

MANUAL DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN Y
GARANTÍA DE CALIDAD EN ESTABLECIMIENTOS
PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD



Catálogo Universal de Servicios de Salud

Fondo de Protección
Contra Gastos
Catastróficos



acreditación

S E C R E T A R Í A D E S A L U D

SALUD

Actualización: 2012

**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD**

**MANUAL DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD EN
ESTABLECIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

SECRETARIO DE SALUD

Mtro. Salomón Chertoriviski
Woldenberg.

SUBSECRETARIO DE
INTEGRACIÓN Y DESARROLLO
DEL SECTOR SALUD

Dr. Germán Fajardo Dolci

DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y EDUCACIÓN
EN SALUD

Dr. Francisco Hernández Torres

COORDINARON

Dr. Javier Santacruz Varela.
Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.

Dra. Elena Trejo Flores.
Subdirección de Acreditación y Garantía de la Calidad.

Lic. Juan Carlos Castillo Carrión.
Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios.

Participaron en la actualización de este Manual:

Dr. Alfaro Huerta Miguel Ángel.
Lic. Arciniega Torres Alejandra E.
Dra. Ávalos Contreras Alma Guadalupe.
Dr. García Galicia Miguel Ángel.
Dr. Hernández Serra Rodolfo.
Dra. Jácome Olvera Luz Odila.
Dr. Pérez Santiago Asunción.
Dr. Saavedra Flores Epifanio.
Dra. Sánchez Castañeda Patricia.
Arq. Tapia Olarte Jaime.
Dr. Villalba Espinosa Ignacio.

Secretaria: Heredia Toledano Socorro Ofelia.

COLABORARON

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Dirección General de Información en Salud.
- Dirección General de Evaluación del Desempeño.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.
- Dirección General de Asuntos Jurídicos.
- Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Consejo Nacional de Vacunación.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO JURÍDICO	5
3. DEFINICIONES	6
4. OBJETIVOS	9
5. POLÍTICAS DE CALIDAD	10
6. METODOLOGÍA.	13
7. PERFIL TÉCNICO DEL PERSONAL PARA LA ACREDITACIÓN. .	20
8. CRITERIOS DE PONDERACIÓN.	21
9. GENERALIDADES.	25
10. BIBLIOGRAFÍA.	25
11. ANEXOS.	27

1. INTRODUCCIÓN

El Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales han conjuntado esfuerzos para brindar protección en salud a la población mexicana que carece de seguridad social, por tal motivo queda establecida en la Reforma de la Ley General de Salud (DOF 15-05-2003) la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, señala en su Reglamento que los establecimientos que ingresen a la red de prestadores de servicios deberán contar con infraestructura y procesos que garanticen la calidad técnica y estar sujetos a un proceso de evaluación que permita dictaminar si cuentan con los recursos necesarios para obtener el Certificado de Acreditación.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de su Dirección General de calidad y Educación en Salud, es la responsable de realizar la evaluación con fines de acreditación, de los establecimientos que ingresan a la red de prestadores de servicios para población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud.

La Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad para llevar a cabo procesos de atención, así como para la calidad y seguridad de los pacientes.

El presente Manual define los criterios y condiciones bajo los cuales se debe llevar a cabo el proceso de acreditación, de los establecimientos que ingresan a la red de prestadores de servicios para población afiliada al Seguro Popular, y constituye una herramienta útil para los gerentes de dichos establecimientos que deseen inscribirlos como proveedores de servicios de dicho organismo.

Por otra parte, el manual es una herramienta que contribuye a poner en práctica la política nacional de calidad y seguridad del paciente y a la institucionalización de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.

2. MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Arts. 26° y 28°
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Para los efectos de este Manual se consideran las definiciones previstas en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, las reformas y adiciones publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 08 junio 2011, así como a las divulgadas en la literatura especializada en el tema:

3. DEFINICIONES

Acreditación.- Es un proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa periódicamente un establecimiento de salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Gastos Catastróficos (FGC). Dicho proceso se aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primero y segundo niveles de atención o servicios de alta especialidad.

Dictamen de acreditación.- Documento que se entrega al establecimiento como resultado de la evaluación practicada. En caso de establecimientos públicos se entrega al director del establecimiento a través del titular de los SESA y en caso de los establecimientos privados, se entrega al responsable legal. El dictamen es aprobatorio solo si el resultado es de 85% o superior para los servicios del CAUSES y de 90% o más para los servicios cubiertos por el FGC. El dictamen aprobatorio constituye un requisito previo para que los prestadores de servicios sean incorporados al Régimen Estatal (Art. 77-bis-9, de la LGS, Arts. 23 - 29, sección segunda, RLGSMPS).

Calidad.- Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

Capacidad.- Mínimos indispensables de estructura en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente.

Caravanas de la Salud.- Es un programa que busca acercar la red de Servicios de Salud a la población que habita en los municipios de menor índice de desarrollo humano, localidades de alta y muy alta marginación y localidades marginadas con alta dispersión y difícil acceso a servicios de salud de manera permanente y de forma integral, presta servicios bajo una cartera de servicios de prevención y promoción que cubre los padecimientos identificados en el CAUSES.

Catálogo vigente.- Es el documento que contiene la lista de las intervenciones mínimas indispensables que deberán de brindar los Establecimientos Prestadores de Servicios dentro del Sistema de Protección Social en Salud, tanto del Catálogo Universal de Servicios de Salud vigente como el Catálogo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos vigente.

CAUSES.- Catálogo Universal de Servicios de Salud.

CFPGC.- Catálogo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Cédulas de Evaluación.- Formatos que contienen ítems a explorar, con base en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos. Mismos que deberán de ser actualizados anualmente, conforme las disposiciones de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Criterios mayores.- Son aquellos ítems que se convierten en requisitos que afectan a la seguridad del paciente y que al no cumplirse, impiden la evaluación del resto de la cédula.

Criterios menores.- Aquellos ítems complementarios y que no ponen en riesgo la seguridad del paciente, pero deben ser satisfactoriamente cumplidos.

Dictamen de Acreditación.- Documento que se entrega al establecimiento como resultado de la evaluación practicada y que es enviado al titular de los Servicios Estatales de Salud, o a los responsables legales en caso de establecimientos de salud privados.

DGCES.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud, instancia administrativa responsable del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, mediante la operacionalización de la planeación nacional hasta la emisión del Dictamen de Acreditación signado por su titular.

Establecimiento para la atención médica. Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

Sedes de medio camino.- Establecimiento que funciona como apoyo a la Caravana de la Salud, opera para almacenaje, guarda de insumos, documentación, medicamentos y otros, esta instancia puede corresponder a una Casa de Salud, Jurisdicción Sanitaria o Centro de Salud o el que determine el Estado.

