

CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



Nombre de la Unidad de Hemodiálisis

Razón Social de la Unidad de Hemodiálisis

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
UNIDADES DE
HEMODIÁLISIS
2012**

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 Gobierno 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, A.C.

Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención, A.C.

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.

SECRETARIADO DEL CONSEJO
DE SALUBRIDAD GENERAL

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

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. Recursos Humanos	15
2. Instalaciones Físicas	17
3. Equipamiento	20
4. Insumos	24
5. Expediente Clínico	24
6. Comités	25
7. Gobierno	26
8. Documentación	27

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 Unidades de Hemodiálisis”** 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 Unidades de Hemodiálisis**.

La Autoevaluación contempla aquellos elementos que debe cumplir una Unidad de Hemodiálisis 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 Unidades de Hemodiálisis 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 que son obligatorios para las Unidades de Hemodiálisis 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 del establecimiento de atención médica, 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 ocho 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 unidad 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 Unidades de Hemodiálisis**”, 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 CONTAR DURANTE EL TIEMPO QUE SE EFECTÚAN LAS HEMODIÁLISIS CON PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA CAPACITADOS.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Recursos Humanos	1.1.1 El establecimiento de atención médica de hemodiálisis cuenta con un nefrólogo certificado durante la práctica de las hemodiálisis.	<ul style="list-style-type: none"> Expediente del Nefrólogo. Prescripción de las hemodiálisis por un nefrólogo en 3 expedientes de ese día y 3 meses anteriores seleccionados aleatoriamente. 	NECESARIO			
Recursos Humanos	1.1.2 Existe una enfermera capacitada o enfermera especialista en hemodiálisis mínimo por cada tres máquinas o procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> Expediente de las enfermeras checar título y cédula profesional, diploma de capacitación o de especialidad. Número de procedimientos de hemodiálisis y de enfermeras en ese día. (rol de turnos). 	INDISPENSABLE			
Recursos Humanos	1.1.3 Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el rol de turnos. Revisar el cumplimiento del rol de turno. 	NECESARIO			
El o los lugares indicados en el estándar	1.1.4 En vestíbulo, recepción y sala de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.	<ul style="list-style-type: none"> Observar que en vestíbulo, recepción y salas de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos. 	NECESARIO			

1.2 DISPONER DEL PERSONAL NECESARIO Y CON LA CALIFICACIÓN IDÓNEA PARA PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DURANTE LAS JORNADAS DE HEMODIÁLISIS.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Recursos Humanos	1.2.1 Se dispone de personal de apoyo para nutrición, trabajo social y psicología.	<ul style="list-style-type: none"> Expedientes del personal de apoyo. 	NECESARIO			
Recursos Humanos	1.2.2 Se tiene una lista de médicos subespecialistas localizables.	<ul style="list-style-type: none"> Expedientes de médicos subespecialistas. 	NECESARIO			
Recursos Humanos	1.2.3 La establecimiento cuenta con un programa de capacitación continua.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el programa correspondiente. Verificar que se lleve a cabo el programa 	CONVENIENTE			

1.3 DISPONER DE TUTORES PARA EL PERSONAL EN FORMACIÓN, EN CASO DE QUE PARTICIPE EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Recursos Humanos	1.3.1 Existe un responsable oficial para cada tipo de personal en proceso de formación.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el nombramiento de los responsables o profesores del personal médico o paramédico. • Es conveniente que sea avalado por una institución académica. 	CONVENIENTE			

1.4 CUANDO EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS ES INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL DEBE CONTAR EN EL ÁREA DE “CUARTO CLÍNICO” Y “CONSULTA EXTERNA”, CON PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES QUE SE REALICEN.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Recursos Humanos	1.4.1 Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento, de personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia del personal. 	INDISPENSABLE			

1.5 CUANDO EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS ES INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL, DEBE CONTAR 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 DEL ESTABLECIMIENTO Y SE ENCUENTRA AUTORIZADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Recursos Humanos	1.5.1 Se especifican claramente las responsabilidades del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • La especificación debe estar actualizada en los dos últimos años. 	NECESARIO			
Recursos Humanos	1.5.3 Existe un mecanismo para la revisión de antecedentes laborales y profesionales del personal, así como para la verificación de la fuente original de los profesionales e la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • El documento con la evidencia de este tipo de revisiones y de sus recomendaciones. 	CONVENIENTE			
Recursos Humanos	1.5.4 El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público.	<ul style="list-style-type: none"> • La existencia en las áreas de acceso al público. 	INDISPENSABLE			

