

# CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD  
GENERAL



CENTENARIO DEL CONSEJO  
DE SALUBRIDAD GENERAL

**1917 - 2017**

# AUTOEVALUACIÓN

ESTABLECIMIENTOS QUE SE EVALÚAN CON LOS ESTÁNDARES PARA CERTIFICAR HOSPITALES

# 2016

**REQUISITOS PARA INGRESAR AL PROCESO DE CERTIFICACION  
POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

*Vigente a partir del 1 de enero de 2016*

**SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA**



# 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 Baja California, representante de la Zona Noroeste

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

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

Secretaría de Salud de Campeche, 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 del Estado de Baja California, representante de la Región 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 de Guanajuato, representante de la Región Occidente

Secretaría de Salud de Morelos, representante de la Región Suroeste

Secretaría de Salud 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.



# 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





## AGRADECIMIENTOS

**Audidores del Consejo de Salubridad General**

**Profesores del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo  
de Salubridad General  
Hospitales Certificados**

**Hospitales en Proceso de Certificación**

**Todas las Instituciones que colaboraron con comentarios  
para mejorar los Estándares para Certificar Hospitales  
versión 2015 y su segunda edición**

**Especialistas y Residentes de Calidad de la Atención Clínica**



# ÍNDICE

**PÁGINA**

<b>Introducción al Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General</b>	<b>11</b>
<b>El proceso de Certificación</b>	<b>17</b>
• <b>Inscripción y Autoevaluación</b>	<b>18</b>
• <b>Auditoría</b>	<b>19</b>
• <b>Dictamen (Reglas de Decisión)</b>	<b>21</b>
<b>Los Siete Mecanismos de Transparencia</b>	<b>25</b>
<b>Políticas del Proceso de Certificación</b>	<b>27</b>
<b>REQUISITOS PARA INGRESAR AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DEL CSG 2015</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Lineamientos para Calificar los Requisitos de Autoevaluación</b>	<b>36</b>
<input type="checkbox"/> <b>Instrucciones de llenado de la Autoevaluación</b>	<b>38</b>
<b>DOCUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Carta Compromiso</b>	<b>39</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	
✓ <b>Autorizaciones Sanitarias</b>	<b>40</b>
<b>IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO</b>	
<b>SECCIÓN 2</b>	
✓ <b>Procesos Clave para la Implementación del Modelo</b>	<b>43</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	
✓ <b>Integración de Desarrollo de los Sistemas Críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente</b>	<b>55</b>
<b>REQUISITOS DE ESTRUCTURA</b>	
<b>SECCIÓN 4</b>	
✓ <b>Requisitos de Estructura Ponderados como Indispensables</b>	<b>56</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	
✓ <b>Requisitos de Estructura Ponderados como Necesarios</b>	<b>63</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	
✓ <b>Requisitos de Estructura Ponderados como Convenientes</b>	<b>66</b>



**CSG**

CONSEJO DE SALUBRIDAD  
GENERAL



---

# INTRODUCCIÓN

---

**AL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

En 1994, respondiendo al proyecto de la Organización Panamericana de la Salud de promover la acreditación de hospitales en la América Latina, se constituye la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud, A.C. (CMCSS) como organismo no lucrativo con representatividad de todos los sectores e instituciones de salud. Dicha comisión elaboró un *“Manual de estándares mínimos para la certificación hospitalaria”*. El resultado de su aplicación mostró evidencias de ser inoperante y el proceso se interrumpió indefinidamente. En los años siguientes varias empresas se dedicaron a la asesoría en calidad a los hospitales algunas con criterios basados en estándares internacionales como los de la Joint Commission de los Estados Unidos y el Canadian Council on Health Services Accreditation.

En 1998 el Consejo de Salubridad General (CSG) junto con el CMCSS y los asesores de Qualimed Corp., trabajaron para diseñar el Programa Nacional de Certificación de Hospitales con la perspectiva de asegurar niveles de calidad. Así el 1 de abril de 1998 se publica en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo con las bases para instrumentar el Programa Nacional de Certificación de Hospitales. Se autorizó a agencias evaluadoras pero existió una variación metodológica no controlada y diferencia en los perfiles de los evaluadores y desafortunadamente en algunas de ellas se detectaron algunos niveles de malas prácticas.

En diciembre de 2000, el Subsecretario de Innovación y Calidad (SIC), propuso al Secretario de Salud y Presidente del CSG el que la Certificación de Establecimientos de Atención Médica se pusiera en estado de suspensión para hacer una revisión profunda no tanto de los estándares sino de los procesos y de las agencias. Durante todo 2001, la Certificación fue suspendida y, el CSG y la SIC trabajaron conjuntamente para hacer un análisis profundo y recomendar acciones. Se aprovechó entonces para revisar los criterios pero lo más importante fue la decisión de cancelar el papel de las agencias auditoras privadas y rediseñar el proceso de auditoría contando con personal del propio Sistema Nacional de Salud (sectores público y privado) que, seleccionado y capacitado para este propósito, actuara como auditores bajo la coordinación y supervisión del CSG.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación lo cual se asentó en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que le antecedieron:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.

En el 2007 se estableció contacto con Joint Commission International (JCI), lo cual permitió homologar los criterios del CSG para fortalecer el tema de seguridad del paciente y darles un nivel competitivo internacionalmente. Para ello se contó con el apoyo de la Asociación Nacional de Hospitales Privados A.C., para el financiamiento de estas actividades.

El Consejo de Salubridad General publicó el 13 de junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el **Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)**. De esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes.

De esta manera, en los criterios se dio un énfasis mayor en la seguridad del paciente se abordaron conceptos de investigación y desarrollo y pasa, de ser un Programa, a un Sistema Nacional que se encuentra integrado por los siguientes subsistemas:

1. Certificación de Establecimientos de Atención Médica
2. Investigación y desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad
3. Fortalecimiento permanente de los auditores
4. Articulación del SiNaCEAM con otras instituciones y organizaciones
5. Información, Transparencia, Difusión y Promoción.

Además, el SiNaCEAM se responsabiliza de investigar de manera constante las mejores prácticas tanto nacionales como internacionales, así como la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener actualizado el modelo de calidad y seguridad del paciente.

Como resultado, del desarrollo del SiNaCEAM y de la colaboración con JCI, se elaboró una Cédula de Evaluación de Hospitales, la cual fue vigente a partir del 1 de enero de 2009, y ha evolucionado en sus versiones 2011, 2012 hasta conformarse en la actualidad como **Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General** plasmado en los **Estándares para Certificar Hospitales vigentes a partir del 1 de agosto de 2015 | Tercera Edición.**

Entre 2009 y 2010 se logró formalizar un entendimiento inédito entre la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP). Ambas partes fueron convocadas por el Consejo y se aceptó que las compañías de seguros exigieran a los hospitales privados estar certificados por el Consejo para hacer pagos directos. Ello, además, fue fortalecido por el Acuerdo del Consejo que exige a los privados que otorguen servicios al sector público estar certificados por el Consejo.

Tener estos antecedentes nos lleva a observar que el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG está alineado con lo establecido en el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. Además de seguir los objetivos y líneas de acción, tanto del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, específicamente el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, y la estrategia 2.3.4. “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”, así como del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el cual define en su segundo objetivo “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”.

### **Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General**

El Modelo considera 4 **sistemas críticos**:

- Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos
- Sistema de Prevención y Control de Infecciones
- Sistema de Competencias y Educación del Personal
- Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones

Para cada uno de estos sistemas se solicita implementar los denominados “**pilares del modelo**”, los cuales son: **identificación, priorización y análisis** de riesgos y problemas particulares de toda la organización con el enfoque de, al menos, cada uno de los sistemas críticos. A partir de este análisis se lleva a cabo la **gestión de los riesgos y problemas** para lograr una mejora continua.

Las perspectivas que propone el modelo son las siguientes:

- **PROACTIVO:** a partir de los riesgos identificados se previene el daño a los pacientes y/o al personal al implementar barreras de seguridad;
- **REACTIVO:** a partir de los problemas identificados que ya causaron daño a los pacientes y/o al personal, se implementan barreras de seguridad para aprender del error y así disminuir la posibilidad de que, por la misma causa, se produzca daño.



De esta manera, el modelo fomenta en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende del error, y a la vez, se evite al máximo la ocurrencia de éstos mediante la implementación de barreras de seguridad de manera estandarizada y sistémica, viendo al hospital como un “todo”. Cuando un establecimiento de atención médica implementa el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, trabaja sobre los procesos críticos que se relacionan con la atención de los pacientes y del personal que labora dentro de él. Es importante que la organización comprenda que el modelo tiene un enfoque de sistema, lo cual implica, como ya se mencionó anteriormente, ver al hospital como un “todo”, en donde cada una de sus partes está involucrada y contribuye a los resultados en el paciente. Trabajar con este enfoque requiere del involucramiento y la participación de todas las áreas y personas que conforman la organización.

Otro aspecto importante es el trabajo en colaboración, el cual se logra cuando se toma en cuenta a los involucrados en los procesos que, como expertos, conocen las mejores prácticas y pueden, tomando en cuenta el contexto de la organización, analizar y definir la mejor forma de hacer las cosas.

Al implementar este modelo de calidad con los enfoques tanto proactivo como reactivo, se estará desarrollando en cada organización una **cultura donde la máxima hipocrática de “primero no dañar” sea una prioridad.**



**CSG**

CONSEJO DE SALUBRIDAD  
GENERAL



# EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

La evaluación de la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, se lleva a cabo a través del proceso de certificación, el cual consta de tres fases:

- **Autoevaluación e Inscripción.**
- **Auditoría.**
- **Dictamen.**

## PRIMERA FASE: INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN

Para que un hospital pueda formar parte del SiNaCEAM, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Tener, por lo menos, **un año de funcionamiento**.
- Contar con las **Autorizaciones Sanitarias** que correspondan a los servicios que brinda (Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables Sanitarios).
- No tener **procedimientos administrativos abiertos** ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o ante las autoridades de regulación sanitaria de las entidades federativas.
- No contar con **sanción de inhabilitación** relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por cualquier autoridad administrativa.
- En el caso específico de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud que no cuenten con una Certificación previa, deberán aprobar en primer lugar la **Acreditación** como prestadores de servicios de salud que atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Los hospitales clasificados por la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación como “de alta complejidad y alto nivel resolutivo (rojos)”, deberán contar, al menos, con una evaluación interinstitucional de la lista de verificación, de acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del **Programa Hospital Seguro**.

Los hospitales que cumplan los requisitos antes descritos estarán en posibilidades de realizar la Autoevaluación e Inscripción al proceso de certificación; cabe señalar que es sumamente importante que previo a este paso, la organización se encuentre trabajando en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG acorde a lo que se solicita en los **Estándares para Certificar Hospitales versión 2015 | Tercera Edición**.

La **Autoevaluación** está enfocada en aquellos requisitos que debe cumplir un hospital en función de lo dispuesto en la legislación aplicable vigente: la Ley General de Salud, sus Reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas; así como en la definición de los **procesos clave para la implementación** del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.

