



**CONSEJO  
DE  
SALUBRIDAD GENERAL**

---

Nombre Comercial y Razón Social del Hospital

---

Nombre del Director

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

---

Firma del Director

**AUTOEVALUACIÓN  
2012**



# CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General

**Dr. Salomón Cherstorivsky Woldenberg**

Secretario del Consejo de Salubridad General

**Dr. David Kershenobich Stanlikowitz**

## **Vocales Titulares:**

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Secretaría de Desarrollo Social

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

Secretaría de Economía

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

Secretaría de Comunicaciones y Transportes

Secretaría de Educación Pública

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Universidad Nacional Autónoma de México



**Vocales Auxiliares:**

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Instituto Politécnico Nacional

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

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

Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

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

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

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

Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Coordinación General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Academia Mexicana de Pediatría, A. C.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.

Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.

Colegio Médico de México, A. C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.

Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica

Cámara Nacional de la Industria de la Transformación



# COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Presidente de la Comisión

**Dr. David Kershenobich Stanlikowitz**

Secretario Técnico de la Comisión

**Lic. Ángel Fernando Galván García**

## **Comisionados:**

Secretaría de Salud

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Institutos Nacionales de Salud

Universidad Nacional Autónoma de México

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

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

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

Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste

Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

Colegio Médico de México, A. C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención

Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

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

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.



# SECRETARIADO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

**Dr. David Kershenobich Stanlikowitz**

Secretario del Consejo de Salubridad General

**Lic. Ángel Fernando Galván García**

Director General Adjunto de Articulación

Teléfono: 52.63.92.70 y 20.00.34.00 ext.59070 | Correo electrónico: angel.galvan@salud.gob.mx

**Dr. Lino Campos Álvarez**

Director de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1073 y 20.00.34.00 ext.59073 | Correo electrónico: lino.campos@salud.gob.mx

**Dra. Sara Fonseca-Castañol**

Directora de Desarrollo

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1048 y 20.00.34.00 ext. 53519 | Correo electrónico: sarafonseca.csg@hotmail.com

**Dra. María Guadalupe García Meraz**

Subdirectora de Programación de Auditorías

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1099 y 20.00.34.00 ext.59037 | Correo electrónico: garcia\_meraz@hotmail.com

**Dra. Brisa Amparán Limas**

Subdirectora de Análisis de Información y Desempeño

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1095 y 20.00.34.00 ext.59517 | Correo electrónico: vial\_dov@hotmail.com

**Ing. Arq. Juan Armando Monroy López**

Subdirector de Capacitación de Auditores

Teléfono: 52.63.92.79 y 20.00.34.00 ext.59035 | Correo electrónico: arqarmando\_monroy@live.com.mx

**Ing. Adriana González Balderas**

Jefa del Departamento de Supervisión y Desempeño de Evaluadores Institucionales

Teléfono: 52.63.92.50 ext. 1065 y 20.00.34.00 ext.59519 | Correo electrónico: abg\_romand@live.com.mx



# ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. Recursos Humanos	15
2. Instalaciones Físicas	23
3. Equipamiento	30
4. Insumos	45
5. Expediente Clínico	48
6. Atención y Quejas	49
7. Comités	50
8. Documentación	52
9. Sistemas de Información	81



# INTRODUCCIÓN

La Autoevaluación es parte de la primera fase del proceso de certificación, donde el Director manifiesta la infraestructura con que cuenta su Hospital y da coherencia a lo consignado en la **“Solicitud de Inscripción para Hospitales”** que especifica los servicios y la capacidad tiene la unidad. En este sentido, la Autoevaluación es el vínculo entre la Inscripción y la **Auditoría**, que evalúa el grado de cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, Estándares Centrados en el Paciente, Estándares Centrados en la Gestión y Estructura Indispensable para la prestación de servicios de atención médica.

La Autoevaluación contempla aquellos elementos que debe cumplir un hospital en función de lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus Reglamentos, en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y en los Estándares para la Certificación de Hospitales vigentes a partir del 1 de abril de 2012; en este contexto, los estándares para la Autoevaluación especifican las licencias, avisos de funcionamiento, requisitos de estructura y equipamiento, así como los planes, políticas, procedimientos (Sección “8. Documentación”) y sistemas de información que son obligatorios para los hospitales que incursionen en el proceso de certificación/recertificación.

