> <p>Se incluyen pacientes y servicios adicionales cuando están representados en la población de pacientes y servicios del establecimiento.</p>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ECP.16.1	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes de urgencia.	<p><i>Verificar la existencia de políticas y procedimientos que guíen la atención de los pacientes y servicios de alto riesgo identificados en el listado, las cuales deben incluir al menos lo siguiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, a la paciente obstétrica u otras consideraciones especiales;</i></li> <li>• <i>la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comuniquen de manera efectiva;</i></li> <li>• <i>las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;</i></li> <li>• <i>los requisitos de control del paciente;</i></li> <li>• <i>las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y</i></li> <li>• <i>la disponibilidad y el uso de equipo especializado.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.16.2	1. Hay políticas y procedimientos que guían el uso uniforme de servicios de reanimación en todo el establecimiento		INDISPENSABLE			
ECP.16.3	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas y de los pacientes inmunodeprimidos.		INDISPENSABLE			
ECP.16.4	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los embarazos de alto riesgo incluyendo adolescentes.		INDISPENSABLE			
ECP.16.5	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes en etapa terminal.		INDISPENSABLE			
ECP.16.6	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes adultos mayores. 3. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con discapacidad. 5. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes pediátricos.		INDISPENSABLE			
ECP.16.7	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.		INDISPENSABLE			
ECP.16.8	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes sometidos a sedación.		INDISPENSABLE			
ECP.16.9	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes en quienes se realizarán procedimientos invasivos y/o de alto riesgo.		INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ECP.17	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existe un plan o programa que identifica y describe el modo en que los medicamentos se organizan, manejan y se utilizan (Sistema de Medicación) en todo el establecimiento.</li> <li>Existe al menos una revisión documentada del sistema de manejo y uso de medicamentos dentro de los 12 meses previos.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un Plan o Programa en donde se cuente con políticas que guíen todas las fases del manejo y de los medicamentos dentro del establecimiento.</li> <li>Se cuenta con una revisión de los riesgos y áreas de oportunidad para la calidad y la seguridad del paciente que abarca a todas las fases que conforman el manejo y uso de los medicamentos</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.17.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las políticas y procedimientos impiden el uso de medicamentos caducos o fuera de uso</li> <li>Las políticas y procedimientos se ocupan de la destrucción de los medicamentos caducos o fuera de uso.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.17.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las políticas guían la prescripción de medicamentos en el establecimiento.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECP.17.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con una definición operativa de los errores de medicación y las cuasifallas en medicación.</li> <li>Se cuenta con un proceso para reportar y analizar los errores de medicación.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

## 10.2 ESTÁNDARES CENTRADOS EN LA GESTIÓN ECG

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ECG.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>El proceso para la prevención y control de infecciones está respaldado por un plan o programa acorde a la ubicación geográfica del establecimiento, su situación epidemiológica, tamaño, riesgos y complejidad.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECG.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existe un plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el COCASEP, elaborado por los líderes del establecimiento, de manera multidisciplinaria con un enfoque sistémico y proactivo.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ECG.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se ha establecido una definición operativa de evento centinela.</li> <li>Se ha establecido una definición operativa de evento adverso y cuasifallas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECG.11	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un plan o programa de salud y seguridad del personal</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia del plan o programa que cuente con al menos lo siguiente:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de riesgos por perfil de puestos</li> <li>Dotación del equipo de protección al personal</li> <li>Capacitación en actos seguros</li> <li>Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo</li> <li>Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.</li> </ol> </li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECG.14	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existe una política escrita que se ocupa confidencialidad de la información conforme a las leyes y reglamentaciones.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ECG.14.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>El establecimiento cuenta con una política escrita que se ocupa de la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos, que se basa en las leyes y reglamentaciones vigentes.</li> <li>La política incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información identificada.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ECG.15	1. Existe una política, guía o lineamiento que define los requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la presencia del documento, el cual describe al menos los siguientes puntos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. la revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de personal autorizado, antes de su publicación;</li> <li>b. el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y los procedimientos;</li> <li>c. los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos estén disponibles dondequiera que se utilicen;</li> <li>d. la identificación de los cambios en las políticas y los procedimientos;</li> <li>e. el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento;</li> <li>f. el control de las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento;</li> <li>g. la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error; y</li> <li>h. la identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos en circulación.</li> </ul> </li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ECG.20.1	1. Existe un plan o programa documentado que describe el proceso de manejo de riesgos para los pacientes, las familias, los visitantes y el personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan o programa incluye las siguientes seis áreas de riesgo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Seguridad y protección</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.</li> <li>• Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados</li> </ul> </li> <li>b) <b>Materiales y sustancias peligrosos:</b> la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.</li> <li>c) <b>Emergencias:</b> existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.</li> <li>d) <b>Seguridad contra incendios:</b> la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.</li> <li>e) <b>Equipo médico:</b> el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).</li> <li>f) <b>Sistemas de servicios básicos:</b> los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.</li> </ul> </li> <li>•</li> </ul>	INDISPENSABLE			