Los **requisitos** de la Autoevaluación se ponderan en tres niveles: Indispensables, Necesarios y Convenientes. Para que un hospital pueda inscribirse al SiNaCEAM, debe haber cumplido el 100% de los requisitos ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los “Necesarios” y el 50% o más de los “Convenientes”.

Los formatos de “Autoevaluación” y la “Solicitud de Inscripción para Hospitales” se encuentran disponibles en la página web: **[www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx)**

Una vez que el Consejo de Salubridad General comunica a la autoridad del hospital que ha aprobado esta primera fase, se considera que el establecimiento se encuentra en “**proceso de certificación**”, en cuyo caso puede expedirse, en el momento en que así sea solicitada, una constancia. El hospital, además se integrará a la lista de “Hospitales en Proceso de Certificación” que se encuentra publicada en la página web de este Consejo.

## SEGUNDA FASE: AUDITORÍA

Es la segunda fase del proceso de certificación, donde se evalúa la implementación de los **Estándares para Certificar Hospitales versión 2015 | Tercera Edición** mediante una auditoría, en la cual las **actividades fundamentales** que se llevan a cabo son las siguientes:

- Conferencia de apertura por el Evaluador Líder
- Presentación del contexto general del establecimiento de atención médica.
- Evaluación de la definición de los procesos y sistemas acordes al Modelo del CSG.
- Seguimientos de paciente.
- Recorridos por las instalaciones.
- Evaluaciones de los Sistemas Críticos (*Manejo y Uso de los Medicamentos – MMU, Prevención y Control de Infecciones – PCI, Gestión y Seguridad de las Instalaciones – FMS, Competencias y Educación del Personal – SQE*).
- Evaluación de los servicios subrogados.
- Evaluación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Seguimiento indeterminado de procesos.
- Entrega del Reporte de Auditoría.

La descripción de cada una de las actividades fundamentales que conforman la Auditoría se detalla en el siguiente documento: “**Las Actividades Fundamentales durante la Auditoría del CSG**”, el cual se encuentra también en la página web del Consejo de Salubridad General.

## **CANCELACIÓN O DIFERIMIENTO DE LA AUDITORÍA POR PARTE DEL HOSPITAL**

Una vez que la fecha de la auditoría sea notificada al hospital, si éste decide no aceptarla, o bien solicita diferirla o cancelarla, se le dará por concluido su proceso de certificación, se le retirará del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y no podrá volver a inscribirse en los próximos seis meses. Si la cancelación o solicitud de diferimiento es de las tres semanas previas a la Auditoría programada, se considerará como agravante, por lo que no se podrá volver a inscribir hasta haber transcurrido un año.

Asimismo, se eliminará de la lista de **“Establecimientos de Atención Médica en Proceso de Certificación”** publicada en la página web del Consejo de Salubridad General.

Si la cancelación es por parte de un hospital privado, dicha situación se comunicará a la Asociación de Hospitales Privados (ANHP), Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y a la Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).

En caso de que el Secretario del CSG hubiese expedido un documento que acreditaba al hospital encontrarse en proceso de certificación, se comunicará formalmente la cancelación de dicho documento al hospital y a las instancias arriba mencionadas.

## TERCERA FASE: DICTAMEN

El Dictamen es la fase del proceso de certificación en donde se lleva a cabo el análisis de la información obtenida en las dos primeras fases del Proceso de Certificación (Inscripción y Autoevaluación, y Auditoría) y la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), de forma colegiada, emite el dictamen de “**Certificar**” o “**No Certificar**” al hospital. Dicho dictamen se fundamenta en lo establecido en las **Reglas de Decisión\*\*** que a continuación se enlistan:

- 1. Mantiene vigentes los siguientes requisitos de la fase de Inscripción y Autoevaluación:**
  - 1.1** Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que brinden y de acuerdo a la legislación aplicable vigente. (*federal y/o estatal*).
  - 1.2** No tiene procedimientos administrativos abiertos ante las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
  - 1.3** Cumple con todos los **Requisitos Indispensables** de Autoevaluación.
  - 1.4** No cuenta con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica impuesta por autoridad administrativa.
  
- 2. Obtiene, como resultado de la Evaluación, una calificación promedio igual o mayor a:**
  - 2.1** Seis como **Calificación General** (promedio de todos los elementos medibles).
  - 2.2** Seis para cada Apartado o Capítulo (promedio de los elementos medibles que conforman un apartado).
  - 2.3** Cinco para cada estándar (promedio de los elementos medibles que conforman un estándar).
  - 2.4** Cinco en cada elemento medible de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
  
- 3. En relación a la evaluación de **Requisitos Indispensables** (Autoevaluación)**
  - 3.1** Los establecimientos que obtengan una calificación general igual o mayor a 9.0, pero que durante la evaluación se haya observado incumplimiento de requisitos indispensables de Autoevaluación, se les programará una *Evaluación Complementaria* previa a la siguiente Sesión Ordinaria de la CCEAM para verificar su cumplimiento.
  
- 4. En relación a la evaluación de estándares Indispensables:**
  - 4.1** Los establecimientos que obtengan una calificación general entre **6.0 y 8.9 inclusive**, pero incumplan indispensables, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para enviar su “*Plan de Seguimiento a la Implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG*”.

\*\*Las Reglas de Decisión Vigentes fueron aprobadas por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica en la Segunda Sesión Ordinaria de 2015.

- 4.2** Los establecimientos que obtengan una calificación general **igual o mayor a 9.0**, pero incumplan estándares de procesos ponderados como “indispensables”, se les dictaminará como certificados; sin embargo, para mantener el certificado, deberá cumplir con la regla de decisión 7.2, además de enviar su “*Plan de Seguimiento a la Implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG*”.
- 5.** Los establecimientos que obtengan una calificación general menor a 9.0, pero incumplan cualquiera de los numerales de la regla de decisión número 2 (2.1, 2.2, 2.3 y/o 2.4), se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para implementarlos para enviar su “*Plan de Seguimiento a la Implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG*”.
- 6.** Una vez que el establecimiento envíe el “*Plan de Seguimiento a la Implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG*”, según corresponda a la regla de decisión 4.1 y/o 5, se programarán máximo dos evaluaciones para evaluar la implementación del modelo (***Evaluación de Seguimiento y Evaluación de Seguimiento Complementaria***).

El resultado se presentará ante la Comisión para que dictamine el caso:

- 6.1** Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin demostrar el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”.
- 6.2** Si el establecimiento cumple con lo requerido por la Comisión, se recalculará la calificación. Esta calificación se utilizará exclusivamente para determinar la vigencia de certificado.
- 6.3 El establecimiento mantendrá la calificación obtenida como resultado de la primera Evaluación (posterior a la inscripción).**
- 7. Los establecimientos que obtengan una calificación **igual o mayor a 9.0**, pero:**
- 7.1** Incumplan la regla de decisión 2.3, se les otorgará el certificado, señalándoles que, después de un año, se les realizará una *Evaluación Intencionada* para constatar su cumplimiento. El resultado se presentará ante la CCEAM para que dictamine el caso. Si el establecimiento no demuestra cumplir con el o los estándares señalados, se suspenderá la vigencia de su certificado.
- 7.2** Incumplan Estándares identificados como “Indispensables”, se les dictaminará como certificados, señalándoles que tendrán un año para cumplir con la totalidad de los estándares señalados, lo cual se verificará con una *Evaluación Intencionada*. De lo contrario, se suspenderá la vigencia de su certificado.



## LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO QUE, EN SU CASO, DICTAMINE LA COMISIÓN, SEGUIRÁ LAS SIGUIENTES REGLAS:

- 8.** Si el establecimiento obtiene una calificación general o recalculada aprobatoria entre **6.0 y 6.9 inclusive**, la **vigencia del Certificado será de 1 año.**
- 9.** Si el establecimiento obtiene una calificación general o recalculada aprobatoria entre **7.0 y 8.9 inclusive**, la **vigencia del Certificado será de 2 años.**
- 10.** Si el establecimiento obtiene una calificación general o recalculada aprobatoria **igual o mayor a 9.0**, la **vigencia del Certificado será de 3 años.**
- 11.** El establecimiento que obtenga un dictamen de **“No Certificado”** por parte de la CCEAM podrá inscribirse nuevamente al proceso de certificación en un plazo no menor a 6 meses. Por cada dictamen consecutivo de “No Certificado” se incrementará en 6 meses el plazo que deberá esperar el establecimiento para inscribirse al proceso de certificación, el cual nunca será mayor a 18 meses.
- 12. Para mantener la vigencia del Certificado durante el plazo dictaminado por la CCEAM, el establecimiento según aplique, deberá:**
  - 12.1** Mantener el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de certificación o recertificación, el cual deberá demostrarlo en las evaluaciones que aleatoriamente programe el Consejo de Salubridad General.
  - 12.2** Concluir los procedimientos administrativos abiertos posteriores a dictaminarse como certificados ante las instancias de regulación sanitaria estatales o federales, dentro del plazo que señale la Comisión.
  - 12.3** Implementar procesos de mejora cuando las instancias de arbitraje médico, estatales o federales, dictaminen quejas “con evidencia de mala práctica” y/o “con responsabilidad institucional”.
- 13. Para recertificar, el establecimiento deberá tener un promedio igual o mayor a 5 en los “Estándares Esenciales” de los Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015 | Tercera Edición.**

**14. Acuerdo CCEAM 1/23.08.16.-** La CCEAM dictaminará como Certificado a aquellos establecimientos que al día de la Sesión correspondiente, no incumplan las Reglas de Decisión 2, 4 y/o 13; pero tengan alguna(s) **Autorizaciones Sanitarias en trámite, ya sea por renovación o por nuevos servicios**. El establecimiento deberá exhibir el documento que acredite que inició el trámite ante la autoridad administrativa Federal o Estatal correspondiente y quedando con la obligación de remitir al responsable del SiNaCEAM, copia de dicho(s) documento(s) una vez que sea(n) emitido(s).

**15.** Para los casos o situaciones no contempladas en los numerales anteriores, el responsable del SiNaCEAM expondrá el caso ante la comisión para que, en decisión colegiada, se resuelva lo conducente.





## LOS SIETE MECANISMOS DE TRANSPARENCIA

Para dar transparencia al proceso de certificación, el Consejo de Salubridad General cuenta con los siguientes mecanismos:

### DURANTE LA AUDITORÍA (SEGUNDA FASE):

1. La firma de una **CARTA DE CONFIDENCIALIDAD** por cada uno de los auditores, con el propósito de garantizar que la información que se manejó y se generó durante todo el proceso de evaluación fue utilizada sólo para este motivo.
2. La identificación de los procesos que el hospital ha definido acorde al propósito de cada estándar para implementar el Modelo del CSG, con el objetivo de que la **SESIÓN DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS** no quede a criterio de los auditores.
3. El seguimiento de pacientes, recorridos por instalaciones, la evaluación de los procesos y de los sistemas, deberá de llevarse a cabo con acompañamiento por personal del hospital con la función de **OBSERVADOR DE LA ORGANIZACIÓN**. A estas personas se les informa y se les explican los hallazgos y las observaciones de auditoría. Es importante que las personas que participen como **OBSERVADORES DE LA ORGANIZACIÓN** hayan participado activamente en la definición y/o en la implementación de los procesos/sistemas evaluados.
4. La lectura de las observaciones de auditoría relacionadas con la implementación del Modelo del CSG en las **SESIONES DE REALIMENTACIÓN** que se realizan como la primera actividad desde el segundo día de auditoría.
5. La entrega del **REPORTE DE AUDITORÍA** en el cual se integran todas las observaciones realizadas durante la evaluación.