Los estándares considerados en la Autoevaluación incluyen los mínimos indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión de un hospital.

## **Autocalificación de las Especificaciones de Estructura**

---

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

## Responsabilidad del Hospital

---

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

### Lineamientos para calificar los Estándares para la Autoevaluación

---

Los estándares para la Autoevaluación se agrupan en once Secciones, cada una de ellas con dos o más estándares que, en los casos aplicables, se dividen en varios puntos a “verificar”. En el caso particular de la Sección “8. Documentación”, que incluye los planes, programas, políticas y procedimientos del hospital, y que por su importancia han sido ponderados como “indispensables”, la calificación “Cumple” solamente se asignará cuando su implementación y difusión al personal del hospital tenga como mínimo 4 meses anteriores a la fecha de realizar la Autoevaluación.

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

Los datos deberán ser totalmente verídicos y concordar con lo anotado en el formato de “**Solicitud de Inscripción para Hospitales**”, por lo cual se solicita que sean autenticados por el Director del Hospital. Los auditores del Consejo de Salubridad General, revisarán “in situ”, en forma aleatoria, algunos de los estándares para validar su cumplimiento.

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

# 1. RECURSOS HUMANOS

**1.1 CONTAR PERMANENTEMENTE, 24 HORAS AL DÍA, 365 DÍAS AL AÑO, CON MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE DE URGENCIAS Y CON PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO, CAPACITADO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos y Servicio de Urgencias	1.1.1 Existe, al menos, un médico especialista capacitado para resolver urgencias médico quirúrgicas presente en urgencias las 24 horas al día, 365 días al año.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los expedientes de los médicos responsables de los diferentes turnos de atención del Servicio de Urgencias contienen documentación que avala su especialidad y capacitación vigente para resolver urgencias médico-quirúrgicas.</li> <li>Firma del adscrito en los expedientes de urgencias de esa guardia tomados aleatoriamente de meses pasados.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente del personal de enfermería muestra que tienen título y certificación en RCP avanzado / adultos como mínimo.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

**1.2 TENER PERSONAL EN LA CANTIDAD NECESARIA Y CON LA CALIFICACIÓN TÉCNICA IDÓNEA, PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN QUE OFRECE, LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos	1.2.1 Los médicos cuentan con cédula profesional con validez oficial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente de los médicos generales, especialistas y subespecialistas cuentan con la evidencia que se realizó el proceso de verificación de la fuente original.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos	1.2.2 Existe un coordinador de la unidad o servicio de cirugía bariátrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente del coordinador operativo cuenta con documentación que avala su con experiencia. Su perfil es médico o de enfermería.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos	1.2.3 El hospital cuenta epidemiólogo responsable de la UVEH y deberá contar por lo menos con una enfermera en salud pública o capacitada en epidemiología para vigilancia en instituciones con 0 a 100 camas, este personal deberá incrementarse en, por lo menos, una enfermera por cada 100 camas del hospital, de conformidad a la NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente del médico epidemiólogo cuenta con la documentación probatoria de la especialidad y cédula profesional correspondiente.</li> <li>Los expedientes del personal asignado para que realice funciones del control de infecciones nosocomiales, cuentan con documentación que avala sus conocimientos en el campo.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos	1.2.4 El personal técnico de enfermería, debe ser 70 % o más del total.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar la plantilla de personal de enfermería del área de hospitalización de todos los turnos.</li> <li>Verificar que el personal auxiliar no exceda 30% de la misma en ninguno de los turnos.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Departamento de Recursos Humanos	1.2.5 En los servicios de mayor complejidad existe sólo personal de enfermería profesional y especializado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar que en las áreas de Terapia Intensiva, Terapia Intermedia, Neonatos y Quirófano, en todos los turnos, existen sólo enfermeras tituladas y con la especialidad o capacitación que corresponde al área.</li> </ul>	NECESARIO			
Departamento de Recursos Humanos	1.2.6 En los servicios donde se da atención a neonatos se cuenta con personal capacitado en reanimación neonatal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el Servicio de Tococirugía, Terapia Intensiva Neonatal y cunas se cuenta con al menos una enfermera capacitada en reanimación neonatal, presente las 24 horas del día los 365 día del año.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos	1.2.7 En los servicios críticos se cuenta con personal capacitado en reanimación cardiopulmonar avanzada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En los Servicios de Terapia Intensiva y Urgencias se cuenta con al menos una enfermera capacitada en reanimación cardiopulmonar avanzada, presente las 24 horas del día los 365 día del año.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos	1.2.8 Se acredita la capacidad técnica de otros profesionales de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar los perfiles del puesto de otros profesionales de la salud.</li> <li>Verificar que se cumplen dichos perfiles en el 100% de los empleados.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos	1.2.9 El personal de cocina propio o subrogado cuenta con capacidad y experiencia necesarios para la preparación de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los expedientes del personal de cocina cuentan con la documentación que avala la capacidad y experiencia necesarios para la preparación de alimentos.</li> <li>• Verificar la existencia de un responsable o jefe de la cocina.</li> <li>• En servicios subrogados, el hospital deberá demostrar la verificación de la capacidad del personal del servicio contratado, previo a dicha contratación, a través de documentos validos.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Departamento de Recursos Humanos	1.2.10 El personal encargado del mantenimiento y la limpieza cuenta con capacitación específica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los expedientes de los encargados del mantenimiento físico y de limpieza cuentan con documentos que avalan capacitación técnica para las instalaciones que tiene el hospital.</li> <li>• Cuenta con un programa de capacitación para el personal de limpieza para el manejo, traslado y depósito de los residuos peligrosos biológico infecciosos, en los contenedores temporales.</li> <li>• Si el servicio es subrogado, verificar que en los contratos se garantice la competencia técnica del personal.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos	1.2.11 El hospital cuenta con un programa de capacitación continua para su personal, propio y/o subrogado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar el programa correspondiente.</li> <li>• Verificar que se lleve a cabo el programa.</li> </ul>	CONVENIENTE			