2. INSTALACIONES FÍSICAS

2.1 EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON EL NOMBRAMIENTO DE RESPONSABLE Y LAS INSTALACIONES ADECUADAS EN TAMAÑO, CANTIDAD Y DISTRIBUCIÓN PARA ATENDER A LOS PACIENTES.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Administración ó Departamento Jurídico	2.1.1 Existe oficialmente la designación, o sustitución del responsable sanitario del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	<ul style="list-style-type: none"> El documento oficial. 	INDISPENSABLE			
El o los indicados en el estándar	2.1.2 Los pasillos y áreas comunes para uso de visitantes se encuentran limpios y cuentan con botes para basura, protegidos con bolsas plásticas negras o de color diferente al amarillo y rojo, destinados a la basura municipal, en aquellos sitios en que potencialmente se genera ésta.	<ul style="list-style-type: none"> Observar que los pasillos y áreas comunes se encuentran limpios. Observar que los botes para basura municipal cuenten con bolsas de color negro o diferente al rojo y amarillo. Verificar que no se encuentre en ellos material con residuos peligrosos biológico infecciosos. 	INDISPENSABLE			
El o los indicados en el estándar	2.1.3 Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación.	<ul style="list-style-type: none"> Observar que los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación. Los señalamientos de rutas de circulación son claros y visibles. 	CONVENIENTE			
Área de tratamiento dialítico.	2.1.4 Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> Que no existan muebles o equipos que obstruyan el acceso rápido del médico o enfermera. Que haya mínimo un metro entre cada espacio de tratamiento. 	NECESARIO			
Área de aislados	2.1.5 Existe un área independiente para pacientes que requieran técnica de aislamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Existencia del área. 	NECESARIO			
Área de Cuarto Clínico	2.1.6 Existe un lugar para pacientes que requieran curaciones o cambios de catéter.	<ul style="list-style-type: none"> Existencia del lugar. 	NECESARIO			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de Consulta Externa	2.1.7 Existe un lugar destinado para pacientes que requieren consulta.	<ul style="list-style-type: none"> Existencia del lugar. 	NECESARIO			
Área de tratamiento de agua	2.1.8 El establecimiento cuenta con un lugar central para el tratamiento del agua o tiene un tratamiento individualizado por equipo.	<ul style="list-style-type: none"> Existencia del área central. Si es individual, que cada uno de los lugares tenga el tratamiento requerido. 	INDISPENSABLE			
Área de procedimiento de filtros	2.1.9 En caso de que se reutilicen los filtros, el establecimiento debe contar con un lugar para su lavado y almacenamiento.	<ul style="list-style-type: none"> El sitio de lavado y almacenamiento. 	NECESARIO			
Área de esterilización	2.1.10 Si el establecimiento de atención médica de hemodiálisis es independiente del hospital debe contar con equipo esterilización, siempre y cuando no se utilice en su totalidad material desechable.	<ul style="list-style-type: none"> Existencia del equipo. Existencia de material desechable esterilizado. 	INDISPENSABLE			
Área de almacén	2.1.11 Se tiene un lugar destinado para almacenar consumibles y medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> El lugar destinado. 	INDISPENSABLE			
Área de descanso para el personal	2.1.12 Cuenta el establecimiento con un lugar destinado para el descanso del personal.	<ul style="list-style-type: none"> El sitio destinado. 	CONVENIENTE			
Central de enfermeras	2.1.13 La central de enfermeras deberá contar con los siguientes puntos.	<ul style="list-style-type: none"> Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido. Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se encuentren en ellos residuos peligrosos biológico infecciosos. 	INDISPENSABLE			

2.2 LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES FÍSICAS.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Servicios Generales	2.2.1 Contar con programas escritos de mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia de los programas. 	NECESARIO			
Visita global de las instalaciones	2.2.2 Cumplir con programas de mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia de la bitácora de mantenimiento preventivo. 	NECESARIO			
Servicios Generales	2.2.3 Cumplir en tiempo con el mantenimiento correctivo de las instalaciones, de acuerdo a los lineamientos establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> Que en el listado de los últimos tres meses se cumplió con el tiempo establecido. 	CONVENIENTE			
Recursos Humanos	2.2.4 El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica.	<ul style="list-style-type: none"> Que en los expedientes de los encargados del mantenimiento estén los documentos que avalan la capacitación técnica para el manejo, traslado y depósito de los residuos peligrosos biológico infecciosos, en los contenedores temporales. Si el servicio es subrogado, verificar que en los contratos se garantice la competencia técnica del personal. 	CONVENIENTE			