### DURANTE LA FASE DE DICTAMEN (TERCERA FASE):

6. La información obtenida durante la auditoría es analizada por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) y se dictamina con base en las **REGLAS DE DECISIÓN**.
7. A cada organización se le envía el **INFORME DEL DICTAMEN** que contiene el fundamento del mismo.



## POLÍTICAS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Con la finalidad de mejorar y transparentar los lineamientos operativos del Proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, así como de informar de manera más eficaz y dar certidumbre en los diferentes procesos que pueden seguir los Establecimientos de Atención Médica ante el Consejo de Salubridad General, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica aprobó, en su 3ra. Sesión Ordinaria 2012, celebrada el 25 de septiembre de 2012, las siguientes **políticas que deberán observarse y cumplirse a cabalidad en los procesos de certificación de los establecimientos que se inscriban a partir del día 26 de septiembre de 2012:**

### **POLÍTICA 1. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA**

Cuando los Establecimientos de Atención Médica Certificados realicen cambios de:

- Domicilio
- Razón social
- Modificaciones y/o ampliaciones en las instalaciones que impliquen aumento de camas hospitalarias y/o prestación de nuevos servicios de atención médica, respecto de los especificados en el formato de inscripción.

Deberán dar aviso al Consejo de Salubridad General, mediante escrito libre informando del respectivo cambio, el cual debe ser firmado por el Director del Establecimiento, acompañado de la copia simple del nombramiento del cargo y de su identificación oficial vigente, o en su caso, por el representante legal, debiendo acompañar este último, copia simple del poder notarial que acredite su personalidad, identificación oficial vigente, además de anexar en copias simples la documentación pertinente que compruebe dichos cambios y copias simples de las Licencias Sanitarias actualizadas, según correspondan.

En un lapso no mayor a un año, contado a partir de la fecha de recepción de la documentación, se realizará una visita de seguimiento al establecimiento para comprobar que se mantenga o mejore el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de Certificación o Recertificación; los resultados de la visita de seguimiento se presentarán para dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

## **POLÍTICA 2. DENUNCIA**

Si el personal del Establecimiento de Atención Médica considera que durante el desarrollo de la fase de auditoría, el equipo auditor o uno de sus integrantes comete alguna falta grave o contraria a derecho, es importante que de aviso de forma inmediata a la Dirección General Adjunta de Articulación (DGAA) mediante el llenado del “ANEXO 5 DENUNCIA”, el cual encontrará en el documento “**Las Actividades Fundamentales durante la Auditoría del CSG**”, y comunicarlo al Tel: 01 (55) 2000-3400 ext. 59070 y al correo electrónico del titular de la DGAA y Responsable del SiNaCEAM (sara.fonseca@csg.gob.mx).

La DGAA confirmará la recepción del mismo vía telefónica para que, en su caso, se interrumpa la evaluación correspondiente y se inicie nuevamente, una segunda evaluación con un equipo diferente de auditores.

Con lo anterior, se salvaguarda el proceso y el resultado de la auditoría para que el establecimiento sea dictaminado con objetividad por parte de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Ahora bien, con el llenado y presentación del “ANEXO 5 DENUNCIA”, el personal del establecimiento de atención médica formaliza su inconformidad ante el Consejo de Salubridad General; para que dicha denuncia tenga validez, es indispensable que este anexo debidamente cumplimentado sea entregado dentro de los 5 días laborales posteriores a la ocurrencia del hecho denunciado.

Es importante hacer mención que, en caso de llenar el “ANEXO 5 DENUNCIA”, el Consejo de Salubridad General realizará la investigación correspondiente de lo que ahí se asiente. En caso de encontrar elementos constitutivos de algún delito, se dará parte a las autoridades competentes. Por lo que se apercibe a los establecimientos de atención médica a conducirse con verdad, toda vez que lo que se registre en dicho ANEXO 5, se hace “bajo protesta de decir verdad”, y en caso de declarar falsamente, se estará incurriendo en responsabilidades penales y se informará a la autoridad ministerial para que proceda según lo establecido en los artículos 247 y 248 Bis del Código Penal Federal.

Cabe resaltar que, de ninguna manera, la presentación de la denuncia predispondrá al Consejo de Salubridad General sobre el Proceso de Certificación del respectivo Establecimiento de Atención Médica; asimismo, respetará la confidencialidad de la información asentada en el formato de denuncia y será respetuoso de las demás acciones que el establecimiento considere pertinentes.



### **POLÍTICA 3. DERECHO DE RÉPLICA**

En caso de que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, haya emitido el dictamen de no certificar al establecimiento, éste podrá ejercer el derecho de réplica, conforme lo dispone el artículo 15 del Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y será de la forma siguiente:

1. Elaboración del escrito de réplica, el cual deberá contener:
  - Lugar y fecha de emisión.
  - Nombre, denominación o razón social de quien o quienes promuevan la solicitud, o en su caso de su representante legal o apoderado, en este último caso, acompañar el poder notarial que acredite dicha personalidad.
  - Domicilio para recibir notificaciones y nombre de la persona o personas autorizadas para recibirlas.
  - Exposición clara y debidamente argumentada de los hechos y razones que motivan y justifican la solicitud. Se podrán anexar documentos y fotografías o cualquier otra prueba que se estime pertinente, fijando los puntos sobre los que versen y que apoyen sus argumentos.
2. La réplica deberá presentarse ante el Consejo de Salubridad General dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación del dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
3. El Consejo de Salubridad General acordará dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de presentación, respecto de la admisibilidad de la réplica, y en su caso de las pruebas ofrecidas. Sólo podrán desecharse las pruebas propuestas por los interesados cuando no tengan relación con el fondo del asunto, sean innecesarias o contrarias a la moral y al derecho. Tal resolución se notificará al interesado debidamente fundada y motivada.
4. El desahogo de las pruebas admitidas se realizará dentro de un plazo no mayor a quince días hábiles, contado a partir de su admisión. Si las pruebas ameritan su desahogo en el establecimiento de atención médica, ésta se realizará un plazo no mayor a quince días hábiles.
5. La práctica de las actuaciones necesarias para el desahogo de las pruebas que hayan sido admitidas, lo notificará formalmente el Consejo de Salubridad General a los interesados, con una anticipación de tres días hábiles.

6. Para tener información más detallada sobre el establecimiento de atención médica en el que se esté llevando a cabo una revisión de dictamen, el Consejo de Salubridad General podrá solicitar un informe u opinión a los miembros del equipo auditor involucrados en el respectivo "Informe de Auditoría".
7. Una vez desahogadas las pruebas admitidas, se pondrán las actuaciones a disposición de los interesados, para que en su caso, formulen alegatos por escrito, en un plazo no mayor a diez días hábiles, los que serán tomados en cuenta por el Secretario del Consejo de Salubridad General al dictar la resolución.
8. A partir de lo anterior, el Consejo de Salubridad General resolverá lo que corresponda, en un plazo no mayor a tres meses.

El trámite y resolución de toda réplica se hará de conocimiento en Sesión Ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

#### **POLÍTICA 4. INHABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR AUTORIDAD ADMINISTRATIVA**

Cuando los Establecimientos de Atención Médica deseen inscribirse al Proceso de Certificación por primera vez, o busquen la recertificación ante el Consejo de Salubridad General, es indispensable que no cuenten con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa. De ser el caso, se le negará al establecimiento de atención médica la inscripción al proceso de certificación, hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspondiente haya emitido el comunicado oficial de que dicho establecimiento ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

En caso de que la autoridad administrativa sancione con inhabilitación a algún establecimiento de atención médica con Certificado vigente, relacionada con la prestación de servicios de atención médica, el Consejo de Salubridad General procederá a realizar una Auditoría Intencionada y los resultados los someterá a dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Dependiendo del resultado obtenido en la visita de la Auditoría Intencionada:

- a) Se confirmará la vigencia del Certificado.
- b) Se revocará el Certificado otorgado al establecimiento.

En el caso de que se le revoque el Certificado al establecimiento, este no podrá volver a inscribirse al Sistema Nacional de Certificación hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspondiente haya emitido el comunicado oficial de que dicho establecimiento ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

### **IMPORTANTE:**

Cualquier documento relacionado con estas políticas, deberá ser presentado en la oficialía de partes del Consejo de Salubridad General, dirigido a:

**DR. JESÚS ANCER RODRÍGUEZ**

**SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

Lieja No. 7, Piso 2, Colonia Juárez, C.P. 06600  
Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México



CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD  
GENERAL

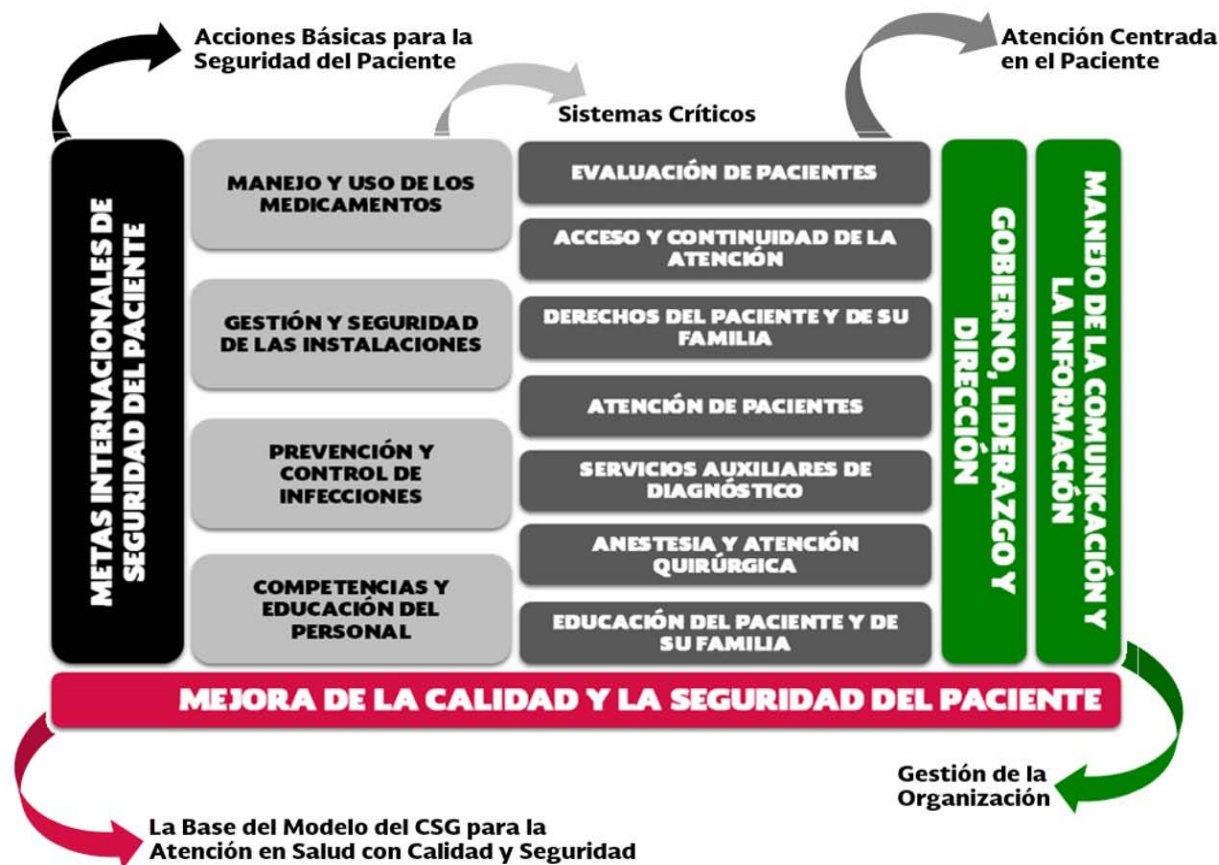


# REQUISITOS

**PARA INGRESAR AL PROCESO DE  
CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO  
DE SALUBRIDAD GENERAL**

**2015**

La **Autoevaluación** es parte de la **primera fase** del Proceso de Certificación, donde se manifiestan los requisitos indispensables con que cuenta la organización para poder implementar el Modelo DE Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General y da coherencia a lo consignado en la “**Solicitud de Inscripción para Hospitales**”, que especifica los servicios y la capacidad que tiene el establecimiento.



