



CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL

**Comisión para la Certificación de  
Establecimientos de Atención Médica**

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

**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

**Enero de 2009**

## **CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

### **Presidente del Consejo de Salubridad General**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

### **Secretario del Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vocales:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Secretaría de Desarrollo Social

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

Secretario de Economía

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

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Secretaría de Educación Pública

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Academia Nacional de Medicina

Academia Mexicana de Cirugía

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto Politécnico Nacional

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

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

Fundación Mexicana para la Salud

Secretaría de Salud en el Estado de Sonora y representante de la Zona Noroeste

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

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



**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

Secretaría de Salud y Director General de los Servicios de Salud de  
Yucatán, Representante de la Zona Sureste  
Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal  
Coordinación General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación  
Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos  
Academia Mexicana de Pediatría  
Sociedad Mexicana de Salud Pública  
Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas  
Asociación Nacional de Hospitales Privados  
Colegio Médico de México  
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería  
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. Enrique Ruelas Barajas

### **Secretaria Técnica de la Comisión**

Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

### **Instituciones participantes:**

Secretaría de Salud

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Academia Nacional de Medicina

Academia Mexicana de Cirugía

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Universidad Nacional Autónoma de México

Secretaría de Salud en el Estado de Sonora y representante de la Zona Noroeste

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

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

Secretaría de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán, Representante de la Zona Sureste

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Sociedad Mexicana de Salud Pública

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

Colegio Médico de México

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud

Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

**AGRADECIMIENTO ESPECIAL POR SU COLABORACIÓN EN LA REVISIÓN, DISCUSIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL PRESENTE MANUAL:**

**Ing. Antonio Silva Pérez**  
Evaluador de la Joint Commission International

**Lic. Enf. Beatriz Gutiérrez Moreno**  
O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara

**Dr. Víctor Manuel López Raya**  
Hospital General de México

**Dra. Martha Sobreyra Oropeza**  
Hospital de la Mujer “Dr. Jesús Alemán Pérez”  
Secretaría de Salud

**Dra. Sara Gutiérrez Dorantes**  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**Dra. María Eugenia Espinosa Pérez**  
**Dr. René Jaime Toro Calzada**  
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**Lic. Enf. Elizabeth A. Flores Ahumada**  
**Lic. Enf. Elvira Gámez Ruiz**  
Petróleos Mexicanos

**Lic. Irene Rodríguez Fletcher**  
Centro Médico ABC

**Lic. Enf. Raquel Anaela Martínez Mesa**  
Hospital Español  
Sociedad de Beneficencia Española, I.A.P.

**Mtra. Norma Contreras Rodríguez**  
Grupo Christus Muguerza

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>Contacto</b>	<b>7</b>
<b>Introducción</b>	<b>8</b>
<b>Estructura de la Cédula para Certificar Hospitales</b>	<b>13</b>
<b>Políticas de Certificación del Consejo de Salubridad General</b>	<b>16</b>
<b>Proceso de Auditoría</b>	<b>19</b>
<b>Plan Específico de Auditoría</b>	<b>20</b>
1. Conferencia de Apertura	26
2. Presentación de la visión general de los servicios del hospital y plan de mejora de la calidad y seguridad	28
3. Planeación del Equipo Auditor	30
4. Revisión de Documentos	32
5. Sesiones de Retroalimentación	35
6. Recorrido por las Instalaciones	37
7. Rastreadores de Pacientes	41
8. Rastreador del Sistema de Manejo de Medicamentos	44
9. Rastreador del Sistema de Control de Infecciones	47
10. Rastreador del Sistema de uso de la Información	50
11. Rastreador del Sistema de administración y seguridad de las instalaciones	53
12. Revisión y Calificación de Expedientes Clínicos cerrados	57
13. Sesión sobre Calificaciones y Educación del Personal	58
14. Sesión de Liderazgo	60
15. Reunión del Equipo Auditor	62
16. Preparación del Informe de Auditoría	63
17. Sesión de Clausura con directivos	64
<b>Recomendaciones a Directivos</b>	<b>65</b>
<b>Anexos de Apoyo para la Auditoría</b>	<b>67</b>
Anexo A Políticas, procedimientos y otros documentos por Apartados	68
Anexo B Formato para el Rastreador de Pacientes	112
Anexo C Formato para evaluar el Time-Out	115
Anexo D Formato para evaluar el Equipo de Reanimación Neonatal	117
Anexo E Formato para revisar los Planes de las Instalaciones	119
Anexo F Formato para la evaluación del Expediente Clínico	121
Anexo G Formato para la revisión de Expedientes de Personal	134
Anexo H Formato para evaluar Estructura, Procesos y Resultados en el Servicio de Hemodiálisis	138
Anexo I Formato para evaluar Estructura, Procesos y Resultados en Rehabilitación	146
Anexo J Formato para evaluar Estructura, Procesos y Resultados en el Servicio de Psiquiatría	153
Anexo K Formato para evaluar Estructura Indispensable Hospitalaria	158

## CONTACTO

Oficina del SiNaCEAM  
Homero 213, piso 2,  
Col. Chapultepec Morales, Del. Miguel Hidalgo  
C.P. 11570, México, D.F.  
Tel: (0155) 5263-9270  
Fax: (0155) 5263-9250 Ext. 1047  
Correo electrónico: sinaceam@salud.gob.mx

- Podrá consultar cualquier inquietud o duda que tenga sobre el proceso de certificación de establecimientos de atención médica.
- Podrá consultar el estatus en que se encuentra el proceso de certificación de su establecimiento, sea el resultado de la autoevaluación, la programación (fecha, días de auditoría y equipo auditor) y el resultado del dictamen de la Comisión de Certificación.
- Interpretación y aclaración de los estándares y elementos medibles específicos.
- Leyes, reglamentos, normas y programas en que se encuentran sustentados los estándares y elementos medibles para la certificación.

**Sitio Web del SiNaCEAM:** <http://www.csg.salud.gob.mx/interiores/certificacion/certifica.html>

Información sobre:

- Antecedentes de la Certificación en México.
- Cédulas de Inscripción, Estándares para la Autoevaluación de Estructura y Estándares para la Auditoría de Establecimientos Hospitalarios, Ambulatorios, Psiquiátricos, de Rehabilitación y de Hemodiálisis.
- Establecimientos de Atención Médica con Certificado vigente.
- Boletín de Información

## INTRODUCCIÓN

El presente Manual tiene el propósito de facilitar, a los directivos de los Hospitales, a los responsables de Certificación y al público en general, el entendimiento del proceso de evaluación que implica la Certificación de Hospitales por el Consejo de Salubridad General.

En el caso específico de los directivos de Hospitales, la lectura, comprensión y entendimiento del presente manual, representa un paso fundamental para preparar a su establecimiento para el proceso de certificación.

Este Manual le brindará un panorama integral para entender los requisitos de inscripción, el cumplimiento de la Autoevaluación, la preparación para recibir la Auditoría, sus expectativas de la Auditoría y las políticas de Certificación.

No obstante lo anterior, si Usted tiene alguna duda, comentario, sugerencia y/o inconformidad respecto a lo asentado en este Manual o durante el proceso de certificación de su hospital, por favor contáctenos, ya sea por teléfono, mediante correo electrónico y/o mediante una cita.

### **¿Qué es la Certificación de Establecimientos de Atención Médica?**

Es el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

### **¿Para que sirve la Certificación?**

El objetivo del SiNaCEAM es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

Las ventajas competitivas son las siguientes:

- Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención médica, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares y a la ciudadanía, que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad
- Prueba que su Hospital es competitivo internacionalmente.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

En el caso de los hospitales privados, pueden:

- formar parte de una Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES).
- tener el reconocimiento y negocio con alguna Aseguradora.
- participar en los procesos de adquisición de servicios de atención médica que sean convocados por el Gobierno Federal y los Gobierno de las Entidades Federativas.

En el caso de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud:

- podrán incorporarse o poder seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud.

### **El Consejo de Salubridad General**

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García. Tiene su fundamento en el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado; de conformidad con el artículo 4º de la Ley General de Salud, representa la segunda autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El ámbito de acción del Consejo abarca todas las organizaciones públicas y privadas, que constituyen el Sistema Nacional de Salud, y a todas aquellas que están relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales.

El Consejo de Salubridad General tiene como mandato la emisión de disposiciones en materia de salubridad general de la República, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en su Reglamento Interior, aprobadas por el Presidente de la República, se encuentra el promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica

### **Certificación de Establecimientos de Atención Médica**

En noviembre de 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países, para otorgar y recibir atención.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

El primer elemento quedó claramente determinado al establecerse que como requisito legal para otorgar atención médica en cualquiera de los tres países, era necesario certificar las competencias de los médicos, a través de los Consejos o “Boards” de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.

En cuanto al tránsito de pacientes, se hacía necesario que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas por organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que se estuvieran ofertando.

México carecía de una instancia certificadora de los estándares requeridos para ofrecer atención médica con buena calidad. Tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación en forma independiente, en congruencia con los programas de trabajo propios de cada Institución. Como antecedentes inmediatos se tenía que:

- En 1983 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial, coordinado inicialmente por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud, con el propósito fundamental de desarrollar y uniformar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud, concluyendo con la publicación del trabajo: “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, publicado en la Revista Salud Pública de México en 1990, dichas Bases fueron aplicadas en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención de los Centros Médicos del IMSS entre 1983 y 1985.
- En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), el cual emitió el “Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud” y un documento para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, solamente el primero fue autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaría de Salud.

Ante la necesidad de contar con una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debería ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá; para lo anterior se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro. Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Cabe señalar que la Comisión Nacional de Certificación

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

de Hospitales, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica.

A principios de 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado, se publicaron los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
- Convocatoria dirigida a las persona físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

Los documentos publicados establecieron las bases conceptuales y los procedimientos para la Certificación de Hospitales, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras; con ello se respondió a la necesidad de Certificar Hospitales y de contar con un Organismo Certificador.

Se estableció que la certificación sería voluntaria y con un costo determinado, el cual debía ser cubierto en un 50% por cada hospital y el 50% restante por el Consejo de Salubridad General. La aceptación de la certificación fue muy importante, se presentaron 446 solicitudes, logrando certificarse el 77%, esto es 343 hospitales.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual fue asentado 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.

Posteriormente, derivado de un análisis que realizó la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al desempeño del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, acordó fortalecer la Certificación, mejorar su eficiencia y efectividad. Aunado a lo anterior en el Programa Nacional de

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

Salud 2007-2012 publicado en octubre de 2007, se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente.

Como resultado de lo anterior, el 13 de Junio de 2008, el Consejo de Salubridad General, publicó 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, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno. Entre otras, se le asignó al SiNaCEAM la función de investigar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el modelo de Certificación.

En este contexto, con la participación de la Joint Commission International (JCI) y representantes de las instituciones públicas y privadas que brindan atención a la salud, se modificó la Cédula para auditar Hospitales integrando una nueva con Estándares Internacionales Homologados con la JCI, la cual responde a los requisitos en materia de la Seguridad de los Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias.

## **ESTRUCTURA DE LA CÉDULA PARA CERTIFICAR HOSPITALES**

La Cédula para Certificar Hospitales versión 2009, consta de 2 capítulos: el capítulo I se refiere a los Estándares Internacionales y el capítulo II a los Estándares Nacionales, en ambos se incluyen requerimientos legales de México (Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Normas Oficiales Mexicanas y otras) y estrategias del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012.

El **Capítulo I, Estándares Internacionales**, consta de 3 secciones, la primera abarca los estándares centrados en el paciente, la segunda estándares de gestión del establecimiento de atención médica y la tercera las metas internacionales para la seguridad del paciente.

El **Capítulo II, Estándares Nacionales**, también consta de 3 secciones, la primera abarca los estándares centrados en el paciente, la segunda estándares de gestión del establecimiento de atención médica, y la tercera los sistemas de información.

Los **estándares centrados en el paciente** abarcan los siguientes apartados:

- Acceso a la atención y continuidad de la misma (ACC)
- Derechos del paciente y de su familia (PRF)
- Evaluación de pacientes (AOP)
- Atención de pacientes (COP)
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
- Manejo y uso de medicamentos (MMU)
- Educación del paciente y de su familia (PFE)

Los **estándares de gestión del establecimiento de atención médica** abarcan los siguientes apartados:

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)
- Prevención y control de infecciones (PCI)
- Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)
- Gestión y seguridad de la instalación (FMS)
- Calificaciones y educación del personal (SQE)
- Manejo de la comunicación y la información (MCI)

Los objetivos y los elementos medibles descritos en la sección **metas internacionales para la seguridad del paciente**, se basan en las “Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente” publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 27 de mayo de 2007. En esta sección se identifican áreas de riesgo dentro del hospital y describen soluciones basadas en evidencias y conocimientos de expertos. Las metas internacionales para la seguridad del paciente están estructuradas en 6 objetivos:

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- Identificar correctamente a los pacientes.
- Mejorar la comunicación efectiva.
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud relacionadas con la atención médica.
- Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

La sección de **sistemas de información** contiene indicadores de procesos y resultados que permiten dar seguimiento y evaluar los procesos, programas y sistemas de atención médica y de servicios en general.

En total, la cédula para la certificación de hospitales se integra por **342 estándares** y **1354 elementos medibles**. Cada estándar cuenta con un propósito y varios elementos medibles.

El **estándar** es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.

El **propósito** es una breve explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar, puede contener expectativas detalladas del estándar que se evalúa en el proceso de auditoría.

Los **elementos medibles** son aquellos requisitos del estándar a los que se les asignará una calificación durante el proceso de auditoría. Enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta y proporcionan mayor claridad a los estándares. Los elementos medibles serán calificados con la siguiente escala:

- **NA** (sin valor): significa que **no aplica el elemento medible** y reduce el denominador para calcular adecuadamente el porcentaje de cumplimiento.
- **Cero (0)**: significa que **no cumple**.
- **Cinco (5)**: significa que **cumple parcialmente**.
- **Diez (10)**: significa que **cumple totalmente**.

Por lo tanto cada elemento medible de un estándar se califica como “cumple”, “cumple parcialmente”, “no cumple” o “no aplica”.

Se califica como **“cumple”** cuando la respuesta es “sí” o “siempre” al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:

- Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de 12 meses para recertificación;

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- Se observa cumplimiento en el período inmediato anterior de cuatro meses para primera certificación.

Se califica como **“cumple parcialmente”** cuando la respuesta es “habitualmente” o “a veces” al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:

- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 5-11 meses para recertificación;
- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediato anterior de 1-3 meses para primera certificación.

Se califica como **“no cumple”** si la respuesta es “rara vez” o “nunca” al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:

- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediatamente anterior de 0-4 meses para recertificación;
- Se obtienen las mismas respuestas en un período inmediatamente anterior de menos de un mes para primera certificación.

Se califica como **“no aplica”** si los requerimientos del elemento medible no corresponden los servicios que brinda el hospital.

## **POLÍTICAS DE CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

El proceso para la certificación está compuesto de 3 fases mediante las cuales el Consejo de Salubridad General, a través de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica y, de manera operativa, de la Dirección General Adjunta de Articulación, evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Dichas fases son:

- Inscripción y Autoevaluación.
- Auditoría.
- Dictamen.

### **INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN.**

La primera fase incluye la inscripción al SiNaCEAM y la autoevaluación de estándares de estructura.

Para poder inscribirse al SiNaCEAM, el hospital deberá:

- Tener, por lo menos, un año de funcionamiento.
- Demostrar que cuenta con la Licencia Sanitaria, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que brinden y de acuerdo a la normatividad vigente.
- En los casos que aplique, haber pasado, por lo menos un año, después de haber recibido un dictamen de “No Certificado” por parte de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- 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.

La autoevaluación de estándares de estructura, que realiza la misma unidad, consiste en la revisión de los requisitos mínimos obligatorios (establecidos en la normatividad vigente) de infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Los estándares se agrupan en tres ponderaciones: Indispensables, Necesarios y Convenientes. Para que los Establecimientos de Atención Médica accedan a la fase de auditoría, deberán haber cumplido el 100% de los estándares ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los “Necesarios” y el 50% o más de los “Convenientes”.

El formato de “Solicitud de inscripción para Establecimientos de Atención Médica Hospitalaria” y la Cédula de “Estándares para la Autoevaluación de Estructura para

Establecimientos de Atención Médica Hospitalaria” pueden obtenerse de la página web:  
[http://www.csg.salud.gob.mx/interiores/certificacion/cert\\_hospitales.html](http://www.csg.salud.gob.mx/interiores/certificacion/cert_hospitales.html)

## AUDITORÍA

Esta segunda fase se lleva a cabo por medio de la auditoría a los estándares centrados en el paciente, estándares de gestión del establecimiento, metas internacionales de seguridad para los pacientes y sistemas de información. La evaluación del grado de cumplimiento de los estándares es mediante la metodología rastreadora, la cual permite a los auditores “rastrear” la experiencia de un paciente en su cuidado, tratamiento y servicios recibidos durante su paso por los distintos Servicios por los que ha sido atendido en el Hospital. La misma metodología permite evaluar el desempeño de sistemas “exitosos” del Hospital.

Durante la auditoría se llevan a cabo dos tipos de actividades rastreadoras:

- De paciente.
- De sistemas.

El **rastreador de paciente** es un método de evaluación donde cada auditor selecciona un paciente y utiliza su expediente clínico como mapa para observar los Servicios de atención, realizar diversas entrevistas al personal, revisar políticas y constatar registros, todo ello permite evaluar el cumplimiento de los estándares seleccionados y los sistemas de la organización que proveen cuidados y servicios. Los expedientes de los pacientes se seleccionarán de acuerdo a su vulnerabilidad, los padecimientos más frecuentes que se atienden en el hospital, los que llevan más días de estancia intrahospitalaria y que hayan requerido la atención de varios Servicios.

Al ir evaluando los rastreadores de pacientes, los auditores también evalúan los sistemas de toda la organización, es decir, rastreadores de sistemas, que permiten explorar temas relacionados con la seguridad y la calidad de la atención.

Existen 4 tipos de **rastreadores de sistemas**:

- Manejo de medicamentos.
- Control de infecciones.
- Uso de la Información.
- Administración y Seguridad de las Instalaciones.

El rastreador de **manejo de medicamentos** examina los procesos de selección, adquisición, almacenaje, receta y transcripción, administración y monitoreo de los efectos de los medicamentos en el interior del hospital y así como los riesgos potenciales. Se emplean varios métodos para evaluar el sistema de manejo de medicamentos, incluyendo una sesión de discusión en grupo, un rastreador enfocado al manejo de medicamentos e información procedente de varias actividades rastreadoras de paciente individual.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

El rastreador de **control de infecciones** inicia en un área de atención a pacientes seleccionada por el auditor, posteriormente se pueden desplazar a diferentes servicios para observar y entrevistar al personal médico, enfermería, laboratorio y jefes de servicio. La actividad concluirá con una breve reunión con los responsables del control de infecciones.

El rastreador de **uso de la información** está enfocado en el análisis e interpretación de los datos para la mejora de la calidad y seguridad de los pacientes. Consiste en la discusión por parte de los responsables de los Servicios y los auditores sobre las medidas que están tomando para mejorar el desempeño de todo el hospital.

El rastreador de **administración y seguridad de las instalaciones** consiste en la identificación de las acciones necesarias para proporcionar una instalación segura y funcional, capaz de responder ante los riesgos identificados.

Es importante comentar que, con el propósito de que la auditoría se lleve a buen término y dentro de las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el director del hospital deberá asegurar un espacio físico dentro del hospital exclusivo para el uso de los auditores, provisto de equipo de cómputo con acceso a Internet e impresora y un paquete de 500 hojas blancas tamaño carta; además, en el mismo sitio, deberá proporcionar alimentos a los auditores en los horarios señalados en el Plan Específico de la Auditoría.

Todos los días que dure la Auditoría, exceptuando el primero de ellos, el equipo auditor llevará a cabo una breve sesión de retroalimentación donde se señalarán los hallazgos contundentes detectados durante la evaluación; si el cuerpo de gobierno, jefes de Servicio o personal operativo implementa medidas correctivas inmediatas durante el transcurso de la auditoría, no cambiarán las calificaciones asentadas en los elementos medibles.

## **DICTAMEN**

Una vez que el Informe de Auditoría es entregado al Consejo de Salubridad General, este es revisado y validado para procesarlo en un reporte que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en sesión colegiada, revisa y dictamina.

Se **certifica** un establecimiento cuando **cumple con todos** los siguientes aspectos:

1. El establecimiento muestra **cumplimiento aceptable con cada uno de los estándares**. Se define como cumplimiento aceptable una **calificación promedio igual o mayor a “5” para cada estándar**.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

2. El establecimiento muestra **cumplimiento aceptable en cada apartado**. Se define como cumplimiento aceptable una **calificación promedio igual o mayor a “6” para cada apartado**.
3. El establecimiento muestra un **cumplimiento aceptable en términos generales**. Se define como cumplimiento aceptable una **calificación promedio igual o mayor a “6” en toda la Cédula**.
4. El establecimiento muestra **cumplimiento aceptable de los requerimientos de todas las Metas Internacionales de Seguridad de Pacientes**. Se define como cumplimiento aceptable una calificación promedio mayor igual a “5” en cada elemento medible de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
5. El establecimiento muestra **cumplimiento aceptable de los requerimientos de la sección Sistemas de Información** Se define como cumplimiento aceptable una calificación promedio mayor igual a “5” en la sección referida.
6. Los establecimientos que obtengan **calificaciones aprobatorias pero incumplan estándares ponderados como “indispensables” para la prestación de servicios de atención médica y/o con Observaciones de auditoría relevantes, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos**. Una vez que el Establecimiento de Atención Médica notifique el cumplimiento del estándar y/o la solventación de la Observación de auditoría, se programará una visita para constatar el cumplimiento y se presentará el resultado nuevamente ante la Comisión para que dictamine nuevamente el caso. Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin cumplir el estándar, deberá iniciar nuevamente el proceso de certificación.

## **PROCESO DE AUDITORÍA**

La auditoría se llevará en estricto apego a las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica aprobadas por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica conforme el siguiente Plan Específico de Auditoría:

## **PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORÍA**

### **Objetivo de la Auditoría**

Obtener la evidencia objetiva necesaria para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares centrados en el paciente, de gestión del establecimiento de atención médica, las metas internacionales para la seguridad del paciente y de los sistemas de información del establecimiento de atención médica.