Manual de Acreditación.- Es el documento rector que define los lineamientos para desarrollar el proceso de acreditación en los establecimientos prestadores de servicios de atención médica, de acuerdo a lo establecido en los Artículos 26 y 28 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Medición del impacto.- Análisis cuantitativo del esfuerzo realizado por los establecimientos de salud en beneficio de la población afiliada en términos de calidad, capacidad y seguridad para el paciente.

Plan de Contingencia.- Mecanismo mediante el cual se subsanan las omisiones identificadas en el proceso de evaluación que impiden, por ser Criterios Mayores, que establecimiento sea Acreditado. El Plan de Contingencia describe en un documento los hallazgos y soluciones de problemas y deberá ser avalado por el titular de los Servicios Estatales de Salud, en caso de requerirse establecer los mecanismos para la asignación presupuestal vinculada al Sistema de Protección Social en Salud.

Plan Anual de Acreditación.- Programación que deberá de efectuar cada entidad federativa durante el primer trimestre del año, de aquellos establecimientos de salud, que ya han sido autoevaluados y que se considera pueden ser objeto de visita por los Evaluadores del proceso de Acreditación.

REACAL.- Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad conformada por personal de salud en operación y que ha sido cuidadosamente seleccionado a través de un proceso de evaluación.

SMNG.- El Seguro Médico para una Nueva Generación cubre 131 intervenciones, que para efectos de su Acreditación se dividen en 19 conglomerados, cada uno de ellos agrupa un número de intervenciones, requerimientos base y requerimientos adicionales.

Seguridad.- Involucra el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.

SESA.- Servicios Estatales de Salud.

SINAES.- Es el Sistema Nacional de Acreditación de Establecimientos de Salud es una plataforma informática enlazada en la página web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud cuya estructura es la base de datos de las unidades acreditadas de nivel nacional y que maneja una estrecha correlación con el Plan Anual de Acreditación.

Suspensión de la Acreditación.- Proceso mediante el cual un establecimiento de salud prestador de servicios de atención médica ponga en riesgo la seguridad del paciente o haya incumplido los requerimientos de la acreditación de acuerdo al artículo 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos.- Son parte de la ampliación de cobertura de la patología pediátrica en el Fondo de Gastos Catastróficos, se dividen en 4 subgrupos quirúrgicos que cubren a las malformaciones cardiovasculares, del aparato digestivo, del aparato urinario y de columna vertebral

4. OBJETIVOS

GENERAL:

- Establecer los lineamientos que definan los procedimientos de evaluación que se ejercerá para obtener la Acreditación de los establecimientos de atención médica que otorgan servicios cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud.

ESPECÍFICOS:

1. Definir los procedimientos para la obtención del Dictamen de Acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica que atienden servicios esenciales y los cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
2. Definir los criterios para desarrollar el Plan de Contingencia en caso que el dictamen no sea favorable.
3. Establecer los criterios para llevar a cabo mecanismos de control a través de la supervisión y en su caso, suspensión de la acreditación.
4. Definir los criterios mayores y las características de las cédulas de evaluación que se aplicarán en el proceso de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica.
5. Diseñar el perfil técnico que tendrá el personal evaluador para realizar el proceso de acreditación y supervisión.
6. Definir los criterios para obtener el Dictamen de Acreditación y reacreditación a los establecimientos que cumplan con lo establecido en el presente Manual.
7. Evaluar el apego a los requerimientos que indica el presente Manual.

5. POLÍTICAS DE CALIDAD.

5.1 De la Secretaría de Salud

- 5.1.1 El proceso para la acreditación de establecimientos de atención médica se sustenta legalmente en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- 5.1.2. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es la instancia oficial encargada de emitir el DICTAMEN de ACREDITACIÓN.
- 5.1.3. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud elabora y difunde las bases para solicitar la Acreditación, a fin de ingresar como Establecimiento o Servicio, dentro del Sistema de Protección Social en Salud.
- 5.1.4. El Manual de la Acreditación contendrá los lineamientos para llevar a cabo el proceso de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica para ingresar al Sistema de Protección Social en Salud e identifica a los usuarios, sus beneficios, los atributos del servicio, los estándares a cumplir y los indicadores de desempeño y satisfacción clasificados en: Capacidad, Calidad y Seguridad.
- 5.1.5. El proceso para la acreditación será llevado a cabo con absoluto profesionalismo, respeto, objetividad, imparcialidad, transparencia y confidencialidad a los establecimientos que soliciten ser evaluados.
- 5.1.6. La Secretaría de Salud, mediante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se reserva el derecho de realizar seguimiento mediante un mecanismo de supervisión y suspensión de la Acreditación. Este seguimiento se realizará con base en un Plan Interno de Trabajo.
- 5.1.7. Las entidades federativas deberán elaborar un Programa Anual de Acreditación en el que se enumeren los establecimientos de atención médica que se encuentren en posibilidad de ser acreditados y los que tendrán que renovar su Acreditación por la conclusión de su vigencia.
- 5.1.8. La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud solicitará de manera oficial a los Secretarios de Salud, enviar a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud su programación anual de acreditación en un formato establecido en el que se consignarán las firmas del Secretario de Salud de la Entidad, el Responsable Estatal de Protección Social en Salud y la del Responsable Estatal de Calidad. Este programa deberá ser remitido los dos primeros meses del año a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para integrarse al Plan Nacional de Acreditación.
- 5.1.9 Los establecimientos privados y de otras instituciones que deseen incorporarse al SPSS, deberán extender una solicitud al Secretario Estatal de Salud, quien remitirá a la DGCES este requerimiento para ser incluidos en la Programación.
- 5.1.10. Las entidades Federativas deberán brindar facilidades al personal inscrito como Evaluador de la Red de Evaluadores de Acreditación de Calidad para que apoyen al proceso de Acreditación en los Estados circunvecinos.
- 5.1.11. Posterior a la Acreditación, las entidades federativas en conjunto con los Responsables Estatales del Seguro Popular (REPS) deberán desarrollar un programa de mejora continua que habrán de cumplir las unidades para renovar la Vigencia de Acreditación.

- 5.1.12. Los Servicios Estatales de Salud serán responsables de supervisar los establecimientos acreditados y vigilar que los estándares señalados en la cédulas de acreditación se mantengan en mínimos aceptables o de mejora de la calidad durante la vigencia correspondiente a 5 años.

5.2.- De la estructura responsable de la Acreditación.

- 5.2.1. El personal que participe como Evaluador en el proceso de Acreditación deberá apearse en forma estricta a los lineamientos señalados en este Manual.
- 5.2.2. El proceso de Acreditación se apoyará con personal tanto del nivel federal como de otras entidades diferentes a la entidad evaluada, quienes integrarán equipos de evaluadores para el cotejo de los elementos de los Catálogos vigentes, mediante cédulas elaboradas ex profeso.
- 5.2.3. Se dará respuesta a los requerimientos de las entidades, de acuerdo a su Programa Anual de Acreditación enviado con oportunidad para realizar la evaluación a sus establecimientos o servicios.
- 5.2.4. Se realizarán las adecuaciones a las cédulas de Acreditación, conforme a las actualizaciones de los Catálogos vigentes que se determinen por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y su difusión oportuna a los Servicios Estatales de Salud.
- 5.2.5. Las cédulas serán elaboradas con base a los protocolos emitidos por el Consejo de Salubridad General y conjuntamente con los grupos de expertos en la materia, y validadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- 5.2.6. El personal evaluador federal, se actualizará anualmente mediante un curso sobre los elementos de los Catálogos vigentes y aspectos generales de evaluación médica.