**1.3 EN CASO DE QUE EN LA ATENCIÓN PARTICIPE PERSONAL EN FORMACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES QUE OFRECE, CONTAR LAS 24 HORAS DEL DÍA, CON EL APOYO Y SUPERVISIÓN DE PERSONAL RESPONSABLE.**

*El estándar aplica únicamente en hospitales de enseñanza.*

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos y Departamento de Enseñanza	1.3.1 Existe un responsable designado formalmente por las autoridades del hospital para cada tipo de personal en proceso de formación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el nombramiento del responsable de la supervisión, profesor o tutor. Es conveniente que exista un nombramiento avalado por una institución académica reconocida para cada tutor, enfermera, técnico y cualquier personal no médico que se encuentre en prácticas clínicas en el hospital.</li> </ul>	CONVENIENTE			

**1.4 CONTAR EN EL ÁREA DE CIRUGÍA, CON PERSONAL DEBIDAMENTE ACREDITADO Y EN LA CANTIDAD SUFICIENTE PARA BRINDAR LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y DE ANESTESIA QUE OFRECE.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos y Jefatura de servicios	1.4.1 El hospital tiene definidos los indicadores de médicos cirujanos especialistas, anesthesiólogos, enfermeras quirúrgicas y ayudantes para cada turno y área quirúrgica conforme al número de cirugías que se realizan y quirófanos con que cuenta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia y cumplimiento en un documento normativo de los indicadores de médicos, paramédicos y enfermeras por sala quirúrgica y tipo de cirugía.</li> </ul>	NECESARIO			
Departamento de Recursos Humanos y Jefatura de servicios	1.4.2 El hospital cumple los indicadores establecidos para médicos cirujanos especialistas, anesthesiólogos, enfermeras quirúrgicas y ayudantes para cada turno y área quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el cumplimiento de los indicadores establecidos para médicos cirujanos, anesthesiólogos, técnicos en anestesia, enfermeras quirúrgicas y ayudantes para cada turno y área quirúrgica de la jefatura de servicio, del departamento de personal y los roles de guardia por sala.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos y Jefatura de Servicios	1.4.3 Cada turno en que se programen servicios de Cirugía bariátrica tiene un médico especializado y por lo menos una enfermera debidamente capacitada y uno o varios ayudantes para realizar las tareas requeridas por el servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de que en el hospital se realicen cirugías bariátricas, el expediente del personal de los médicos del servicio, cuenta con la documentación que avala su especialidad: un programa de entrenamiento de más de 6 meses de duración, que documente 50 procedimientos realizados o que cuente con curso tutelar</li> <li>Los expedientes del personal de enfermería y otros profesionales de la salud que laboren o participen en el servicio de cirugía bariátrica, cuentan con la capacitación adecuada.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