### **Alcance de la Auditoría**

La Auditoría será llevada a cabo con un enfoque multidisciplinario durante 3 días por lo menos por tres auditores con los siguientes perfiles:

- Perfil Médico
- Perfil de Enfermería
- Perfil Administrativo

Cualquier modificación en el alcance de la auditoría tendrá como motivo el profundizar la revisión y análisis de alguna situación que comprometa la vida del paciente, familiar y/o trabajador del hospital; esta modificación será propuesta al Consejo de Salubridad General y autorizada por el Director de este Hospital.

### **Método de Auditoría**

En total, se evaluarán 342 estándares mediante rastreadores de pacientes y de sistemas.

El rastreador de paciente es un método de evaluación donde cada auditor selecciona un paciente y utiliza su expediente clínico como mapa para observar los Servicios de atención, realizar diversas entrevistas al personal, revisar políticas y constatar registros, todo ello permite evaluar el cumplimiento de los estándares seleccionados y los sistemas de la organización que proveen cuidados y servicios. Los expedientes de los pacientes se seleccionarán de acuerdo a su vulnerabilidad, los padecimientos más frecuentes que se atienden en el hospital, los que llevan más días de estancia intrahospitalaria y aquellos que hayan requerido la atención de varios Servicios.

Al ir evaluando los rastreadores de pacientes, los auditores también evalúan los sistemas de toda la organización, es decir, rastreadores de sistemas, que permiten explorar temas relacionados con la seguridad y la calidad de la atención. Se aplicarán 4 tipos de rastreadores de sistemas:

1. El rastreador de manejo de medicamentos examina los procesos de selección, adquisición, almacenaje, receta y transcripción, administración y monitoreo de los efectos de los medicamentos en el interior del hospital y así como los riesgos potenciales.
2. El rastreador de control de infecciones inicia en un área de atención a pacientes seleccionada por el auditor, posteriormente se desplazará a diferentes servicios

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- para observar y entrevistar al personal médico, enfermería, laboratorio y jefes de servicio. La actividad concluirá con una breve reunión con los responsables del control de infecciones.
3. El rastreador de uso de la información está enfocado en el análisis e interpretación de los datos para la mejora de la calidad y seguridad de los pacientes. Consiste en la discusión por parte de los responsables de los Servicios y los auditores sobre las medidas que están tomando para mejorar el desempeño de todo el hospital.
  4. El rastreador de administración y seguridad de las instalaciones consiste en la identificación de las acciones necesarias para proporcionar una instalación segura y funcional, capaz de responder ante los riesgos identificados.

La evaluación de los estándares se realiza a través de sus elementos medibles, los cuales precisan los requisitos a calificar durante el proceso de auditoría. Cada elemento medible se califica con:

- Diez (10): si la evidencia objetiva demuestra que el elemento medible cumple totalmente y es consistente por lo menos durante los X meses previos a la evaluación.<sup>1</sup>
- Cinco (5): si la evidencia objetiva demuestra que el elemento medible cumple parcialmente.
- Cero (0): si la evidencia objetiva demuestra que el elemento medible no se cumple.
- NA: significa que no aplica el elemento medible y reduce el denominador para calcular adecuadamente el grado de cumplimiento.

La calificación se limitará a aquellos procesos que hayan sido implementados previo al inicio de la auditoría. No se podrá calificar el cumplimiento de un elemento medible si existen políticas y procedimientos nuevos o actualizados que se ponen en práctica durante la auditoría.

Es importante mencionar que la calificación de los elementos medibles se basa en la consistencia y suficiencia de las evidencias objetivas encontradas, entendiendo por evidencia objetiva a la información que puede ser probada como verdadera, **basada en hechos obtenidos por medio de observaciones, mediciones, pruebas u otros medios.**

Se consideran tres tipos de evidencia:

- **Física.-** Se obtienen mediante inspección u observación directa de la infraestructura, los recursos, las actividades o los servicios. Para los auditores del CSG, queda prohibida obtener evidencia mediante fotografías.
- **Documental.-** Consisten en información elaborada, como la contenida en: manuales, guías, algoritmos, protocolos, contratos, registros, notas médicas, gráficas y reportes de información relacionados con la productividad y

---

<sup>1</sup> 12 meses para un proceso de recertificación y 4 meses para un proceso de certificación.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

desempeño de la atención médica, oficios, minutas y otros. Para los auditores del CSG, queda prohibido obtener evidencia mediante copia de archivos electrónicos, solo se pedirán las fotocopias de la Licencia Sanitaria, Avisos de funcionamiento y Avisos de Responsables que, conforme a los servicios que proporcione el establecimiento, debe presentar, por ejemplo: Farmacia, Laboratorio y Rayos X.

- **Testimonial.-** Se obtienen mediante entrevistas a pacientes, familiares y personal de establecimiento. Para los auditores del CSG, queda prohibida obtener evidencia mediante grabaciones.

Por lo anterior es muy importante la colaboración del personal del hospital para obtener la evidencia que permita calificar en su justa dimensión el grado de cumplimiento de los elementos medibles.

Debido a que la Auditoría es un proceso transparente y ágil, es necesario que cada auditor cuente con un Secretario y un Guía; el primero para registrar las actividades y apoyar al auditor en anotar los nombres del personal entrevistado y el segundo para poder recorrer sin pérdida de tiempo las áreas involucradas en los rastreadores que se apliquen. El Auditor señalará, a cada uno, los momentos específicos donde no pueden participar.

Para llevar a buen término el proceso de Auditoría es indispensable que el Equipo Auditor cuente con una oficina que goce de privacidad, provisto de equipo de cómputo con acceso a Internet (para cada Auditor) e impresora, además de un paquete con 500 hojas blancas tamaño carta.

### PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORÍA

DÍA UNO			
HORARIO	Perfil profesional del miembro del Equipo Auditor		
	Médico	Enfermera	Administrador
<b>08:00 – 08:30</b> <i>(30 min)</i>	<b>Conferencia de Apertura</b> <i>(ver página 26)</i>		
<b>08:30 – 09:30</b> <i>(60 min)</i>	<p><b>Presentación de la visión general de los servicios del Hospital y Plan de Mejora de la Calidad y Seguridad</b> <i>Incluye: Orientación a los auditores respecto a la organización (Organigrama) y el proceso de mejora de calidad, debe incluirse un ejemplo breve (10 minutos) de mejora de calidad, mostrando el método utilizado por la organización, al igual que el mantenimiento de la mejora.</i> <i>(ver página 28)</i></p>		
<b>9:30 – 10:30</b> <i>(60 min)</i>	<p style="text-align: center;"><b>Revisión de documentos.</b> <i>Incluye: Planes de la Organización, Políticas y Procedimientos específicos señalados en los estándares.</i> <i>(ver página 32)</i></p>		
<b>10:30 – 11:00</b> <i>(30 min)</i>	<p><b>Planeación del Equipo Auditor</b> <i>Sólo Equipo Auditor</i> <i>(ver página 30)</i></p>		
<b>11:00 – 14:00</b> <i>(180 min)</i>	<b>Rastreador de paciente</b> <i>(ver página 41)</i>	<b>Rastreador de paciente</b> <i>(ver página 41)</i>	<b>Rastreador de paciente</b> <i>(ver página 41)</i>
<b>14:00 – 15:00</b> <i>(60 min)</i>	<p><b>Comida y planeación de rastreadores</b> <i>El Equipo Auditor comerá solo, ya que este tiempo se usa para planificación</i> <i>(ver página 62)</i></p>		
<b>15:00 - 16:30</b> <i>(90 min)</i>	<b>Rastreador de paciente</b> <i>(ver página 41)</i>	<b>Rastreador de paciente</b> <i>(ver página 41)</i>	<b>Rastreador de paciente</b> <i>(ver página 41)</i>
<b>16:30 – 17:00</b> <i>(30 min)</i>	<p><b>Reunión del Equipo Auditor</b> <i>Integración de la evaluación / Revisión de documentos / Planificación de rastreadores</i> <i>(ver página 62)</i></p>		

### PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORÍA

DÍA DOS			
HORARIO	Perfil profesional del miembro del Equipo Auditor		
	Médico	Enfermera	Administrador
<b>08:00 – 08:30</b> <i>(30 min)</i>	<b>Sesión de retroalimentación</b> <i>El Equipo Auditor comparte, con las autoridades de la organización, sus hallazgos del día anterior</i> (ver página 35)		
<b>08:30 – 10:00</b> <i>(90 min)</i>	<b>Rastreador de paciente</b> (ver página 41)	<b>Rastreador de paciente</b> (ver página 41)	<b>Rastreador de paciente</b> (ver página 41)
<b>10:00 – 12:00</b> <i>(120 min)</i>	<b>Rastreador de paciente</b> (ver página 41)	<b>Rastreador de paciente</b> (ver página 41)	<b>Recorrido por las instalaciones</b> (ver página 37)
<b>12:00 – 13:30</b> <i>(90 min)</i>	<b>Rastreador del sistema de manejo de medicamentos</b> (ver página 44)	<b>Rastreador del sistema de control de infecciones</b> (ver página 47)	<b>Rastreador del sistema de Administración y Seguridad de las Instalaciones</b> (ver página 53)
<b>13:30 – 14:30</b> <i>(60 min)</i>	<b>Comida y planeación de rastreadores</b> <i>El Equipo Auditor comerá solo, ya que este tiempo se usa para planeación</i> (ver página 62)		
<b>14:30 – 15:30</b> <i>(60 min)</i>	<b>Revisión y calificación de Expedientes Clínicos cerrados</b> (ver página 57)		<b>Continúa Rastreador de Administración y Seguridad de las Instalaciones</b> (ver página 53)
<b>15:30 - 16:30</b> <i>(60 min)</i>	<b>Calificaciones del personal médico</b> (ver página 58)	<b>Calificaciones del personal de enfermería</b> (ver página 58)	<b>Calificaciones de otro personal hospitalario</b> (ver página 58)
<b>16:30 – 17:00</b> <i>(30 min)</i>	<b>Reunión del Equipo Auditor</b> <i>Integración de la evaluación / Revisión de documentos / Planeación de rastreadores</i> (ver página 62)		

### PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORÍA

DÍA TRES			
HORARIO	Perfil profesional del miembro del Equipo Auditor		
	Médico	Enfermera	Administrador
<b>08:00 – 08:30</b> <i>(30 min)</i>	<b>Sesión de retroalimentación</b> <i>El Equipo Auditor comparte, con las autoridades de la organización, sus hallazgos del día anterior</i> (ver página 35)		
<b>08:30-10:00</b> <i>(90 min)</i>	<b>Rastreador de paciente</b> (ver página 41)	<b>Rastreador de paciente</b> (ver página 41)	<b>Rastreador de paciente</b> (ver página 41)
<b>10:00 – 12:00</b> <i>(120 min)</i>	<b>Rastreador del sistema de uso de la Información.</b> <i>Sesión conjunta entre personal del establecimiento y Equipo Auditor</i> (ver página 50)		
<b>12:00 – 14:00</b> <i>(120 min)</i>	<b>Sesión de liderazgo</b> <i>Sesión conjunta entre personal del establecimiento y Equipo Auditor</i> (ver página 50)		
<b>14:00 – 15:00</b> <i>(60 min)</i>	<b>Comida y Preparación del Informe de Auditoría</b> <i>Los evaluadores comerán solos, ya que este tiempo se usará para planificación</i>		
<b>15:00 – 16:30</b> <i>(90 min)</i>	<b>Preparación del Informe de Auditoría</b> <i>Los auditores completan la integración de sus hallazgos y observaciones (Sólo auditores).</i> (ver página 63)		
<b>16:30 – 17:00</b> <i>(30 min)</i>	<b>Sesión de clausura con directivos</b> <i>Los directivos pueden decidir quién participa en esta sesión; el tamaño del grupo no está limitado</i> (ver página 64)		

## 1. CONFERENCIA DE APERTURA

### 1.1 PROPÓSITO

Durante la conferencia de apertura, el auditor líder describe al personal del establecimiento la estructura, el contenido y el alcance de la auditoría.

### 1.2 LUGAR

Elegido por el Director del establecimiento.

### 1.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

- El Director General.
- El responsable del Programa de Calidad.
- Otros, a consideración del Director del Hospital.

### 1.4 AUDITORES

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### 1.5 TEMAS A TRATAR

Introducción y coordinación del proceso de auditoría.

### 1.6 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Plan Específico de Auditoría.

### 1.7 LO QUE OCURRIRÁ

- Presentación de los auditores.
- Presentación de los directivos del hospital.
- Revisión y adaptación del Plan Específico de Auditoría. Es importante mencionar que el Plan Específico de Auditoría que el Consejo de Salubridad General haya enviado a la organización, deberá ser repartido a todos los asistentes antes de iniciar esta sesión.
- Los auditores responderán a las dudas que se planteen en cuanto a la realización de la Auditoría y explicarán cómo se califica el cumplimiento de los estándares. El Auditor líder explicará que la calificación del cumplimiento de los estándares se limitará a aquellos procesos que hayan sido implementados previo al inicio de la auditoría; el equipo auditor, no podrá calificar el cumplimiento de un estándar si existen políticas y procedimientos nuevos o revisados que se ponen en práctica durante la auditoría.
- Los auditores explicarán la utilización de la metodología rastreadora durante el proceso de Auditoría.
- Los auditores señalarán a los directivos que sólo los temas que se abordan en el programa serán auditados y tomados en cuenta durante la evaluación. El auditor

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

seguirá las actividades señaladas en el Plan Específico de Auditoría. Cuando haga visitas a los servicios, el personal debe estar preparado para responder preguntas, es importante señalar que el personal del hospital no debe preparar presentaciones formales sobre sus actividades.

- Los auditores explicarán acerca de la importancia de la entrevista, la observación y la revisión de documentos, que tiene por objetivo reunir evidencia objetiva específica y analítica sobre un proceso o resultado.
- Los auditores explicarán el involucramiento del personal en el proceso de revisión de expedientes.
- Los auditores explicarán el involucramiento del personal en la entrevista sobre calificaciones y educación del personal (SQE).
- Los auditores explicarán el rol de los directivos en las sesiones de retroalimentación diarias.
- El personal del establecimiento indicará al Equipo Auditor el sitio que podrán utilizar durante todo el proceso de Auditoría; éste deberá ser provisto de equipo de cómputo con acceso a Internet (para cada Auditor) e impresora, además de un paquete de 500 hojas blancas tamaño carta.
- El Director del establecimiento presentará al personal de apoyo que asistirá al Equipo Auditor durante el proceso de Auditoría; por ejemplo, los ayudarán a transitar rápidamente entre diferentes servicios del hospital. Se requiere un Guía y un Secretario por auditor, dicho personal suele ser un directivo o el responsable del programa de calidad y seguridad de los pacientes.

### **1.8 CÓMO PREPARARSE**

- Preparar una sala de juntas o un auditorio para que los auditores puedan reunirse con los representantes del cuerpo de gobierno; por ejemplo: Director General, Director Médico y de Enfermería, Responsable del Programa de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Notificar a las recepcionistas del hospital para que puedan dirigir a los auditores hacia esta sala cuando lleguen.
- Tener copias del Plan Específico de Auditoría disponibles para todos los participantes en la Conferencia de Apertura.
- Decidir, antes de iniciar la Auditoría, qué directivo o miembro del personal acompañará a cada Auditor durante el proceso de evaluación.
- Tomar las provisiones necesarias para la comida de los Auditores.
- Notificar al personal del establecimiento sobre el proceso de Auditoría.
- Cada auditor portará un gafete que lo identificará como auditor del Consejo de Salubridad General.

## **2. PRESENTACIÓN DE LA VISIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL Y PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD**

### **2.1 PROPÓSITO**

El Director y su Cuerpo de Gobierno orientan a los auditores sobre los servicios que brinda el hospital y sobre su Plan de mejora de la calidad y seguridad. Esto le proporciona al Equipo Auditor información sobre la organización y sobre el plan de mejora de la calidad y seguridad, lo cual ayudará a enfocar las actividades subsecuentes de la Auditoría.

### **2.2 LUGAR**

Elegido por el Director del establecimiento.

### **2.3 PARTICIPANTES DEL ESTABLECIMIENTO**

Representantes del Cuerpo de Gobierno:

- Director General
- Directores de Áreas, principalmente el Médico y la de Enfermería.
- Responsable del Área de Calidad y Seguridad del Paciente
- Otros, a elección del Director del Hospital

### **2.4 AUDITORES**

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### **2.5 TEMAS A TRATAR**

- Visión general sobre los servicios que brinda el establecimiento.
- Visión general del Plan de Mejora de la Calidad y Seguridad de los Pacientes (actualizado).

### **2.6 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

- Organigrama
- Un ejemplo de mejora de calidad.

### **2.7 LO QUE OCURRIRÁ**

1. El establecimiento ofrecerá una presentación acerca de la estructura organizacional y del Plan Mejora de la Calidad y Seguridad de los Pacientes.
2. La presentación deberá mostrar cómo fluye la información sobre calidad y seguridad de los pacientes a través de los Comités Hospitalarios.
3. La presentación deberá describir lo siguiente:
  - a. Cómo han sido elegidos los indicadores de calidad y seguridad
  - b. Cómo se reúnen, agregan y analizan los datos
  - c. Cómo los hallazgos del análisis de datos convergen y se usan para planear las mejoras

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

4. El establecimiento deberá presentar un ejemplo de mejora de la calidad y seguridad de los pacientes, demostrando que:
  - a. La mejora de la calidad es intencionada, por ejemplo a través de la implementación de un Plan de Acción.
  - b. Tiene por lo menos un indicador que monitoriza su desempeño.
  - c. Muestra resultados sostenidos sin precedentes, por lo menos durante 1 año.
  - d. Se encuentra documentado el proceso de mejora de la calidad.

### 3. PLANEACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

#### 3.1 PROPÓSITO

En el transcurso de esta sesión, los auditores revisan datos e información acerca del establecimiento y seleccionan a los pacientes con los que realizarán las actividades rastreadoras.

#### 3.2 LUGAR

Oficina asignada al Equipo de Auditoría.

#### 3.3 PARTICIPANTES DEL ESTABLECIMIENTO

Responsable del Área de Calidad y Seguridad del Paciente.

#### 3.4 AUDITORES

Todos los miembros del Equipo Auditor.

#### 3.5 LO QUE OCURRIRÁ

El auditor revisará los siguientes temas con su respectiva documentación, la cual deberá permanecer a disposición de los auditores durante el tiempo que dure la auditoría:

- Datos sobre mejoras de calidad
- Indicadores de control de infecciones
- Revisiones anuales sobre la gestión y seguridad de las instalaciones. Los auditores deberán revisar esta documentación previo al recorrido por las instalaciones.
- Minutas de las reuniones de los equipos multidisciplinarios sobre gestión y seguridad de las instalaciones doce meses previos a la auditoría. Los auditores deberán revisar estos documentos previamente al recorrido por las instalaciones.
- Lista de unidades/áreas/programas/servicios dentro del establecimiento (si aplica).

#### 3.6 Selección de rastreadores individuales:

- Los auditores revisan la información de la Solicitud de Inscripción al Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y los censos de pacientes del hospital (actualizado), dicha revisión tiene como objetivo orientar la selección de pacientes a rastrear.
- Los auditores identifican los servicios del hospital e información general sobre su población de pacientes.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- Los auditores describen el tipo de pacientes que les interesa rastrear y solicitan la ayuda del responsable del área de Calidad y Seguridad del Paciente para identificar casos particulares.
- El auditor líder informa al establecimiento, durante la sesión informativa matutina, acerca de los tipos de rastreadores que buscan para ese día con el objeto de facilitar la planeación de las actividades. Esto no significa que los auditores identificarán a un paciente específico de la lista facilitada por el establecimiento. Los auditores pueden optar por rastrear pacientes conforme lo señalado en el punto “7.8 Criterios para la selección de Rastreadores” (*página 40*)
- En establecimientos en donde sus instalaciones tengan diferentes domicilios y que no sean continuos, los rastreadores individuales deberán incluir pacientes que se trasladan en las distintas instalaciones del hospital.

## 4. REVISIÓN DE DOCUMENTOS

### 4.1 PROPÓSITO

Analizar los estándares que requieren alguna evidencia documentada de su cumplimiento, por ejemplo, Plan de Manejo ante Emergencias o Carta de Derechos de los Pacientes. Asimismo, orienta al equipo auditor sobre la estructura organizacional y administrativa del hospital.

### 4.2 LUGAR

Oficina asignada al Equipo de Auditoría.

### 4.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

Personal familiarizado con los documentos, que pueda responder a cualquier pregunta que pudiera plantear el Equipo Auditor; generalmente es el responsable del Área de Calidad y Seguridad de los Pacientes. A consideración del Equipo Auditor, pueden solicitar una cantidad limitada de miembros de la organización para asistir y participar en la sesión. La sesión podría conducirse como una entrevista al personal sobre el tema de la documentación.

### 4.4 AUDITORES

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### 4.5 ESTÁNDARES / TEMAS A TRATAR

Casi todos los capítulos de los estándares hacen referencia a políticas y procedimientos, los cuales deben estar documentados por escrito. Al final del manual se anexa el listado de los documentos a revisar.

### 4.6 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Los documentos que deben ponerse a disposición del equipo auditor para su revisión durante el proceso de la auditoría son:

1. Planes maestros:

- Plan de mejora de calidad y seguridad de los pacientes (QPS.1)
- Plan de gobierno, liderazgo y dirección (GLD.3.2 y GLD.5.1)
- Plan de gestión y seguridad de las Instalaciones:
  - Programa de seguridad general (FMS.4.2)
  - Programa de seguridad de materiales peligrosos (FMS.5)
  - Programa de manejo de emergencias (FMS.6)
  - Programa de manejo de incendios (FMS.7)
  - Programa de equipo médico / laboratorio (FMS.8)
  - Programa de servicios básicos (FMS.9.1)
- Plan de calificaciones y educación del personal (SQE.6)
- Plan de manejo y uso de medicamentos (MMU.1)
- Plan de prevención y control de infecciones (PCI.5)

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

2. Carpeta con las políticas, procedimientos y protocolos que se requieren por capítulo, identificadas por estándar (*ver Anexo A página 68*).
3. Carpeta de indicadores institucionales de acuerdo a estándares.
4. Carpeta con los proyectos de mejora implementados y que se estén implementando.
5. Carpeta con los formatos que se utilizan para conformar el Expediente Clínico.
6. Lista de formatos que debe contener el expediente clínico y muestra de integración del Expediente Clínico
7. Censo actualizado de pacientes de los siguientes Servicios:
  - Hospitalización por especialidad.
  - Quirófanos
  - Tococirugía
  - Endoscopia
  - Hemodinamia
  - Hemodiálisis
  - Psiquiatría
  - Rehabilitación
8. Plano actualizado de las instalaciones del hospital.
9. Licencia Sanitaria, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables (que correspondan de acuerdo a los servicios que proporcionan y los requerimientos de la normatividad vigente).