5.3 De los Establecimientos fijos, móviles y servicios de alta especialidad..

- 5.3.1 Se brindará a la población lo establecido en el Artículo 77 bis 9, de la Ley General de Salud, donde se considera que los establecimientos deberán ofertar, al menos, los aspectos siguientes:
- 5.3.1.1 Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud.
- 5.3.1.2 Aplicación de exámenes preventivos.
- 5.3.1.3 Programación de citas para consulta.
- 5.3.1.4 Atención personalizada.
- 5.3.1.5 Integración de expedientes clínicos.
- 5.3.1.6 Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- 5.3.1.7 Prescripción, surtimiento y control de medicamentos.
- 5.3.1.8 Información al usuario sobre el diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

- 5.3.2 Se deberán demostrar las competencias profesionales del personal médico y paramédico que labora en los Establecimientos fijos, móviles y Servicios.
- 5.3.3 En los establecimientos para la prestación de servicios de salud ubicados en localidades indígenas, es recomendable capacitar al personal de salud en competencias de interculturalidad, que les permitan identificar los principales elementos y el marco cultural en que se desenvuelve la población indígena.
- 5.3.4 Deberá conocer y aplicar las Normas Oficiales Mexicanas (de aquellos elementos indispensables para la oferta de los Catálogos vigentes, correspondientes a los procesos de Atención Médica y programas de Salud Pública correspondientes).
- 5.3.5 Los responsables de los establecimientos deberán planear, dirigir, mejorar los procesos y gestionar los recursos necesarios para la adecuada cobertura de atención.
- 5.3.6 El establecimiento contará con un Sistema de Referencia/Contrarreferencia y deberá cumplir con los mecanismos que demuestren la eficiencia del mismo.
- 5.3.7 Se contará con mecanismos de prestación o contraprestación de servicios si es de la misma institución, o de subrogación si es por otras instituciones, en caso de requerir de mayor nivel de resolución.
- 5.3.8 Como requisito para que un establecimiento de salud se incorpore al sistema de Protección Social en Salud, deberá contar con el Dictamen de Acreditación que emita la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el cual contará con elementos de confiabilidad y seguridad para el paciente en la prestación del servicio y será resultado del proceso de evaluación que se establece en el presente Manual con base en la Sección Segunda de los artículos 26, 27 y 28 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- 5.3.9 Consecuentemente, el citado Reglamento en su artículo 29 bis determina, que en los casos que se genere un Dictamen No Favorable, el establecimiento será informado acerca de los criterios no cumplidos, a efecto de que éstos sean resueltos por la instancia correspondiente y pueda ser evaluado nuevamente.
- 5.3.10 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, programará y realizará la visita de evaluación previa información a la entidad, en coordinación con el Responsable de Calidad en el estado, o en su caso con quienes designen las autoridades estatales.
- 5.3.11 Los establecimientos a los que se les haya emitido el Dictamen de Acreditación ingresarán al programa de supervisión y suspensión de la acreditación como lo marca el artículo 28 inciso IV el artículo 29 bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- 5.3.12 La entidad deberá informar a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud sobre el término de vigencia de la acreditación de sus establecimientos con 6 meses de anticipación a efecto de ser considerados en el plan nacional de acreditación, para realizar el proceso de reacreditación.

6. METODOLOGÍA

6.1. De la Estructura funcional

6.1.1 El Órgano para la Acreditación:

El Dictamen de Acreditación será emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, quien está facultada como responsable del proceso de acreditación y a emitir instrumentos que formen parte de éste, por lo que el Acta de Acreditación y Dictamen correspondiente serán signados por el titular de ésta Dirección General de Calidad y Educación en Salud; con base en la evaluación practicada al establecimiento de atención médica.

El dictamen deberá contener los siguientes elementos de seguridad en su parte frontal: Sello troquelado en alto relieve con el Escudo Nacional Mexicano, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud en la parte superior derecha, fecha de emisión, nombre del establecimiento, clave CLUES, fecha de vigencia, antefirmas del Director General Adjunto de Calidad en Salud, Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad y Jefatura del Departamento de Acreditación y número de folio consecutivo, todo estos enmarcan la firma del Titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Parte Posterior: Sello en tinta con la siguiente información: Escudo Nacional Mexicano, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud y Folio con numeración consecutiva que registra en una libreta de gobierno la adjudicación a la unidad acreditada.

6.1.2 Grupos de Consenso.- Reuniones de profesionales de la salud convocados por la DGCES para la actualización y emisión de las cédulas para la acreditación.

6.1.3 Equipo de Evaluadores.- Se integra con personal de la Secretaría de Salud de nivel federal y personal médico y paramédico operativo de las unidades de salud incorporadas a los servicios estatales de salud y responsables de calidad en las entidades federativas, autorizados para ejercer las funciones en la materia. Los evaluadores estatales no pertenecerán a la misma entidad federativa en donde se realiza la evaluación.

6.1.3.1 Función de la Jefatura de Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios, Coordinador Federal y Personal Evaluador Federal:

- Establece coordinación con los Servicios Estatales de Salud, el Responsable Estatal de Calidad en su caso el representante del Seguro Popular en la entidad federativa.
- Integra la Jefatura de Departamento, el Plan Anual de Acreditación para la elaboración del calendario anual de trabajo.
- Asigna un Coordinador Federal de la DGCES para que coordine a los evaluadores estatales durante la visita de evaluación.
- El Coordinador Federal revisa los informes de los establecimientos de salud evaluados.