**1.5 CONTAR CON EL PERSONAL PROFESIONAL CERTIFICADO Y TÉCNICO ACREDITADO PARA ATENDER LOS SERVICIOS PROPIOS Y/O SUBROGADOS DE CONSULTA EXTERNA, DIAGNÓSTICO, DE APOYO AL TRATAMIENTO Y LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos y Jefatura de servicios	1.5.1 El responsable del servicio de diagnóstico, propio o subrogado, está reconocido y tiene la especialidad o certificación del consejo correspondiente: radiólogo, patólogo, hematólogo, patólogo clínico, químico farmacobiólogo o químico clínico, cardiólogo, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los expedientes de los responsables de cada servicio de apoyo diagnóstico cuentan con la documentación que avala su especialidad.</li> <li>Si el servicio es subrogado, el hospital deberá mostrar el contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal del servicio subrogado y la documentación con que el proveedor demostró su cumplimiento.</li> </ul>	NECESARIO			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos y Jefatura de servicios	1.5.2 En cada turno se cuenta con un profesional especializado y por lo menos un técnico especializado: radiólogo, laboratorista, citotecnólogo, ultrasonografista, endoscopista, en hemodinamia, etc. y uno o varios ayudantes capacitados para realizar estudios acordes con el equipo con que cuenta el servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente de cada profesional especializado cuenta con la documentación que avala su capacidad técnica en el área de diagnóstico donde se desempeña.</li> <li>El expediente del personal técnico de los servicios de apoyo diagnóstico cuenta con documentación que avala la capacidad técnica correspondiente.</li> </ul>	NECESARIO			
Laboratorio Clínico	1.5.3 El laboratorio cuenta con el personal profesional y técnico necesario para la realización de su función en todos los exámenes que ofrece.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un responsable por cada turno para los 365 días.</li> <li>Solicitar el listado de personal y verificar la existencia de técnicos en todos los turnos los 365 días.</li> <li>Si el hospital no tiene capacidad resolutive o no tiene laboratorio propio, debe mostrar el convenio de subrogación o contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal y la capacidad resolutive del proveedor.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Departamento de Recursos Humanos y Jefaturas de servicios	1.5.4 El responsable de los servicios de tratamiento como, radioterapia, quimioterapia, litotripsia, clínica del dolor, inhaloterapia, etc., propio o subrogado, es un médico certificado en la especialidad correspondiente: nefrólogo, oncólogo, neumólogo, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los expedientes de los responsables de cada servicio de apoyo al tratamiento cuentan con la documentación que avala su especialidad.</li> <li>Si el servicio es subrogado, el hospital deberá mostrar el contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal del servicio subrogado y la documentación con que el proveedor demostró su cumplimiento.</li> </ul>	NECESARIO			
Departamento de recursos Humanos	1.5.5 Cada turno en que se programen servicios de tratamiento tiene un médico especializado y por lo menos un técnico especializado o enfermera debidamente capacitada y uno o varios ayudantes para realizar las tareas requeridas por el servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los expedientes de los médicos, técnicos y enfermeras de cada servicio de apoyo al tratamiento cuentan con la documentación que avala su especialidad.</li> <li>Si el servicio es subrogado, el hospital deberá mostrar el contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal del servicio subrogado y la documentación con que el proveedor demostró su cumplimiento.</li> </ul>	CONVENIENTE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos	1.5.6 El responsable de los servicios de rehabilitación, propio o subrogado es un médico certificado en la especialidad correspondiente: medicina física y subespecialidad en caso necesario: fisiología pulmonar, rehabilitación cardiovascular, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente del responsable de cada servicio de apoyo diagnóstico cuenta con la documentación que avala su especialidad.</li> <li>Si el servicio es subrogado, el hospital deberá mostrar el contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal del servicio subrogado y la documentación con que el proveedor demostró su cumplimiento.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Departamento de Recursos Humanos	1.5.7 Cada turno en que se programen servicios de rehabilitación tiene un médico especializado y por lo menos un técnico especializado o enfermera debidamente capacitada y uno o varios ayudantes para realizar las tareas requeridas por el servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los expedientes de los médicos, técnicos y enfermeras de rehabilitación cuentan con la documentación que avala su especialidad.</li> <li>Si el servicio es subrogado, el hospital deberá mostrar el contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal del servicio subrogado y la documentación con que el proveedor demostró su cumplimiento.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Departamento de Consulta Externa y Recursos Humanos	1.5.8 Cada consultorio cuenta con el personal de apoyo o de enfermería suficiente de acuerdo al parámetro definido por la propia organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta descrito en los manuales.</li> <li>Rectificar con el registro de asignación de personal.</li> </ul>	NECESARIO			