Las carpetas de documentos deberán permanecer en la sala asignada a los auditores todo el tiempo que dure el proceso de auditoría.

#### **4.7 LO QUE OCURRIRÁ**

1. Los documentos se pondrán a disposición del equipo auditor en el espacio físico que se les asignó.
2. Al inicio de la sesión, el responsable del Área de Calidad y Seguridad deberá dar una breve orientación al Equipo Auditor en cuanto a la organización de los documentos.
3. El responsable del Área de Calidad y Seguridad deberá estar presente durante toda la jornada que dure la Auditoría, para responder a cualquier pregunta que los auditores formulen.
4. Los documentos deberán estar a disposición de los auditores durante toda la evaluación; no obstante, si los documentos son necesarios para uso del personal podrán ser tomados o consultados para tal fin. El Equipo Auditor puede solicitar documentos adicionales en diferentes momentos de la Auditoría para clarificar algún punto y/o para profundizar en el análisis de las políticas, procedimientos y desempeño del hospital.

#### **4.8 CÓMO PREPARARSE**

La documentación deberá ser preparada bajo los siguientes principios:

- Preferentemente los documentos deberán ser ordenados en carpetas conforme lo señalado en el punto 4.6.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- Es muy probable que varios de los documentos requeridos sean parte de otros documentos, no es necesario extraer o fotocopiar secciones de estos últimos. El establecimiento puede identificar las secciones requeridas usando marcadores o banderillas adhesivas.
- Otros textos, tales como minutas de reuniones, informes, etc., pueden ser documentos independientes, en tal caso es recomendable que se encuentren integradas y ordenadas en carpetas.
- Es decisión del hospital brindar la documentación original o fotocopias.
- Si el establecimiento cuenta con abundante material sobre un tema determinado, conviene seleccionar lo más relevante, ya que no habrá tiempo para que los auditores lo revisen.
- Cuando se brinde información en forma electrónica en lugar de versiones en papel:
  - Cada miembro del equipo auditor deberá tener su propio monitor.
  - Deberá estar disponible una impresora para el caso de que un auditor necesite imprimir una versión de papel de un documento determinado.

#### **4.9 AUDITORÍA DE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS.**

Los documentos revisados por el Equipo Auditor dan una visión general de lo que espera ver en la práctica durante la Auditoría; por ejemplo, si se ha desarrollado un nuevo procedimiento para la eliminación de residuos infecciosos, lo que los auditores esperan observar es que:

- El personal apropiado ha sido educado en lo que se refiere al nuevo procedimiento,
- Los residuos están siendo efectivamente eliminados de acuerdo con el nuevo procedimiento, y
- Si el nuevo procedimiento requiere algún tipo de documentación, ésta se encuentra disponible para su revisión.

**La sola presencia de una política o procedimiento no suele determinar la calificación del estándar. Más bien, el elemento clave es la práctica cotidiana (implementación) de lo que se haya escrito en la política o el procedimiento.** El Equipo Auditor estará buscando evidencia de que la práctica relacionada con la política o el procedimiento se encuentra bien implementada y que, por lo tanto, es sistemático. El Equipo Auditor estará buscando un periodo de implementación de políticas y procedimientos de, cuando menos, cuatro meses para una primera Certificación y doce meses para una Recertificación. Para que un estándar relacionado con la política sea calificado como “cumple”, el periodo de implementación debe ser satisfactorio. Cuando el período de implementación no ha sido satisfactorio, pero el equipo auditor observa que la política ha sido implementada en forma sistemática, se califica como “cumple parcialmente”.

Todo cumplimiento parcial o incumplimiento calificado en los Elementos Medibles será acompañado de una Observación de Auditoría que precise los hallazgos.

## **5. SESIONES DE RETROALIMENTACIÓN**

### **5.1 PROPÓSITO**

Dar a conocer los avances del proceso de auditoría y comunicar los hallazgos derivados de la aplicación de rastreadores individuales y de sistemas.

### **5.2 LUGAR**

Elegido por el Director del establecimiento.

### **5.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Representantes del Cuerpo de Gobierno:

- Director General
- Directores de Área, especialmente el Médico y la de Enfermería
- Responsable del Área de Calidad y Seguridad del Paciente
- Jefes de Servicio Clínico
- Otros, a elección del Director del Hospital

### **5.4 AUDITORES**

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### **5.5 LO QUE OCURRIRÁ**

Las sesiones de retroalimentación tienen lugar cada mañana de la evaluación, con excepción del primer día. El propósito es que sea breve, se sugiere un máximo de 30 minutos, y su objetivo es proporcionar al establecimiento los hallazgos del día anterior.

Durante las sesiones de retroalimentación el Equipo Auditor hará lo siguiente:

- Ofrecer un breve resumen de las actividades de Auditoría del día anterior.
- Formular comentarios generales sobre temas significativos que hayan surgido durante las actividades del día anterior.
- Destacar los hallazgos positivos.
- Enfatizar patrones o tendencias de importancia que podrían generar un incumplimiento.
- Permitir al establecimiento brindar información que pudo haber sido pasada por alto el día anterior.
- Atender las solicitudes de consulta del establecimiento sobre ciertos hallazgos e indicar cuándo pueden tener lugar dichas consultas.
- Programar tiempos para discusiones más extensas o revisar evidencia adicional de cumplimiento en ciertos temas que puedan surgir.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

Lo que NO hay que esperar de los auditores es:

- Que repitan hallazgos comentados en sesiones anteriores, a menos que se encuentre dentro del contexto de la identificación de algún problema sistémico.
- Que discutan detalladamente cada actividad de la Auditoría, registros específicos y entrevistas con personal durante las actividades rastreadoras.
- Demorar las actividades programadas del día para discutir a profundidad temas relacionados con el día anterior.

**NOTA:** Si un auditor no es programado para la sesión de retroalimentación, éste deberá compartir los detalles de sus actividades del día anterior con otro auditor para que éste pueda presentarlos.

## 6. RECORRIDO POR LAS INSTALACIONES

### 6.1 PROPÓSITO

Abordar temas sobre:

- las instalaciones físicas
- equipo médico y otros
- seguridad del paciente y de los familiares
- control de infecciones
- medio ambiente
- salud ocupacional

### 6.2 LUGAR

Las áreas de consulta externa, hospitalización, atención ambulatoria, áreas para tratamientos y otras, incluyendo admisión, cocina, farmacia, almacenes, lavandería y planta de energía.

Se recomienda que el recorrido inicie en la azotea y vaya descendiendo. El auditor buscará que los corredores y las salidas de evacuación estén libres de obstáculos para una evacuación segura en caso de emergencia.

### 6.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

Responsables de:

- Ingeniería y mantenimiento
- Seguridad
- Medio ambiente
- Salud ocupacional
- Admisión, Farmacia y Dietas.

Durante el recorrido cada Responsable de área deberá estar físicamente en su Servicio para cuando se pase visita.

### 6.4 AUDITORES

Auditor Administrativo

### 6.5 ESTÁNDARES / TEMAS A TRATAR

- Gestión y seguridad de la instalación (FMS)
- Prevención y control de infecciones (PCI)
- Calificaciones y educación del personal (SQE)

## 6.6 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

1. Documentos tales como planos, políticas y procedimientos, informes sobre pruebas y mantenimiento (FMS.2) que describan planes para:
  - Seguridad (FMS.4)
  - Materiales peligrosos (FMS.5)
  - Emergencias (FMS.6)
  - Seguridad en caso de incendio (FMS.7)
  - Equipos médicos (FMS.8)
  - Sistemas de servicios públicos (FMS.9)
2. Informe de la evaluación de todas las instalaciones (FMS.4.1).

## 6.7 LO QUE OCURRIRÁ

Antes del recorrido por las instalaciones, los auditores habrán revisado el Plan Maestro de gestión y seguridad de la instalación (FMS.2), y posteriormente visitarán las instalaciones para comprobar la implementación de dichos planes. Los auditores también revisarán parte del informe sobre la evaluación de las instalaciones preparado por el establecimiento.

Los auditores visitarán áreas de atención a pacientes y otras áreas no vinculadas con el proceso de atención; en todas observarán las instalaciones y entrevistarán al personal para saber cómo hacen para que en las instalaciones se:

- Reduzcan y controlen los peligros y riesgos
- Prevengan accidentes y heridas
- Mantengan condiciones seguras

**NOTA:** El establecimiento debe estar preparado con personal disponible para guiar y ayudar a cada auditor en su recorrido por las instalaciones.

Las áreas no vinculadas con la atención a pacientes que serán visitadas por los auditores incluyen las siguientes:

- El área de Calderas
- La Planta Eléctrica de Emergencia
- El área de carga/descarga
- Área central de almacenamiento o bodega
- La lavandería, en caso que aplique
- Cafetería / cocina
- Cuartos de almacenamiento de oxígeno
- Áreas definidas como de riesgo, como los vestidores, cuartos de ropa limpia y sucia, elevadores. etc.
- Las partes inferiores de ductos de basura y de lavandería
- Cuartos de equipos de aire acondicionado para evaluar las prácticas de almacenaje y mantenimiento de sistemas de servicios públicos

## **6.8 CÓMO PREPARARSE**

- El administrador deberá recorrer las instalaciones, conducir una evaluación de acuerdo con los estándares, y tratar de subsanar cualquier deficiencia antes de la Auditoría.
- El estándar FMS.4.1 exige que el establecimiento realice su propia evaluación de las instalaciones, la cual deberá ser documentada y poner a disposición de los auditores. Deben incluirse en el informe todos los edificios en los que se encuentran pacientes.
- El establecimiento debe estar familiarizado con la normatividad local que aplica a la seguridad de sus instalaciones, la cual compartirá con los auditores (FMS.1).
- El personal del establecimiento debe estar preparado para mostrar a los auditores cómo implementa el Plan Maestro de gestión y seguridad de las instalaciones. Por ejemplo, cómo se almacenan y se eliminan los residuos peligrosos biológicos e infecciosos.
- Antes de la evaluación, el establecimiento debe comprobar, por medio de la documentación (FMS.8 y 8.1), que todo el equipo médico se inspecciona, prueba y cuenta con servicios de mantenimiento.
- El personal del establecimiento debe estar preparado para explicar o demostrar cómo hay agua potable y electricidad disponibles las 24 horas del día (FMS.9)
- El establecimiento debe tener disponibles, para uso de los auditores durante su recorrido por las instalaciones, una linterna, una llave maestra y una escalera (para examinar arriba de los plafones).

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

<b>Muestra de esquema de un informe de inspección de instalaciones</b>	
<b>Actividades sugeridas</b>	
Los edificios incluidos en este informe son .....	<p>A. Las actividades de atención a pacientes que se realizan en cada edificio.</p> <p>B. Códigos, leyes o reglamentaciones aplicables a los edificios.</p> <p>C. La edad aproximada de cada edificio.</p>
Resultados de la inspección, edificio por edificio.	<p>A. Cualquier condición general del edificio que se relacione con códigos, leyes, reglamentos, etc.</p> <p>B. Hallazgos específicos que se relacionen con normatividad, códigos y estándares para la certificación. Por ejemplo, en el Edificio 1, segundo piso poniente, no cierra adecuadamente la puerta contra incendios; Edificio 1, cuarto 210, silla rota junto a la cama; Edificio 3, laboratorio del 2° piso, materiales peligrosos almacenados en el piso junto a una salida de emergencia.</p>
El plan para corregir los hallazgos son .....	<p>A. Cronograma</p> <p>B. Presupuesto estimado (a corto y largo plazo, si aplica)</p>
Plan	<p>Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo del proceso de mejora de las instalaciones.</li> <li>• Monitoreo constante de las instalaciones</li> <li>• Asegurar la prevención o eliminación de los factores de riesgo</li> </ul> <p>El plan se implementa a través de un proceso constante de planeación y evaluación.</p>

**NOTA:** El informe sobre la evaluación de las instalaciones puede presentarse en cualquier formato. La evaluación puede ser llevada a cabo por personal del establecimiento con los conocimientos pertinentes o por consultores externos. El informe debe ser lo más completo posible para demostrar que la organización está consciente de todas las condiciones de sus edificios y que tiene planes para mejorar la seguridad en los mismos.

## **7. RASTREADORES DE PACIENTES**

### **7.1 PROPÓSITO**

El rastreador de paciente es un método de evaluación con el que los auditores seleccionan un paciente y utilizan su expediente clínico como mapa para evaluar el cumplimiento de los estándares seleccionados y los sistemas de la organización que proveen cuidados y servicios.

Durante un rastreador de paciente, el auditor hará lo siguiente:

- Seguirá el curso de la atención, el tratamiento y/o los servicios brindados al paciente dentro del establecimiento, utilizando su Expediente Clínico y los registros clínicos y administrativos de las áreas.
- Evaluará las interrelaciones entre los departamentos, programas, servicios o unidades, las funciones importantes en la atención y los servicios que están siendo brindados.
- Evaluará el desempeño de los procesos relevantes, con un enfoque particular en la integración y coordinación de diferentes procesos interrelacionados.
- Identificará riesgos potenciales dentro de los procesos relevantes.

### **7.2 LUGAR**

Todas las áreas del Hospital

### **7.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Durante el proceso rastreador, los auditores platicarán con distintos tipos de personal involucrado en el cuidado, tratamiento y/o servicios proporcionados al paciente; por ejemplo: enfermeras, médicos, administradores, asistentes, personal de laboratorio o farmacia, personal de apoyo, etc.

### **7.4 AUDITORES**

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### **7.5 ESTÁNDARES A TRATAR**

Durante la aplicación del rastreador del paciente pueden examinarse todos los estándares de todos los apartados.

### **7.6 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

Expedientes Clínicos de pacientes.

### **7.7 LO QUE OCURRIRÁ**

Tomando como base la información asentada en la Solicitud de Inscripción, los auditores seleccionarán pacientes de acuerdo los padecimientos más frecuentes que se atienden en el hospital, los que llevan más días de estancia intrahospitalaria y que hayan requerido la atención de varios Servicios.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

El auditor seguirá la experiencia del paciente, examinando los servicios brindados dentro del hospital, así como las referencias hacia otros establecimientos. Este tipo de revisión se instrumenta para descubrir problemas en el sistema de atención, mediante la observación de los componentes individuales y de cómo interactúan para proporcionar seguridad y calidad en el cuidado del paciente.

La cantidad de pacientes que se evaluarán con la metodología rastreadora dependerá del tamaño y la complejidad del establecimiento.

El rastreador inicia en el sitio de atención al paciente, desde la preadmisión hasta la post-alta, guiado por medio del Expediente Clínico. El auditor tiene aproximadamente noventa minutos para llevar a cabo un rastreador individual, aunque puede ser más extenso, dependiendo de la complejidad del establecimiento. Es posible que se revisen los Expedientes Clínicos de varios pacientes durante una sola actividad rastreadora.

Dependiendo del tipo de atención que se esté revisando, la metodología rastreadora contendrá los siguientes elementos:

- Revisión del Expediente Clínico con el personal responsable de la atención, tratamiento o servicio brindado; en caso de no estar disponible, el auditor puede hablar con otro personal. En esta fase del rastreador, la participación del Jefe del Servicio deberá ser limitada. Otros miembros del personal involucrados en la atención del paciente se reunirán con el auditor a medida que vaya progresando la auditoría. Por ejemplo, el auditor entrevistará al personal de dietología si el paciente rastreado tiene problemas nutricionales.
- Observación directa de la atención al paciente.
- Observación del proceso de medicación.
- Observación de aspectos relacionados con la prevención de infecciones.
- Observación del proceso de planeación de la atención.
- Observación del impacto ambiental sobre la seguridad y los roles del personal en la minimización del riesgo.
- Entrevista con el paciente y/o sus familiares (siempre que sea apropiado y otorgue su consentimiento explícito) enfocada sobre el proceso de la atención brindada.
- Cuando se visita el Servicio de Urgencias, el auditor se enfocará sobre manejo de las urgencias y el triage. En caso de que el paciente haya recibido servicios de apoyo a la atención, por ejemplo: una transfusión, el auditor visitará al Banco de Sangre.
- Es posible que los auditores puedan seleccionar y revisar dos o tres expedientes adicionales para verificar la consistencia de algún hallazgo, y pueden pedirle al personal apoyo para la revisión de los expedientes adicionales. Los siguientes criterios pueden ser usados para guiar la selección de expedientes adicionales, dependiendo de la situación:
  - o Diagnóstico o exámenes de gabinete iguales o similares.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- o Paciente a punto de ser dado de alta.
- o Igual diagnóstico pero diferente médico tratante.
- o Igual examen de laboratorio y/o gabinete pero diferente ubicación.
- o Igual edad o sexo
- o Tiempo de hospitalización.
- Entrevista con personal
- Revisión de minutas y procedimientos.

Un auditor puede llegar a un servicio y tener que esperar a que el personal esté disponible; en estos casos, el auditor usará este tiempo recorriendo el Servicio, abordará el tema del ambiente del cuidado proporcionado y observará los procesos de atención/tratamiento/servicio.

Toda la información que se obtenga durante la aplicación del Rastreador del Paciente deberá asentarse en los Anexos B, C y D (*páginas 112, 115 y 117*), los cuales formarán parte de los Papeles de Trabajo de la Auditoría y servirán de consulta para realizar cualquier aclaración al Informe de Auditoría.

El equipo auditor evitará situaciones en las que más de un auditor visite de manera simultánea un Servicio.

### **7.8 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE RASTREADORES**

La selección de rastreadores de pacientes podrá basarse en los siguientes criterios, aunque no son limitativos:

- Paciente ingresada por Emergencia Obstétrica y/o Neonatal
- Pacientes con diálisis (*apoyarse en el Anexo H, página 138*)
- Pacientes psiquiátricos (*apoyarse en el Anexo I, página 146*)
- Pacientes pediátricos (*apoyarse en el Anexo J, página 153*)
- Pacientes que reciben servicios de Imagenología y/o Rehabilitación
- Pacientes relacionados con control de infecciones y manejo de medicación
- Pacientes que abarcan programas (por ejemplo: pacientes diabéticos)
- Pacientes psiquiátricos que reciben atención ambulatoria y que reciben servicios en el hogar.
- Pacientes que debieron ser dados de alta.
- Pacientes discapacitados.
- Pacientes con reintervención quirúrgica o re-internamiento hospitalario

**NOTA:** Situaciones identificadas en los rastreadores individuales pueden conducir a mayores búsquedas en los rastreadores sistémicos, como el recorrido por las instalaciones y la entrevista con el cuerpo de gobierno.

## **8. RASTREADOR DEL SISTEMA DE MANEJO DE MEDICAMENTOS**

### **8.1 PROPÓSITO**

Esta sesión explora el manejo de medicamentos dentro del establecimiento y detecta puntos de riesgo potenciales en el sistema.

### **8.2 LUGAR**

Áreas del establecimiento que manejen medicamentos

### **8.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

El personal seleccionado por el establecimiento para participar en la sesión grupal debería, en su conjunto, ser capaz de dar respuestas a las preguntas relacionadas con los procesos de manejo de medicamentos, desde la adquisición hasta el monitoreo de los efectos de los fármacos administrados.

De acuerdo con su aplicabilidad, el personal indicado podría ser:

- Personal clínico, como enfermeras, médicos, terapeutas, nutriólogos, etc.
- Médico clínico de la farmacia o farmacéutico.
- Responsable de la Farmacia.
- Personal responsable de la educación sobre los medicamentos, tanto del personal como de los pacientes.
- Personal clínico
- Personal que pueda hablar sobre los planes de mejora del desempeño asociado con el manejo de medicamentos.
- Jefe del Laboratorio Clínico
- Responsable de Seguridad Ambiental
- Responsable de Mantenimiento de equipo biomédico (bombas de infusión).
- Director Médico

Con el fin de facilitar un intercambio de información entre los auditores y el personal del establecimiento, este último deberá identificar un grupo relativamente pequeño de participantes en las entrevistas, mientras que otros pueden asistir como observadores.

Durante este rastreador, los auditores visitarán áreas relevantes para los procesos de manejo de medicamentos y hablarán con el personal que se encuentre disponible acerca de su papel en el manejo de medicamentos.

### **8.4 AUDITORES**

Todos los miembros del Equipo Auditor.

## **8.5 LO QUE OCURRIRÁ**

Se emplean varios métodos para evaluar el sistema de manejo de medicamentos en un establecimiento, incluye: una sesión de discusión grupal, un rastreador enfocado en manejo de medicación e información procedente de varios pacientes. Los procesos vinculados con la medicación que se evalúan abarcan la selección, adquisición, almacenamiento, receta y transcripción, administración y monitoreo de los efectos.

## **8.5 DISCUSIÓN GRUPAL**

La sesión explora el sistema de manejo de medicamentos dentro del establecimiento.

Durante la discusión, los auditores y el personal del establecimiento:

1. Explorarán cada proceso aplicable sobre el manejo de los medicamentos. Los participantes comparten el enfoque del establecimiento en cuanto al manejo de medicación, basado en su experiencia.
2. Para cada proceso se discuten:
  - Áreas de oportunidad.
  - Causas inmediatas o próximas de un área de riesgo.
  - Soluciones potenciales.
3. Explorarán la continuidad de los procesos de manejo de medicamentos y su relación con otros procesos.
4. Identificarán áreas de oportunidad en el sistema de manejo de medicación del establecimiento y acciones correctivas que podrían tomarse.
5. Identificarán cualquier tema de manejo de medicación que requiere mayor exploración, como parte de nuevos rastreadores.
6. Revisarán las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) en relación con el manejo de medicación.