- El Coordinador Federal prepara la documentación que sustenta que el establecimiento fue acreditado o que requiere realizar un plan de contingencia para volver a ser evaluado, para revisión y visto bueno de la Jefatura de Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios, de la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, y la Dirección de Evaluación de la Calidad, para firma del titular de la DGCES.
 - El Coordinador Federal además de coordinar a los evaluadores estatales, se integra en un equipo y participa en el proceso de evaluación.
- 6.1.3.2 Para cada visita se integra un Equipo de Evaluadores en número de integrantes variable dependiendo del tipo o complejidad de los establecimientos a evaluar de la manera siguiente:
- Se podrán incorporar:
- Personal de los Servicios Estatales de Salud (el Responsable Estatal de Calidad, Responsable Estatal de Protección Social en Salud o quien el estado determine), de las jurisdicciones de la entidad visitada (actuando única y exclusivamente como observadores), y personal del establecimiento a evaluar, las notas que tomen se podrán usar como una evidencia para conocer y corregir sus debilidades y amenazas.
 - Los Evaluadores que realizan el proceso de evaluación al primer y segundo nivel de atención, se incrementarán conforme al número y complejidad de los establecimientos a evaluar, apoyándose en los integrantes de la Red de Evaluadores de Acreditación de la Calidad, previa selección de ellos.
 - En su caso, se podrán incorporar al Grupo de Evaluadores Federales y Estatales, representantes de otras instancias de nivel federal que por interés en sus ámbitos de competencia, les sea de interés involucrarse en la evaluación.
 - En el caso de Caravanas de la Salud, se evaluarán aquellas unidades que cubran una ruta fija establecida, con población cautiva y en donde se oferte la Cartera de Servicios completa con recurso humano profesional. La Caravana de la Salud se evaluará de manera obligatoria en la sede de medio camino.
 - Caravanas de la Salud con tipología 0 (cero), podrán obtener la Acreditación siempre y cuando se encuentren ancladas a un establecimiento de atención médica previamente acreditado.
 - En el caso de la evaluación a servicios de alta especialidad, para Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos y Gastos Catastróficos, se realizará por personal evaluador federal y personal calificado competente de otra entidad.
- 6.1.3.3 El equipo que acude a las entidades federativas a evaluar los establecimientos de salud, para este proceso, deberá de evaluar, recolectar, ordenar, sistematizar y entregar la información en medio electrónico al coordinador evaluador federal responsable, para que este integre la información al SINAES donde quedará a resguardo y el propio sistema dará la puntuación necesaria para la acreditación o NO del establecimiento de salud. Además se un documento denominado acta de entrega de documentación del Evaluador Líder al Coordinador Federal. (Se anexa formato)

6.2 Metodología para desarrollar el Procedimiento para obtener el Dictamen de Acreditación.

Todo establecimiento inscrito en el Sistema deberá ser evaluado conforme a los pasos siguientes (Diagrama de Flujo, ver anexo).

6.2.1 Fase 1: Programación

El proceso de acreditación, se podrá realizar mediante cualquiera de las dos modalidades siguientes:

- Acreditación y re acreditación de CAUSES en establecimiento fijo o móvil (Caravanas de la Salud), Unidad Médica Especializada (UNEMES) adicciones, corta estancia, crónico degenerativas y salud mental.
- Acreditación y re acreditación de Servicios de Alta Especialidad en Gastos Catastróficos.

6.2.1.1 El Responsable Estatal de Calidad deberá consultar la página Web para bajar las Cédulas de Autoevaluación y difundirlas entre los establecimientos de atención médica sujetos a ser acreditados.

6.2.1.2 El Establecimiento efectúa la autoevaluación. En caso de no cumplir los requerimientos mínimos solicitados, deberán elaborar el Plan de Contingencia para gestionar lo conducente con el seguro popular estatal.

6.2.1.3 Corresponderá a los Responsables Estatales de Calidad, el validar los contenidos de las cédulas de autoevaluación de los establecimientos de salud. En caso de que se cumpla con el puntaje aprobatorio, el establecimiento deberá de ser incluido en el Programa Anual de Acreditación.

6.2.1.4 Cuando el establecimiento realice una nueva autoevaluación y cubra los mínimos necesarios podrá acceder al paso siguiente.

6.2.1.5 Las Cédulas de Autoevaluación aplicadas y elaboradas por el personal de los establecimientos de atención médica, así como el informe de auditoría deberán ser enviadas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con oportunidad de acuerdo a la calendarización establecida programada por cada entidad federativa.

6.2.1.6 El Programa Estatal de Acreditación deberá de incluir todos aquellos establecimientos de salud que por autoevaluación cumplen con el puntaje aprobatorio de la cédula aplicada.

6.2.1.7. Con base en el desempeño histórico del estado y a decisión de la Federación, en algunas autoevaluaciones con puntajes aprobatorios de Acreditación, se les otorgará el Dictamen de Acreditados, siendo visitadas posteriormente para ratificar o rectificar en su caso la condición de Acreditación. Dicho procedimiento es exclusivamente para CAUSES.

6.2.1.8. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud establecerá un programa anual de Acreditación y renovación de la acreditación de establecimientos de atención medica y designara a los equipos evaluadores

que se abocaran a su desarrollo, señalando al Coordinador Federal, así como a los evaluadores de apoyo de las entidades circunvecinas.

6.2.2 Fase 2: Evaluación

Planeación y Logística:

6.2.2.1 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud identifica los establecimientos de atención médica como candidatos para realizar el proceso de acreditación y programa la visita y la logística necesaria para su realización.

6.2.2.2 Con base en la programación de los estados, el equipo de evaluadores analiza la cédula de evaluación.

Establecimiento de Atención Médica:

6.2.2.4 El Coordinador Federal inicia el Proceso de Acreditación con una sesión de apertura con el responsable del establecimiento y el personal de la unidad y los jefes de servicio involucrados, según sea el caso, para explicar los lineamientos generales para llevar a cabo ésta.

6.2.2.5 El Coordinador Federal asigna servicios a evaluar a cada uno de los integrantes del equipo de evaluación y se procede a revisar los servicios en los diferentes componentes que determina la Cédula de Acreditación.

6.2.2.6 El equipo califica el cumplimiento de los criterios contenidos de Capacidad, Seguridad y Calidad que deberán coincidir con lo listado en el Catálogo vigente, en Gastos Catastróficos, Caravanas de la Salud y UNEMES, con base en las evidencias disponibles. En ningún caso, los evaluadores podrán emitir resultados preliminares a persona alguna del establecimiento médico o de los Servicios Estatales de Salud.

6.2.2.8 Al término de la visita de evaluación en la unidad de salud, se deberá comunicar la conclusión del proceso a las autoridades correspondientes, sin comprometer el resultado. Se elaborará de manera manuscrita un acta administrativa de evaluación del proceso de acreditación en el que se consignan la firma de los evaluadores participantes y de las autoridades del establecimiento y l de los representantes estatales (se anexa formato).

6.2.2.9 Con el propósito de asegurar la transparencia del proceso, se solicitará al Responsable del establecimiento de salud, llenar una cédula de evaluación que mide el desempeño y experiencia percibidas del Equipo de Evaluadores, la cual deberá ser remitida electrónicamente a la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad al correo: elena.trejo@salud.gob.mx y un ejemplar impreso que deberá entregarse en sobre cerrado al Coordinador del Equipo para ser entregado al Coordinador Federal que representa a la Dirección General.

6.2.3 Fase 3: Dictamen

1.2.3.1 Una vez desarrollado el Proceso de Acreditación, el Coordinador Federal revisa las cédulas y el informe de hallazgos y recomendaciones que le fue entregado de manera electrónica por los evaluadores para puntualizar los

resultados. Al regreso de la visita, el Coordinador Federal sube la información a la plataforma electrónica del (SINAES), en un lapso no mayor a 48 horas.