2.3 LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON PLANTA DE EMERGENCIA PARA EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA POR LO MENOS PARA EL ÁREA DE TRATAMIENTO DIALÍTICO DE LOS PACIENTES.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de Maquinaria	2.3.1 El establecimiento debe contar con planta eléctrica automática de emergencia en condiciones de funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia, funcionamiento y capacidad de la planta de emergencia. 	INDISPENSABLE			
Área de Maquinaria	2.3.2 Se cuenta con bitácora de mantenimiento de la planta eléctrica de emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia de la bitácora. 	NECESARIO			

3. EQUIPAMIENTO

3.1 AREA DE TRATAMIENTO DIALÍTICO

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
POR CADA ESTACIÓN – PACIENTE				
3.1.1 Riñón artificial.	INDISPENSABLE			
3.1.2 Toma o tanque portátil de oxígeno.	INDISPENSABLE			
3.1.3 Toma de aire con aspirador o aspirador portátil.	INDISPENSABLE			
3.1.4 Sillón reclinable tipo “reposit” o cama.	INDISPENSABLE			
3.1.5 Esfigmomanómetro y estetoscopio	INDISPENSABLE			
GENERAL PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS				
3.1.6 Carro rojo con desfibrilador.	INDISPENSABLE			
3.1.7 Electrocardiógrafo.	INDISPENSABLE			
3.1.8 Báscula para pesar al paciente	INDISPENSABLE			
3.1.9 Negatoscopio.	NECESARIO			
3.1.10 Estuche de diagnóstico.	INDISPENSABLE			
3.1.11 Silla de ruedas.	INDISPENSABLE			
3.1.12 Carro de curaciones.	NECESARIO			
3.1.13 Tripiés rodables.	INDISPENSABLE			
3.1.14 Bancos.	INDISPENSABLE			
3.1.15 Bancos de altura.	INDISPENSABLE			

3.2 AREA DE “CUARTO CLÍNICO”

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
3.2.1 Mesa de exploración.	NECESARIO			
3.2.2 Lámpara con haz dirigible.	NECESARIO			
3.2.3 Toma o tanque portátil de oxígeno.	NECESARIO			
3.2.4 Toma de aire con aspirador o aspirador portátil.	NECESARIO			
3.2.5 Esfigmomanómetro y estetoscopio.	INDISPENSABLE			
3.2.6 Negatoscopio.	CONVENIENTE			
3.2.7 Tripiés rodables.	NECESARIO			
3.2.8 Bancos.	NECESARIO			
3.2.9 Bancos de altura.	NECESARIO			

3.3 AREA DE CONSULTA EXTERNA

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
POR CADA ESTACIÓN – PACIENTE				
3.3.1 Mesa de exploración.	NECESARIO			
3.3.2 Báscula con estadímetro.	NECESARIO			
3.3.3 Esfigmomanómetro.	NECESARIO			
3.3.4 Estetoscopio.	NECESARIO			
3.3.5 Negatoscopio.	NECESARIO			
3.3.6 Estuche de diagnóstico.	NECESARIO			

3.4 AREA DE ESTERILIZACIÓN

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
3.4.1 Si el establecimiento de atención médica de hemodiálisis no está integrado a un hospital, deberá tener equipo de esterilización.	INDISPENSABLE			

3.5 AREA DE TRATAMIENTO DE AGUA PARA HEMODIÁLISIS

REQUERIMIENTOS	PONDERACIÓN	C	NC	NA
3.5.1 Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	INDISPENSABLE			
3.5.2 Bombas de impulsión.	INDISPENSABLE			
3.5.3 Filtros de sedimentación.	INDISPENSABLE			
3.5.4 Filtros ablandadores.	INDISPENSABLE			
3.5.5 Filtros de carbón activado (2 en línea).	INDISPENSABLE			
3.5.6 Ósmosis inversa.	INDISPENSABLE			
3.5.7 Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis.	INDISPENSABLE			
3.5.8 Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	INDISPENSABLE			
3.5.9 Red de distribución con llaves para toma de muestras.	INDISPENSABLE			