Algunos aspectos específicos del manejo de medicamentos que pueden ser abordados durante la discusión y los rastreadores son:

- Selección, adquisición y almacenamiento de los medicamentos, incluidos la MISP.3
- Orden, transcripción y MISP.2
- Preparación y dispensación.
- Administración y MISP.1
- Monitoreo, MISP.5 y MISP.6
- Informe de errores/fallas de sistemas/cuasi fallas.
- Recopilación de datos, análisis, evaluación de sistemas y acciones tomadas, incluyendo cualquier iniciativa de mejora de calidad relacionada con el manejo de los medicamentos.
- Educación sobre medicación a los pacientes y al personal
- El manejo de la información relacionada con el manejo de medicación
- Involucramiento de pacientes como parte de un equipo de manejo de medicación.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

La actividad rastreadora puede tener lugar antes o después de la reunión grupal. El auditor, por medio de un Expediente Clínico, explora el camino de un medicamento a lo largo de todo el establecimiento. El auditor se enfoca sobre los procesos del manejo de medicamentos, obteniendo la información mediante actividades previas, como la discusión grupal.

## **9. RASTREADOR DEL SISTEMA DE CONTROL DE INFECCIONES**

### **9.1 PROPÓSITO**

Durante la discusión del Plan Maestro de prevención y control de infecciones, los auditores y el personal del establecimiento podrán:

- Identificar áreas de fortaleza y de preocupación en el Plan.
- Empezar a determinar las acciones necesarias para enfrentar cualquier riesgo identificado en el proceso de control de infecciones.
- Determinar el grado de cumplimiento con los estándares correspondientes.
- Identificar los problemas del control de infecciones que necesitan una explicación posterior.

### **9.2 LUGAR**

Todas las áreas del hospital.

### **9.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

El personal seleccionado por el establecimiento que esté familiarizado con temas relacionados con el control de infecciones en todas las Áreas o Servicios importantes del establecimiento; este grupo debiera incluir, aunque no limitarse, a:

- Personal clínico, incluyendo médicos, enfermeras, farmacéuticos, personal de laboratorio, etc.
- Personal clínico que conozca sobre la selección, monitoreo y farmacocinética de los medicamentos.
- Responsable del Laboratorio Clínico que cuente con conocimientos de microbiología.
- Personal involucrado en el control de infecciones.
- Personal responsable de las instalaciones.
- Director Médico y/o Director de Operaciones.

### **9.4 AUDITORES**

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### **9.5 LO QUE OCURRIRÁ**

La sesión empezará con una breve introducción por parte del personal de establecimiento y la revisión de las metas del control de infecciones, la cual incluirá:

- exploración, crítica y solución potencial de problemas sobre el control de infecciones
- identificación de las áreas de oportunidad del Plan Maestro de prevención y control de infecciones, y por tanto, acciones que se podrían mejorar.

### **9.5.1 Proceso:**

- La actividad se iniciará en un área de atención a pacientes identificada por el auditor (o auditores).
- El auditor podría cambiar a otro escenario, que se pueda referir y que corresponda a los procesos de control de infecciones a lo largo del hospital.
- El auditor observará y entrevistará al personal en cuanto a las prácticas para la prevención y control de infecciones, en cualquier parte que se visite durante la actividad rastreadora.
- La actividad concluirá con una breve reunión de grupo con el responsable del Plan Maestro de prevención y control de infecciones en el establecimiento.

### **9.5.2 Discusión:**

El Equipo Auditor, basado en su experiencia con los rastreadores y datos sobre los indicadores del control de infecciones, iniciará la discusión con el personal del establecimiento. La discusión sobre el control de infecciones del establecimiento, deberá abordar lo siguiente:

- Cómo identifica el hospital a pacientes con infecciones.
- Cómo se toman en cuenta los pacientes con infecciones en el contexto del Plan Maestro de prevención y control de infecciones.
- Actividades de evaluación vigentes y previas, considerando los últimos 12 meses para Recertificaciones y cuatro meses o más para primera Certificación.
- Tipo de análisis que se realiza sobre datos de control de infecciones, incluyendo comparaciones.
- Informes sobre indicadores de control de infecciones.
- Actividades de control y prevención (por ejemplo, capacitación del personal, educación del paciente).
- Remodelaciones en las instalaciones, completas o incompletas, que tengan algún impacto en el control de infecciones.
- Acciones tomadas como resultado de la evaluación y resultados de dichas acciones.

Los establecimientos pueden utilizar el tema sobre indicadores de control de infecciones si resultan relevantes para la discusión.

Las discusiones pueden generarse entorno a pacientes que ya han sido incluidos en las actividades de monitoreo y reporte, o aquellos que todavía no han reunido los criterios como candidatos para entrar en el sistema de monitoreo de control de infecciones. Además de la entrevista guiada por los auditores, se le pide al establecimiento que presente casos sobre el programa de control de infecciones.

Algunos de los casos que se podrían discutir con los auditores son los siguientes:

- Pacientes con fiebre de origen desconocido.
- Pacientes con infección postoperatoria.
- Pacientes con resultados de Laboratorio Clínico compatibles con infección.
- Pacientes admitidos al establecimiento de manera postoperatoria.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- Pacientes a quienes se les ha administrado un nuevo antibiótico en la lista de medicamentos disponibles (preferentemente un fármaco con sus correspondientes cultivos y sensibilidades, niveles sanguíneos y/o pruebas de otros laboratorios para establecer la dosificación).
- Pacientes en aislamiento, inmunocomprometidos o con alguna enfermedad infecciosa, por ejemplo: varicela, tuberculosis pulmonar, infección meningocócica o neumocócica resistente a fármacos, pertussis, mycoplasma, parotiditis, rubéola, infecciones cutáneas, etc.
- Prácticas de control de infección relacionadas con la atención de urgencias.
- Cambios recientes en las instalaciones físicas que pudieran tener impacto en el control de infecciones.

### **9.5.3 Conclusión**

Los auditores y el establecimiento resumirán las fortalezas y áreas de oportunidad del Plan Maestro de prevención y control de infecciones.

## **10. RASTREADOR DEL SISTEMA DE USO DE LA INFORMACIÓN**

### **10.1 PROPÓSITO**

Esta sesión está enfocada en el empleo que la organización da los indicadores de calidad y seguridad de los pacientes.

### **10.2 LUGAR**

Elegido por el Director del establecimiento.

### **10.3 PARTICIPANTES DEL ESTABLECIMIENTO**

Personal que conozca los temas relacionados con el empleo de los indicadores en los Servicios y Áreas importantes del hospital, debería incluir, aunque no limitarse, representantes de:

- Personal clínico (enfermera, médico, dietólogo, farmacólogo, etc.)
- Personal que maneje y genere indicadores
- Responsable de Calidad y Seguridad de los Pacientes.
- Personal de Bioestadística
- Personal involucrado con Planes de Mejora.

### **10.4 AUDITORES**

Todo el equipo auditor

### **10.5 LO QUE OCURRIRÁ**

Durante la sesión, el Equipo Auditor y los representantes del establecimiento discutirán lo siguiente:

- Las medidas que se están tomando para mejorar.
- Las mejoras que se han logrado como consecuencia de la recopilación y análisis de datos
- Cómo se emplean los métodos para mejorar el desempeño dentro del establecimiento.
- Los métodos básicos de recopilación y análisis de datos, incluyendo: selección de indicadores, recopilación y agregación de datos, análisis e interpretación de datos, difusión de los hallazgos, toma de decisiones y monitoreo del desempeño/mejora.

El auditor (o auditores) puede incorporar ejemplos obtenidos de los hallazgos de la evaluación de rastreadores individuales.

#### **10.5.1 Temas relacionados con indicadores sobre manejo de medicación**

La discusión explora:

1. Recopilación de datos sobre el sistema y procesos de manejo de medicamentos.
2. Datos que están recopilando relacionados con medicamentos, los cuales deberían ser relevantes para los servicios brindados por el establecimiento y

para los pacientes. El establecimiento debería estar reuniendo datos relacionados con los “puntos de riesgo” que ha identificado en su evaluación del sistema de manejo de medicamentos, por ejemplo:

- Lapso transcurrido entre la receta y la administración.
- Eventos adversos asociados con el fármaco.
- Uso de medicamentos de alto riesgo
- Todas las medidas sugeridas en el estándar QPS.3.5 y 3.6 (uso de antibióticos)

### **10.5.2 Temas relacionados con indicadores sobre control de infecciones**

Aplicable en las evaluaciones cortas en las que sólo se programa un rastreador de sistemas para uso de datos. La discusión explora:

1. Métodos de monitoreo para infecciones asociadas y no asociadas con la atención médica.
2. Tipos de datos recopilados:
  - datos relacionados con infecciones
  - sobre el desarrollo e implementación de un sistema para medir mejoras
3. Uso de definiciones estandarizadas
4. Métodos de control (incluye difusión de datos entre médicos, enfermería, directivos, otros profesionales de la salud)
5. Prevención basada en el uso de indicadores
6. Que los planes del establecimiento sean relevantes a los estándares sobre prevención y control de infecciones

### **10.5.3 Indicadores de Calidad a revisar**

El establecimiento elige qué procesos y resultados clínicos y de gestión son más importantes para medir, de acuerdo a la misión del establecimiento, las necesidades de sus pacientes y los servicios ofrecidos. Los directivos del establecimiento identifican indicadores clave para monitorear la estructura (clínica y de gestión), los procesos y los resultados.

Los indicadores clínicos requeridos incluyen datos sobre la estructura, procesos y resultados seleccionados por los directivos sobre los siguientes aspectos:

- QPS.3.1 Evaluación del paciente
- QPS.3.2 Seguridad en el laboratorio
- QPS.3.3 Seguridad en el servicio de radiología e imagen
- QPS.3.4 Procedimientos quirúrgicos
- QPS.3.5 Uso de antibióticos y otros medicamentos
- QPS.3.6 Control de errores médicos y las ocasiones que pudieron representar una omisión
- QPS.3.7 Uso de anestesia y sedación
- QPS.3.8 Uso de sangre y hemoderivados

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- QPS.3.9 Disponibilidad, contenido y uso de los expedientes clínicos
- QPS.3.10 Control de infecciones, vigilancia e informes
- QPS.3.11 Investigación clínica

Los indicadores de control de gestión requeridos incluyen datos sobre la estructura, procesos o resultados seleccionados por los directivos sobre los siguientes aspectos:

- QPS.3.12 Obtención de los suministros y medicamentos habitualmente necesarios, esenciales para atender las necesidades del paciente
- QPS.3.13 Informe de actividades según lo requieran las leyes y reglamentaciones
- QPS.3.14 Manejo de riesgos
- QPS.3.15 Planeación, organización, dirección y control de recursos
- QPS.3.16 Expectativas y satisfacción de pacientes y familiares
- QPS.3.17 Expectativas y satisfacción del personal
- QPS.3.18 Datos demográficos y diagnósticos clínicos del paciente
- QPS.3.19 Administración financiera
- QPS.3.20 Prevención y el control de eventos que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes, de las familias y del personal, incluyendo las Metas Internacionales de Seguridad de Pacientes.

Los indicadores clínicos y de gestión se usan para estudiar áreas que se desee mejorar (QPS.3.1 hasta QPS.3.20, EM2), para controlar y evaluar la efectividad de dichas mejoras (QPS.3.1 hasta QPS.3.20, EM3).

#### **10.5.4 Conclusión**

Como resultado de esta sesión, el auditor y el establecimiento podrán:

1. Identificar fortalezas y áreas de oportunidad en el uso que el establecimiento le da a los indicadores.
2. Identificar usos específicos de los indicadores que requieren mayor profundidad como parte de los hallazgos de auditoría.
3. Capacitación, donde sea aplicable.

**Nota:** En hospitales que tengan diferentes domicilios y que no sean continuos, solo podrá programarse una sesión de manejo de medicación; si no es factible que participe personal de todos los servicios, tal vez sea necesario que el establecimiento vincule mediante teleconferencia para que participen en las discusiones de grupo.

## **11. RASTREADOR DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES**

### **11.1 PROPÓSITO**

El propósito de esta sesión es brindar orientación para evaluar el sistema y desempeño de la organización para manejar riesgos dentro del marco de la gestión de las instalaciones y del programa de seguridad.

El auditor y el establecimiento:

- Identificarán fortalezas y áreas de oportunidad en los procesos de seguridad del establecimiento.
- Identificarán o determinarán las acciones necesarias para enfrentar cualquier problema que se haya identificado.
- Evaluarán o determinarán en qué medida el establecimiento cumple con los estándares esenciales.

### **11.2 LUGAR**

Todas las áreas del hospital.

### **11.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Personal que está familiarizado con los temas relacionados con la gestión y seguridad de las instalaciones en todos los Servicios y Áreas del establecimiento; por lo menos debe incluir:

- Personal designado por la Dirección para coordinar actividades de administración de las instalaciones, seguridad y vigilancia.
- Personal responsable de la organización de las actividades de manejo de emergencias.
- Personal que maneja los sistemas de servicios públicos de las instalaciones.
- Personal responsable del mantenimiento de los equipos médicos y de laboratorio del establecimiento.
- Personal del Comité de Seguridad.

### **11.4 AUDITORES**

Auditor administrativo.

### **11.5 LO QUE OCURRIRÁ**

La sesión dura 90 minutos, de los cuales, 30 se utilizan para la actividad de discusión grupal. Es necesario que para cumplir con el propósito de la discusión, el Auditor administrativo haya revisado minuciosamente:

- La evaluación anual del Plan Maestro de gestión y seguridad de las instalaciones.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- Las minutas correspondientes a los últimos doce meses de las reuniones del equipo multidisciplinario sobre la gestión y seguridad de las instalaciones.

### **Introducción**

El auditor administrativo y el personal del establecimiento revisan los objetivos de la sesión de gestión y seguridad de las instalaciones:

- Lineamientos para la discusión (ver 11.5.1)
- Lineamientos para la observación (ver 11.5.2)
- Conclusión (ver 11.5.3)

### **11.5.1 LINEAMIENTOS PARA LA DISCUSIÓN**

El auditor deberá promover una discusión que brinde información sobre:

#### **Planear:**

- ¿Qué riesgos específicos ha identificado el establecimiento relacionado con el medio ambiente de atención?

#### **Enseñar:**

- ¿Cómo ha comunicado el establecimiento (Recursos Humanos) las responsabilidades a todo el personal y a los voluntarios?

#### **Implementar:**

- ¿Con qué procedimientos y controles (humanos y físicos) cuenta el establecimiento para minimizar el impacto del riesgo a pacientes, familiares y personal?

#### **Responder:**

- ¿Qué procedimientos implementa el establecimiento para responder ante un incidente o falla en las instalaciones?
- ¿Cómo, cuándo y a quién se le reportan los problemas o fallas de las instalaciones que se producen en el establecimiento?

#### **Monitorear:**

- ¿Cómo monitorea el establecimiento el desempeño (físico y humano) de la administración y seguridad de las instalaciones?
- ¿Qué actividades de monitoreo se han producido en los últimos doce meses?

#### **Mejorar**

- ¿Qué temas de gestión y de seguridad de las instalaciones están siendo analizados recientemente?
- ¿Qué acciones se han implementado como resultado de las actividades de monitoreo de seguridad de las instalaciones?

El establecimiento deberá presentar cómo han sido abordadas las seis categorías de riesgo:

1. Seguridad y protección generales,
2. Materiales y desechos peligrosos,
3. Manejo de emergencias,

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

4. Seguridad ante incendios,
5. Equipos médicos y de laboratorios, y
6. Servicios públicos.

El cuadro, que se presenta más adelante, está diseñado para ayudar a determinar patrones de riesgo sobre áreas de fortaleza y oportunidad, es una herramienta de análisis que se puede usar para seleccionar una categoría de riesgo que sirve para explorar la segunda parte de esta sesión. Este cuadro se encuentra en el Anexo E (página 119).

	Seguridad	Protección	Materiales Peligrosos	Incendio	Equipo Médico y de Lab.	Servicios Públicos	Manejo de Emergencias
<b>Planear</b>							
<b>Enseñar</b>							
<b>Implementar</b>							
<b>Responder</b>							
<b>Monitorear</b>							
<b>Mejorar</b>							

Durante esta sesión se revisará el desempeño del establecimiento en relación a los estándares **FMS.6** y **FMS.6.1** para el manejo de emergencias, incluyendo:

- Identificación y análisis de riesgos ambientales potenciales en el establecimiento.
- Identificación del papel del establecimiento en el programa de manejo de emergencias de la comunidad, el municipio o la región.
- Identificación de procesos para compartir información con otras organizaciones de atención médica.
- Identificación de una estructura usada durante las emergencias que se vincula con la respuesta a incidentes de la comunidad.
- Realización de cualquier mejora necesaria en el manejo de emergencias, sobre la base de las evaluaciones de los simulacros de manejo de emergencias.

La discusión deberá enfocarse entorno a los procesos de gestión, y no de las categorías de riesgo sobre la seguridad de las instalaciones. Los auditores deberán guiar la discusión y no protagonizarla.

### **11.5.2 LINEAMIENTOS PARA LA OBSERVACIÓN**

El auditor observa y evalúa el desempeño de la organización en la administración del riesgo en las instalaciones. Esta actividad representa aproximadamente 90 minutos de la sesión y ocurre después de la discusión grupal.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

Los auditores observarán la implementación de los procesos de gestión que han sido juzgados como potencialmente vulnerables, o harán el seguimiento de uno o varios riesgos particulares:

- Se inicia donde se encuentra el riesgo, o donde se presenta por primera vez (es decir, el punto de partida ocurre cuando se presenta un incidente de seguridad, donde se usa una pieza particular de equipo médico, o donde ingresa un material particularmente riesgoso en el establecimiento).
- Se hace que el personal describa o demuestre su rol y responsabilidades para minimizar el riesgo, lo que debe hacer si ocurre un incidente o un problema y la manera en que debe reportarlo.
- Se evalúan los controles físicos existentes para minimizar el riesgo (es decir, equipos, alarmas, características del edificio).
- Se evalúa el Programa de manejo de emergencias, en términos de mitigación, preparación, respuesta y estrategias de recuperación, además de acciones y responsabilidades para cada emergencia prioritaria. Se evalúa el Programa de manejo de emergencias para responder a interrupciones de los servicios públicos (por ejemplo, fuentes alternativas de los servicios brindados por los servicios públicos, notificación al personal acerca de cómo y cuándo llevar a cabo intervenciones clínicas de emergencia cuando han fallado los servicios públicos, y obtención de servicios de reparaciones).
- Se revisa la implementación de procedimientos relevantes de evaluación, prueba y mantenimiento de cualquier equipo, alarma o características del edificio que estén presentes para controlar un riesgo particular.
- El Auditor deberá seguir el riesgo desde su inicio hasta su fin dentro de las instalaciones (por ejemplo: un material o un desecho riesgoso).

### **11.5.3 CONCLUSIÓN**

El auditor presenta cualquier área potencial de oportunidad en el riesgo observado. El personal responsable de manejar el proceso brinda información sobre su rol en la identificación, análisis y mejora.

El establecimiento debe proporcionar información sobre los procesos que han sido desarrollados para enfrentar cualquier riesgo identificado.

**NOTA:** Con el objeto de facilitar un intercambio de información entre el Auditor y el personal del establecimiento, se debe identificar un grupo relativamente pequeño de participantes activos en las discusiones y las entrevistas, mientras que otros pueden asistir como observadores.

## **12. REVISIÓN Y CALIFICACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS CERRADOS**

### **12.1 PROPÓSITO**

Reunir información y documentar el cumplimiento de:

- la NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico
- los estándares que exigen documentación en el Expediente Clínico

Al final del documento se anexa el formato para evaluar el expediente clínico cerrado. La calificación se realiza con expedientes cerrados de pacientes que fueron egresados cuatro meses antes de la Auditoría para primera Certificación y de doce meses de la Auditoría para Recertificación.

### **12.2 LUGAR**

Oficina asignada al Equipo de Auditoría.

### **12.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Ninguno

### **12.4 AUDITORES**

Médico y Enfermera.

### **12.5 LO QUE OCURRIRÁ**

Para evaluar objetivamente el grado de cumplimiento del llenado del Expediente Clínico se deberá utilizar el formato del que se encuentra en el Anexo F (*página 121*).

#### **Uso del formato para evaluación de expedientes cerrados:**

1. El Líder de Auditoría solicita diez Expedientes Clínicos cerrados para la revisión y calificación del cumplimiento en la documentación y requerimientos del cuidado al paciente.
2. El Equipo Auditor indicará los criterios de selección de los Expedientes Clínicos, dentro de los cuales siempre se considerará que sean de pacientes egresados dentro de los últimos cuatro meses para primera Certificación y/o doce meses para Recertificación.
3. El Auditor revisará los Expedientes Clínicos seleccionados y lo documentará en el Formato para revisión de Expedientes Clínicos cerrados, que se encuentra en el Anexo F (*página 121*).
4. Por cada requerimiento, el auditor calificará como cumple (C) para indicar que el elemento requerido está presente; si dicho elemento no se encuentra marcará no cumple (NC) y cuando el requerimiento no se pertinente en la atención del paciente, calificará como no aplica (NA).
5. El Equipo Auditor, con base en la revisión del Expediente Clínico, califica los elementos medibles que correspondan y asienta las Observaciones de Auditoría que contextualicen los incumplimientos.

## **13. SESIÓN SOBRE CALIFICACIONES Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL**

### **13.1 PROPÓSITO**

Discutir el proceso de reclutamiento, orientación, formación y evaluación de todo el personal del establecimiento. Además, se profundizará en el proceso para la evaluación de las credenciales del personal médico, enfermería y otros profesionales de la salud, así como sus privilegios en la prestación de servicios de atención médica consistentes con su competencia.

### **13.2 LUGAR**

Elegido por el Director del establecimiento.

### **13.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

Por lo general, se conducirán dos entrevistas en diferentes lugares. El Auditor Médico se encargará de conducir la entrevista con el Personal Médico del Establecimiento, y los Auditores de Enfermería y Administración conducirán, de manera conjunta, las entrevistas con el personal de enfermería y otros profesionales de la salud. El Equipo Auditor puede optar por conducir hasta cuatro entrevistas separadas, dependiendo de la complejidad del establecimiento.

#### **13.3.1 Personal Médico:**

- Director Médico
- Representantes del Personal Médico involucrados en la recolección y revisión de las Credenciales
- Recursos Humanos

#### **13.3.2 Personal de Enfermería**

- Jefa de Enfermería
- Representantes de Enseñanza de Enfermería
- Recursos Humanos

#### **13.3.3 Otros profesionales de la salud**

- Director de Operaciones
- Director de Servicios Clínicos
- Recursos Humanos

### **13.4 AUDITORES**

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### **13.5 ESTÁNDARES / TEMAS A TRATAR**

Estándares del Apartado Calificaciones y Educación del Personal (SQE).