La **Autoevaluación** está enfocada en aquellos requisitos que debe cumplir un establecimiento en función de lo dispuesto en la legislación aplicable vigente: la Ley General de Salud, sus Reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas; así como en la definición de los **procesos clave para la implementación** del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad acorde a los **Estándares para Certificar Hospitales** versión 2015 vigentes a partir del **1 de agosto de 2015**.

**“El exacto cumplimiento de la Autoevaluación es parte de la primera fase del proceso de certificación, por lo tanto el cumplir esta fase de manera satisfactoria “NO” significa que el establecimiento de atención médica ya se encuentre certificado, ÚNICAMENTE SIGNIFICA QUE LA ORGANIZACIÓN HA INGRESADO AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN”.**

Para que la organización sea considerada por Consejo de Salubridad General dentro del Proceso de Certificación y pueda continuar a la siguiente fase (Auditoría), 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 se encuentra “En Proceso de Certificación” cuando cumple con los porcentajes requeridos bajo los lineamientos para calificar los requisitos de autoevaluación que se enlistan a continuación.

## LINEAMIENTOS PARA CALIFICAR LOS REQUISITOS DE AUTOEVALUACIÓN

- La Autoevaluación contiene **SEIS SECCIONES**:
  - Las secciones 1 a la 4 están conformadas en su totalidad por **requisitos indispensables**.
  - La sección 5 está conformada por los **requisitos necesarios**.
  - La sección 6 reúne a los **requisitos convenientes**.
  
- Los requisitos se dividen en varios puntos a “verificar” en las secciones 4 a 6.
  
- Los requisitos y las especificaciones señaladas en la columna “**Verificar**” son las que deberán analizarse y se calificará de la siguiente manera:
  - **CUMPLE (1)**: únicamente cuando la organización cubra la totalidad de las especificaciones del requisito (**no se aceptan parcialidades**).
  - **NO CUMPLE (0)**: cuando la organización no cubra la totalidad de las especificaciones del requisito.
  - **NO APLICA (NA)**: sólo cuando el requisito no sea aplicable a la organización por el tipo de servicios que presta.
  
- En el caso de la “**Sección 1. Autorizaciones Sanitarias**”, la calificación “Cumple” solamente se asignará cuando se cuente con la autorización sanitaria solicitada en el requisito y ésta se encuentre VIGENTE (**NO en trámite**).
  
- En el caso de la “**Sección 2. Procesos Clave para la Implementación del Modelo**”, la calificación “Cumple” solamente se asignará cuando su definición sea acorde al propósito de los estándares correspondientes y su implementación tenga como mínimo 4 meses anteriores a la fecha de realizar la Autoevaluación. Se calificará como “No Aplica (NA)” sólo cuando el Proceso Clave no sea aplicable a la organización por el tipo de servicios que presta.
  
- En el caso de la “**Sección 3. Integración y Desarrollo de los Sistemas Críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente**”, la calificación “Cumple (1)” solamente se asignará cuando esto se haya llevado a cabo acorde al propósito de los estándares correspondientes y su implementación tenga como mínimo 4 meses anteriores a la fecha de realizar la Autoevaluación.  
En esta sección **NO SE ACEPTARÁ LA CALIFICACIÓN: “NO APLICA (NA)”**.



- Los datos deberán ser totalmente verídicos y corresponder con los datos asentados en la **“Solicitud de Inscripción al Proceso de Certificación: Hospitales”**, por lo cual se solicita que sean autenticados por el Director del establecimiento.
  
- Durante la segunda fase del Proceso de Certificación (Auditoría):
  - Se verificará la vigencia de la sección 1 “Autorizaciones Sanitarias”.
  - Se evaluará la definición y la implementación de las secciones 2 y 3.
  - Se verificará en forma aleatoria el cumplimiento de los **requisitos de estructura** (secciones 4, 5 y 6).
  
- Es importante mencionar que uno de los requisitos para que un establecimiento sea dictaminado como **“Certificado”** por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, es que cumpla con el **100% de los requisitos indispensables de estructura**, verificados por los Auditores que efectúen la evaluación (**Regla de Decisión 1.3**).

## INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL DOCUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN

1. Imprimir de la página 39 a la 67.
2. Requisar la “Carta Compromiso” y la “Sección 1: Autorizaciones Sanitarias” con letra de molde, legible, sin tachaduras o enmendaduras y con tinta azul.
3. Calificar cada requisito de las secciones 2 a 6 en la columna denominada “CALIFICACIÓN” con tinta azul de manera legible.
4. Rubricar al margen cada página impresa con tinta azul. La rúbrica deberá ser del Director del establecimiento.

En caso de no cumplir los puntos arriba señalados, el Consejo de Salubridad General **NO PODRÁ ADMITIR** el Documento de Autoevaluación, por lo que se tendrá que volver a requisitar y enviarla nuevamente, subsanando los errores u omisiones cometidos.

La información manifestada en el Documento de Autoevaluación quedará asentada en nuestras bases de datos, por lo que es importante su revisión para evitar errores en la documentación emitida.

La presente Autoevaluación, deberá estar requisitada de forma completa y presentarla o enviarla junto con la “**Solicitud de Inscripción al Proceso de Certificación: HOSPITALES**” a la Oficialía de Partes del Consejo de Salubridad General, ubicada en: Lieja No. 7, Piso 2, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.

Toda la documentación deberá ser dirigida al C. Secretario del Consejo de Salubridad General, con atención a la C. Directora General Adjunta de Articulación.

## CARTA COMPROMISO

De conformidad con el Acuerdo número 039 de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado el 13 de diciembre de 2002, el cual señala que desde el principio del proceso se debe informar a los establecimientos que **en caso de que incurran en falsedad de información, el proceso quedará suspendido.**

**Declaro, bajo protesta de decir verdad, que toda la información presentada en esta AUTOEVALUACIÓN es verdadera y puede ser comprobada en cualquier momento;** en caso de que incurra en falsedad de la misma, el Consejo de Salubridad General podrá suspender, en cualquier momento, el Proceso de Certificación o, en su caso, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica podrá dictaminar a mi establecimiento como “No Certificado”, además notificar a las autoridades competentes por incurrir en responsabilidades penales y se procederá según lo establecido en los artículos 247 y 248 Bis del Código Penal Federal.

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN (DD/MM/AAAA)	
NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO	
RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO	

NOMBRE COMPLETO DEL DIRECTOR		FIRMA	
NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO		FIRMA	
NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DEL CSG		FIRMA	
NOMBRE COMPLETO DEL COORDINADOR DEL PROCESO DE AUDITORÍA		FIRMA	

**SECCIÓN 1.****AUTORIZACIONES SANITARIAS**



Las organizaciones que implementen los **Estándares para Certificar Hospitales versión 2015 | Tercera Edición** deben cumplir con los requisitos indispensables establecidos por la Comisión Federal y/o Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de cada una de las actividades o servicios que oferte, en los que sea necesario su estricto cumplimiento. **(Regla de Decisión 1.1)**

Esta sección está incluida en la “Solicitud de Inscripción para los Establecimientos que se evalúan con los Estándares para Certificar Hospitales”.

AUTORIZACIÓN SANITARIA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
<b>1.1</b> Licencia Sanitaria para Hospital				
<b>1.2</b> Aviso de Responsable Sanitario del Hospital				
<b>1.3</b> Aviso de Funcionamiento del Laboratorio Clínico				
<b>1.4</b> Aviso de Responsable del Laboratorio Clínico				
<i>El Servicio de patología no requiere de ningún documento ya que lo ampara la licencia sanitaria del hospital.</i>				
<b>1.5</b> Licencia sanitaria del Servicio de Rayos X e Imagen				
<b>1.6</b> Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento de establecimientos de diagnóstico médico con rayos X				
<i>En caso de que la Unidad tenga únicamente rayos X simple o convencional (incluyendo los estudios panorámicos dentales), deberá existir un responsable del servicio, el cual deberá contar con cursos de seguridad y protección radiológica (P.O.E.). Se acepta que existan hasta 7 avisos de responsable con el mismo radiólogo siempre y cuando no se empalmen los horarios porque deberá ejercer su función de supervisar. En caso de contar con mastografía, TAC, RM, fluoroscopia, la licencia sanitaria deberá decir que ampara dichos servicios.</i>				
<b>1.7</b> Licencia Sanitaria del Banco de Sangre				
<b>1.8</b> Aviso de Responsable del Banco de Sangre				
<i>En caso de manejar células hematopoyéticas, lo debe mencionar la licencia.</i>				
<b>1.9</b> Licencia Sanitaria del Servicio de Transfusión				
<b>1.10</b> Aviso de Responsable del Servicio de Transfusión				

AUTORIZACIÓN SANITARIA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
<b>1.11</b> Licencia Sanitaria de Farmacia				
<b>1.12</b> Aviso de Funcionamiento de Farmacia				
<b>1.13</b> Aviso de Responsable de Farmacia				
<i>Se requiere libro de registros. Licencia Sanitaria para: Insumo para la Salud, Farmacia o Botica o Droguería con o sin Venta de Medicamentos Controlados.</i>				
<b>1.14</b> Licencia Sanitaria de Centro de Mezclas				
<b>1.15</b> Aviso de Responsable de Centro de Mezclas				
<b>1.16</b> Licencia Sanitaria para Trasplante, Donación y/o Procuración de Órganos y Tejidos				
<b>1.17</b> Responsable Sanitario de Trasplante, Donación y/o Procuración de Órganos y Tejidos				
<i>Debe mencionar la modalidad, ej.: riñón, cornea, etc.</i>				
<b>1.18</b> Aviso de Funcionamiento de Ambulancias				
<b>1.19</b> Aviso de Responsable de Ambulancias				
<i>Tipos de ambulancias: traslado, hospitalaria, de terapia intensiva. Cada ambulancia deberá tener su propio aviso de funcionamiento</i>				

## IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO (SECCIÓN 2 y SECCIÓN 3)

Las organizaciones que de manera voluntaria quieran acceder al Proceso de Certificación con el **Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General**, deberán definir e implementar las barreras de seguridad, procesos y sistemas que se encuentran en cada uno de los propósitos de los estándares. La metodología para implementar este Modelo, es primero **DEFINIR/DISEÑAR** los procesos conforme a los estándares y posteriormente documentar, al menos, aquéllos que se identifican en los **Estándares para Certificar Hospitales versión 2015 | Tercera Edición**, en el propósito del estándar con el símbolo  y en los Elementos Medibles que tengan al final de su enunciado el símbolo: .