3.6 EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO MÉDICO.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Servicios Generales	3.6.1 Cada uno de los equipos cuentan con los manuales de funcionamiento y especificaciones.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia, de los manuales de funcionamiento y servicios entregados por el fabricante. 	NECESARIO			
Servicios Generales	3.6.2 Se cuenta con bitácora de mantenimiento del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia del documento. 	NECESARIO			
Departamento de Ingeniería Biomédica	3.6.3 Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia por lo menos de un Ingeniero Biomédico. Si el servicio es subrogado, verificar el contrato vigente con el proveedor o proveedores. 	NECESARIO			
Servicios Generales	3.6.4 Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia de un inventario físico funcional del equipo. La bitácora de mantenimiento preventivo del equipo. 	INDISPENSABLE			
Servicios Generales	3.6.5 Se cumple con el plan de mantenimiento preventivo del equipo.	<ul style="list-style-type: none"> El cumplimiento y el seguimiento de recomendaciones de reparación y/o cambio. 	INDISPENSABLE			
Servicios Generales	3.6.6 Se cumple en tiempo el mantenimiento correctivo de equipo a partir de lineamientos establecidos por el proveedor.	<ul style="list-style-type: none"> El listado del equipo reportado para reparación. Que el tiempo establecido se haya cumplido en el listado de reparaciones solicitadas. 	NECESARIO			
Servicios Generales	3.6.7 Existe un programa de reposición de equipo.	<ul style="list-style-type: none"> El programa del año pasado y del año en curso. 	CONVENIENTE			

3.7 EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE HEMODIÁLISIS DEBE CONTAR CON LA CANTIDAD Y CALIDAD TECNOLÓGICA ADECUADA DEL EQUIPO DE CÓMPUTO Y SISTEMAS INFORMÁTICOS.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Informática, epidemiología o el servicio asignado a la tarea	3.7.1 Los sistemas de recolección, almacenamiento y recuperación de la información se han diseñado para que sean funcionales, seguros y confidenciales.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La existencia de los diagramas de flujo de la información clínica y administrativa.</i> • <i>Que los formatos de recolección de información se completen de inmediato.</i> 	CONVENIENTE			
Informática y Epidemiología	3.7.2 Se usa el CIE 10 para la codificación de enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La existencia de la CIE 10.</i> 	CONVENIENTE			
Informática	3.7.3 El formato y los métodos para difundir datos e información están estandarizados.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Que los reportes estadísticos, clínicos, epidemiológicos y administrativos sean uniformes.</i> 	CONVENIENTE			
Epidemiología	3.7.4 Se notifican todos los casos sujetos a vigilancia epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Solicitar los reportes epidemiológicos más recientes y verificar que se han recibido en donde la autoridad sanitaria lo solicita.</i> 	INDISPENSABLE			
Informática, archivo clínico o el servicio asignado a la tarea	3.7.5 Existen mecanismos de protección de la información.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existen los manuales de procedimientos que describen estos mecanismos de control.</i> 	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	4.1.1 Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> El inventario mínimo de acuerdo a las necesidades del establecimiento. 	INDISPENSABLE			
Almacén	4.1.2 Se cumple con el inventario mínimo establecido.	<ul style="list-style-type: none"> La congruencia del inventario con los requerimientos de los servicios que presta el establecimiento con el movimiento de los últimos 3 meses. 	INDISPENSABLE			
Almacén	4.1.3 Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes.	<ul style="list-style-type: none"> El inventario. 	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	5.1.1 Existe un expediente clínico con la historia clínica, evolución tanto clínica como de laboratorio y la hojas de las sesiones de hemodiálisis.	<ul style="list-style-type: none"> El expediente clínico. 	Indispensable			
Archivo Clínico	5.1.2 En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> El expediente clínico. 	Indispensable			
Archivo Clínico	5.1.3 El expediente se resguarda durante mínimo 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> Expedientes clínicos de años anteriores. 	Indispensable			
Archivo Clínico	5.1.4 El establecimiento cumple con la expedición de certificados de defunción.	<ul style="list-style-type: none"> El certificado de defunción en el expediente. 	Necesario			