### **13.6 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

- Política y procedimientos relacionados con la administración de recursos humanos y credenciales del personal en general
- Expedientes del personal de Cuerpo de Gobierno, Jefes de Servicio, Médicos, Enfermeras, otros profesionales de la salud y personal en general.

Los auditores darán instrucciones durante el primer día de la Auditoría, generalmente durante la sesión de revisión de documentos (ver punto 4 de este manual), para la preparación de los Expedientes de Personal. El Equipo Auditor entregará, al responsable de Recursos humanos del establecimiento, una lista que identifica el tipo y cantidad de expedientes del personal que se seleccionaron para su revisión durante la entrevista sobre calificaciones y educación del personal.

### **13.7 CÓMO PREPARARSE**

El establecimiento debe tener una lista de todo el personal activo (médico y no médico) en la sesión de revisión de documentos del primer día, dicha lista debe identificar la profesión, fecha de contratación y el Servicio asignado (por ejemplo: Enfermera Especialista; contratada el 20 de julio de 2001; Unidad de Terapia Intensiva).

Revisar cuidadosamente todos los Expedientes de Personal utilizando el formato del Anexo G (*página 134*).

## 14. SESIÓN DE LIDERAZGO

### 14.1 PROPÓSITO

Evaluar la comunicación entre los miembros del Cuerpo de Gobierno, entre el Cuerpo de Gobierno y los Servicios, así como la forma en que todos atienden y resuelven temas relacionados con el desempeño del hospital.

### 14.2 LUGAR

Elegido por el Director del establecimiento.

### 14.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

- Director General
- Director de Operaciones
- Director Médico
- Directora o Responsable de Enfermería
- Responsable del Área de Calidad y Seguridad de los Pacientes
- Principales Jefes de Servicio Clínico

### 14.4 AUDITORES

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### 14.5 ESTÁNDARES / TEMAS A TRATAR

Los estándares a tratar son los que se encuentran en los Apartados de:

- Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)
- Calificaciones y educación del personal (SQE)
- Derechos de los pacientes y de la familia (PFR)
- Atención a pacientes (COP)
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
- Manejo y uso de medicamentos (MMU)
- Manejo de la comunicación y la información (MCI)

### 14.6 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

No se requieren documentos durante esta sesión, sin embargo, es importante señalar que, derivado de las sesiones previas, el Equipo Auditor tiene conocimiento del:

- Organigrama
- Misión de la organización
- Asignación de presupuestos y recursos
- Documentos de planeación estratégica
- Uso de la información
- Administración de calidad
- Leyes y reglamentaciones locales aplicables.

### **14.7 LO QUE OCURRIRÁ**

Los Auditores formularán preguntas relacionadas con los actividades de dirección y las decisiones que se han tomado, todos los presentes deberán participar en las respuestas.

### **14.8 CÓMO PREPARARSE**

Si bien los directivos deben conocer todos los estándares para la certificación de su hospital, es conveniente que todos los líderes del establecimiento lean cuidadosamente el capítulo de Gobierno, liderazgo y dirección (GLD) antes de la entrevista. Como preparación, es útil transformar los estándares en preguntas, de esta manera se pueden conducir simulacros de entrevistas con los participantes.

Algunos ejemplos de preguntas pueden ser las siguientes:

- Por favor, explique el proceso mediante el cual ustedes, como directivos, aprueban las políticas y planes que se utilizan para hacer funcional el hospital (referencia GLD.1.2).
- ¿Cuáles son sus estrategias y programas para el desarrollo de la educación e investigación dentro del hospital? (referencia GLD.1.2 Elemento medible 3)
- ¿Cómo la organización ha apoyado y promovido el control de calidad y los esfuerzos por mejorar? (referencia GLD.1.6)
- ¿Cómo se monitorea la calidad de los servicios subrogados? (referencia GLD.3.3)
- ¿Cuál es el proceso para identificar por escrito los servicios que brinda cada área? ¿Cómo saben que los documentos están actualizados? (referencia GLD.5.1)

## 15. REUNIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

### 15.1 PROPÓSITO

Las reuniones del Equipo Auditor brindan la oportunidad de compartir información y hallazgos de Auditoría, organizar las próximas actividades de evaluación y planear la comunicación y coordinación con las autoridades del establecimiento.

### 15.2 LUGAR

Oficina asignada al Equipo de Auditoría.

### 15.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

Ninguno

### 15.4 AUDITORES

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### 15.5 LO QUE OCURRIRÁ

Se programa una sesión de 30 minutos al final de cada jornada para intercambiar información y planear las actividades de los siguientes días. Es importante señalar que durante la comida se aprovechará el tiempo para planear las actividades del resto de la media jornada y compartir hallazgos.

Durante estas sesiones, los auditores:

- Identificarán áreas que han sido visitadas durante las actividades rastreadoras
- Coordinarán Áreas, Servicios, lugares, etc., que serán visitados durante las actividades rastreadoras posteriores.
- Compartirán hallazgos de auditoría.
- Identificarán riesgos potenciales.
- Solicitarán a otros auditores el seguimiento de ciertos temas.
- Identificarán temas/áreas que todos los auditores debieran estar explorando durante los rastreadores de pacientes.

## 16. PREPARACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA

### 16.1 PROPÓSITO

El Equipo Auditor organizará y analizará la información obtenida a lo largo de la evaluación para realizar un informe que refleje el cumplimiento de los estándares.

### 16.2 LUGAR

Oficina asignada al Equipo de Auditoría.

### 16.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

Ninguno

### 16.4 AUDITORES

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### 16.5 LO QUE OCURRIRÁ

El Equipo Auditor revisará sus hallazgos y consensuará calificaciones definitivas a los elementos medibles. Para cada cumplimiento parcial o incumplimiento, el Equipo Auditor redactará las Observaciones de Auditoría conforme lo señalan las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Con la información sobre el cumplimiento de elementos medibles y las Observaciones de Auditoría, el Equipo Auditor planeará la sesión de clausura con directivos (ver punto 17 de este manual)

**NOTA:** Durante esta sesión, los auditores pueden solicitar información adicional a los responsables del establecimiento para confirmar un hallazgo.

## **17. SESIÓN DE CLAUSURA CON DIRECTIVOS**

### **17.1 PROPÓSITO**

Informar a los directivos del establecimiento sobre las Observaciones de Auditoría.

### **17.2 LUGAR**

Elegido por el Director del establecimiento.

### **17.3 PARTICIPANTES POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO**

- Director General
- Director de Operaciones
- Director Médico y Enfermería
- Responsable del Área de Calidad y Seguridad de los Pacientes
- Principales Jefes de Servicio Clínico
- Otros, a elección del Director del establecimiento

### **17.4 AUDITORES**

Todos los miembros del Equipo Auditor.

### **17.5 ESTÁNDARES/TEMAS A TRATAR:**

Las Observaciones de Auditoría.

### **17.6 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

Ninguno.

### **17.7 LO QUE OCURRIRÁ:**

Los auditores abrirán la conferencia y tocarán los siguientes puntos:

- Propósito de la conferencia
- Resumen de las Observaciones de Auditoría relacionadas con el cumplimiento parcial y/o incumplimiento de los elementos medibles.

## **RECOMENDACIONES A DIRECTIVOS**

Una forma de facilitar este proceso de entendimiento de los estándares, es crear un equipo de trabajo que lleve la implementación de cada estándar por capítulo y asegurarse que cada uno sea comprendido por cada responsable de los Servicios, pero sobre todo, por el personal que lleva a cabo las funciones en forma operativa.

Se debe capacitar a todo el personal que forma parte de la organización, perteneciendo o no a ella, por ejemplo:

- Cuerpo de Gobierno
- Directores
- Personal de base y confianza.
- Personal subrogado
- Personal voluntario
- Médicos adscritos
- Personal en formación

La organización debe asegurarse de que todo el personal conoce los estándares que les aplican de manera específica conforme a sus funciones y responsabilidades (incluyendo a todos los colaboradores enlistados en el párrafo anterior), más aquellos que son inherentes a todos, tales como:

- Metas de Seguridad del Paciente y cómo se aplican en la organización
- Proyectos de mejora que se llevan en el hospital,
- Actividades de mejora de calidad y seguridad del paciente
- Capacitación en calidad
- Conocimiento del concepto de evento centinela, así como el proceso para notificarlo y darle seguimiento.
- Conocimiento de los indicadores de desempeño de su área y análisis de resultados y tendencias no deseadas.
- Responsabilidad de su área en la implementación de estrategias para la reducción de riesgos relacionados con incidentes ocurridos o riesgos detectados.
- Capacitación en seguridad (incendios, sismos, emergencias).
- Conocimiento de actividades a seguir para reducir el riesgo de secuestro de un menor en su área
- Ubicar y conocer el manual de crisis, riesgos y epidemias, y saber cómo actuar.
- Participar en los simulacros de: incendios, sismos, etc.
- Conocer las actividades que debe desarrollar en su área de trabajo en caso de desastre, incluyendo conocer ubicación y proceso de cierre de sistemas de válvulas de gases medicinales (cómo y quién puede hacerlo)
- Saber cómo se mantiene la calma en una situación de desastre.

**Consejo de Salubridad General**  
*Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica*  
*Estándares para la Certificación de Hospitales*  
**MANUAL DEL PROCESO PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- Saber cómo se llevaría a cabo la descontaminación en caso de que hubiera una emergencia radioactiva, biológica o química.
- Conocer el proceso de evacuación con pacientes en caso de incendio u otro tipo de desastre
- Conocer la ubicación de la alarma más cercana, zonas de seguridad y extintores
- Saber que todo el equipo médico debe tener mantenimiento preventivo y conocimiento de proceso para solicitarlo.
- Conocer el procedimiento para la disposición correcta de residuos y manejo seguro de punzocortantes.
- Conocer el manejo de químicos, así como las acciones en caso de derrames.
- Estar capacitado y haber sido evaluado en las competencias de su puesto.
- Haber cursado un proceso de inducción específico para el puesto que ocupa.
- Conocimiento respecto a la restricción del uso de Tabaco.

El seguimiento y aseguramiento de cada estándar, es primordial para ir evidenciando el cumplimiento de los procesos de atención con el enfoque de seguridad al paciente.



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXOS  
DE APOYO PARA  
LA AUDITORÍA**



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO A**  
**POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS Y OTROS**  
**DOCUMENTOS POR CAPÍTULOS**

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ACCESO A LA ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA MISMA (ACC)  
POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Las políticas identifican cuáles exámenes y análisis de diagnóstico se consideran dentro del estándar antes de la admisión.	ACC.1 Elemento Medible 5		
2	Las políticas definen cómo los pacientes serán informados sobre su proceso de atención; así como, cuando exista una espera o demora en la atención, diagnóstico o tratamiento, las razones de esta situación y el registro de esta información.	ACC.1 Elemento Medible 7		
3	Las políticas se ocupan de la admisión de los pacientes de urgencia en unidades de internamiento.	ACC.1.1 Elemento Medible 4		
4	Las políticas se ocupan de los pacientes que se encuentran en observación.	ACC.1.1 Elemento Medible 5		
5	Las políticas definen como atender a los pacientes cuando no hay camas disponibles en los servicios necesarios.	ACC.1.1 Elemento Medible 6		
6	Existen una política que asegure una comunicación efectiva en la relación médico paciente, ya sea por limitaciones físicas (por ejemplo: personas con discapacidades del habla, visuales y auditivas) o por condiciones culturales (por ejemplo: población indígena).	ACC.1.3 Estándares Nacionales Política 6		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ACCESO A LA ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA MISMA (ACC)  
POLÍTICAS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
7	Existe una política que establece la derivación y/o el alta apropiados para los pacientes.	ACC.3 Elemento Medible 1		
8	Existe una política para asegurar que al egreso del paciente, el médico tratante o el personal de enfermería autorizado, darán la información necesaria, pertinente y suficiente por escrito y constatarán la comprensión de la información entregada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una copia del resumen del alta.</li> <li>• Los cuidados posteriores en el hogar, incluyendo esquemas y cartillas de vacunación.</li> <li>• Las indicaciones higiénico-dietéticas (Ver COP.6).</li> <li>• Las notas de evolución consignan la planificación del egreso.</li> </ul>	ACC.3 Estándares Nacionales Política 6		
9	El establecimiento define la política para dar “permiso de salida” a los pacientes por un periodo definido.	ACC.3 Estándares Nacionales Política 7		
10	Existe una política que guía la transferencia adecuada de pacientes.	ACC.4		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ACCESO A LA ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA MISMA (ACC)  
PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Los procedimientos se ocupan de la admisión de los pacientes de urgencia en unidades de internamiento.	ACC.1.1 Elemento Medible 4		
2	Los procedimientos se ocupan de los pacientes que se encuentran en observación.	ACC.1.1 Elemento Medible 5		
3	Los procedimientos definen como atender a los pacientes cuando no hay camas disponibles en los servicios necesarios.	ACC.1.1 Elemento Medible 6		
4	El establecimiento utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.	ACC.1.1 Elemento Medible 1		
5	Se cuenta con un procedimiento confiable y estadísticas que permitan analizar y verificar que el 90% de los pacientes que llegan a urgencias por su propio pie, esperan menos de 15 minutos para ser atendidos.	ACC.1.1.1 Estándares Nacionales Elemento Medible 5		
6	El establecimiento ha definido criterios de ingreso y egreso para sus servicios o unidades de cuidados intensivos y especializados, incluidos la investigación en seres humanos y otros programas, para atender las necesidades especiales de los pacientes.	ACC.1.4 Elemento Medible 1		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ACCESO A LA ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA MISMA (ACC)**  
**PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
7	<p>Existe un procedimiento para asegurar que al egreso del paciente, el médico tratante o el personal de enfermería autorizado, darán la información necesaria, pertinente y suficiente por escrito y constatarán la comprensión de la información entregada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una copia del resumen del alta.</li> <li>• Los cuidados posteriores en el hogar, incluyendo esquemas y cartillas de vacunación.</li> <li>• Las indicaciones higiénico-dietéticas (Ver COP.6).</li> <li>• Las notas de evolución consignan la planificación del egreso.</li> </ul>	ACC.3 Estándares Nacionales Política 6		
8	El establecimiento define el proceso para dar “permiso de salida” a los pacientes por un periodo definido.	ACC.3 Estándares Nacionales Política 7		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA (PRF)  
POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Las políticas orientan y apoyan los derechos de los pacientes y sus familiares en el establecimiento.	PFR.1 Elemento Medible 5		
2	Existe una política que asegure que los directivos del hospital cuenten con un proceso para evaluar que todos los trabajadores conocen y aplican, dentro de sus responsabilidades, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.	PFR.1 Estándares Nacionales Elemento Medible 6		
3	Existe una política que asegure que todo interrogatorio al paciente se realice únicamente entre médico y paciente, familiar o tutor responsable en pacientes vulnerables, con la presencia de personal de apoyo, o enfermera o técnico.	PFR.1.2 Estándares Nacionales Política 3		
4	Existe una política que asegure que la exploración que se realice a pacientes sea con su autorización, en presencia de: familiar o tutor responsable en pacientes vulnerables, personal de apoyo, enfermera o técnico de su propio sexo, bajo las normas de respeto, explicando y aclarando las dudas y cuidando descubrir sólo la zona a explorar.	PFR.1.2 Estándares Nacionales Política 4		
5	Se elaboran políticas para respaldar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.	PFR.2 Elemento Medible 1		
6	Se implementan políticas tanto para guiar el proceso de toma de decisiones de los pacientes, como para modificar las decisiones durante el transcurso de la atención.	PFR.2.3 Elemento Medible 3		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA (PRF)  
POLÍTICAS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
7	El establecimiento informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica; asimismo, le informa sobre su derecho a participar en estos procesos.	PFR.3 Elemento Medible 1		
8	El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas.	PFR.6 Elemento Medible 1		
9	Existen políticas que guían el proceso de información y decisión sobre cómo acceder a los estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento.	PFR.7		
10	Existen políticas que guían el proceso de transplante.	PFR.11 Elemento Medible 2		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA (PRF)  
PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
<b>1</b>	Los procedimientos orientan y apoyan los derechos de los pacientes y sus familiares en el establecimiento.	PFR.1 Elemento Medible 5		
<b>2</b>	Existe un procedimiento que asegure que los directivos del hospital cuenten con un proceso para evaluar que todos los trabajadores conocen y aplican, dentro de sus responsabilidades, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.	PFR.1 Estándares Nacionales Elemento Medible 6		
<b>3</b>	En los establecimientos que brindan servicios a la salud materna, deberán contar con un proceso que garantice que las mujeres en trabajo de parto o aborto, recibirán un trato respetuoso evitando cualquier tipo de maltrato.	PFR.1.1 Estándares Nacionales Elemento Medible 3		
<b>4</b>	Existe un procedimiento que asegure que todo interrogatorio al paciente se realice únicamente entre médico y paciente, familiar o tutor responsable en pacientes vulnerables, con la presencia de personal de apoyo, o enfermera o técnico.	PFR.1.2 Estándares Nacionales Política 3		
<b>5</b>	Existe un procedimiento que asegure que la exploración que se realice a pacientes sea con su autorización, en presencia de: familiar o tutor responsable en pacientes vulnerables, personal de apoyo, enfermera o técnico de su propio sexo, bajo las normas de respeto, explicando y aclarando las dudas y cuidando descubrir sólo la zona a explorar.	PFR.1.2 Estándares Nacionales Política 4		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA (PRF)**  
**PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
6	Existe un proceso que permita identificar y registrar a todas las personas que ingresan al establecimiento.	PFR.1.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 6		
7	Se elaboran procedimientos para respaldar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.	PFR.2 Elemento Medible 1		
8	Se implementan procedimientos, tanto para guiar el proceso de toma de decisiones de los pacientes, como para modificar las decisiones durante el transcurso de la atención.	PFR.2.3 Elemento Medible 3		
9	El establecimiento informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica; asimismo, le informa sobre su derecho a participar en estos procesos.	PFR.3		
10	Existen procedimientos que guían el proceso de información y decisión sobre cómo acceder a los estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento.	PFR.7		
11	El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en los procedimientos.	PFR.6 Elemento Medible 1		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA (PRF)  
PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
<b>12</b>	Existen procedimientos que guían el proceso de información y decisión sobre cómo acceder a los estudios, investigaciones o ensayos clínicos relevantes para sus necesidades de tratamiento.	PFR.7 Elemento Medible 1		
<b>13</b>	Existen procedimientos que guían el proceso de obtención y donación y el proceso de trasplante.	PFR.11 Elemento Medible 2		

**DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA (PRF)  
OTROS DOCUMENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
<b>1</b>	El establecimiento cuenta con un listado que contiene los nombres de los procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento informado específico.	PFR.6.4.1 Elemento Medible 1		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Evaluación de Pacientes (AOP)  
POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	La política del establecimiento define la información que debe ser obtenida en los pacientes hospitalizados y ambulatorios.	AOP.1 Elementos Medibles 1 y 2		
2	La política del establecimiento identifica la información que se documentará para las evaluaciones.	AOP.1 Elemento Medible 3		
3	El contenido de las evaluaciones realizadas por cada disciplina clínica se define en las políticas.	AOP.1.1 Elemento Medible 1		
4	El contenido de las evaluaciones realizadas en entornos de hospitalización y ambulatorios se define en las políticas.	AOP.1.1 Elemento Medible 2		
5	Todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios son sometidos a evaluaciones iniciales conforme a la política del establecimiento (que incluyen: historia clínica, examen físico, psicológico, evaluación social y económica).	AOP.1.2 Elemento Medible 1		
6	Se establecen marcos de tiempo apropiados para la realización de las evaluaciones en todos los entornos y servicios.	AOP.1.4 Elemento Medible 1		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Evaluación de Pacientes (AOP)**  
**POLÍTICAS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
7	La política del establecimiento define las circunstancias y poblaciones de pacientes a quienes el médico evaluará con una frecuencia menor a diario, e identifica el intervalo de revaloración para dichos pacientes.	AOP.2 Elemento Medible 5		
8	Hay políticas que se ocupan de la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos.	AOP.5.1 Elemento Medible 3		
9	El establecimiento ha definido el tiempo esperado para los resultados de Laboratorio y Anatomía Patológica.	AOP.5.3 Elemento Medible 1		
10	Existen políticas que aseguren que en todos los casos, los resultados de Laboratorio y Anatomía Patológica se documentan en un reporte que incluye: datos de identificación del paciente, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.	AOP.5.3 Estándares Nacionales Elemento Medible 4		
11	El establecimiento ha implementado un programa de seguridad radiológica, que incluye políticas sobre el cumplimiento de los estándares, normatividad correspondiente y de la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos.	AOP.6.2 Elementos Medibles 3 y 4		
12	Existe una política que defina que los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se documentan (escrito o electrónico), en un reporte que incluye: datos de identificación del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.	AOP.6.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 4		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Evaluación de Pacientes (AOP)**  
**PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	El procedimiento del establecimiento define la información que debe ser obtenida en los pacientes hospitalizados y ambulatorios.	AOP.1 Elementos Medibles 1 y 2		
2	Hay procedimientos que se ocupan de la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos.	AOP.5.1 Elemento Medible 3		
3	Existen procedimientos que aseguren que en todos los casos, los resultados de Laboratorio y Anatomía Patológica se documentan en un reporte que incluye: datos de identificación del paciente, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.	AOP.5.3 Estándares Nacionales Elemento Medible 4		
4	Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma exacta y completa, según las pautas.	AOP.5.5 Elemento Medible 5		
5	Existe un procedimiento por escrito que establezca las acciones a seguir en caso de presentar algún paciente, reacción al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.	AOP.6 Estándares Nacionales Elemento Medible 4		
6	Existe un procedimiento para la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.	AOP.6 Estándares Nacionales Elemento Medible 5		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Evaluación de Pacientes (AOP)**  
**PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
<b>7</b>	Hay procedimientos elaborados e implementados para solicitar análisis, recolectar e identificar muestras, transportar, almacenar y preservar muestras y recibir, ingresar al sistema y rastrear muestras.	AOP.5.6 Elementos Medibles 1 a 4		
<b>8</b>	El establecimiento ha implementado un programa de seguridad radiológica, que incluye procedimientos sobre el cumplimiento de los estándares, normatividad correspondiente y de la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos.	AOP.6.2 Elementos Medibles 1, 3 y 4		
<b>9</b>	Existe una política y procedimiento que defina que los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen se documentan, por cualquier medio, escrito o electrónico, en un reporte que incluye: datos de identificación del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.	AOP.6.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 4		
<b>10</b>	El establecimiento ha identificado las películas, los reactivos y los suministros necesarios para proporcionar regularmente servicios de radiología y diagnóstico por imagen; todos los suministros se guardan y se dispensan según procedimientos definidos	AOP.6.6 Elemento Medible 3		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Evaluación de Pacientes (AOP)**  
**OTROS DOCUMENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	El establecimiento identifica poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se modifica el proceso de evaluación inicial (por ejemplo: pacientes muy jóvenes, adultos mayores, enfermos terminales y demás que padezcan dolor, mujeres en trabajo de parto, pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos, pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o el alcohol; víctimas de abuso y negligencia; y víctimas de violencia familiar).	AOP.1.7 Elemento Medible 1		
2	Las responsabilidades de quienes realizan las evaluaciones y revaloraciones de los pacientes están definidas por escrito	AOP.3 Elemento Medible 5		
3	El laboratorio estableció rangos de referencia para cada análisis realizado	AOP.5.7 Elementos Medibles 1		
4	Se conserva una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica.	AOP.5.11 Elemento Medible 1		
5	El establecimiento conserva una lista de expertos en áreas especializadas de Radiología y Diagnóstico por Imagen.	AOP.6.10 Elemento Medible 1		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Atención de Pacientes (COP)  
POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Las políticas guían la atención uniforme y reflejan el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones relevantes.	COP.1 Elemento Medible 2		
2	Las políticas guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.	COP.3		
3	Las políticas guían la atención de los pacientes de urgencia.	COP.3.1		
4	Las políticas guían el uso de los servicios de reanimación en todo el establecimiento.	COP.3.2		
5	Las políticas guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.	COP.3.3		
6	Las políticas que guían el uso de sangre y hemoderivados, priorizan situaciones críticas, por ejemplo hemorragia vaginal de la mujer gestante.	COP.3.3 Estándares Nacionales Elemento Medible 3		
7	Las políticas garantizan la existencia de sangre y hemoderivados las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.	COP.3.3 Estándares Nacionales		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Atención de Pacientes (COP)**  
**POLÍTICAS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
8	Las políticas guían la atención de los pacientes comatosos o en soporte vital.	COP.3.4		
9	Las políticas guían la atención de los pacientes con una enfermedad contagiosa y de los pacientes inmunodeprimidos.	COP.3.5		
10	Las políticas guían el uso de la sujeción en los procesos de atención médica.	COP.3.7		
11	Las políticas guían la atención de los pacientes mayores, las personas discapacitadas, los niños y la población en riesgo de abuso.	COP.3.8		
12	Las políticas guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo.	COP.3.9		
13	Existe una política que asegure que el médico especialista en acupuntura cuenta con título, cédula profesional de médico y el documento de especialización en acupuntura humana.	COP.6 Estándares Nacionales Política 5		
14	Existen políticas que guían la práctica de la acupuntura únicamente como paliativo del dolor en enfermedades terminales.	COP.6 Estándares Nacionales Política 6		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Atención de Pacientes (COP)**  
**POLÍTICAS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
15	Existen políticas que aseguren que el equipo, instrumental, material y demás insumos para la atención de la salud que se utilicen en la práctica de la acupuntura están aprobados mediante protocolos, por la Secretaría de Salud.	COP.6 Estándares Nacionales Política 7		
16	Existen políticas que guían la atención de la salud de la mujer en todas las etapas de su vida reproductiva.	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 1		
17	Existen políticas que guían el proceso de planificación familiar, particularmente la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO).	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		
18	Existen políticas que guían sobre salud sexual, consejería y atención a víctimas de violencia familiar.	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 3		
19	Existen políticas que guían sobre detección oportuna de cáncer.	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 4		
20	Existen políticas que guían la atención del embarazo, parto y puerperio.	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 5		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Atención de Pacientes (COP)**  
**POLÍTICAS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
21	Los recién nacidos, conforme a las políticas, reciben el esquema de vacunación y se les realiza el Tamiz Neonatal	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 6		
22	Las políticas guían la interrupción del embarazo en cualquier etapa del mismo conforme a las leyes, reglamentos, normas y lineamientos vigentes	COP.8.1 Estándares Nacionales		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Atención de Pacientes (COP)  
PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Los procedimientos guían la atención uniforme y reflejan el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones relevantes.	COP.1 Elemento Medible 2		
2	Los procedimientos guían la atención de los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de dicha índole.	COP.3		
3	Los procedimientos guían la atención de los pacientes de urgencia.	COP.3.1		
4	Los procedimientos guían el uso de los servicios de reanimación en todo el establecimiento.	COP.3.2		
5	Existe un proceso que garantice la reanimación inmediata del recién nacido en el Servicio de Tococirugía, y se cuente con un área específica para su atención, equipada con todos los instrumentos necesarios para proporcionar reanimación inmediata.	COP.3.2 Estándares Nacionales		
6	Los procedimientos guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados.	COP.3.3		
7	Los procedimientos que guían el uso de sangre y hemoderivados, priorizan situaciones críticas, por ejemplo hemorragia vaginal de la mujer gestante.	COP.3.3 Estándares Nacionales Elemento Medible 3		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Atención de Pacientes (COP)**  
**PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
8	Los procedimientos garantizan la existencia de sangre y hemoderivados las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.	COP.3.3 Estándares Nacionales Elemento Medible 4		
9	Los procedimientos guían la atención de los pacientes comatosos o en soporte vital.	COP.3.4		
10	Los procedimientos guían la atención de los pacientes con una enfermedad contagiosa y de los pacientes inmunodeprimidos.	COP.3.5		
11	Los procedimientos guían la atención de los pacientes dializados.	COP.3.6		
12	Los procedimientos guían el uso de la sujeción en los procesos de atención médica.	COP.3.7		
13	Los procedimientos guían la atención de los pacientes mayores, las personas discapacitadas, los niños y la población en riesgo de abuso.	COP.3.8		
14	Los procedimientos guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo.	COP.3.9		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Atención de Pacientes (COP)**  
**PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
15	Existen procedimientos que guían la práctica de la acupuntura únicamente como paliativo del dolor en enfermedades terminales.	COP.6 Estándares Nacionales Elemento Medible 6		
16	Existen procedimientos que aseguren que el equipo, instrumental, material y demás insumos para la atención de la salud que se utilicen en la práctica de la acupuntura están aprobados mediante protocolos, por la Secretaría de Salud.	COP.6 Estándares Nacionales Política 7		
17	Existen procedimientos que guían la atención de la salud de la mujer en todas las etapas de su vida reproductiva.	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 1		
18	Existen procedimientos que guían el proceso de planificación familiar, particularmente la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO).	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		
19	Existen procedimientos que guían sobre salud sexual, consejería y atención a víctimas de violencia familiar.	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 3		
20	Existen procedimientos que guían sobre detección oportuna de cáncer.	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 4		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Atención de Pacientes (COP)**  
**PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
21	Existen procedimientos que guían la atención del embarazo, parto y puerperio.	COP.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 5		
22	Los procedimientos guían la interrupción del embarazo en cualquier etapa del mismo conforme a las leyes, reglamentos, normas y lineamientos vigentes	COP.8.1 Estándares Nacionales		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC)**  
**POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	<p>Hay políticas que se utilizan para cumplir al menos los elementos a) hasta f ), para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales;</li> <li>2. la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;</li> <li>3. las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;</li> <li>4. los requisitos de control del paciente;</li> <li>5. las competencias del personal involucrado en el proceso de sedación;</li> </ol> <p>y</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. la disponibilidad y el uso de equipo especializado.</li> </ol>	<p align="center">ASC.3 Elemento Medible 1</p>		
2	<p>Existen políticas que garanticen que en intervenciones quirúrgicas mayores a 2 horas con anestesia general, se administra suplemento de oxígeno.</p>	<p align="center">ASC.5.3 Estándares Nacionales Política 3</p>		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC)**  
**PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
<b>1</b>	<p>Hay procedimientos que se utilizan para cumplir al menos los elementos a) hasta f ), para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales;</li> <li>b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comuniquen de manera efectiva;</li> <li>c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;</li> <li>d) los requisitos de control del paciente;</li> <li>e) las competencias del personal involucrado en el proceso de sedación;</li> <li>y</li> <li>f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.</li> </ul>	ASC.3 Elemento Medible 1		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Manejo y uso de medicamentos (MMU)**  
**POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Hay políticas que guían todas las fases del manejo de los medicamentos y el uso de medicamentos dentro del establecimiento.	MMU.1 Elemento Medible 3		
2	Todas las áreas de almacenamiento de medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política del hospital, para asegurar que los medicamentos estén debidamente almacenados.	MMU.3 Elemento Medible 4		
3	La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los productos nutricionales.	MMU.3.1 Elemento Medible 1		
4	La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar.	MMU.3.1 Elemento Medible 2		
5	La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra.	MMU.3.1 Elemento Medible 3		
6	La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y conservan los medicamentos de urgencia.	MMU.3.1 Elemento Medible 4		
7	Las políticas se ocupan del retiro de los medicamentos que se saben vencidos o caducados.	MMU.3.3 Elemento Medible 1		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Manejo y uso de medicamentos (MMU)**  
**POLÍTICAS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
8	Las políticas se ocupan de la destrucción de los medicamentos que se saben vencidos o caducados.	MMU.3.3 Elemento Medible 3		
9	Hay políticas, basadas en la normatividad correspondiente, que guían las recetas, órdenes y transcripciones de medicamentos, incluyendo las acciones relacionadas con las recetas y órdenes ilegibles.	MMU.4		
10	Las órdenes o recetas de medicamentos aceptables están definidas en las políticas, y al menos se abarcan los elementos a) hasta i) del propósito.	MMU.4.1 Elemento Medible 1		
11	Hay políticas que rigen el uso de medicamentos traídos al establecimiento para que el paciente se autoadministre, o a modo de muestras.	MMU.6.2		
12	Hay políticas que guían el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas.	MMU.8 Estándares Nacionales Política 1		
13	El establecimiento cuenta con políticas que garantizan la vacunación para menores de 5 años	MMU.8 Estándares Nacionales Política 3		
14	El establecimiento cuenta con políticas que garantizan la vacunación para adultos mayores	MMU.8 Estándares Nacionales Política 4		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Manejo y uso de medicamentos (MMU)**  
**POLÍTICAS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
15	El establecimiento cuenta con políticas que garantizan la vacunación para los grupos específicos de la población (por ejemplo mujeres embarazadas)	MMU.8 Estándares Nacionales Política 5		
16	El establecimiento cuenta con políticas que garantizan una cobertura de BCG	MMU.8 Estándares Nacionales Política 6		
17	El establecimiento cuenta con políticas que garantizan la vacunación de mujeres en edad fértil para erradicar la rubéola congénita y el tétanos neonatal.	MMU.8 Estándares Nacionales Política 7		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Manejo y uso de medicamentos (MMU)**  
**PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.	MMU.3 Elemento Medible 2		
2	Los procedimientos se ocupan de la destrucción de los medicamentos que se saben vencidos o caducados.	MMU.3.3 Elemento Medible 3		
3	Los procedimientos se del retiro de los medicamentos que se saben vencidos o caducados.	MMU.3.3 Elemento Medible 1		
4	Hay políticas y procedimientos, basadas en la normatividad correspondiente, que guían las recetas, órdenes y transcripciones de medicamentos.	MMU.4		
5	Existe un proceso para poner límites, cuando corresponda, a las prácticas del personal para recetar y ordenar.	MMU.4.2 Elemento Medible 2		
6	3. Existe un proceso para poner límites a los profesionales, cuando corresponda, a las prácticas de administración de medicamentos.	MMU.6 Elemento Medible 3		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Manejo y uso de medicamentos (MMU)**  
**PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
7	Hay procedimientos que rigen el uso de medicamentos traídos al establecimiento para que el paciente se autoadministre, o a modo de muestras.	MMU.6.2		
8	Los errores en la administración de medicamentos y las ocasiones que pudieron representar una omisión se notifican en forma oportuna, utilizando un proceso establecido.	MMU.7.1 Elemento Medible 2		
9	Hay procedimientos que guían el abasto, conservación adecuada y administración oportuna de vacunas.	MMU.8 Estándares Nacionales Política 1		
10	El establecimiento cuenta con procedimientos que garantizan la vacunación para menores de 5 años	MMU.8 Estándares Nacionales Política 3		
11	El establecimiento cuenta con procedimientos que garantizan la vacunación para adultos mayores	MMU.8 Estándares Nacionales Política 4		
12	El establecimiento cuenta con procedimientos que garantizan la vacunación para los grupos específicos de la población (por ejemplo mujeres embarazadas)	MMU.8 Estándares Nacionales Política 5		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Manejo y uso de medicamentos (MMU)**  
**PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
13	El establecimiento cuenta con procedimientos que garantizan una cobertura de BCG	MMU.8 Estándares Nacionales Política 6		
14	El establecimiento cuenta con procedimientos que garantizan la vacunación de mujeres en edad fértil para erradicar la rubéola congénita y el tétanos neonatal.	MMU.8 Estándares Nacionales Política 7		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Educación del paciente y de su familia (PFE)  
POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
<b>1</b>	El establecimiento cuenta con políticas que garantizan la educación al paciente sobre prevención y autocuidado, especialmente en grupos con obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardio y cerebrovasculares,	PFE.2 Estándares Nacionales Política 8		
<b>2</b>	El establecimiento cuenta con políticas que garantizan la educación al paciente sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cervico-uterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.	PFE.2 Estándares Nacionales Política 9		
<b>3</b>	El establecimiento cuenta con política que garantizan la educación al paciente sobre prevención de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.	PFE.2 Estándares Nacionales Política 10		
<b>4</b>	El establecimiento cuenta con políticas que garantizan la educación al paciente sobre enfermedades prevenibles por vacunación.	PFE.2 Estándares Nacionales Política 11		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Educación del paciente y de su familia (PFE)**  
**PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
<b>1</b>	El establecimiento cuenta con procedimientos que garantizan la educación al paciente sobre prevención y autocuidado, especialmente en grupos con obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardio y cerebrovasculares,	PFE.2 Estándares Nacionales Política 8		
<b>2</b>	El establecimiento cuenta con procedimientos que garantizan la educación al paciente sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cervico-uterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.	PFE.2 Estándares Nacionales Política 9		
<b>3</b>	El establecimiento cuenta con procedimientos que garantizan la educación al paciente sobre prevención de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.	PFE.2 Estándares Nacionales Política 10		
<b>4</b>	El establecimiento cuenta con procedimientos que garantizan la educación al paciente sobre enfermedades prevenibles por vacunación.	PFE.2 Estándares Nacionales Política 11		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)**  
**PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Existen procedimientos o protocolos de atención, guías clínicas, algoritmos o normas técnicas para los 10 motivos de egreso más frecuentes en los últimos dos años calendario.	QPS.2.1 Estándares Nacionales Política 5		
2	Existen procedimientos o protocolos de atención, guías clínicas, algoritmos y normas técnicas para las emergencias obstétricas (infección puerperal, preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, etc.)	QPS.2.1 Estándares Nacionales Política 6		
3	Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar y verificar que el 90% de los pacientes esperan menos de 15 minutos en el servicio de laboratorio para su atención.	QPS.3.2 Estándares Nacionales Elemento Medible 4		
4	Existen protocolos y procedimientos específicos actualizados en los servicios de laboratorio.	QPS.3.2 Estándares Nacionales Elemento Medible 5		
5	Existe un procedimiento por el cual el jefe de cirugía conoce la disponibilidad de servicio.	QPS.3.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 5		
6	Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar y verificar las complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas, por ejemplo: tromboembolia pulmonar, trombosis venosa profunda, sepsis postoperatoria, dificultad técnica en el procedimiento	QPS.3.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 6		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)**  
**PROCEDIMIENTOS (continúa)**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
7	Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar las apendicectomías blancas y conversión de cirugía laparoscopia a cirugía abierta	QPS.3.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 7		
8	Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar y verificar el uso de antibióticos, incluyendo su uso profiláctico, acorde a las Políticas del Comité de infecciones	QPS.3.5 Estándares Nacionales Política 4		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Prevención y control de infecciones (PCI)  
POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Existe una política que asegure el buen estado de cocina, almacén para víveres y refrigeración de los mismos.	PCI.7.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		
2	Existe una política que asegure que el personal lava sus manos después de manipular, carnes, huevos crudos, verduras y hortalizas.	PCI.7.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		
3	Las políticas se ocupan de suministrar insumos, ropa y material de trabajo (cubrebocas, gorro, bata y guantes), acorde a las funciones que desempeñan.	PCI.7.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		
4	Se ha establecido políticas para el acceso a los cuartos para pacientes que requieren aislamiento.	PCI.8 Estándares Nacionales Elemento Medible 5		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Prevención y control de infecciones (PCI)  
PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
<b>1</b>	Se cuenta con procedimientos documentados que permiten la identificación oportuna de requerimientos de reparación y/o renovación de equipo especializado e instrumental en CEYE.	PCI.7.1 Estándares Nacionales		
<b>2</b>	Existe un procedimiento que asegure el buen estado de cocina, almacén para víveres y refrigeración de los mismos.	PCI.7.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 5		
<b>3</b>	Existe un procedimiento que asegure que el personal lava sus manos después de manipular, carnes, huevos crudos, verduras y hortalizas.	PCI.7.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		
<b>4</b>	Existe el proceso para efectuar el control microbiológico al personal que interviene en la preparación de alimentos.	PCI.7.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		
<b>5</b>	Los procedimientos se ocupan de suministrar insumos, ropa y material de trabajo (cubrebocas, gorro, bata y guantes), acorde a las funciones que desempeñan.	PCI.7.4 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		



**Consejo de Salubridad General**  
 Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
 Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Prevención y control de infecciones (PCI)**  
**OTROS DOCUMENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de infecciones nosocomiales.	PCI.10.2 Estándares Nacionales Elemento Medible 3		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)**  
**POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Las responsabilidades del cuerpo de gobierno se describen en los estatutos, las políticas y procedimientos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.	GLD.1		
2	Hay políticas que guían las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones.	GLD.7 Estándares Nacionales Elemento Medible 1		
3	Hay políticas que guían la participación de su personal en los eventos de capacitación y actualización organizados por la industria farmacéutica.	GLD.7 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		
4	El establecimiento ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta.	GLD.6.1 Elemento Medible 3		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)  
PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Las responsabilidades del cuerpo de gobierno se describen en los estatutos, las políticas y procedimientos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.	GLD.1		
2	Hay procedimientos que guían las acciones de promoción de los visitantes médicos en sus instalaciones.	GLD.7 Estándares Nacionales Elemento Medible 1		
3	Hay procedimientos que guían la participación de su personal en los eventos de capacitación y actualización organizados por la industria farmacéutica	GLD.7 Estándares Nacionales Elemento Medible 2		

**Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)  
OTROS DOCUMENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Los responsables del cuerpo de gobierno aprueban y hacen pública la declaración de la misión, visión y valores del hospital.	GLD.1.1		
2	Los responsables de cada área clínica identifican, por escrito, los servicios que proporcionará su área.	GLD.5.1		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Gestión y seguridad de la instalación (FMS)**  
**POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	El establecimiento cuenta con una política y un plan implementados para eliminar el tabaquismo.	FMS.7.3 Elemento Medible 1		
2	La política se ocupa del uso de cualquier producto o equipo que deba ser retirado de circulación.	FMS.8.2 Elemento Medible 2		

**Gestión y seguridad de la instalación (FMS)**  
**PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	El procedimiento se ocupa del uso de cualquier producto o equipo que deba ser retirado de circulación.	FMS.8.2 Elemento Medible 2		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Calificaciones y educación del personal (SQE)  
POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Los directores del establecimiento definen la educación, aptitudes, conocimiento y demás requisitos deseados de todo el personal.	SQE.1 Elemento Medible 2		
2	Existe un procedimiento estandarizado para otorgar privilegios a los facultativos en el nombramiento inicial y en la ratificación del nombramiento.	SQE.10 Elemento Medible 1		

**Calificaciones y educación del personal (SQE)  
PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	Se cuenta con un proceso para analizar el comportamiento y apego del personal de la unidad al cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos.	SQE.3 Estándares Nacionales Política 6		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Manejo de la comunicación y la información (MCI)**  
**POLÍTICAS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	La política del establecimiento identifica a los profesionales que tienen acceso al expediente clínico, a fin de asegurar la confidencialidad de la información del paciente.	MCI.7 Elemento Medible 1		
2	Existe una política escrita que se ocupa de la privacidad y confidencialidad de la información conforme a las leyes y reglamentaciones.	MCI.10 Elemento Medible 1		
3	El establecimiento cuenta con una política escrita que se ocupa de la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos, que se basa en las leyes y reglamentaciones vigentes.	MCI.11 Elemento Medible 1		
4	El establecimiento cuenta con una política sobre el tiempo de retención de los expedientes, datos e información.	MCI.12		
5	Una política o protocolo, por escrito, definen los requisitos para elaborar y mantener políticas y procedimientos.	MCI.18		
6	La política del establecimiento identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico del paciente, y determina el contenido y el formato del registro.	MCI.19.2		

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**Manejo de la comunicación y la información (MCI)  
PROCEDIMIENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	El establecimiento cuenta con un proceso, conforme a la normatividad vigente, que define los requisitos para que el paciente acceda a su información.	MCI.10 Elemento Medible 4		

**Manejo de la comunicación y la información (MCI)  
OTROS DOCUMENTOS**

NO.	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ESTÁNDAR DE REFERENCIA	SI	NO
1	El establecimiento cuenta con un listado de códigos de diagnóstico estandarizados (conforme lo dispuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10), códigos de procedimiento, símbolos, abreviaturas de unidades de medida aceptados por el establecimiento.	MCI.13		



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO B**  
**FORMATO PARA EL RASTREADOR DE**  
**PACIENTES**

## Consejo de Salubridad General

### Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica

### Estándares para la Certificación de Hospitales

## MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

### FORMATO DE RASTREADORES

*Este formato es para organizar la información respecto al rastreador seleccionado*