La DEFINICIÓN/DISEÑO de las barreras de seguridad, procesos y sistemas, acorde al contexto de cada organización debe ser el resultado del trabajo en equipo y del análisis multidisciplinario de lo que solicita el propósito del estándar correspondiente.

La implementación de los procesos y sistemas debe seguir la metodología descrita por el estándar y/o abordar cada uno de los puntos que se solicitan dentro del propósito del mismo; por ejemplo, la metodología para rediseñar un proceso de riesgo acorde al estándar QPS.7 es realizar una identificación de procesos de riesgos, priorizarlos, seleccionar al menos uno de los procesos de riesgo prioritarios, analizarlo (el proceso) mediante la herramienta de Modo y Efecto de Falla (AMEF) e implementar el proceso ya rediseñado.







Otro ejemplo es la implementación de procesos que guíen la atención de todos los pacientes de alto riesgo (COP) en el cual se solicita primero la definición del proceso con enfoque multidisciplinario con base cada uno de los puntos que se solicitan en el propósito de estos estándares, documentarlo, y brindar atención al grupo de pacientes correspondiente acorde al proceso definido.

Es importante señalar que los procesos que se solicitan documentados deben **describir el cómo** la organización va a realizar el proceso o la barrera de seguridad de la cual habla el estándar.

Es importante recordar que la manera de calificar las **SECCIONES 2 y 3** es la siguiente:

- **Todos los requisitos de estas dos secciones son ponderados como indispensables para el ingreso al proceso de certificación.**
- **Cumple (1):** se asignará, únicamente, cuando la definición/diseño/desarrollo de la barrera de seguridad, proceso clave o sistema sea acorde al propósito del estándar correspondiente y su implementación tenga como mínimo 4 meses anteriores a la fecha de realizar la Autoevaluación.
- **No Cumple (0):** cuando no se cuente con la definición/diseño/desarrollo de la barrera de seguridad, proceso clave o sistema o ésta no sea acorde al propósito del estándar correspondiente y/o su implementación tenga como menos de 4 meses a la fecha de realizar la Autoevaluación.
- **No Aplica (NA):** sólo cuando el Proceso Clave no sea lleve a cabo en la organización por el tipo de servicios que presta. NO SE ACEPTARÁN “NA” EN LA SECCIÓN 3.



**SECCIÓN 2.****PROCESOS CLAVE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO**












<b>PROCESO CLAVE</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>ESTÁNDAR VERSIÓN 2015</b>
<b>2.1.1.1</b> Definición e implementación del proceso de identificación del paciente acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.1</b> 
<b>2.1.1.2</b> Definición e implementación del proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.2</b> 
<b>2.1.1.3</b> Definición e implementación del etiquetado de los electrolitos concentrados acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.3</b> 
<b>2.1.1.3.1</b> Definición e implementación de la doble verificación durante la preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		
<b>2.1.1.4</b> Definición e implementación del Protocolo Universal, dentro y fuera del quirófano acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.4</b> 
<b>2.1.1.4.1</b> Definición e implementación del tiempo fuera antes de realizar procedimientos de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, radioterapia y administración de sangre y hemocomponentes acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		
<b>2.1.1.5</b> Definición e implementación de un Programa Integral de Higiene de manos acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.5</b> 
<b>2.1.1.6</b> Definición e implementación de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.6</b> 

PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>2.2.1.1</b> Definición e implementación de criterios de uso, costo, seguridad y efectividad para agregar o eliminar medicamentos de la lista acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.4</b> ✍
<b>2.2.1.2</b> Definición e implementación un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos que se agregan a lista de medicamentos de la organización acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		
<b>2.2.1.3</b> Definición e implementación de un proceso para almacenar los productos nutricionales, radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros medicamentos particulares definidos por la organización acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.5.1</b> ✍
<b>2.2.1.4</b> Definición e implementación de un proceso para el manejo de medicamentos caducados y fuera de circulación (fuera de uso) acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.5.3</b> ✍
<b>2.2.1.5</b> Definición e implementación de un proceso para prescribir medicamentos de manera segura acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.6</b> ✍
<b>2.2.1.6</b> Definición e implementación de un proceso que guíe las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		
<b>2.2.1.7</b> Definición e implementación de un proceso para la prescripción completa y segura de los medicamentos acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.6.1</b> ☞ ✍
<b>2.2.1.8</b> Definición e implementación de un proceso para la transcripción segura de los medicamentos acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.6.3</b> ☞ ✍
<b>2.2.1.9</b> Definición e implementación de un proceso de conciliación de los medicamentos al ingreso del paciente, cambio de área o servicio, cambio de médico tratante y al egreso del paciente, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.6.4</b> ☞ ✍
<b>2.2.1.10</b> Definición e implementación de un proceso de revisión de la idoneidad de la prescripción a todos los pacientes, antes de que los medicamentos sean administrados, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.6.5</b> ☞ ✍
<b>2.2.1.11</b> Definición e implementación de un proceso para la preparación y dispensación de la alimentación parenteral o, en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.7.2</b> ☞




















PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>2.2.1.12</b> Definición e implementación de un proceso para el manejo y uso de los medicamentos multidosis acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.7.4</b> ↻ ✍
<b>2.2.1.13</b> Definición e implementación de un proceso para verificar los correctos de la administración de medicamentos, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.8.1</b> ↻
<b>2.2.1.14</b> Definición e implementación de un proceso para la autoadministración de medicamentos acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		
<b>2.2.1.15</b> Definición e implementación de un proceso para administrar medicamentos que el paciente ingrese a la organización acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.8.2</b> ✍
<b>2.2.1.16</b> Definición e implementación de un proceso para administrar muestras de medicamentos acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		
<b>2.2.1.17</b> Definición e implementación de un proceso de farmacovigilancia.		<b>MMU.9</b> ↻
<b>2.2.1.18</b> Definición e implementación de un proceso para notificar y analizar errores y cuasifallas de medicación acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MMU.9.1</b> ☑ ✍

PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>2.2.2.1</b> Definición e implementación de un proceso para el reúso de materiales y dispositivos desechables acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PCI.6</b> 
<b>2.2.2.2</b> Definición e implementación de un proceso seguro para el manejo de la ropa limpia, sucia y contaminada o, en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PCI.7</b>
<b>2.2.2.3</b> Definición e implementación de un proceso seguro para el manejo de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos o, en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PCI.8</b>
<b>2.2.2.4</b> Definición e implementación de un proceso seguro para el mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los servicios prioritarios para la operación del establecimiento o, en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PCI.9</b>
<b>2.2.2.5</b> Definición e implementación de un proceso para reducir el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de los alimentos o, en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PCI.10</b>
<b>2.2.2.6</b> Definición e implementación de un proceso para reducir el riesgo de infección durante las adecuaciones, construcciones y remodelaciones, mediante una evaluación de riesgos, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PCI.11</b> 
<b>2.2.2.7</b> Definición e implementación de un proceso para reducir el riesgo de infección mediante la limpieza y desinfección adecuadas de las instalaciones o, en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PCI.13</b>
<b>2.2.2.8</b> Definición e implementación de un proceso para reducir el riesgo de infección asociado a la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis o, en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PCI.14</b>

PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>2.2.3.1</b> Definición e implementación de un Programa para la Protección de la Organización acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes.		<b>FMS.3 y FMS.3.1</b> 
<b>2.2.3.2</b> Definición e implementación de un Programa para el Manejo de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>FMS.4</b> 
<b>2.2.3.3</b> Definición e implementación de un Programa contra Peligros relacionados a Fuego y Humo acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes.		<b>FMS.5 y FMS.5.1</b> 
<b>2.2.3.4</b> Definición e implementación de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes.		<b>FMS.6 y FMS.6.1</b>  
<b>2.2.3.5</b> Definición e implementación de un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes.		<b>FMS.7 a FMS.7.4</b>  
<b>2.2.3.6</b> Definición e implementación de un Programa para el Manejo de Emergencias Externas acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes.		<b>FMS.8 y FMS.8.1</b>  
<b>2.2.3.7</b> Definición e implementación del Programa Hospital Seguro acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>FMS.9</b>  

<b>PROCESO CLAVE</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>ESTÁNDAR VERSIÓN 2015</b>
<b>2.2.4.1</b> Definición e implementación de funciones de todo el personal (clínico y no clínico) acorde a las actividades que realiza en la operación, conforme a lo solicitado en el estándar.		<b>SQE.4</b>
<b>2.2.4.2</b> Definición e implementación de un proceso para el otorgamiento de privilegios para el personal clínico que no depende directamente de la organización acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>SQE.5</b> ↻ ✍
<b>2.2.4.3</b> Definición e implementación de un proceso para el reclutamiento y la selección de personal con base en una evaluación inicial de competencias acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>SQE.6</b> ✍
<b>2.2.4.4</b> Definición e implementación de un plan para la asignación y reasignación del personal, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>SQE.7</b>
<b>2.2.4.5</b> Definición e implementación de un proceso para orientar al personal de recién ingreso sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad a la que es asignado en la cual se incluye los procesos clave del Modelo del CSG acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>SQE.8</b>
<b>2.2.4.6</b> Definición e implementación de un proceso para evaluar el desempeño del personal acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes.		<b>SQE.9 y SQE.9.1</b> ☑ ✍
<b>2.2.4.7</b> Definición e implementación de un Programa de Capacitación del Personal acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>SQE.10</b> ✍
<b>2.2.4.8</b> Definición e implementación de un Programa estructurado de capacitación en Soporte Vital Avanzado acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>SQE.11</b> ↻ ✍
<b>2.2.4.9</b> Definición e implementación de un Programa de Salud y Seguridad para el Personal acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>SQE.12</b> ↻ ✍
<b>2.2.4.10</b> Definición e implementación de proceso para verificar la fuente original del personal clínico que no cuenta con cédula profesional acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>SQE.13</b> ↻ ✍

PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>2.3.1.1</b> Definición e implementación de un proceso para la aceptación de la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>ACC.1.1</b> 
<b>2.3.1.2</b> Definición e implementación de un proceso para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>ACC.1.2</b>  
<b>2.3.1.3</b> Definición e implementación de procesos para reducir el impacto de las barreras más comunes durante el proceso de admisión y en la prestación de servicios acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>ACC1.4</b> 
<b>2.3.1.4</b> Definición e implementación de criterios de ingreso y alta para sus servicios especializados acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>ACC1.5</b>  
<b>2.3.1.5</b> Definición e implementación de un mecanismo estructurado de comunicación durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno) y transiciones en lugar, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>ACC.2</b>  
<b>2.3.1.6</b> Definición e implementación de procesos para trasladar los pacientes a otro establecimiento para estudio, valoración o para continuar su atención en otro establecimiento, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>ACC.4</b>  
<b>2.3.1.7</b> Definición e implementación de un proceso para supervisar la calidad y seguridad de los servicios de ambulancia o, en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>ACC.6.1</b>









PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>2.3.2.1</b> Definición e implementación de un proceso para brindar protección adicional a los pacientes vulnerables acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PFR.1.5</b> 
<b>2.3.2.2</b> Definición e implementación de un proceso para actuar ante la negativa de un paciente o representante legal a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PFR.2.2</b> 
<b>2.3.2.3</b> Definición e implementación de un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PFR.5</b> 
<b>2.3.2.4</b> Definición e implementación de un proceso para obtener un consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente y a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PFR.6</b> 
<b>2.3.2.5</b> Definición e implementación de un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PFR.6.2</b> 
<b>2.3.2.6</b> Definición e implementación de un proceso necesario obtener un consentimiento informado especial, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PFR.6.4.1</b> 
<b>2.3.2.7</b> Definición e implementación de procesos que guíen la investigación con participación de seres humanos acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes.		<b>PFR.7</b>
<b>2.3.2.8</b> Definición e implementación de un proceso de procuración, donación y trasplante de órganos, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PFR.11</b> 

<b>PROCESO CLAVE</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>ESTÁNDAR VERSIÓN 2015</b>
<b>2.2.3.1</b> Definición e implementación de un Proceso de Evaluación Inicial para cada paciente hospitalizado que incluya los doce elementos acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes		<b>AOP.1 y AOP.1.1</b> ↻ ✍
<b>2.2.3.2</b> Definición e implementación de un Proceso de Evaluación Inicial para cada paciente ambulatorio que incluya, si corresponde, los cuatro elementos, acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes		<b>AOP.1 y AOP.1.1</b> ↻ ✍
<b>2.2.4.1</b> Definición e implementación de procesos de seguridad hospitalaria, calidad y seguridad del paciente en los Servicios de Laboratorio o en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes		<b>SAD.1.1, SAD.1.3.1, SAD.1.4, SAD.1.9 y SAD.1.9.1</b> ↻ ✍
<b>2.2.4.2</b> Definición e implementación de procesos de seguridad hospitalaria, calidad y seguridad del paciente en los Servicios de Radiología e Imagen o en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes		<b>SAD.2.1, SAD.2.2, SA.2.5, SAD.2.6, y SAD.2.9</b> ↻ ✍

PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>2.3.5.1</b> Definición e implementación de un proceso para documentar indicaciones, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar		<b>COP.4</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.2</b> Definición e implementación de un proceso para la atención del dolor, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar		<b>COP.8</b> ✍
<b>2.3.5.3</b> Definición e implementación de procesos para la atención de los pacientes en etapa terminal, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.9</b> ✍
<b>2.3.5.4</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de los grupos de pacientes de alto riesgo establecidos por la organización, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10</b> ✍
<b>2.3.5.5</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes en situación de urgencia</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.1</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.6</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de pacientes a quienes se da <i>reanimación cardiopulmonar</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.2</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.7</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.3</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.8</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de pacientes en estado de <i>coma</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.4</b> ✍
<b>2.3.5.9</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes en soporte vital</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.5</b> ✍
<b>2.3.5.10</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes con enfermedades infectocontagiosas</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.6</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.11</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes inmunodeprimidos</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.7</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.12</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes con diálisis peritoneal</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.8</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.13</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes que requieren sujeción</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.9</b> ✍



PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>2.3.5.14</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes en quienes se administra quimioterapia</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.10</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.15</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.11</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.16</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.10.12</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.17</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>pacientes que reciben terapia de remplazo renal con hemodiálisis</i> , o, en su caso, para evaluar las especificaciones de calidad cuando el servicio es subrogado, acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes.		<b>COP.11 y COP.11.1</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.18</b> Definición e implementación de un proceso para la atención obstétrica, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.12.1</b> ✍
<b>2.3.5.19</b> Definición e implementación de un proceso para la atención de <i>las emergencias obstétricas y neonatales</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.12.2</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.20</b> Definición e implementación de un proceso que guíe la <i>cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.13</b> ↻ ✍
<b>2.3.5.21</b> Definición e implementación de un proceso que guíe la práctica de <i>acupuntura</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.14</b> ✍
<b>2.3.5.22</b> Definición e implementación de un proceso que guía el <i>turismo médico</i> , acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>COP.15</b> ↻ ✍
<b>2.3.6.1</b> Definición e implementación de un proceso que guíe la atención de los pacientes en quienes se administra <i>anestesia y sedación</i> , acorde al propósito del estándar.		<b>ASC.3</b> ✍
<b>2.3.7.1</b> Definición e implementación de un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, que considere las cuatro perspectivas solicitadas en el propósito del estándar correspondiente.		<b>PFE.1</b> ✍
<b>2.3.7.2</b> Definición e implementación de un proceso para la evaluación de barreras para el aprendizaje, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>PFE.2</b> ✍

PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>2.4.1.1</b> Definición e implementación de un proceso para la gestión de datos e información acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MCI.1</b> 
<b>2.4.1.2</b> Definición e implementación de procesos para el manejo de la confidencialidad de los datos la información clínica y no clínica relevante acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MCI.2</b> 
<b>2.4.1.3</b> Definición e implementación de procesos para manejar la seguridad y la integridad de todos los datos e información generados por la organización, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MCI.3</b> 
<b>2.4.1.4</b> Definición e implementación de procesos para la conservación de todos los datos e información que genera la organización, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MCI.4</b> 
<b>2.4.1.5</b> Definición e implementación de un proceso para la elaboración y actualización de documentos, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MCI.10</b> 
<b>2.4.1.6</b> Definición e implementación de un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información, acorde a lo solicitado en el propósito de los estándares correspondientes.		<b>MCI.11.1 a MCI.11.2</b> <input checked="" type="checkbox"/> 
<b>2.4.1.7</b> Definición e implementación de un proceso para comunicar información relevante de manera oportuna en toda la organización, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MCI.14</b>
<b>2.4.1.8</b> Definición e implementación de un proceso para la evaluación multidisciplinaria del expediente clínico, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MCI. 19</b>
<b>2.4.2.1</b> Definición e implementación de un proceso para la evaluación del desempeño de los directivos, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>GLD.1</b>
<b>2.4.2.2</b> Definición e implementación de un proceso para revisar y aprobar, antes de que sean utilizados en la atención del paciente, aquellos procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados como experimentales, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>GLD.3.2</b> 
<b>2.4.2.3</b> Definición e implementación de un proceso para la para la supervisión de servicios subrogados a través de especificaciones de calidad, acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>GLD.3.3</b> 

## SECCIÓN 3.

# INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS CRÍTICOS Y EL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
<b>3.1.1</b> Se ha integrado un Sistema de Medicación con enfoque proactivo y reactivo, acorde a lo solicitado en los estándares que conforman la primer área de enfoque del apartado correspondiente (MMU).		<b>MMU.1 a MMU.1.3</b> ☑ ↻ ✎
<b>3.1.2</b> Se ha integrado un Sistema de Prevención y Control de Infecciones con enfoque proactivo y reactivo, acorde a lo solicitado en los estándares que conforman la primer área de enfoque del apartado correspondiente (PCI).		<b>PCI.1 a PCI.1.3</b> ☑ ↻ ✎
<b>3.1.3</b> Se ha integrado un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones con enfoque proactivo y reactivo, acorde a lo solicitado en los estándares que conforman la primer área de enfoque del apartado correspondiente (FMS).		<b>FMS.1 a FMS.1.3</b> ☑ ↻ ✎
<b>3.1.4</b> Se ha integrado un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal con enfoque proactivo y reactivo, acorde a lo solicitado en los estándares que conforman la primer área de enfoque del apartado correspondiente (SQE).		<b>SQE.1 a SQE.1.3</b> ☑ ↻ ✎
<b>3.2.1</b> El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una Evaluación integral de Riesgos y Problemas de toda la organización, acorde a lo solicitado en los estándares que el apartado correspondiente (QPS).		<b>QPS</b> ☑ ↻ ✎
<b>3.2.2</b> El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en un Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Eventos Centinela y Cuasifallas, acorde a lo solicitado en los estándares que el apartado correspondiente (QPS).		
<b>3.2.3</b> Como resultado del análisis de la información y el uso de herramientas de calidad, el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye la implementación de protocolos de atención, acorde a lo solicitado en los estándares que el apartado correspondiente (QPS).		
<b>3.2.4</b> Como resultado del análisis de la información y el uso de herramientas de calidad, el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye la implementación de barreras de seguridad y sus mediciones, acorde a lo solicitado en los estándares que el apartado correspondiente (QPS).		
<b>3.2.5</b> Como resultado del análisis de la información y el uso de herramientas de calidad, el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye el rediseño de un proceso de riesgo a través de un Análisis de Modo y Efecto de Falla, acorde a lo solicitado en los estándares que el apartado correspondiente (QPS).		

## SECCIÓN 4.

### REQUISITOS DE ESTRUCTURA PONDERADOS COMO INDISPENSABLES

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<b>4.1</b> Se cuenta con un proceso de verificación de la fuente original para todo el personal clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en el personal clínico. (cuente o no cuente con cédula profesional)</li> </ul>	
<b>4.2</b> Existe, al menos, un médico especialista capacitado para resolver urgencias médico-quirúrgicas, responsable de los servicios de urgencias, disponible las 24 horas del día, 365 días al año.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala su especialidad y capacitación para resolver urgencias médico-quirúrgicas.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> </ul>	
<b>4.3</b> Se cuenta en cada turno con personal médico capacitado en resolver urgencias médico-quirúrgicas presente en el servicio de urgencias las 24 horas del día, 365 días al año.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala su capacitación vigente para resolver urgencias médico-quirúrgicas.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> </ul>	
<b>4.4</b> Existe personal de enfermería capacitado en Soporte Vital Avanzado (adultos y/o pediátricos acorde a la población que atiende la organización), presente las 24 horas del día, los 365 días del año, en los servicios de urgencias. (Al menos, por turno, una persona capacitada, asignada y presente en el servicio de acuerdo a rol de guardias).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala la capacitación en Soporte Vital Avanzado del personal de enfermería.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal cuando la organización no brindó (directa o indirectamente) esa capacitación.</li> </ul>	
<b>4.5</b> Existe personal de enfermería capacitado en Soporte Vital Avanzado (adultos y/o pediátricos acorde a la población que atiende la organización), presente las 24 horas del día, los 365 días del año, en las unidades donde se brinden cuidados intensivos a pacientes pediátricos y/o adultos. (Al menos, por turno, una persona capacitada, asignada y presente en el servicio de acuerdo a rol de guardias).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala la capacitación en Soporte Vital Avanzado del personal de enfermería.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal cuando la organización no brindó (directa o indirectamente) esa capacitación.</li> </ul>	
<b>4.6</b> En los servicios donde se brinda atención a neonatos (Unidades de cuidados Intensivos y Cuneros) se cuenta con personal de enfermería con capacitación vigente en Reanimación Neonatal. (Al menos, por turno, una persona capacitada, asignada y presente en el servicio de acuerdo a rol de guardias).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala la capacitación en Reanimación Neonatal del personal de enfermería.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal cuando la organización no brindó (directa o indirectamente) esa capacitación.</li> </ul>	