- 6.2.3.2 La información es analizada por el Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios y la Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad.
- 6.2.3.3 La Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad, revisa los resultados de la evaluación y elabora un Acta de Dictamen de los establecimientos evaluados. Estos documentos serán enviados para firma a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- 6.2.3.4 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, resuelve según sea el caso y comunica oficialmente el dictamen a los Servicios Estatales de Salud con copia al establecimiento médico.

Vigencia del Dictamen

- 6.2.3.5 La vigencia de la Acreditación tendrá una duración de 5 años tanto para CAUSES y los Servicios de Alta Especialidad dentro del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, los dictámenes estarán en custodia de los directivos de los establecimientos de salud o de los servicios estatales de salud y éstos deberán ser presentados en las visitas de verificación por el Sistema de Protección Social en Salud.
- 6.2.3.6. La DGCES se reserva el derecho de realizar acciones de supervisión y suspensión de la acreditación, a fin de constatar que las condiciones que permitieron la acreditación del establecimiento continúan vigentes.

6.3 Plan de Contingencia.

El Plan de Contingencia es el documento que contiene los requerimientos, las alternativas de solución y los plazos de solución de problemas, con base en los resultados de la cédula de autoevaluación y que los Servicios Estatales de Salud deberán subsanar para que el establecimiento obtenga la Constancia, además de los casos en los que el dictamen se emitió como No acreditado.

El propósito de desarrollar un Plan de Contingencia es identificar los problemas que impiden la acreditación de las unidades que operan servicios para el Seguro Popular y cuantificar sus necesidades.

Los establecimientos de salud que no estén en condiciones de superar la cédula de autoevaluación y que atiendan a afiliados al Seguro Popular, deberán elaborar el Plan de Contingencia a que se refiere el artículo 29 bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

El Plan de Contingencia a elaborar por las unidades no acreditadas deberá contener los siguientes elementos:

1. Fecha de aplicación de la cédula de autoevaluación o del dictamen emitido con carácter negativo.

2. Descripción de las necesidades de recursos humanos, infraestructura física, mobiliario, equipo e instrumental.
3. Validación del Plan de Contingencia por el Secretario Estatal de Salud y el responsable estatal del seguro popular, y
4. Fecha estimada en la que se considera que el establecimiento de salud podrá cumplir los requerimientos de la acreditación.

La elaboración del Plan de Contingencia será en primera instancia por los establecimientos de salud (Jurisdicciones y Hospitales). Las copias del Plan de Contingencia serán enviadas al titular del Servicio Estatal de Salud, Régimen Estatal de Protección Social en Salud, Responsable Estatal de Calidad

6.4 Requisitos para renovar la Acreditación para CAUSES y Gastos Catastróficos.

Corresponderá a las entidades federativas dar seguimiento a través de su supervisión local, vigilar que los establecimientos de atención médica acreditados mantengan los criterios de calidad, seguridad y capacidad; así como, la Vigencia de la Acreditación y estar atentos para cuando esté próxima a cumplirse y se solicite la Renovación de la Acreditación correspondiente. Además deberán promover los compromisos de mejora continua que de acuerdo al artículo 28 inciso II del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen los requisitos de mejora continua para la Renovación de la Acreditación.

Este procedimiento de Renovación de la Acreditación a los establecimientos o servicios en que se haya vencido la vigencia de la acreditación en cualquiera de las enfermedades que son cubiertas por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos los cuales deberán ser incluidas en el Programa Anual de Acreditación.

Para los establecimientos de primero y segundo niveles de atención, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud decidirá cuales establecimientos de salud que sean programados por los estados para la renovación de la acreditación serán evaluados durante las visitas, esta podrá establecerse con una muestra que vaya del 10 al 50% de los establecimientos programados.

Se aplicará la cédula vigente de acreditación correspondiente al nivel de atención evaluado.

Con base en el desempeño histórico del estado y a decisión de la Federación, en algunas autoevaluaciones con puntajes de renovación de la acreditación, se les otorgará el Dictamen de acreditación, siendo visitadas posteriormente para ratificar o rectificar en su caso la condición de Acreditación. Dicho procedimiento es exclusivamente para CAUSES.

La metodología de evaluación y entrega de dictamen es la misma que para los establecimientos que participan en la acreditación.

6.5 Procedimiento de supervisión o Suspensión de la Acreditación.

Todos aquellos establecimientos que su condición sea de acreditado, estarán sujetos a la Supervisión o suspensión que la DGCES, determine a efecto de constatar que las condiciones de Acreditación siguen vigentes.

Marco Legal

Con fundamento en los artículos 77 bis 5 y 9 de la Ley General de Salud (Ley); artículo 23, 24, 25, 26, 27, 28 inciso IV y 29 bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (Reglamento); El artículo 18 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

El procedimiento para la supervisión y suspensión de la acreditación sería el siguiente:

1.- La presentación por escrito a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de una petición de revisión de un establecimiento de salud, en el cual se sospeche que pudiera estar afectada la calidad, seguridad y capacidad del establecimiento de salud, interpuesta por parte de alguna persona física, institución, organización, sociedad civil, ya sea gubernamental o no gubernamental. Ninguna de las instancias antes citadas podrá realizar por iniciativa propia supervisión en las unidades de atención médica o en algún servicio en específico.

2. El personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de manera conjunta con el Responsable Estatal de Calidad procederá a efectuar una auditoría a el establecimiento señalado, en un lapso no mayor de 15 días a partir de recibida la petición o solicitud.

3.- Si al finalizar la auditoria, se demuestra que está ausente, cualquiera de los siguientes ítems que son:

A) Una vez acreditado incumple en uno o varios de los criterios mayores de la cédula a revisar, será suspendida la acreditación, si no se corrige en un plazo de 3 meses.

B) Una vez acreditado incumple en mantener los criterios menores en un lapso de 3 meses.

C) Si su porcentaje de acreditación previo, de acuerdo a la cédula a revisar, disminuye en un 5% y no lo resuelve en un lapso de 3 meses a partir de su detección, quedando por abajo del mínimo solicitado en la cédula a evaluar.

D) Si su porcentaje de acreditación es menor al 85% para UNEMES (Unidades de Especialidades Médicas), CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) de Primer y Segundo Nivel y del 90% para Gastos Catastróficos, Seguro Médico para Nueva Generación (SMNG) y Malformaciones Congénitas y Adquiridas. El cual debe ser resuelto en un lapso de 3 meses a partir de su detección.

4.- Si la auditoría demuestra cualquier de los parámetros antes mencionados. Se procederá a informar a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud sobre los datos obtenidos quienes procederán vía oficio a comunicar la suspensión de la Acreditación al establecimiento de salud y además a informar al Sistema de Protección Social en Salud en un lapso no mayor de 10 días hábiles.

5.- En caso de que la auditoría demuestre que el establecimiento de salud cumple con el porcentaje requerido o siendo mayor que en su cédula en revisión, se ratifica su estatus de acreditación.