6. COMITÉS

6.1 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	6.1.1 Se cuenta con un Comité de Ética.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Constatar su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma programada.</i> 	CONVENIENTE			
Dirección	6.1.2 Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>El registro permanente y actualizado de las infecciones dentro del establecimiento.</i> • <i>Las normas para el manejo de paciente con enfermedades altamente contagiosas y para paciente con alto riesgo para las infecciones.</i> 	INDISPENSABLE			
Dirección	6.1.3 Se cuenta con un Comité de Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Constatar su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma programada.</i> 	CONVENIENTE			
Dirección	6.1.4 Se cuenta con un Comité y un registro de mortalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>El registro permanente y actualizado de las muertes y sus causas dentro del establecimiento.</i> 	NECESARIO			

7. GOBIERNO

7.1 LA UNIDAD CUENTA CON UN DISEÑO ORGANIZACIONAL QUE FACILITE EL LOGRO DE SUS FUNCIONES

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PUNTOS A VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Dirección	7.1.1 El manual organización está definido por escrito.	<ul style="list-style-type: none"> La existencia del organigrama. El o los manuales generales de la organización. 	CONVENIENTE			
Dirección y Recursos Humanos	7.1.2 La dirección médica del establecimiento es responsabilidad de un profesional calificado.	<ul style="list-style-type: none"> Que el director médico cuente con los estudios formales que lo acreditan. 	NECESARIO			
Administración y Recursos Humanos	7.1.3 La dirección administrativa del establecimiento es responsabilidad de un profesional calificado.	<ul style="list-style-type: none"> Que el director administrativo tenga formación profesional en administración con experiencia comprobada en servicios de salud. 	NECESARIO			
Jefatura de Enfermería y Recursos Humanos.	7.1.4 La jefa de enfermería es Licenciada o Enfermera General titulada con especialización y experiencia comprobada en hemodiálisis.	<ul style="list-style-type: none"> Que el expediente de la jefa de enfermería cuente con el título y los documentos de la especialidad o de experiencia en hemodiálisis. 	NECESARIO			

8. DOCUMENTACIÓN

Por favor lea los ESTÁNDARES 2015 para Certificación de Unidades de Hemodiálisis (vigentes a partir del 1 de julio de 2012) el enunciado del Estándar y el propósito del mismo para una mejor comprensión de los requerimientos de cada elemento medible.

8.1 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MISP

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	PONDERACIÓN	C	NC	NA
MISP.1	<ol style="list-style-type: none"> Existen políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de la identificación del paciente. Las políticas y/o procedimientos exigen el uso de dos datos (identificadores) del paciente. 	INDISPENSABLE			
MISP.2	<ol style="list-style-type: none"> Existen políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de las órdenes/indicaciones y resultados de laboratorio dados de manera verbal y telefónica 	INDISPENSABLE			
MISP.3	<ol style="list-style-type: none"> Existen políticas y/o procedimientos que guían la ubicación, etiquetado y resguardo de electrolitos concentrados. Existen políticas y procedimientos que guían las acciones específicas o estrategias que se llevarán a cabo para prevenir errores de medicación durante su preparación y la administración. 	INDISPENSABLE			
MISP.4	<ol style="list-style-type: none"> Existen las políticas y/o procedimientos que estandarizan el uso la lista de verificación pre-procedimiento/tratamiento, a fin de asegurar el procedimiento y el paciente correcto y cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente 	INDISPENSABLE			
MISP.5	<ol style="list-style-type: none"> Se cuenta con un programa efectivo para la higiene de las manos y se encuentra implementado. 	INDISPENSABLE			
MISP.6	<ol style="list-style-type: none"> Existen políticas y/o procedimientos para la evaluar y mitigar el riesgo de caídas en todos los pacientes. 	INDISPENSABLE			