<b>Area de interés:</b>	Diagnóstico de Admisión: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____
Fecha de Admisión: _____	
Fecha de Alta probable: _____	
Ubicación actual del paciente: _____	
Médico tratante: _____	
Enfermera: _____	
<b>Secuencia de Ciudado/ Servicios:</b>	<b>Áreas de Enfoque prioritario</b>
1 _____	0 1.- Acceso de la atención y continuidad de la misma (AOC)
2 _____	0 2.- Derechos del Paciente y su Familia (PFR)
3 _____	0 3.- Evaluación de Pacientes (AOP)
4 _____	0 4.- Atención de Pacientes (COP)
5 _____	0 5.- Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC)
6 _____	0 6.- Manejo y Uso de Medicamentos (MMU)
7 _____	0 7.- Educación del Paciente su Familia (PFE)
8 _____	0 8.- Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente (QPS)
	0 9.- Prevención y Control de Infecciones (PCI)
	0 10.- Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)
<b>Equipo de cuidado multidisciplinario (si aplica)</b>	0 11.- Calificaciones y Educación del Personal del Personal (SQE)
O Actividades: _____	0 12.- Personal Médico (SQE)
O Nutriólogo: _____	0 13.- Gestión y Seguridad de la Instalación (FMS)
O Fisioterapia: _____	0 14.- Seguridad del Paciente
O Terapia del habla: _____	0 15.- Manejo de la Comunicación e Información (MIC)
O Terapia ocupacional _____	0 16.- Otros (Sujeción, paro cardíaco, caídas, incidentes)
O Farmacéutico _____	
O Terapeuta respiratorio _____	0 17.- Metas Internacionales de Seguridad para el Paciente _____
O Trabajo Social _____	
O Enfermeras _____	
O Médicos _____	<b>Alergias</b>
O Razones para revisión de expedientes del personal: _____	<b>Laboratorio</b>
_____	Respuesta del Laboratorio (tiempos) _____
_____	Tiempo efectivo? _____
_____	Cómo se contactó al médico? _____
<b>Medicamentos:</b>	<b>Otros:</b> _____
_____	
_____	<b>Exámenes diagnósticos:</b> _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____





**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO C**  
**FORMATO PARA EVALUAR EL TIME-OUT**

## Consejo de Salubridad General

### Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica

### Estándares para la Certificación de Hospitales

## MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

### LISTA DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS - TIEMPO FUERA

Paciente: _____	Fecha: ____/____/____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Hora de llegada: ____:____:____	Área: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nº Expediente: _____	Identificación: _____		

		Criterios	Nombre y Firma
<b>VERIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			
	SI <input type="checkbox"/>	Al paciente se le preguntó el primer identificador? (nombre completo)	
	SI <input type="checkbox"/>	Al paciente se le preguntó el segundo identificador? (fecha de nacimiento)	
	SI <input type="checkbox"/>	Las respuestas del paciente concuerdan con la pulsera de identificación, consentimientos, estudios de imágenes (si los hay) y otra información relevante?	
<b>MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO / PROCEDIMIENTO</b>			
	SI <input type="checkbox"/>	Paciente dice el procedimiento, lado y sitio que se va a intervenir y señala al sitio?	
	SI <input type="checkbox"/>	El consentimiento informado del paciente describe el sitio de cirugía / procedimiento y la lateralidad concordante con lo expresado por el paciente?	
	SI <input type="checkbox"/>	Los datos en el expediente de la nota prequirúrgica realizada por el médico y de la valoración preoperatoria por enfermería son consistentes con la respuesta del paciente?	
	SI <input type="checkbox"/>	Laboratorio, Rayos X, TAC, Electrocardiograma, Resonancia Magnética. Subraye la indicación médica.	
	SI <input type="checkbox"/>	El sitio quirúrgico o el procedimiento está marcado en o cerca del sitio de incisión por su cirujano?	
<b>CRITERIOS</b>			
	SI <input type="checkbox"/>	Se confirma la identificación del paciente, consentimiento informado del paciente, procedimiento quirúrgico, lateralidad y marcado del sitio.	
	SI <input type="checkbox"/>	Se revisó el expediente del paciente por consistencia en identificar el sitio correcto?	
	SI <input type="checkbox"/>	Los estudios de imágenes identifican correctamente al paciente?	
	SI <input type="checkbox"/>	Los implantes están disponibles?	
	SI <input type="checkbox"/>	El equipo especial está disponible?	
	SI <input type="checkbox"/>	Se completó el TEMPO FUERA previo al inicio del procedimiento para la verificación final del paciente correcto, procedimiento correcto, sitio correcto, estudios de imágenes correctos	
<b>Médico</b>		<b>NOMBRE</b>	<b>FIRMA</b>
<b>Anestesiólogo</b>			
<b>Enfermera(o) Cirujante</b>			
<b>Enfermera(o) Responsable y /o Instrumentista</b>			
<b>DISCREPANCIA</b>		Se notificó al Médico / Cirujano: _____	Hora: _____
<input type="checkbox"/>		Fecha: _____	Médico verificó el sitio y lateralidad y lo comunicó al equipo de trabajo / quirúrgico



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO D**  
**FORMATO PARA EVALUAR EL EQUIPO DE**  
**REANIMACIÓN NEONATAL**

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**EVALUACIÓN DEL EQUIPO DE REANIMACIÓN NEONATAL PARA LA ATENCIÓN DE TODOS LOS NACIMIENTOS DE ACUERDO CON EL MANUAL DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO SALUDABLE, PARTO Y PUERPERIO SEGUROS, RECIÉN NACIDO SANO**

NO.	DESCRIPCIÓN	C	NC
<b>Ambiente de calor:</b>			
1	Cuna de calor radiante		
<b>Equipo de aspiración</b>			
2	Perilla de hule número 4.		
3	Equipo de aspiración mecánica (portátil o de pared).		
4	Catéteres o sondas de aspiración número 5, 8, 10.		
5	Sonda de aspiración traqueal número 10 ó mayor		
<b>Equipo de ventilación</b>			
6	Bolsa de anestesia y/o bolsa autoinflable con válvula de liberación de presión y reservorio de oxígeno.		
7	Máscaras faciales para recién nacido pretérmino y de término		
8	Fuente de oxígeno con flujómetro		
<b>Equipo de intubación</b>			
9	Laringoscopio con hojas número 0 y 1 (para neonatos pretérmino y de término, respectivamente)		
10	Tubos endotraqueales de 2.5, 0.5 Y 4 cm de diámetro interno		
<b>Medicamentos</b>			
11	Adrenalina en dilución 1 :10000 (ampolletas de 1 ml, 1 :1000).		
12	Bicarbonato de sodio al 10%, ampolletas de 10cc		
13	Hidrocloruro de naloxona, ampolletas de 1 cc con 0.4 mg/ml		
14	Expansores de volumen ( albúmina al 25%, lactato de Ringer, solución salina al 0.9%, dopamina ampolletas de 5cc con 200 mg/ml)		
<b>Otros</b>			
15	Reloj de preferencia con cronómetro		
16	Estetoscopio		
17	Catéteres umbilicales de 3.5 y 5 Fr.		
18	Pinzas umbilicales		
19	Jeringas y tela adhesiva		
20	Sondas nasogástricas		
21	Equipo de Venoclisis, bomba de infusión y filtros.		
22	La ropa quirúrgica (campos) con que se recibe al recién nacido, debe ser estéril		
23	Gorro, guantes, bata quirúrgica, cubre boca		
24	Protección ocular		



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO E**  
**FORMATO PARA REVISAR LOS PLANES DE**  
**LAS INSTALACIONES**

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA REVISAR LOS PLANES DE LAS INSTALACIONES**

	<b>Seguridad</b>	<b>Protección</b>	<b>Materiales Peligrosos</b>	<b>Incendio</b>	<b>Equipo Médico y de Lab.</b>	<b>Servicios Públicos</b>	<b>Manejo de Emergencias</b>
<b>Planear</b>							
<b>Enseñar</b>							
<b>Implementar</b>							
<b>Responder</b>							
<b>Monitorear</b>							
<b>Mejorar</b>							



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO F**  
**FORMATO PARA LA EVALUACIÓN DEL**  
**EXPEDIENTE CLÍNICO**

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
<b>DATOS GENERALES</b>																															
1	Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso nombre de la institución a la que pertenece.																														
2	Nombre, especialidad y firma del médico tratante																														
3	Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.																														
<b>NOTA DE INGRESO</b>																															
1	<b>Signos vitales.</b>																														
2	Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental.																														
3	Resultado de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.																														
4	Impresión diagnóstica																														
5	Tratamiento.																														
6	Pronóstico.																														



CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
<b>HISTORIA CLINICA</b>																															
1	Interrogatorio. Mínimo: Ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, personales patológicos, (incluido exfumador, exalcohólico, exadicto) y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones), e interrogatorio por aparatos y sistemas.																														
2	Exploración física. Mínimo: Hábitus externo, signos vitales, (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.																														
3	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.																														
4	Diagnósticos y problemas clínicos.																														
5	Plan de manejo																														
6	Pronóstico																														
7	Nombre y firma del médico																														



CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
<b>NOTAS DE EVOLUCIÓN</b>																															
1	Fecha y hora																														
2	Evolución y actualización del cuadro clínico, (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).																														
3	Signos vitales.																														
4	Resultados de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.																														
5	Diagnósticos.																														
6	Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo dosis, vía y periodicidad.																														



CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10								
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA						
<b>NOTA DE INTERCONSULTA</b>																																					
1	Criterios diagnósticos.																																				
2	Plan de estudios.																																				
3	Sugerencias diagnósticas y tratamiento.																																				
4	Fecha y hora en que se otorga el servicio.																																				
5	Signos vitales.																																				
6	Motivo de la consulta.																																				
7	Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental.																																				
8	Diagnósticos y problemas clínicos.																																				
9	Resultado de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.																																				
10	Tratamiento.																																				
11	Pronóstico.																																				
12	Nombre y firma del médico																																				



CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
<b>NOTA DE REFERENCIA/TRASLADO</b>																															
1	Fecha y hora																														
2	Establecimiento que envía.																														
3	Establecimiento receptor.																														
4	Resumen clínico que incluye como mínimo: Motivo de envío, Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones), Terapéutica empleada, si la hubo.																														
<b>NOTA MÉDICA EN URGENCIAS</b>																															
1	Fecha y hora en que se otorga el servicio.																														
2	Signos vitales.																														
3	Motivo de la consulta.																														
4	Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental.																														
5	Diagnósticos clínicos.																														
6	Resultado de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.																														
7	Tratamiento.																														
8	Pronóstico.																														



CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
<b>NOTA PREOPERATORIA</b>																															
1	Fecha y hora																														
2	Fecha de la cirugía.																														
3	Diagnóstico.																														
4	Plan terapéutico preoperatorio																														
5	Plan quirúrgico.																														
6	Tipo de intervención quirúrgica.																														
7	Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones).																														
8	Cuidados y plan terapéutico preoperatorio.																														
9	Pronóstico.																														
10	Nombre y firma del médico																														
<b>VERIFICACIÓN PACIENTE, SITIO Y PROCEDIMIENTO CORRECTO</b>																															
1	Puntos previos al procedimiento																														
2	Tiempo fuera																														
3	Firmas cirujano y enfermera																														



CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10									
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA							
<b>NOTA PREANESTÉSICA, VIGILANCIA Y REGISTRO ANESTÉSICO. MÉDICO</b>																																						
1	Evaluación clínica del paciente, señalando los datos fundamentales en relación con la anestesia.																																					
2	Tipo de anestesia que se aplicará de acuerdo a las condiciones del paciente y a la intervención quirúrg.																																					
3	Riesgo anestésico.																																					
4	Medicación preanestésica.																																					
5	Monitoreo del estado fisiológico durante el procedimiento																																					
6	Hora de inicio y final de la cirugía																																					
7	Hora de inicio y final de la anestesia																																					
8	Nombre del cirujano y anesthesiologo																																					
9	Valoración Aldrete (con firma del anesthesiologo para el alta de recuperación)																																					



CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
<b>NOTA PREANESTÉSICA: ENFERMERÍA</b>																															
1	Fecha y hora																														
2	Signos vitales																														
3	Medicación preanestésica																														
3	Antecedentes																														
4	Valoración alergias																														
5	Valoración del dolor																														
6	Cumplimiento del ayuno																														
7	Estatus mental																														
8	Valoración del lenguaje																														
9	Valoración funcional																														
10	Descripción de la educación																														
11	Firma de la enfermera																														
<b>REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD QUIRÚRGICA</b>																															
1	Instrumental y material utilizado																														
2	Envío de piezas o biopsias quirúrgicas																														
3	Reporte de gasas y compresas																														
4	Cuantificación de sangrado, si la hubo																														
5	Gráficas de signos vitales																														
6	Medicamentos																														
7	Ayudante instrumentista, anesestesiólogo y circulante																														
8	Descripción Aldrete para el alta de recuperación																														
9	Firma de la enfermera																														

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
<b>NOTA POSTOPERATORIA</b>																															
1	Diagnóstico preoperatorio.																														
2	Operación planeada.																														
3	Operación realizada.																														
4	Diagnóstico postoperatorio.																														
5	Descripción de la técnica quirúrgica.																														
6	Hallazgos transoperatorios.																														
7	Reporte de gasas y compresas.																														
8	Incidentes y accidentes.																														
9	Cuantificación de sangrado, si lo hubo.																														
10	Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios.																														
11	Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante																														
12	Estado postquirúrgico inmediato																														
13	Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato																														
14	Pronóstico.																														
15	Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.																														



CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

No.	CONCEPTOS	Exp. 1			Exp. 2			Exp. 3			Exp. 4			Exp. 5			Exp. 6			Exp. 7			Exp. 8			Exp. 9			Exp. 10		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
<b>NOTA POSTOPERATORIA</b>																															
16	Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer médico.																														
17	Nombre completo y firma del responsable de cirugía.																														
<b>NOTA DE EGRESO.</b>																															
1	Fecha y hora del ingreso/egreso.																														
2	Diagnósticos de ingreso																														
3	Motivo del egreso.																														
4	Diagnósticos finales.																														
5	Resumen de la evolución y el estado actuales.																														
6	Manejo durante la estancia hospitalaria.																														
7	Problemas clínicos pend.																														
8	Plan de manejo y tratamiento.																														
9	Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.																														
10	Atención de factores de riesgo																														
11	Pronóstico.																														
12	En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.																														
13	Nombre y firma del médico																														







**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO G**  
**FORMATO PARA LA REVISIÓN DE**  
**EXPEDIENTES DE PERSONAL**

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO DE REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS  
PERSONAL MÉDICO**

<b>NOMBRE DEL MÉDICO</b>	<b>PUESTO</b>	<b>Licenciatura, especialidad, capacitación y experiencia documentada. Verificación de la fuente original, cuando sea posible (SQE 9, EM 2)</b>	<b>Copias de cualquier licencia, certificación o registro vigente (SQE 9, EM 4)</b>	<b>Evaluación al menos cada 3 años, o más frecuente cuando lo requieran las políticas del establecimiento (SQE 11)</b>	<b>Autorización para admitir, tratar y proporcionar servicios médicos</b>	<b>Personal que proporcione atención a pacientes, conocen las técnicas de reanimación cardiopulmonar</b>

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO DE REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS  
PERSONAL DE ENFERMERÍA**

<b>NOMBRE</b>	<b>Licenciatura, especialidad, capacitación y experiencia documentada. Verificación de la fuente original, cuando sea posible (SQE 12)</b>	<b>Copias de cualquier licencia, certificación o registro vigente (SQE 12)</b>	<b>Las responsabilidades están documentadas en la descripción de puesto vigente (SQE 1.1)</b>	<b>Se evaluó en la entrevista la habilidad para llevar a cabo las responsabilidades establecidas en la descripción de puesto (SQE 3, EM 2)</b>	<b>Evaluación al menos cada año, o más frecuente cuando lo requieran las políticas del establecimiento (SQE 3, EM 5)</b>	<b>Personal que proporcione atención a pacientes, conocen las técnicas de reanimación cardiopulmonar (SQE 8.1)</b>

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO DE REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS  
OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD**

<b>NOMBRE</b>	<b>Licenciatura, especialidad, capacitación y experiencia documentada. Verificación de la fuente original, cuando sea posible (SQE 15)</b>	<b>Copias de cualquier licencia, certificación o registro vigente (SQE 15)</b>	<b>Las responsabilidades están documentadas en la descripción de puesto vigente (SQE 1.1)</b>	<b>Se evaluó en la entrevista la habilidad para llevar a cabo las responsabilidades establecidas en la descripción de puesto (SQE 4.22)</b>	<b>Evaluación al menos cada año, o más frecuente cuando lo requieran las políticas del establecimiento (SQE 4.5 , EM 5)</b>	<b>Personal que proporcione atención a pacientes, conocen las técnicas de reanimación cardiopulmonar (SQE 8.1)</b>



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO H**  
**FORMATO PARA EVALUAR**  
**ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN**  
**EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**

<b>RECURSOS HUMANOS</b>					
	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
1	El establecimiento de atención médica de hemodiálisis cuenta con un nefrólogo certificado durante la práctica de las hemodiálisis.	Expediente del Nefrólogo. Prescripción de las hemodiálisis por un nefrólogo en 3 expedientes de ese día y 3 meses anteriores seleccionados aleatoriamente.			
2	Existe una enfermera capacitada o enfermera especialista en hemodiálisis mínimo por cada tres máquinas o procedimientos.	Expediente de las enfermeras. Revisar título y cédula profesional, diploma de capacitación o de especialidad. Número de procedimientos de hemodiálisis y de enfermeras en ese día. (rol de turnos).			

<b>INSTALACIONES FÍSICAS</b>					
	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
3	Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería	Que no existan muebles o equipos que obstruyan el acceso rápido del médico o enfermera. Que haya mínimo un metro entre cada espacio de tratamiento.			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**

<b>INSTALACIONES FÍSICAS (continúa)</b>					
	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
4	Existe un área independiente para pacientes que requieran técnica de aislamiento.	Existencia del área.			
5	Existe un lugar para pacientes que requieran curaciones o cambios de catéter.	Existencia del lugar			
6	El establecimiento cuenta con un lugar central para el tratamiento del agua o tiene un tratamiento individualizado por equipo	Existencia del área central. Si es individual, que cada uno de los lugares tenga el tratamiento requerido.			
7	En caso de que se reutilicen los filtros, el establecimiento debe contar con un lugar para su lavado y almacenamiento.	El sitio de lavado y almacenamiento			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**

<b>EQUIPAMIENTO</b>				
<b>ÁREA DE TRATAMIENTO DIALÍTICO</b>				
	<b>Por cada estación – paciente.</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
8	Riñón artificial.			
9	Toma o tanque portátil de oxígeno.			
10	Toma de aire con aspirador o aspirador portátil.			
11	Sillón reclinable tipo “repose” o cama.			
12	Monitor o esfigmomanómetro para tensión arterial.			
	<b>General para el área de hemodiálisis.</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
13	Carro rojo con desfibrilador.			
14	Electrocardiógrafo.			
15	Báscula con estadímetro.			
16	Negatoscopio.			
17	Estuche de diagnóstico.			
18	Silla de ruedas.			
19	Carro de curaciones.			
20	Tripiés rodables.			
21	Bancos.			
22	Bancos de altura.			
	<b>Área de “Cuarto Clínico”.</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
23	Mesa de exploración.			
24	Lámpara con haz dirigible.			
25	Toma o tanque portátil de oxígeno.			
26	Toma de aire con aspirador o aspirador portátil.			
27	Esfigmomanómetro y estetoscopio.			
28	Negatoscopio.			
29	Tripiés rodables.			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**

<b>EQUIPAMIENTO (continúa)</b>				
<b>ÁREA DE TRATAMIENTO DIALÍTICO</b>				
	<b>Área de “Consulta Externa”.</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
30	Mesa de exploración.			
31	Báscula con estadímetro.			
32	Esfigmomanómetro.			
33	Estetoscopio.			
34	Negatoscopio.			
35	Estuche de diagnóstico.			
	<b>Área de tratamiento de agua para hemodiálisis.*</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
36	Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis.			
37	Bombas de impulsión.			
38	Filtros de sedimentación.			
39	Filtros ablandadores.			
40	Filtros de carbón activado (2 en línea).			
41	Ósmosis inversa y/o ósmosis inversa “reversa”.			
42	Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis.			
43	Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis.			
44	Red de distribución con llaves para toma de muestras.			

\* = En caso de que el tratamiento de agua sea central.

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**

	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
45	Existe la definición de un proceso de vigilancia permanente del estado del paciente dentro de las salas de tratamiento, áreas de reposo o de espera.	Está documentado. Lo conoce el personal involucrado Es posible verificar lo anterior a simple vista.			
46	Existen manuales o guías terapéuticas en caso de presentarse complicaciones o incidentes relacionados con los tratamientos de hemodiálisis como: infecciones, fiebre, trastornos hidroelectrolíticos, hipotensión, choque, paro cardiorrespiratorio.	Están documentados. Están fácilmente accesibles y el personal los conoce. Hay programas de adiestramiento para su ejecución por todo el personal que atiende a pacientes.			
47	Existe un procedimiento para garantizar que el final de la hemodiálisis y el proceso de desconexión se realizan dentro de las normas de seguridad.	Está documentado. Revisión de cumplimiento en por lo menos tres reportes de tres diferentes días.			
48	Existe y se aplica el procedimiento que asegura que el paciente egrese del establecimiento de atención médica de hemodiálisis en condiciones hemodinámicas y clínicas estables.	Está documentado Constatar que se registren en el expediente los signos vitales y condiciones clínicas antes del egreso y el plan de atención a seguir en el hogar. Las condiciones del paciente deben ser estables y seguras para que egrese.			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**

INDICADORES		C	NC	NA
49	Total de tratamientos de hemodiálisis.			
50	Maquinas de hemodiálisis en operación.			
51	Maquinas de hemodiálisis en reserva.			
52	Número de turnos disponibles para hemodiálisis.			
53	Número total de pacientes prevalentes que acudieron a su cita.			
54	Número total de pacientes de nuevo ingreso, que acudieron a su tratamiento.			
55	Promedio de pacientes diario.			
56	Promedio de pacientes por maquina en servicio.			
<b>Principales causas de hospitalización.</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
57	Falla de acceso vascular.			
58	Trastornos Circulatorios.			
59	Enfermedades digestivas.			
60	Enfermedades genitourinarias.			
61	Trastornos Metabólicos.			
62	Enfermedades Respiratorias.			
63	Infecciones.			
64	Otras.			
<b>Principales causas de egreso del Programa de Hemodiálisis.</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
65	Defunciones.			
66	Transplante.			
67	Cambio a Diálisis Peritoneal			
68	Transferencia a otro establecimiento.			
69	Pérdida de seguimiento.			
70	Descontinuación de la hemodiálisis.			
71	Desconocida.			
72	Porcentaje de pacientes con catéter temporal.			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**

No.	Porcentaje de pacientes con acceso vascular permanente con:	C	NC	NA
73	Fístula.			
74	Injerto.			
75	Perma-Cath.			
76	Porcentaje de pacientes con infección en el acceso vascular.			
77	Porcentaje de pacientes programados que no se presentaron a tratamiento.			
	Total de tratamientos de hemodiálisis suspendidos por:			
78	Causas médicas.			
79	Causas mecánicas.			
	Total de pacientes con serología positivas para:			
80	Hepatitis B.			
81	Hepatitis C.			
82	Hepatitis BC.			
83	HIV.			
	Total de nuevos casos con serología positiva hepatitis:			
84	Hepatitis B.			
85	Hepatitis C.			
86	Hepatitis BC.			
87	HIV.			
88	Tasa bruta de mortalidad.			
89	Tasa de uso de catéter temporal.			
90	Tasa de infecciones del acceso vascular.			
91	Tasa de egresos de HD.			
92	Promedio mensual de KT / V.			
93	Promedio mensual de albúmina sérica.			
94	Promedio mensual de hematocrito.			
95	Promedio mensual de Fósforo.			