6.- La supervisión será aleatoria en establecimientos de primer o segundo nivel de atención, al igual que podrá efectuarlo en cualquier entidad federativa incluyendo el distrito federal, previo aviso de 24 a 48 horas antes de la visita, al responsable de calidad del estado a supervisar.

7.- Los hallazgos que se deriven de la supervisión, deberán generar recomendaciones destinadas a reforzar la imagen de la institución hacia los pacientes y familiares, por lo que las deficiencias encontradas tendrán que ser subsanadas en un plazo no mayor a 3 meses a partir de ser detectadas e informadas al estado y el establecimiento de salud evaluado.

8.- De acuerdo a los convenios establecidos entre la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con otros Centros Coordinadores de Programas Especiales que dentro de sus funciones está realizar visitas de supervisión y asesoría a sus programas que se encuentran en los establecimientos de atención médica, cuando identifiquen durante ésta que los criterios de calidad, seguridad y capacidad presenten omisiones; se deberá notificar el resultado de dicha visita de supervisión al Secretario de Salud de la entidad visitada, con el propósito de que se tomen medidas correctivas inmediatas y no se ponga en riesgo la suspensión de la acreditación.

7.0 PERFIL TÉCNICO DEL PERSONAL PARA LA ACREDITACIÓN.

7.1. Formación Profesional.

Licenciatura y/o postgrado en las siguientes disciplinas: medicina, odontología, enfermería, química, farmacia, psicología, nutrición, trabajo social y administración.

7.2. Experiencia Laboral.

- ✓ Institucional de tres a cinco años según el área de responsabilidad.
- ✓ Desempeño asertivo en sus labores dentro de la institución de procedencia.
- ✓ Habilidad para comunicarse con claridad y eficacia, tanto en forma oral como escrita.
- ✓ Conocimiento sobre los diferentes tipos de instituciones, programas, actividades y/o funciones de los establecimientos de atención médica y servicios especializados.
- ✓ Conocimiento de métodos y técnicas aplicables a la (s) evaluación (es).
- ✓ Experiencia en la implantación de estándares para la acreditación/renovación de la acreditación de establecimientos de atención médica y servicios especializados.

7.3. Competencias.

Requerimientos de habilidades y destrezas (competencias) mínimos que deberán tener los evaluadores (as):

- Ser capaz de utilizar correctamente los recursos de los diferentes niveles de atención médica.
- Determinar las estrategias apropiadas para recoger la información técnico administrativa que se necesite.
- Demostrar capacidad para valorar las competencias y los roles de otros profesionales de la salud.
- Estar capacitado para el trabajo en equipo.
- Identificar los aspectos técnicos normativos de la atención médica.
- Identificar las cuestiones éticas relacionadas con la atención médica.
- Redactar informes de evaluación legibles, bien organizados y concisos.
- Ser capaz de evaluar los propios conocimientos y habilidades (autoevaluarse).

8.0 CRITERIOS DE PONDERACIÓN:

Los establecimientos deberán de cumplir satisfactoriamente con los tres capítulos para la Acreditación (Capacidad, Seguridad y Calidad). Es importante, tener presente que la calificación obtenida, está sujeta a dos posibles situaciones;

Si no se cumplen Criterios Mayores, se realizará un Plan de Contingencia.

Los Criterios Mayores para CAUSES primer nivel de atención y Caravanas de la Salud corresponden al recurso humano profesional. Para CAUSES segundo nivel es el recurso humano, planta de emergencia y el área quirúrgica.

Los criterios Mayores para Gastos Catastróficos incluye: el recurso humano profesional y el área quirúrgica en su caso.

Los tres capítulos para la Acreditación son:

De CAPACIDAD.

Se refiere a contar con los mínimos indispensables, establecidos en el CAUSES, o en el Fondo de Gastos Catastróficos.

De SEGURIDAD.

Se refiere a los principales aspectos de práctica médica segura para el paciente durante el proceso de atención médica y su estancia en el establecimiento.

De CALIDAD.

Desarrollo de mínimos indispensables de gestión de calidad que coadyuven a que se estén dando procesos de mejora continua.

La ACREDITACIÓN se basará en el cumplimiento total de lo establecido en el presente manual, bajo la clasificación siguiente:

ESTABLECIMIENTOS (CAUSES) DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (UNIDADES MÓVILES DE LAS CARAVANAS PARA LA SALUD, CENTROS DE SALUD, CAAPS, UNEMES Y HOSPITALES INTEGRALES O SUS EQUIVALENTES).

Acreditado	Cumple del 85 al 100 % de los requerimientos.
*No Acreditado	Cumple con menos del 85% de los requerimientos.

* En el caso de incumplimientos de criterios menores se deberán subsanar en tres meses.
En el caso de incumplimientos de criterios mayores, (Falta de recurso humano y para hospitales integral o equivalentes se agrega área quirúrgica) deberá de elaborar Plan de Contingencia.

ESTABLECIMIENTOS (CAUSES) DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Acreditado	Cumple del 85 al 100 % de los requerimientos.
*No Acreditado	Cumple con menos del 85% de los requerimientos.

* En el caso de incumplimientos menores se deberá subsanar en tres meses.
En el caso de incumplimientos mayores, (Falta de recurso humano y área quirúrgica) deberá de elaborar Plan de Contingencia.

Los Servicios del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos que incluye Atención del Paciente con Catarata, Catarata Congénita, Cáncer de la Infancia y Adolescencia, Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico Uterino, VIH SIDA, Trasplante de Medula Ósea, Cuidados Intensivos Neonatales, Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos, Cáncer de Próstata, Cáncer Testicular, Cáncer en Adultos tipo Linfoma, Infarto Agudo al Miocardio (menores de 60 años), Hemofilia (menores de 10 años), Enfermedades Lisosomales (menores 10 años), Trasplante de Cornea,

Acreditado	Cumple del 90 al 100 % de los requerimientos.
*No Acreditado	Cumple con menos del 90% de los requerimientos.

* En el caso de incumplimientos menores se deberá subsanar en tres meses.

En el caso de incumplimientos mayores, (Falta De recurso humano y área quirúrgica) deberá de elaborar Plan de Contingencia.

Seguro Médico de Nueva Generación: Implante Coclear y Unidad de Quemados

Acreditado	Cumple del 90 al 100 % de los requerimientos.
*No Acreditado	Cumple con menos del 90% de los requerimientos.

* En el caso de incumplimientos menores se deberá subsanar en tres meses.

En el caso de incumplimientos mayores, (Falta De recurso humano y área quirúrgica) deberá de elaborar Plan de Contingencia.

TABLA DE PONDERACIÓN
(Criterios para la evaluación).

De capacidad.