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<b>4.7 La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria cuenta con un médico epidemiólogo o infectólogo responsable de la unidad, acorde a la legislación aplicable vigente.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala su formación como médico infectólogo o epidemiólogo.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> </ul>	
<b>4.8 La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria cuenta con personal de enfermería con capacitación en salud pública o en vigilancia epidemiológica, acorde a la legislación aplicable vigente. (en instituciones con 0 a 100 camas, este personal deberá incrementarse en, por lo menos, una enfermera por cada 100 camas del hospital)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala la capacitación en salud pública, epidemiología o control de infecciones.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> </ul>	
<b>4.9 El personal encargado del mantenimiento y la limpieza cuenta con capacitación específica.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala la capacitación técnica para el mantenimiento y/o la limpieza de las instalaciones con que cuenta el establecimiento.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<b>4.10 Los Servicios de Laboratorio cuentan con personal profesional y técnico necesario.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia de un responsable por cada turno para los 365 días.</li> <li>✓ La existencia de técnicos en todos los turnos los 365 días.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<b>4.11 El Servicio de Radiología e Imagen cuenta con el personal profesional y técnico.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia de un responsable por cada turno para los 365 días.</li> <li>✓ La existencia de técnicos y/o personal profesional en todos los turnos los 365 días, acorde a los servicios que ofrezca.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<b>4.12 En vestíbulo, recepción y salas de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos, depósitos para basura y áreas suficientes para que los pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La adecuada ventilación, limpieza, botes para basura municipal.</li> <li>✓ Los sanitarios cuentan con insumos y al menos un inodoro para uso de personas con discapacidad.</li> </ul>	

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<b>4.13</b> Los pasillos y áreas comunes para uso de visitantes se encuentran limpios y cuentan con depósitos para basura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los pasillos y áreas comunes se encuentran limpios.</li> <li>✓ Los depósitos para basura municipal no cuentan con Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.</li> </ul>	
<b>4.14</b> El servicio de hospitalización se encuentra acorde a la legislación aplicable vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existencia de una central de enfermeras.</li> <li>✓ Existencia de cuarto séptico</li> <li>✓ Existencia de cuarto de aseo</li> <li>✓ Una toma fija por cama para el suministro de oxígeno.</li> <li>✓ Una toma de aire comprimido por cada dos camas.</li> <li>✓ Una toma fija de aspiración controlada o equipo portátil disponible.</li> <li>✓ Contenedores para Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.</li> <li>✓ Existe espacio para familiares o visitas.</li> <li>✓ Sistema de comunicación bidireccional</li> <li>✓ Insumos para la higiene de manos</li> <li>✓ En el caso de hospitalización colectiva, un sanitario y regadera por cada seis camas.</li> </ul>	
<b>4.15</b> Existe un área independiente para pacientes que requieran aislamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia del área de aislamiento con sanitario.</li> <li>✓ Filtro de aislamiento o control de acceso.</li> <li>✓ La utilización de señalamientos para Aislamiento y precauciones estándar.</li> <li>✓ Instalaciones e insumos para la higiene de manos.</li> <li>✓ Contenedores para Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.</li> </ul>	
<b>4.16</b> La Unidad de obstetricia o tocología se encuentra acorde a la legislación aplicable vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El área de valoración obstétrica</li> <li>✓ Áreas de preparación, labor, expulsión y recuperación.</li> <li>✓ El equipo y los insumos para higiene de manos.</li> <li>✓ El equipo y los insumos necesarios para la atención integral de la madre y el recién nacido.</li> </ul>	

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<p><b>4.17 La Unidad Quirúrgica se encuentra acorde a la legislación aplicable vigente.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La circulación restringida.</li> <li>✓ El área de transferencia con una barrera física, mecanismo o sistema, que permita controlar y conservar las condiciones de asepsia.</li> <li>✓ Vestidores para el personal.</li> <li>✓ Pasillo de circulación blanca en el cual se efectúe el lavado y asepsia prequirúrgica de las manos.</li> <li>✓ Área gris</li> <li>✓ La sala de operaciones cuenta con curvas sanitarias en los ángulos formados entre los muros y éstos con el piso.</li> <li>✓ Las paredes de la sala de operaciones están recubiertas de material de fácil limpieza.</li> <li>✓ La ventilación artificial sin recirculación de aire.</li> </ul>	
<p><b>4.18 La Unidad de tococirugía se encuentra acorde a la legislación aplicable vigente.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El área se encuentra cercana al área de labor.</li> <li>✓ Acabado e instalaciones similares a la Unidad Quirúrgica.</li> <li>✓ El equipo y los insumos para higiene de manos.</li> <li>✓ El equipo y los insumos necesarios para la atención integral de la madre y el recién nacido.</li> </ul>	
<p><b>4.19 Las áreas donde se brinda atención médica de urgencias, siguen los lineamientos señalados en legislación aplicable vigente. (Servicios de Urgencias o de Admisión Médica Continua)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La accesibilidad desde el exterior.</li> <li>✓ Módulo de recepción y control, estación de camillas y sillas de ruedas</li> <li>✓ Consultorios o cubículos para valoración, Sala de Espera, Área de observación, Sala de choque.</li> <li>✓ Una toma fija por cama para el suministro de oxígeno; una toma de aire comprimido por cada dos camas y una toma fija de aspiración controlada o equipo portátil disponible.</li> <li>✓ Contenedores para Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.</li> <li>✓ Área de descontaminación de pacientes.</li> <li>✓ El apoyo de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento las 24 horas del día, los 365 días del año.</li> <li>✓ El acceso a un banco de sangre o servicio de transfusión</li> </ul>	

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<p><b>4.20</b> Los consultorios siguen los lineamientos señalados en legislación aplicable vigente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El área para la entrevista del paciente y otra para la exploración física</li> <li>✓ El equipo y los insumos para higiene de manos.</li> <li>✓ En caso de que realicen procedimientos se cuenta con contenedores para Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.</li> </ul>	
<p><b>4.21</b> Las áreas de almacenamiento, preparación y distribución de alimentos son proporcionales al número de camas existente en el establecimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Suficiencia para el almacenamiento y preparación de alimentos según el número de camas.</li> <li>✓ El equipo y los insumos para higiene de manos.</li> <li>✓ Sistema de almacén con refrigeración.</li> </ul>	
<p><b>4.22</b> Se cuenta con planta eléctrica de emergencia en condiciones de funcionamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia, funcionamiento y capacidad de la planta de emergencia para dotar de energía a servicios críticos (urgencias, quirófanos, cuidados intensivos, laboratorios)</li> </ul>	
<p><b>4.23</b> Se cuenta con los materiales, medicamentos, equipo y el instrumental necesario para brindar los servicios que oferta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia de los materiales, medicamentos, equipo y el instrumental acorde al contexto de la organización.</li> <li>✓ El proceso para obtener de manera rápida los materiales, medicamentos, equipo y el instrumental que no se encuentren disponibles.</li> </ul>	
<p><b>4.24</b> Los Servicios de Laboratorio cuentan con las condiciones y el equipo necesarios para realizar su función acorde a la legislación aplicable vigente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Las áreas para toma de muestras, en su caso también para pacientes pediátricos.</li> <li>✓ Contenedores para Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.</li> <li>✓ El equipo se encuentra funcionando en condiciones óptimas.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<p><b>4.25</b> En los Servicios de Radiología e Imagen, donde se practiquen estudios invasivos o bajo anestesia o sedación se debe contar con un carro de paro cardiorrespiratorio con medicamentos y equipo en buenas condiciones de funcionamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El medicamento no se encuentra caducado.</li> <li>✓ El equipo se encuentra en buenas condiciones de uso.</li> <li>✓ Su ubicación permite su rápida accesibilidad.</li> </ul>	



REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<b>4.26</b> El establecimiento asegura que se cumpla con la legislación aplicable vigente para la salud, para el manejo de psicotrópicos y estupefacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El permiso para utilizar recetarios especiales con código de barras o código bidimensional (QR) para prescribir estupefacientes.</li> <li>✓ El permiso de libros de control de estupefacientes y psicotrópicos.</li> </ul>	
<b>4.27</b> En caso de que el establecimiento no cuente con farmacia, deberá contar con un stock definido para los casos de urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El inventario y su congruencia con la demanda de servicios que presta el establecimiento y su movimiento de los últimos cuatro meses.</li> </ul>	
<b>4.28</b> El establecimiento se asegura que el banco de sangre o servicio de transfusión cumpla con lo estipulado la legislación aplicable vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Áreas de congelación y refrigeración.</li> <li>✓ Suministro permanente de energía eléctrica.</li> <li>✓ Libro de registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y componentes.</li> <li>✓ Contenedores de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.</li> </ul>	
<b>4.29</b> Existe un expediente clínico con formatos estructurados para cada uno de los tipos de notas realizadas por personal clínico, acorde a la legislación aplicable vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia de expedientes en archivo clínico y en hospitalización.</li> </ul>	
<b>4.30</b> En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado, firmadas por el paciente y/o familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia de las cartas de consentimiento informado en expedientes en archivo clínico y en hospitalización.</li> </ul>	
<b>4.31</b> Se cuenta con un Comité Calidad y Seguridad del Paciente, (COCASEP).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>✓ En cada una de las sesiones se aborda la implementación del Modelo del CSG, seguimiento de las MISP y los Sistemas Críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente acorde al Modelo del CSG.</li> </ul>	
<b>4.32</b> Se cuenta con el Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales, (CODECIN).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>✓ En cada una de las sesiones se aborda la implementación del Sistema Crítico de Prevención y control de Infecciones y del Programa Integral de Lavado de Manos (MISP.5) acorde al Modelo del CSG.</li> </ul>	

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<b>4.33 Se cuenta con un Comité de Seguridad y Atención Médica en Caso de Desastre.</b>	✓ Su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.	
<b>4.34 Se cuenta con un Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>✓ En cada una de las sesiones se aborda la implementación del Sistema Crítico de Medicación.</li> </ul>	
<b>4.35 Se cuenta con un Comité de Expediente Clínico.</b>	✓ Su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.	
<b>4.36 Se cuenta con permiso sanitario de construcción acorde a la legislación aplicable vigente.</b>	✓ Su existencia mediante acta constitutiva cuando se lleven a cabo construcciones, acondicionamientos, rehabilitaciones, ampliaciones y/o equipamientos.	
<b>4.37 Si se realiza Cirugía Bariátrica en el establecimiento, existe un coordinador del servicio (personal clínico: médico o enfermera).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> </ul>	
<b>4.38 Existen habitaciones destinadas a dar servicio a pacientes obesos post operados de Cirugía Bariátrica, que permiten una accesibilidad y movimiento adecuados.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Las puertas de salida, la puerta del baño y los pasillos permiten el movimiento del equipo especial para pacientes obesos.</li> <li>✓ Cuentan con las instalaciones según el peso máximo de los pacientes que operan y los equipos destinados para su atención.</li> </ul>	
<b>4.39 La unidad quirúrgica en donde se realice Cirugías Bariátricas cuenta con las instalaciones adecuadas para el manejo de pacientes obesos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El espacio de entrada para el quirófano es suficiente para el manejo de pacientes obesos.</li> <li>✓ Equipo de movilización para pacientes obesos</li> <li>✓ Mesa quirúrgica de acuerdo al peso que habitualmente maneja la unidad hospitalaria.</li> </ul>	
<b>4.40 Se cuenta con equipo, instrumental, inmobiliario y medios de transporte (camillas, sillas de ruedas, grúas) adecuadas para el manejo de pacientes obesos.</b>	✓ Su existencia de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en el establecimiento.	