**1.6 LA UNIDAD CUENTA CON POLÍTICAS Y NORMAS INTERNAS QUE ESTABLECEN LAS RESPONSABILIDADES, DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES A LAS QUE SE SOMETE TODO EL PERSONAL DE LA UNIDAD Y SE ENCUENTRA AUTORIZADO POR LA MÁXIMA AUTORIDAD EN EL ESTABLECIMIENTO.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos	1.6.1 Se especifican las responsabilidades, funciones y privilegios, según corresponda al personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta especificación debe estar actualizada en los últimos dos años.</li> </ul>	NECESARIO			
Departamento de Recursos Humanos	1.6.2 Se cuenta con un mecanismo para analizar el comportamiento y apego del personal de la unidad al cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tiene evidencia por escrito del mecanismo.</li> </ul>	NECESARIO			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Departamento de Recursos Humanos	1.6.3 Existe un mecanismo claramente documentado para la revisión de antecedentes laborales y profesionales del personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se muestra evidencia de este tipo de revisiones y de sus recomendaciones.</li> </ul>	NECESARIO			
Departamento de Recursos Humanos	1.6.4 Se cuenta con un proceso de verificación de la fuente original de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se muestra el proceso para realizar la verificación de la fuente original</li> <li>Se muestra evidencia de la verificación en los expedientes del personal.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

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

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Dirección, Recursos Humanos	1.7.1 La dirección general del hospital es responsabilidad de un profesional calificado que cuenta además con experiencia y capacitación administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El director general cuenta con estudios formales de dirección y/o administración de servicios de salud además de experiencia comprobada en puestos directivos.</li> </ul>	NECESARIO			
Dirección, Recursos Humanos	1.7.2 La dirección médica del hospital es responsabilidad de un profesional calificado que cuenta además con experiencia y capacitación administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El director médico cuenta con estudios formales de dirección y/o administración de servicios de salud además de experiencia comprobada en puestos directivos.</li> </ul>	NECESARIO			
Administración, Recursos Humanos	1.7.3 La dirección administrativa del hospital es responsabilidad de un profesional calificado que cuenta con experiencia y capacitación en administración de hospitales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El director administrativo tiene formación profesional en administración.</li> <li>Tiene experiencia comprobada en administrar hospitales.</li> </ul>	NECESARIO			
Jefatura de enfermería, Recursos Humanos	1.7.4 La jefatura de enfermería del hospital es una enfermera(o) titulada(o) licenciada(o) en enfermería o enfermera(o) general, con especialidad en administración y/u otra especialidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El expediente del (la) jefa(e) de enfermería cuenta con el título otorgado por institución reconocida.</li> </ul>	NECESARIO			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>Hospitalización, Recursos Humanos</b>	<b>1.7.5</b> En cada una de las cuatro especialidades básicas existe un jefe de servicio o responsable médico especialista certificado y una jefa de enfermería especialista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar nombramientos de los jefes de servicio o responsables médicos de las cuatro especialidades troncales y verificar que cuenten con la certificación de la especialidad.</li> </ul>	NECESARIO			
<b>Recursos Humanos</b>	<b>1.7.6</b> Todo jefe de servicio de especialidad médica, debe estar certificado y recertificado por el Consejo de la especialidad correspondiente y demostrar su competencia a través del proceso de “revisión de credenciales” y verificación de fuente original.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el expediente de cada jefe de servicio se encuentra la documentación comprobatoria.</li> <li>Existe evidencia de la revisión de experiencia y credenciales.</li> </ul>	NECESARIO			