8.2 ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL PACIENTE EAP

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	PONDERACIÓN	C	NC	NA
EAP.1.1	<ol style="list-style-type: none"> Los directivos y el personal del establecimiento identifican y documentan las barreras más comunes en su población de pacientes. 	INDISPENSABLE			
EAP.4	<ol style="list-style-type: none"> El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos, que cumple con la normatividad vigente. 	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	PONDERACIÓN	C	NC	NA
EAP.4.4	1. El establecimiento ha identificado su posición ante la negativa de un paciente a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida. 3. Se implementan políticas y procedimientos, tanto para guiar el proceso de toma de decisiones de los pacientes, como para modificar las decisiones durante el transcurso de la atención.	INDISPENSABLE			
EAP.5	2. Los directivos establecen un marco para el manejo ético del establecimiento.	INDISPENSABLE			
EAP.6.5	2. Las quejas se revisan y resuelven conforme al mecanismo del establecimiento.	INDISPENSABLE			
EAP.8	1. Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de admisión de pacientes	INDISPENSABLE			
EAP.10	1. Existe una política que guía la referencia de pacientes a otros establecimientos.	INDISPENSABLE			
EAP.13	1. Existe una política que establece el proceso para brindar atención oportuna al paciente en caso de que se presente una emergencia que ponga en peligro su vida. 2. La política establece quién y cómo se realizará la valoración, el tratamiento inicial y la estabilización del paciente.	INDISPENSABLE			
EAP.14	1. Existe una política que establece la referencia apropiada y oportuna para los pacientes en situación de urgencia.	INDISPENSABLE			
EAP.16	1. A todos los pacientes de primera vez se les realiza una evaluación inicial conforme a la política del establecimiento	INDISPENSABLE			
EAP.17	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes en hemodiálisis.	INDISPENSABLE			
EAP.17.1	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes seropositivos que se someterán a hemodiálisis	INDISPENSABLE			
EAP.19	1. Las órdenes/indicaciones cumplen la política del establecimiento	INDISPENSABLE			
EAP.20	1. 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.	INDISPENSABLE			
EAP.20.1	1. El establecimiento identifica los riesgos asociados cada una de las fases del sistema de medicación. 4. Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica.	INDISPENSABLE			
EAP.20.3	1. Las políticas y procedimientos guían la prescripción y transcripción de medicamentos en el establecimiento.				

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	PONDERACIÓN	C	NC	NA
EAP.20.5.1	1. Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis acorde a las prácticas de control de infecciones.	INDISPENSABLE			
EAP.20.8	1. Se cuenta con una definición operativa de error de medicación y de cuasifalla en medicación.	INDISPENSABLE			
EAP.22	1. Existe una política que garantiza el egreso seguro y apropiado para los pacientes.	INDISPENSABLE			

8.3 ESTÁNDARES DE APOYO A LA ATENCIÓN EAA

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	PONDERACIÓN	C	NC	NA
EAA.3	1. Existe un proceso para la supervisión de contratos por parte de los directivos y responsables de áreas técnicas correspondientes.	INDISPENSABLE			
EAA.5	1. Existe un proceso planificado para el reclutamiento del personal. 2. Existe un proceso planificado para la retención del personal. 3. Existe un proceso planificado para el desarrollo individual y la educación continua del personal.	INDISPENSABLE			
EAA.17	1. Se cuenta con un plan o programa de salud y seguridad del personal que forma parte del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.	INDISPENSABLE			
EAA.18	2. El sistema para prevenir, controlar y reducir está respaldado por un plan o programa acorde al tamaño, riesgos y complejidad de la unidad de hemodiálisis.	INDISPENSABLE			
EAA.18.4	1. El establecimiento identifica los procesos asociados a riesgo de infección.	INDISPENSABLE			
EAA.19.1	1. Se cuenta con una política que guía la reutilización de filtros de hemodiálisis, de acuerdo a la normatividad vigente	INDISPENSABLE			
EAA.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, que se ocupa de las siguientes áreas de riesgo: a) Seguridad y protección b) Materiales y sustancias peligrosos c) Emergencias d) Seguridad contra incendios e) Equipo médico f) Sistemas de servicios básicos	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	PONDERACIÓN	C	NC	NA
EAA.23	1. El establecimiento cuenta con un Mapa de Riesgos que identifique los fenómenos a los que está expuesta la Unidad y que pueden representar riesgos importantes, como son los de tipo: geológico, hidrometeorológico, socio-organizativos, sanitarios-ecológicos y químico-tecnológicos, así como posibles debilidades por inadecuadas propiedades geotécnicas del suelo.	INDISPENSABLE			
EAA.24	1. El establecimiento elabora un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones del establecimiento estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias no relacionadas con el fuego	INDISPENSABLE			
EAA.25	1. El establecimiento cuenta con una política y un programa implementados para eliminar el tabaquismo.	INDISPENSABLE			
EAA.28	2. Existe un plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente elaborado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente que abarca todo el establecimiento con un enfoque sistémico y proactivo.	INDISPENSABLE			
EAA.32	1. Se ha establecido una definición de evento centinela. 4. Se ha establecido una definición de evento adverso y cuasifallas.	INDISPENSABLE			