- A.- El requerimiento solicitado para cada uno de los ítems de los Catálogos vigentes se califica con el criterio de “todo o nada”. La ponderación del concepto varía según su importancia.
- B.- La falta de alguno de ellos se considera como “No cumple” y su calificación es de 0 (cero puntos).
- C.- Cuando un concepto esté sombreado se considera como “No aplica”
- D.- El cumplimiento del Catálogo vigente y de procedimientos de Gastos catastróficos cubre el 50% de la calificación global.
- E.- El puntaje total varía dependiendo de las actualizaciones de intervenciones del Catálogo vigente y de procedimientos de Gastos catastróficos.

De Seguridad.

- A.- El requerimiento solicitado para cada uno de los ítems de los Catálogos vigentes se califica con el criterio de “todo o nada”. La ponderación del concepto varía según su importancia.
- B.- La falta de alguno de ellos se considera como “No cumple” y su calificación es de 0 (cero puntos).
- C.- Cuando un concepto no aplique se le colocarán las letras NA.
- D.- El cumplimiento del criterio “Seguridad” cubre al 35% de la calificación global.
- E.- El puntaje total varía dependiendo de las actualizaciones de intervenciones de los Catálogos vigentes.

De Calidad

- A.- El requerimiento solicitado para cada uno de los ítems de los Catálogos vigentes se califica con el criterio de “todo o nada”. La ponderación del concepto varía según su importancia.
- B.- La falta de alguno de ellos se considera como “No cumple” y su calificación es de 0 (cero puntos).
- C.- Cuando un concepto esté sombreado se considera como “No aplica”.
- D.- El cumplimiento del criterio “Calidad” cubre al 15% de la calificación global.
- E.- El puntaje total varía dependiendo de las actualizaciones de intervenciones de los Catálogos vigentes.

9. GENERALIDADES

- **De la información**

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, por medio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud mantendrá informada a la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud sobre los establecimientos Acreditados y No Acreditados.

10. Aquellos relacionados con el proceso de Evaluación:

a).- Enfoque basado en evidencias.- Las observaciones y sugerencias deben estar basadas en hechos concretos y objetivos, para lograr conclusiones fiables y reproducibles sistemáticamente.

b).- Conflicto de intereses.- Los evaluadores deben evitar hacer juicios parciales o que generen problemas en los intereses políticos, económicos o profesionales del personal del establecimiento.

c).- Con el propósito de dar transparencia al proceso de Acreditación y Reacreditación el equipo que realizará la visita será objeto también de una evaluación sobre su desempeño, mediante una cedula que será aplicada por el Director del Establecimiento de Atención Médica y remitida a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

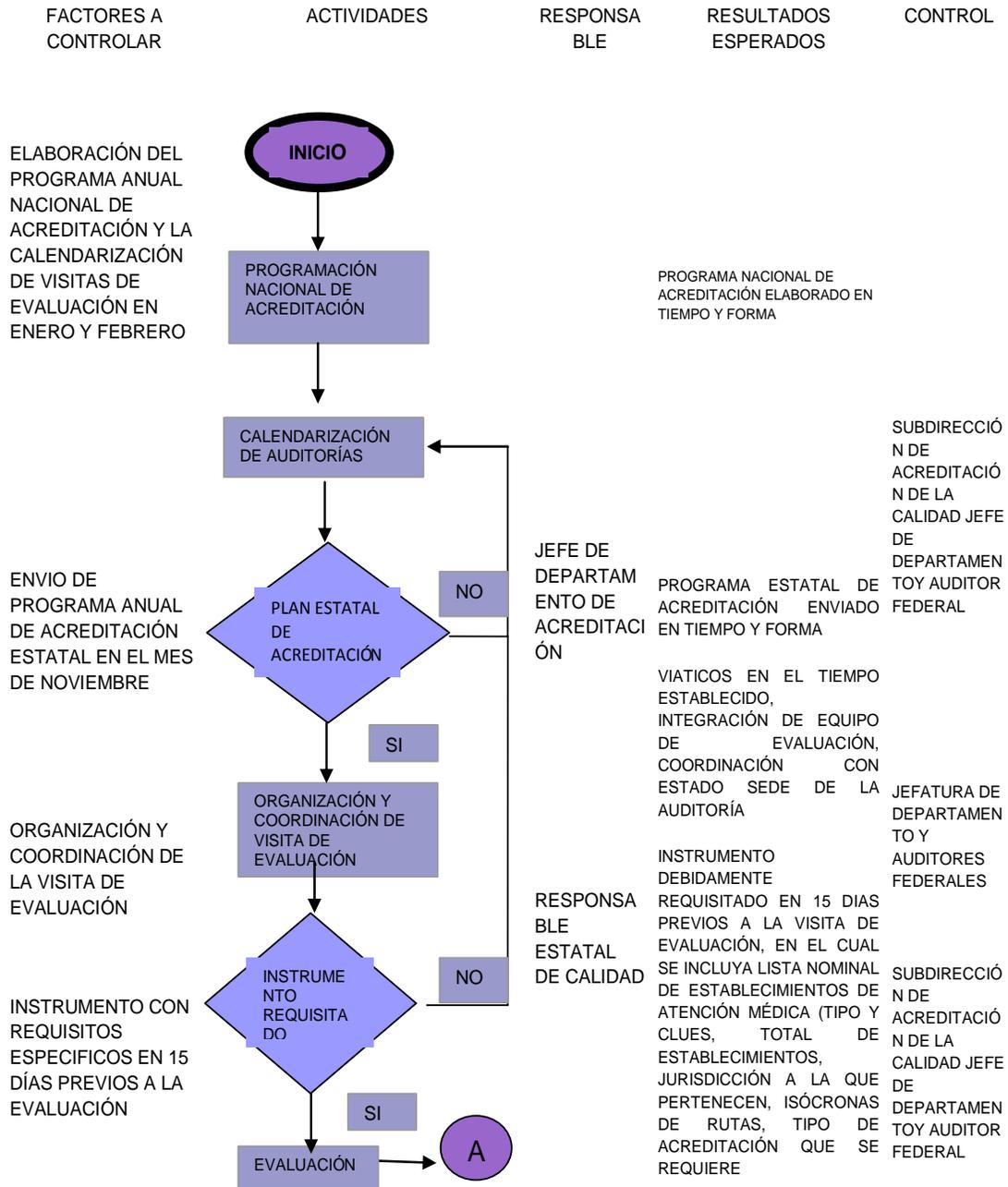
10. BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Seguro Popular de Salud. D. O. F. 15-III-2002.
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud, da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). D. O. F. 4-VII-2003.
- Catálogo de equipo de psicomotricidad. Centro Nacional de Rehabilitación.
- Cólera en México, Manual para la Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.
- Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA. 2001.
- Cuadernos de Evaluación para la Certificación. Consejo de Salubridad General. 2002.
- Diagnóstico Rápido para Detección del Hipotiroidismo Congénito, Arranque Parejo en la Vida, Dirección General de Salud Reproductiva. 2003.
- Gestión Directiva, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. SSA. 2003.