## 2. INSTALACIONES FÍSICAS

### 2.1 CONTAR CON INSTALACIONES ADECUADAS, EN TAMAÑO, CANTIDAD Y DISTRIBUCIÓN, PARA ATENDER PACIENTES DE LA ESPECIALIDAD O ESPECIALIDADES O SERVICIOS QUE OFREZCA EL HOSPITAL.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
El o los indicados en el estándar	<p><b>2.1.1</b> En vestíbulo, recepción y salas de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos, depósitos para basura municipal protegidos con bolsas plásticas negras o de color diferente al amarillo y rojo y áreas suficientes para que los pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Observar que en: vestíbulo, recepción, salas de espera y sanitarios, tienen adecuada ventilación, limpieza, botes para basura municipal y en su caso señalamientos; en los sanitarios agua corriente jabón líquido y toallas desechables.</i></li> <li>• <i>Las dimensiones de las áreas son suficientes para que los pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
El o los indicados en el estándar	<p><b>2.1.2</b> Los pasillos y áreas comunes para uso de visitantes se encuentran limpios y cuentan con botes para basura, protegidos con bolsas plásticas negras o de color diferente al amarillo y rojo, destinados a la basura municipal, en aquellos sitios en que potencialmente se genera ésta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Observar que los pasillos y áreas comunes se encuentran limpios.</i></li> <li>• <i>Observar que los botes para basura municipal cuentan con bolsas de color negro o diferente al rojo y amarillo.</i></li> <li>• <i>Verificar que no se encuentre en ellos material con residuos peligrosos biológico infecciosos.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
El o los indicados en el estándar	<p><b>2.1.3</b> Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Observar que los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación.</i></li> <li>• <i>Cada puerta tiene el nombre del servicio.</i></li> <li>• <i>Los señalamientos de rutas de circulación son claros y visibles.</i></li> </ul>	CONVENIENTE			
Áreas de Internamiento	<p><b>2.1.4</b> En las áreas de internamiento hay facilidad de vigilancia desde la central de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>En las áreas de internamiento la central de enfermería se encuentra cercana a las camas que están bajo su responsabilidad.</i></li> <li>• <i>No existen muebles o equipo que obstruyan el acceso rápido del personal de enfermería.</i></li> </ul>	CONVENIENTE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Áreas de Internamiento	2.1.5 La unidad de hospitalización del paciente cuenta con buena ventilación, un baño/regadera por cada seis camas, privacidad, accesibilidad, espacio para familiares y/o visitas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar que la ventilación es buena, a través de ventanas o de aire acondicionado, no existen olores concentrados.</li> <li>• El baño o baños comunes se encuentran limpios y cercanos al área que atienden.</li> <li>• Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</li> <li>• Observar que los botes para basura cuenten con bolsas para basura municipal y no se encuentren en ellos residuos peligrosos biológico infecciosos.</li> <li>• La habitación cuenta con privacidad.</li> <li>• Existe espacio para familiares o visitas.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Áreas de Internamiento	2.1.6 La central de enfermeras en cada servicio deberá contar con los siguientes puntos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentan con tarja y mesa de trabajo, jabón líquido área estéril para la preparación de soluciones intravenosas, alimentación parenteral, etc.</li> <li>• Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes.</li> <li>• En los botes para basura municipal no se encuentran residuos peligrosos biológico infecciosos.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Áreas de Internamiento	2.1.7 La unidad de hospitalización del paciente cuenta con lavabo para médicos, por cada seis camas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los lavabos cuentan con agua corriente, despachador automático de jabón líquido desinfectante, o dispensador con alcohol gel y toallas desechables.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Áreas de Internamiento	2.1.8 Las habitaciones o salas con camas de hospitalización en todo tipo de servicios deben contar con lo siguiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La posibilidad de adaptación de cortinas de aislamiento.</li> <li>• Recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes.</li> <li>• Los botes para basura cuentan con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Áreas de Internamiento	2.1.9 Existen habitaciones destinadas a dar servicio a pacientes obesos post operados de cirugía bariátrica, que permiten una accesibilidad y movimiento adecuados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las puertas de salida, la puerta del baño y los pasillos permiten el movimiento del equipo especial para pacientes obesos (de acuerdo al peso que habitualmente maneja la unidad hospitalaria, sillas de ruedas especiales, grúas en su caso)</li> <li>• Cuentan con las instalaciones según el peso máximo de los pacientes que operan y los equipos destinados para su atención.