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO I**  
**FORMATO PARA EVALUAR**  
**ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN**  
**REHABILITACIÓN**

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN REHABILITACIÓN**

<b>RECURSOS HUMANOS</b>					
	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
1	Existe personal médico especializado en rehabilitación, capacitado para resolver el tipo de demanda de servicios que ofrece la unidad.	El expediente del especialista avala su especialidad.			
2	Los médicos cuentan con reconocimiento institucional, cédula profesional con validez oficial o el certificado vigente del consejo de la especialidad que practican dentro de la unidad.	El expediente de los médicos especialistas cuenta con la documentación probatoria de la especialidad o cédula profesional correspondiente o certificado vigente del consejo de la especialidad.			
3	Existe personal de enfermería capacitado para apoyo de los servicios de rehabilitación que ofrece la unidad.	El expediente del personal de enfermería muestra que tiene la capacitación.			
4	Existe un rol de guardias de interconsulta de los médicos en rehabilitación adscritos y un registro de su cumplimiento.	Solicitar el rol de guardias con programación anticipada con al menos un mes Revisar el cumplimiento de las guardias, programadas durante el último mes con las listas o tarjetas de asistencia			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN REHABILITACIÓN**

<b>RECURSOS HUMANOS (continúa)</b>					
	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
5	Existe la definición y planeación por escrito, actualizada con menos de 12 meses, de la cantidad de personal de la unidad por servicio y turno en el último año.	Solicitar el documento normativo que define y establece estándares de cantidad de personal por tipo y por área.			
6	La unidad cumple con las cantidades establecidas del personal requerido en cada servicio, especialidad o subespecialidad de rehabilitación que ofrece.	Solicitar la plantilla actualizada del personal médico por especialidad y subespecialidad, paramédico y de servicios de apoyo, por servicio y por turno. Verificar fecha de última actualización, debe ser menor a 12 meses.			
7	Se acredita en cada caso la capacidad técnica del personal de terapias.	Solicitar el documento que respalde la capacitación reconocida por una institución educativa o de salud. Solicitar el documento normativo donde se definen los perfiles mínimos para la contratación del personal paramédico y de apoyo. Verificar que se cumplen dichos perfiles en el 100% de los empleados.			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN REHABILITACIÓN**

<b>EQUIPAMIENTO</b>				
<b>AREA DE HIDROTERAPIA</b>				
	<b>EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
8	Baño de remolino para miembro superior			
9	Baño de remolino para miembro inferior			
10	Tanque terapéutico			
	<b>MOBILIARIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
11	Banco o silla de altura			
12	Banco o silla			
13	Mesa de tratamiento			
<b>AREA DE ELECTROTERAPIA</b>				
	<b>EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
14	Baño de parafina			
15	Compresas frías			
16	Compresas químicas (compresas húmedo-calientes)			
17	Equipo de electroestimulación			
18	Rayos infrarrojos			
19	Ultrasonido terapéutico			
20	Láser Terapéutico			
	<b>MOBILIARIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
21	Mesa de tratamiento			
<b>AREA DE MECANOTERAPIA</b>				
	<b>EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
22	Barras paralelas			
23	Colchón terapéutico			
24	Escaleras Terapéuticas			
25	Barras Suecas			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN REHABILITACIÓN**

<b>AREA DE MECANOTERAPIA (continúa)</b>				
	<b>EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
26	Espejo para postura			
27	Mesa de tratamiento			
28	Polea doble			
29	Timón y escalerilla para hombro			
30	Tracción cefálica o pélvica			
31	Mesa Inclinable			
32	Equipo isocinético			
<b>AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL</b>				
	<b>MATERIAL Y EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
33	Material y equipo requerido para ampliar arcos de movimiento de hombro			
34	Material y equipo para aumentar fuerza de hombro			
35	Material y equipo para lograr coordinación en el movimiento de hombro.			
36	Material y equipo para ampliar arcos de movimiento en codo.			
37	Material y equipo para aumentar fuerza en codo.			
38	Material y equipo para coordinación en el movimiento de codo			
39	Material y equipo para aumentar arcos de movimiento de la muñeca			
40	Material y equipo para aumentar fuerza en muñeca			
41	Material y equipo para coordinación de muñeca			
42	Material y equipo para aumentar fuerza de los dedos.			
43	Material y equipo para coordinación de movimiento de la mano			
44	Material y equipo para aumentar arcos de movimiento de los dedos de la mano			
45	Sillas			
46	Mesa de trabajo			
47	Material didáctico			
48	Espejo para postura			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN REHABILITACIÓN**

<b>AREA DE PSICOMOTRICIDAD</b>				
	<b>MATERIAL Y EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
49	Colchonetas			
50	Rollos grandes y chicos			
51	Pizarrón			
52	Material Didáctico			
53	Material Didáctico para estimulación vestibular			
<b>AREA DE ENTRENAMIENTO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA HUMANA</b>				
	<b>MATERIAL Y EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
54	Silla de ruedas			
55	Silla recta			
56	Tabla de transferencia			
57	Sala			
58	Comedor			
59	Cocina			
60	Accesorios para alimentación adaptados (cubiertos, platos, vasos y jarra)			
61	Baño			
62	Barras de apoyo para el baño			
63	Retrete con adaptación de la tapa para elevarla y bajarla.			
64	Accesorios para higiene adaptados (peines, cepillos, pasta dental, zacate, aplicadores para desodorante)			
65	Simulación de recámara			
66	Accesorios para vestido adaptados (ganchos para ropa, percheros, juego para costura)			
<b>AREA DE TERAPIA DEL LENGUAJE</b>				
	<b>MATERIAL Y EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
67	Cubículos individuales			
68	Mesa chica para niños			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN REHABILITACIÓN**

<b>AREA DE TERAPIA DEL LENGUAJE (continúa)</b>				
	<b>MATERIAL Y EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
69	Sillas chicas para niños			
70	Computadora con software para terapia de lenguaje			
71	Espejo			
72	Material Didáctico			
73	Grabadora			
74	Metrónomo			
75	Estimulador eléctrico con corriente farádica			
<b>CONSULTORIO DE MEDICINA DE REHABILITACION</b>				
	<b>EQUIPO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
76	Cinta Métrica			
77	Electromiógrafo con potenciales evocados o su equivalente tecnológico, de acuerdo al programa médico presentado en la unidad de rehabilitación.			
78	Goniómetro			
79	Martillo de reflejos			
80	Negatoscopio			
81	Plantoscopio			
82	Estuche de Diagnóstico para la unidad de rehabilitación			



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO J**  
**FORMATO PARA EVALUAR**  
**ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN**  
**EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**

<b>SI LA UNIDAD CUENTA CON SERVICIO DE PSICOLOGÍA ESTA DEBE TENER EL MATERIAL IDÓNEO PARA SU PRÁCTICA.</b>					
	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
1	El servicio de Psicología debe contar con el material indispensable para las pruebas que ofrece la unidad.	Verificar la existencia de material para: Organicidad Inteligencia Cognoscitivo			
2	En las áreas de internamiento hay facilidad de vigilancia desde la central de enfermería.	En las áreas de internamiento la central de enfermería se encuentra cercana a las camas que están bajo su responsabilidad. No existen muebles o equipo que obstruyan el acceso rápido del personal de enfermería.			
3	La unidad cuenta en el área de hospitalización con consultorio para entrevista y evaluación de los pacientes internados.	Verificar la existencia de consultorio que tenga dos áreas, para entrevista y exploración.			
4	La unidad de hospitalización del paciente cuenta con buena ventilación, un baño/regadera por cada cinco camas, con privacidad, accesibilidad, espacio para familiares y/o visitas.	Verificar que la unidad tenga servicio de temperatura ambiental controlada. Observar que la ventilación es buena, a través de ventanas o de aire acondicionado, no existen olores concentrados. El baño o baños comunes se encuentran limpios y cercanos al área que atienden. Existe espacio para familiares y/o visitas.			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**

<b>SI LA UNIDAD CUENTA CON SERVICIO DE PSICOLOGÍA ESTA DEBE TENER EL MATERIAL IDÓNEO PARA SU PRÁCTICA.</b>					
	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
5	Las áreas recreativas cumplen con una distribución espacial de acuerdo al número de capacidad instalada y con las medidas de seguridad específicas.	<p>Observar que las áreas verdes y de esparcimiento tengan mantenimiento.</p> <p>Observar que la distribución espacial sea para la población que atiende.</p> <p>Verificar que exista un programa de actividades.</p> <p>Verificar si existen medidas de seguridad para estas áreas.</p>			
6	Existe área independiente para pacientes que requieran aislamiento.	Verificar que el área de aislamiento, tenga dimensiones adecuadas.			
7	El mobiliario en hospitalización y consulta externa cumple con los criterios de protección y seguridad para el paciente.	<p>Verificar que no existe vidrio en ventanas, puertas y otras instalaciones.</p> <p>Verificar que las regaderas están empotradas en la pared.</p> <p>Verificar que los botes de basura están fijos.</p>			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**

REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON LA MAYOR SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y BAJO LA NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PRACTICA MEDICA EN ANESTESIOLOGIA					
	Estándar	Verificar	C	NC	NA
8	Existe un procedimiento enfocado a asegurar la realización de la valoración preanestésica a todos los pacientes que se someterán a terapia electroconvulsiva	<p>Está documentado.  Revisar la existencia de la nota realizada por el médico tratante o por el adscrito  El expediente debe contener las siguientes notas con el nombre y firma del responsable  Valoración preanestésica.  Valoración pre tratamiento  Registro de los eventos de la anestesia, elaborada y firmada por el anesthesiologo responsable  Valoración postanestésica  Las solicitudes y comentarios a los resultados están firmados por el médico tratante o el adscrito</p>			
9	Existe un procedimiento confiable para asegurar que el anesthesiologo elabore un registro anestésico para cada paciente que recibe tratamiento de electrochoque	<p>Está documentado  Revisar la existencia de la nota realizada por el médico tratante o por el adscrito</p>			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**

<b>REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON LA MAYOR SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y BAJO LA NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PRACTICA MEDICA EN ANESTESIOLOGIA (continúa)</b>					
	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
10	Existen procedimientos para prevenir, manejar y resolver incidentes y accidentes de anestesia	El manual de procedimientos de anestesia debe incluir: Inicio y finalización de la anestesia Prevención de incidentes de anestesia Manejo y resolución de incidentes y accidentes de anestesia- El personal de enfermería y médico conoce la localización y contenido del manual			
11	El hospital ha establecido las actividades sistemáticas a realizar para cada paciente que se encuentre en recuperación post tratamiento	Está documentado Se registran dichas acciones y se supervisa su ejecución El personal las conoce			

<b>REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON LA MAYOR SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y BAJO LA NORMATIVIDAD APLICABLE A LA PRACTICA MEDICA EN ANESTESIOLOGIA (continúa)</b>					
	<b>Estándar</b>	<b>Verificar</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
12	Existe un procedimiento para asegurar que el paciente sea valorado por el anestesiólogo antes de egresar del área de tratamiento de electrochoque	Está documentado En el expediente clínico se incluye nota firmada por el anestesiólogo donde se señala Tipo de anestesia practicada Duración de la anestesia Incidentes y complicaciones si las hubiera Nota de manejo anestésico y egreso de la sala de terapia electroconvulsiva señalando el estado físico del paciente a su egreso			



**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**ANEXO K**  
**FORMATO PARA EVALUAR**  
**ESTRUCTURA INDISPENSABLE HOSPITALARIA**

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA INDISPENSABLE HOSPITALARIA**

**Solicitar copias fotostáticas de la Licencia Sanitaria y Aviso de Responsable del Establecimiento de Atención Médica, así como de los Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables de los Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Unidad de Radiodiagnóstico, Banco de Sangre y de la Farmacia, según correspondan.**

<b>LUGAR DE VERIFICACIÓN</b>	<b>ESTÁNDAR DE ESTRUCTURA</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
Departamento de Recursos Humanos y Servicio de Urgencias	I.1.1.1 Existe un médico especialista capacitado para resolver urgencias médico quirúrgicas presente en urgencias las 24 horas al día, 365 días al año.			
Departamento de Recursos Humanos	I.1.1.2 Existe al menos una enfermera titulada, capacitada en RCP avanzado / adultos, presente las 24 horas al día, 365 días al año en urgencias.			
Departamento de Recursos Humanos	I.1.2.9 El hospital cuenta con infectólogo o epidemiólogo, o en su caso con médico o enfermera capacitados en el control de infecciones nosocomiales.			
Áreas de Internamiento	I.2.1.7 La central de enfermeras en cada servicio deberá contar con tarja y mesa de trabajo, área estéril para la preparación de soluciones intravenosas, alimentación parenteral etc.; recipientes herméticos rojos rígidos para RPBI punzocortantes, o en su caso bolsas de color rojo o amarillo translúcido.			
Áreas de Internamiento	I.2.1.8 La unidad de hospitalización del paciente cuenta con lavabo para médicos, por cada seis camas.			
Áreas de Internamiento	I.2.1.9 Los cuartos con camas de hospitalización en todo tipo de servicios deben contar con adaptación para cortinas de aislamiento, los lavabos para médicos deben contar con agua corriente, jabón desinfectante y toallas desechables; deben existir recipientes rojos rígidos herméticos para RPBI punzocortantes.			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA INDISPENSABLE HOSPITALARIA**

**Solicitar copias fotostáticas de la Licencia Sanitaria y Aviso de Responsable del Establecimiento de Atención Médica, así como de los Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables de los Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Unidad de Radiodiagnóstico, Banco de Sangre y de la Farmacia, según correspondan.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR DE ESTRUCTURA	C	NC	NA
Urgencias o Admisión continua	I.2.1.11 En urgencias o admisión continua , se cumple con lo señalado en la NOM-197 SSA1-2000. área de recepción de pacientes, cubículos de valoración, de curaciones, yesos, hidratación, y sala de choque; lavabos para médicos con agua corriente y jabón desinfectante; recipientes rígidos rojos herméticos para el manejo de RPBI punzocortantes.			
Quirófanos	I.2.1.12 Las instalaciones, distribución espacial y del mobiliario del área quirúrgica siguen los lineamientos señalados en la NOM-197-SSA1-2000, además de permitir la limpieza/ desinfección fácil y rápida.			
Área de Tococirugía	I.2.1.13 Las instalaciones, distribución espacial y mobiliario del área toco quirúrgica siguen los lineamientos señalados en la NOM-197-SSA1-2000, además de permitir la limpieza/desinfección fácil y rápida.			
Área de aislados	I.2.1.14 Existe área independiente para pacientes que requieran aislamiento.			
Las áreas indicadas en la especificación	I.2.3.2 La planta eléctrica aporta energía como mínimo a: quirófano, terapia intensiva e intermedia tococirugía, urgencias, neonatología y laboratorios.			
Sala de operaciones Quirófano	I.3.6.37 Aspirador de succión regulable			
Sala de operaciones, Quirófano	I.3.6.38 Equipo básico para anestesia			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA INDISPENSABLE HOSPITALARIA**

**Solicitar copias fotostáticas de la Licencia Sanitaria y Aviso de Responsable del Establecimiento de Atención Médica, así como de los Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables de los Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Unidad de Radiodiagnóstico, Banco de Sangre y de la Farmacia, según correspondan.**

<b>LUGAR DE VERIFICACIÓN</b>	<b>ESTÁNDAR DE ESTRUCTURA</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
Recuperación Postanestésica	I.3.6.49 Aspirador de succión regulable			
Recuperación Postanestésica	I.3.6.52 Monitor de signos vitales			
Sala de expulsión	I.3.6.93 Aspirador portátil para succión regulable			
Sala de expulsión	I.3.6.95 Equipo básico para anestesia			
Sala de expulsión	I.3.6.96 Lámpara de emergencia portátil			
Sala de expulsión	I.3.6.98 Mesa carro anesthesiólogo			
Sala de expulsión	I.3.6.100 Resucitador para recién nacidos, balón, válvula y mascarilla			
Recuperación post-parto	I.3.6.105 Aspirador de succión regulable			
Recuperación post-parto	I.3.6.106 Desfibrilador con monitor de un canal, integrado al carro rojo			
Urgencias cubículo de valoración o Admisión Continua	I.3.6.112 Electrocardiógrafo de un canal			
Urgencias cubículo de valoración o Admisión Continua	I.3.6.113 Esfigmomanómetro			
Urgencias cubículo de valoración o Admisión Continua	I.3.6.119 Resucitador manual (balón, válvula y mascarilla)			
Urgencias cubículo de valoración o Admisión Continua	I.3.6.120 Sistema de intubación			
Urgencias cubículo de valoración o Admisión Continua	I.3.6.121 Sistema de inmovilización			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA INDISPENSABLE HOSPITALARIA**

**Solicitar copias fotostáticas de la Licencia Sanitaria y Aviso de Responsable del Establecimiento de Atención Médica, así como de los Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables de los Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Unidad de Radiodiagnóstico, Banco de Sangre y de la Farmacia, según correspondan.**

<b>LUGAR DE VERIFICACIÓN</b>	<b>ESTÁNDAR DE ESTRUCTURA</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
Urgencias cubículo de valoración o Admisión Continua	I.3.6.122 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas			
Sala de choque	I.3.6.131 Desfibrilador con monitor de un canal integrado al carro rojo			
Sala de choque	I.3.6.132 Estetoscopio			
Sala de choque	I.3.6.133 Esfigmomanómetro			
Sala de choque	I.3.6.134 Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio			
Sala de choque	I.3.6.135 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas			
Hospitalización para adultos	I.3.6.137 Carro rojo con monitor de un canal y desfibrilador			
Hospitalización pediátrica	I.3.6.145 Esfigmomanómetro con manguito infantil			
Hospitalización pediátrica	I.3.6.146 Estetoscopio biauricular			
Hospitalización pediátrica	I.3.6.147 Estuche de diagnóstico			
Hospitalización pediátrica	I.3.6.148 Incubadora			
Hospitalización pediátrica	I.3.6.149 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas			
Terapia intensiva	I.3.6.150 Carro "rojo" completo. Desfibrilador			
Terapia intensiva	I.3.6.151 Equipo de intubación endotraqueal completo (balón, válvula y mascarilla)			
Terapia intensiva	I.3.6.152 Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA INDISPENSABLE HOSPITALARIA**

**Solicitar copias fotostáticas de la Licencia Sanitaria y Aviso de Responsable del Establecimiento de Atención Médica, así como de los Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables de los Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Unidad de Radiodiagnóstico, Banco de Sangre y de la Farmacia, según correspondan.**

<b>LUGAR DE VERIFICACIÓN</b>	<b>ESTÁNDAR DE ESTRUCTURA</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
Terapia intensiva	I.3.6.153 Marcapasos externos transitorio a demanda con dos cable catéteres			
Terapia intensiva	I.3.6.154 Respirador mecánico volumétrico			
Terapia intensiva	I.3.6.155 Sistema de monitoreo de frecuencia cardíaca, electrocardiograma, oxímetro y presión arterial por método no invasivo y por excepción con técnica invasiva			
Terapia intensiva	I.3.6.156 Sistema para la aspiración por aparatos de succión portátiles o por un sistema general			
Terapia intensiva	I.3.6.157 Sistema para oxigenación de cada paciente			
Área de Radiología e Imagen Recursos Humanos	I.3.9.5 El servicio de radiología e imagen cuenta con el personal profesional y técnico necesario para la realización de su función en todos los exámenes que ofrece.			
Área de Radiología e Imagen	I.3.9.8 En los servicios de radiología e imagen, donde se practiquen estudios invasivos o bajo anestesia deben contar con un carro de paro cardiorrespiratorio con el medicamento y equipo en buenas condiciones de funcionamiento.			
Farmacia	I.4.2.1 El hospital ha definido un inventario mínimo para la farmacia.			

**Consejo de Salubridad General**  
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica  
Estándares para la Certificación de Hospitales  
**MANUAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN**

**FORMATO PARA EVALUAR ESTRUCTURA INDISPENSABLE HOSPITALARIA**

**Solicitar copias fotostáticas de la Licencia Sanitaria y Aviso de Responsable del Establecimiento de Atención Médica, así como de los Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables de los Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Unidad de Radiodiagnóstico, Banco de Sangre y de la Farmacia, según correspondan.**

<b>LUGAR DE VERIFICACIÓN</b>	<b>ESTÁNDAR DE ESTRUCTURA</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
Farmacia	I.4.2.2 La farmacia cumple con el inventario mínimo establecido.			
Subdirección o Jefatura de Enfermería	I.4.2.3 En caso de que el establecimiento no cuente con farmacia, deberá contar con un stock definido para los casos de urgencias.			
Banco de sangre o Servicio transfusión, Administración	I.4.3.2 El hospital se asegura que el banco de sangre o servicio de transfusión cumpla con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de seres humanos, para el manejo de Sangre y Hemoderivados.			
Dirección	I.7.1.2 Se cuenta con el Comité para la detección y control de infecciones nosocomiales.			
Dirección	I.7.1.4 Se cuenta con un Comité de Seguridad y Atención Médica en Caso de Desastre.			

**Observaciones de Auditoría a los Estándares calificados como incumplidos**