## SECCIÓN 5.

### REQUISITOS DE ESTRUCTURA PONDERADOS COMO NECESARIOS

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<b>5.1 En los servicios de mayor complejidad existe sólo personal de enfermería profesional y especializado.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En las áreas donde se brindan servicios especializados, cuidados intensivos y Quirófano, en todos los turnos, existen sólo enfermeras tituladas y con la especialidad o capacitación que corresponde al área.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> </ul>	
<b>5.2 El establecimiento tiene definidos los indicadores de médicos cirujanos especialistas, anesthesiólogos, enfermeras quirúrgicas y ayudantes para cada turno y área quirúrgica conforme al número de cirugías que se realizan y quirófanos con que cuenta.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia y cumplimiento en un documento normativo de los indicadores de médicos, paramédicos y enfermeras por sala quirúrgica y tipo de cirugía.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> </ul>	
<b>5.3 El responsable del servicio de diagnóstico, propio o subrogado, está reconocido y tiene la especialidad o certificación del consejo correspondiente: radiólogo, patólogo, hematólogo, patólogo clínico, químico farmacobiólogo o químico clínico, cardiólogo, etc.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias del personal.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<b>5.4 En cada turno se cuenta con un profesional especializado y por lo menos un técnico especializado: laboratorista, radiólogo, endoscopista, ultrasonografista, en hemodinamia, etc. y uno o varios ayudantes capacitados para realizar estudios acordes con el equipo con que cuenta el servicio.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<b>5.5 El responsable de los servicios de tratamiento como, radioterapia, quimioterapia, litotripsia, clínica del dolor, inhaloterapia, etc., propio o subrogado, es un médico certificado en la especialidad correspondiente.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<b>5.6 Cada consultorio cuenta con el personal de apoyo o de enfermería suficiente de acuerdo al parámetro definido por la propia organización.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> <li>✓ El registro de asignación de personal.</li> </ul>	

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<b>5.7</b> Se especifican las responsabilidades, funciones y privilegios, según corresponda al personal.	✓ La documentación relacionada con cada disciplina o categoría del personal clínico y no clínico.	
<b>5.8</b> Existe un mecanismo documentado para la revisión de antecedentes laborales y profesionales del personal.	✓ La documentación relacionada con cada disciplina o categoría del personal clínico y no clínico	
<b>5.9</b> La dirección general del establecimiento es responsabilidad de un profesional calificado que cuenta además con experiencia y capacitación administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La experiencia comprobada en puestos directivos.</li> </ul>	
<b>5.10</b> La dirección médica del establecimiento es responsabilidad de un profesional calificado que cuenta además con experiencia y capacitación administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La experiencia comprobada en puestos directivos.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> </ul>	
<b>5.11</b> La dirección administrativa del hospital es responsabilidad de un profesional calificado que cuenta con experiencia y capacitación en administración de hospitales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La experiencia comprobada en puestos directivos.</li> </ul>	
<b>5.12</b> El responsable de enfermería del establecimiento cuenta con licenciatura en enfermería o es enfermera(o) general, con especialidad en administración y/u otra especialidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La experiencia comprobada en puestos directivos.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> </ul>	
<b>5.13</b> En cada una de las cuatro especialidades básicas existe un jefe de servicio o responsable médico especialista certificado y una jefa de enfermería especialista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> <li>✓ Los nombramientos emitidos por el establecimiento.</li> </ul>	
<b>5.14</b> Todo jefe de servicio de especialidad médica, debe estar certificado y recertificado por el Consejo de la especialidad correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> <li>✓ Los nombramientos emitidos por el establecimiento.</li> </ul>	
<b>5.15</b> El responsable de calidad y seguridad del paciente cuenta con las competencias necesarias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ Los nombramientos emitidos por el establecimiento.</li> </ul>	

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<b>5.16</b> El personal asignado a actividades relacionadas con la implementación del Modelo del CSG cuenta con las competencias necesarias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ Los nombramientos emitidos por el establecimiento.</li> </ul>	
<b>5.17</b> En el área quirúrgica la cantidad de salas es congruente con las cirugías programadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La programación de cirugía del último mes.</li> <li>✓ Las salas de cirugía son suficientes para efectuar las cirugías programadas sin diferimientos por esta causa.</li> </ul>	
<b>5.18</b> Las instalaciones, distribución espacial y mobiliario del área de sala de espera de Consulta Externa siguen los lineamientos señalados en la legislación aplicable vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La suficiencia de la sala de espera,</li> <li>✓ Asientos cómodos, 6 por consultorio.</li> <li>✓ Insumos para higiene de manos</li> <li>✓ El módulo de recepción, información y/o citas.</li> </ul>	
<b>5.19</b> El establecimiento cuenta con los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad, acorde a la legislación aplicable vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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 del hospital.</li> <li>✓ Sanitarios para personas con discapacidad.</li> </ul>	
<b>5.20</b> Se cumple con las especificaciones de almacenamiento de los insumos señalados por el fabricante y la regulación oficial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Todas las áreas donde se almacenan los insumos médicos cuentan con las condiciones adecuadas.</li> </ul>	
<b>5.21</b> Existe un responsable del control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en el establecimiento, según lo establece la legislación aplicable vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación y su vigencia.</li> </ul>	
<b>5.22</b> Existe un responsable del resguardo de los medicamentos controlados para las áreas de hospitalización donde se utilizan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitar el nombramiento del responsable.</li> </ul>	
<b>5.23</b> El establecimiento cumple con la expedición de certificados de defunción y certificados de muerte fetal conforme a la legislación aplicable vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación en archivo clínico y en hospitalización.</li> </ul>	
<b>5.24</b> Se cuenta con un Comité de Ética.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> </ul>	
<b>5.25</b> Se cuenta con un Comité de Farmacovigilancia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> </ul>	
<b>5.26</b> Se cuenta con un Comité de Mortalidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> </ul>	

## SECCIÓN 6.

### REQUISITOS DE ESTRUCTURA PONDERADOS COMO CONVENIENTES

REQUISITOS	VERIFICAR	CALIFICACIÓN
<b>6.1 El personal técnico de enfermería no debe ser 70 % o más del total.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El personal auxiliar no exceda 30% de la plantilla del personal de enfermería en ninguno de los turnos.</li> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal</li> </ul>	
<b>6.2 El personal de cocina, propio o subrogado, cuenta con capacidad y experiencia necesarias para la preparación de alimentos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<b>6.3 Existe un responsable designado formalmente por las autoridades del establecimiento para cada tipo de personal clínico en proceso de formación.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> <li>✓ Los nombramientos emitidos por el establecimiento.</li> <li>✓ El nombramiento avalado por una institución académica reconocida para cada personal clínico que se encuentre en prácticas clínicas en el establecimiento.</li> </ul>	
<b>6.4 El responsable de calidad y seguridad del paciente cuenta con un cargo (puesto) oficial que depende directamente de la dirección.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El organigrama del establecimiento.</li> <li>✓ Los nombramientos y la documentación emitidos por el establecimiento.</li> </ul>	
<b>6.5 Cada turno en que se programen servicios de tratamiento tiene un médico especializado y por lo menos un técnico especializado o enfermera debidamente capacitada y uno o varios ayudantes para realizar las tareas requeridas por el servicio.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<b>6.6 El responsable de los servicios de rehabilitación, propio o subrogado es un médico certificado en la especialidad correspondiente: medicina física y subespecialidad en caso necesario: fisiología pulmonar, rehabilitación cardiovascular, etc.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	

<p><b>6.7 Cada turno en que se programen servicios de rehabilitación tiene un médico especializado y por lo menos un técnico especializado o enfermera debidamente capacitada y uno o varios ayudantes para realizar las tareas requeridas por el servicio.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal.</li> <li>✓ Las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.</li> </ul>	
<p><b>6.8 Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación.</li> <li>✓ Cada puerta tiene el nombre del servicio o del área.</li> <li>✓ Los señalamientos de rutas de circulación son claros y visibles.</li> </ul>	
<p><b>6.9 En las áreas de internamiento hay facilidad de vigilancia desde la central de enfermería.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La central de enfermería se encuentra cercana a las camas que están bajo su responsabilidad.</li> <li>✓ No existen muebles o equipo que obstruyan el acceso rápido del personal de enfermería.</li> </ul>	
<p><b>6.10 La planta eléctrica aporta energía a elevadores para transferencia de pacientes.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia, funcionamiento y capacidad de la planta.</li> </ul>	
<p><b>6.11 La capacidad mínima de las cisternas o tinacos puede cubrir los requerimientos internos del establecimiento al menos 24 horas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia, funcionamiento y capacidad de las cisternas o tinacos</li> </ul>	
<p><b>6.12 Las líneas de distribución para gases medicinales se identifican con etiquetas y rotulación.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia de las etiquetas y rótulos de color verde para el oxígeno, y de color azul para el óxido nitroso.</li> </ul>	
<p><b>6.13 El cuarto para pacientes que requieren aislamiento cuenta con un sistema de aire acondicionado con filtros de alta eficiencia.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia y funcionamiento del sistema que permita la circulación cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora.</li> </ul>	
<p><b>6.14 Se cuenta con señalización de prohibición de fumar.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia de la señalización en lugares visibles.</li> </ul>	
<p><b>6.15 El formato y los métodos para difundir datos e información están estandarizados.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los reportes estadísticos clínicos, epidemiológicos y administrativos más recientes, últimos cuatro meses, y verificar que se encuentren estandarizados, sean claros y completos.</li> </ul>	
<p><b>6.16 Si la definición y la implementación del Modelo se coordina (realiza o dirige) por personal que no pertenece a la organización (p.e. consultor), se cuenta con las competencias adecuadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La documentación que avala las competencias y capacitación del personal.</li> <li>✓ La documentación de la verificación de fuente original en ese personal</li> </ul>	







# **SiNaCEAM**

**Sistema Nacional de Certificación de  
Establecimientos de Atención Médica**

**Homero No. 213, Piso 2, Col. Chapultepec Morales,  
C.P. 11570, Deleg. Miguel Hidalgo, Ciudad de México.**

**Tel.: (55) 2000-3400 Ext. 59036**

**[www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx)**