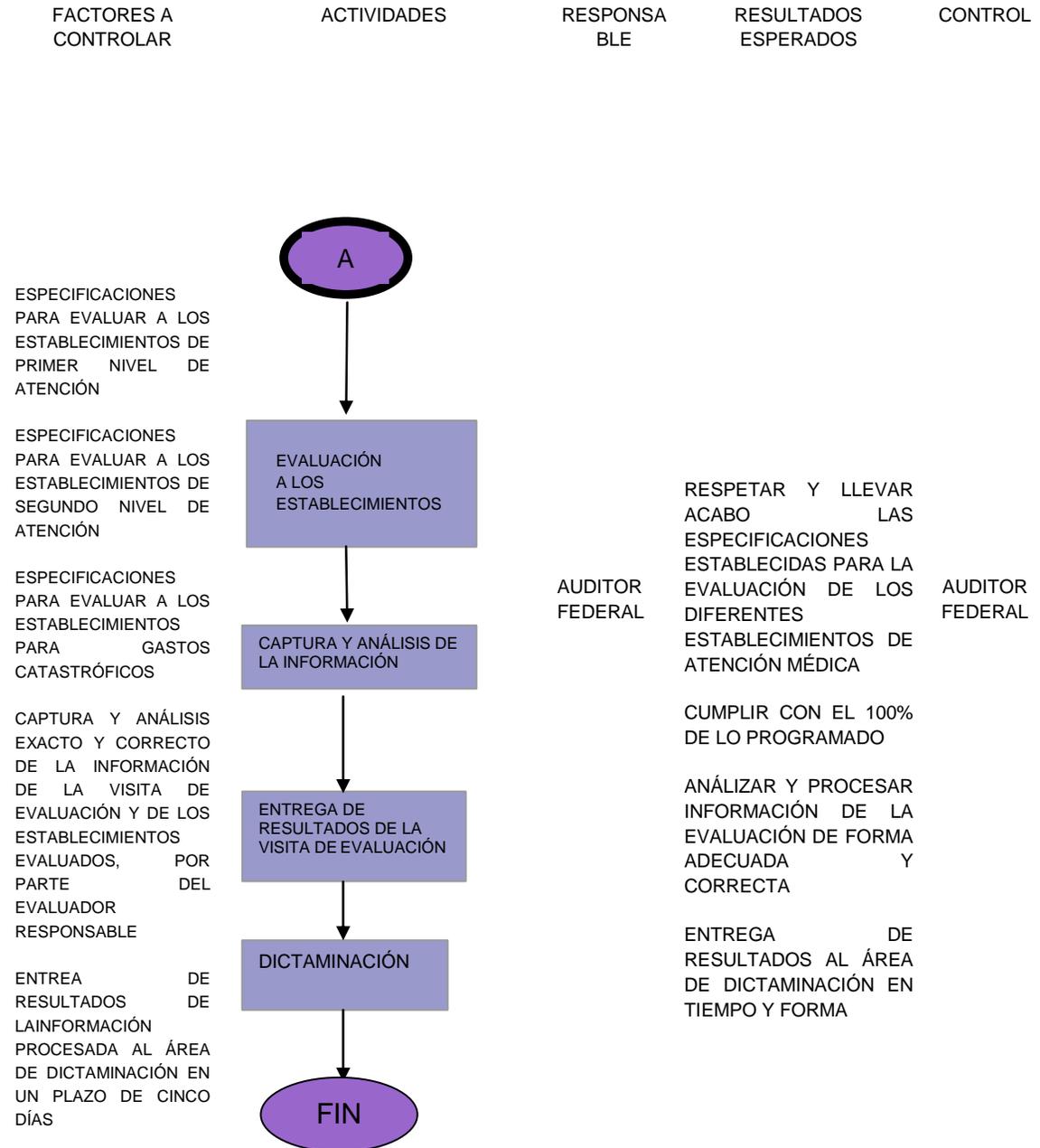
- Ley General de Salud, reformas, 13 de mayo del 2003.
- Metodología de Modernización para la Administración Pública Federal. SECODAM. Noviembre de 1997.
- Norma Oficial Mexicana NOMO-005-SSA3-2010 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-223-SSA1-1993, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas. Dirección General de Medicina Preventiva, SSA 2001.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. D.O.F. 08/06/2011
- Sistema INDICA. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, SSA. 2002.
- Vigilancia del Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido, Arranque Parejo en la Vida, Dirección General de Salud Reproductiva. 2003.
- Consejo de Salubridad General convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales. DOF 21/07/1999.
- Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud. Sistema nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Código de ética del Líder de Evaluación y Evaluador.

11. ANEXOS

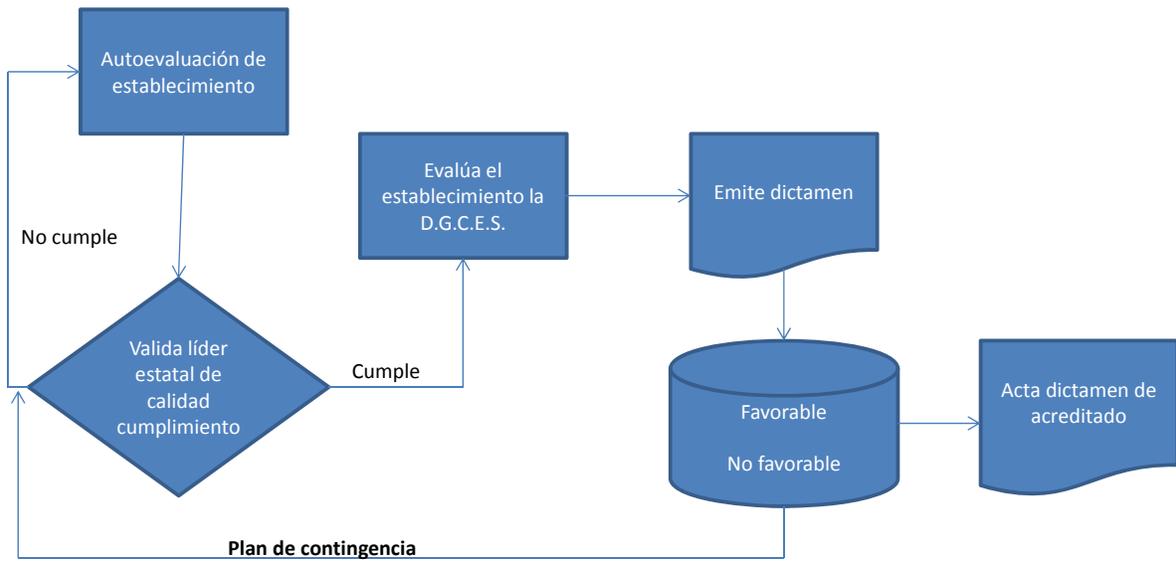
NOMBRE DEL PROCESO: EVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN



NOMBRE DEL PROCESO: EVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN



ESQUEMA DE VALIDACIÓN ESTATAL



SICALIDAD



Subsecretaría de Integración y
Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y
Educación en Salud

2 0 1 2