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de aislados	2.1.10 Existe área independiente para pacientes que requieran aislamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el área de aislamiento.</li> <li>• Observar que la ventilación sea manejada por presiones y el área de descontaminación.</li> <li>• Utilizan señalamientos para Aislamiento y precauciones estándar.</li> <li>• La habitación cuenta con baño.</li> <li>• Los lavabos para médicos cuentan con agua corriente, jabón de pastilla o despachador automático de jabón líquido desinfectante o dispensador con alcohol gel y toallas desechables.</li> <li>• Cuentan con gancho para batas para uso exclusivo del área.</li> <li>• Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes.</li> <li>• Los botes para basura cuentan con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Quirófanos	2.1.11 En el área quirúrgica la cantidad de salas es congruente con las cirugías programadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar la programación de cirugía del último mes.</li> <li>• Verificar que las salas de cirugía son suficientes para efectuar las cirugías programadas sin diferimientos por esta causa.</li> </ul>	NECESARIO			
Quirófanos	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No deben existir ventanas en las salas quirúrgicas hacia el exterior.</li> <li>• La distribución espacial y del mobiliario del área quirúrgica debe permitir la limpieza y desinfección fácil y rápida.</li> <li>• Las salas quirúrgicas tienen curvas sanitarias en los ángulos de la infraestructura que faciliten cumplir con los requisitos de asepsia.</li> <li>• Verificar que el recubrimiento de paredes, piso y techo se encuentra dentro de la NOM-197-SSA1-2000.</li> <li>• Las puertas tienen mirillas y abren en una sola dirección.</li> <li>• Ventilación artificial que promueva una presión positiva.</li> <li>• Verificar existencia de área blanca y gris.</li> <li>• Verificar existencia de zona de transferencia de CEYE ó SUBCEYE.</li> <li>• El área gris cuenta con una mesa con tarja para el lavado del material e instrumental reutilizable.</li> <li>• En el pasillo o circulación blanca cuentan con equipo para que el personal efectúe su lavado y asepsia prequirúrgica.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Quirófanos	2.1.13 El quirófano en donde se realicen las cirugías bariátricas cuenta con las instalaciones adecuadas para el manejo de pacientes obesos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El espacio de entrada para el quirófano es suficiente para el manejo de pacientes obesos (de acuerdo al peso que habitualmente maneja la unidad hospitalaria, sillas de ruedas especiales, grúas en su caso)</li> <li>Equipo de movilización para pacientes obesos</li> <li>Mesa quirúrgica de acuerdo al peso que habitualmente maneja la unidad hospitalaria</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Área de Tococirugía	2.1.14 Las instalaciones, distribución espacial y mobiliario del área tococirúrgica siguen los lineamientos señalados en la NOM-197-SSA1-2000, además de permitir la limpieza/desinfección fácil y rápida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitar las salas de labor y de expulsión, así como quirófano si existe en el área.</li> <li>Observar que la distribución espacial y del mobiliario del área quirúrgica permita la limpieza/desinfección fácil y rápida.</li> <li>Que cuenten con cortinas plegadizas, de así requerirlo el servicio.</li> <li>Que existan área blanca, gris, zona de transferencia y CEYE.</li> <li>Verificar que el recubrimiento de paredes, piso y techo se encuentra dentro de la NOM-197-SSA1-2000.</li> <li>El lavabo para médicos debe estar contiguo a la sala de expulsión y contar con sala antiséptica y jabón líquido desinfectante.</li> <li>La sala de expulsión cuenta con los requerimientos básicos para la limpieza del recién nacido.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Urgencias o Admisión continua	2.1.15 En urgencias o admisión continua, se cumple con lo señalado en la NOM-197 SSA1-2000.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar las instalaciones de urgencias, central de vehículos, recepción de pacientes, cubículos de valoración, de observación de curaciones y yesos y de hidratación, además de la sala de choque.</li> <li>Los lavabos para médicos cuentan con agua corriente, jabón de pastilla o despachador automático de jabón líquido desinfectante o dispensador con alcohol gel y toallas desechables.</li> <li>El área de enfermeras además dispondrá de baño de artesa cuando se brinde atención a pacientes neonatos y lactantes.</li> <li>En caso de contar con urgencias pediátricas, deberá existir además un área para hidratación oral.</li> <li>Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes.</li> <li>Los botes para basura cuentan con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</li> <li>Área de descontaminación de pacientes.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Consulta Externa	2.1.16 Las instalaciones, distribución espacial y mobiliario del área de sala de espera de Consulta Externa siguen los lineamientos señalados en la NOM-178-SSA1-1998.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Constatar la suficiencia de la sala de espera, así como de asientos cómodos, 6 por consultorio.</i></li> <li>• <i>Verificar la existencia de servicios sanitarios en proporción a lo que requiere la demanda de pacientes y acompañantes, y que cuenten con jabón, toallas desechables y agua corriente.</i></li> <li>• <i>Existencia de módulo de recepción, información y/o citas.</i></li> </ul>	NECESARIO			
Consulta Externa	2.1.17 Los consultorios de medicina, deben contar con dos áreas, una para la entrevista del paciente y otra para la exploración física.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar que los consultorios cuenten con lo estipulado en el Apéndice Normativo "A" de la NOM-178 SSA1-1998</i></li> <li>• <i>Los lavabos para médicos cuentan con agua corriente, jabón de pastilla o despachador automático de jabón líquido desinfectante o dispensador con alcohol gel y toallas desechables.</i></li> <li>• <i>En caso de que realicen procedimientos que requieran el uso de punzocortantes, cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos.</i></li> <li>• <i>Botes para basura con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Consulta Externa	2.1.18 Existen consultorios específicos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica que cuentan con el espacio adecuado para el movimiento de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La entrada y los espacios internos de los consultorios destinados a recibir pacientes obesos permite el movimiento adecuado de los mismos.</i></li> <li>• <i>Los consultorios destinados a dar atención a pacientes obesos candidatos o postoperados de cirugía bariátrica cubren con los requisitos para atender a los pacientes de acuerdo a su volumen.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Cocina y Bodega de cocina	2.1.19 Las áreas de almacenamiento, preparación y distribución de alimentos son proporcionales al número de camas existente en el hospital y cuenta con lo siguiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Visitar las áreas de almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, verificar lo siguiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Suficiencia para el almacenamiento y preparación de alimentos según el número de camas.</i></li> <li>✓ <i>Limpieza con agua y jabón en pisos, despensa, refrigeradores, utensilios y mesas para la preparación de alimentos, después de cada tarea.</i></li> <li>✓ <i>Cuentan con normas escritas para el manejo y conservación de alimentos.</i></li> <li>✓ <i>Cuentan con programas preventivos de desinfección y desinfestación.</i></li> <li>✓ <i>Se tiene establecido un programa de control de alimentos.</i></li> <li>✓ <i>Cuentan con un programa de control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos.</i></li> <li>✓ <i>Se tiene establecido un programa de limpieza diario por turno, de utensilios, superficies y mesas de trabajo.</i></li> <li>✓ <i>Cuenta con un programa que verifique, por lo menos una vez por semana, el nivel de cloración del agua corriente.</i></li> </ul> </li> </ul>	INDISPENSABLE			
Visita Global de las Instalaciones	2.1.20 Se cumple la NOM-233-SSA1-2003, 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Visitar todas las áreas de acceso y observar la existencia y mantenimiento en buenas condiciones de rampas para el acceso de discapacitados, al interior y exterior del hospital.</i></li> </ul>	NECESARIO			

**2.2 CONTAR CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES FÍSICAS, EN TODO EL HOSPITAL.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Servicios Generales	2.2.1 Hay programas escritos de mantenimiento preventivo. (éste estándar se relaciona con FMS.8 elemento medible 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar la bitácora de mantenimiento preventivo.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Visita Global de las Instalaciones	2.2.2 Se cumplen los programas de mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar en las instalaciones el cumplimiento de los programas preventivos.</li> </ul>	NECESARIO			
Servicios Generales	2.2.3 Se cumple oportunamente el mantenimiento correctivo de instalaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar el tiempo máximo de espera para reparación de instalaciones y verificar que en el listado de los últimos cuatro meses se cumplió con el tiempo establecido.</li> </ul>	NECESARIO			

**2.3 CONTAR CON PLANTA DE EMERGENCIA PARA EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA, POR LO MENOS EN LAS ÁREAS CRÍTICAS: QUIRÓFANO, TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA, TOCOCIRUGÍA, URGENCIAS O ADMISIÓN CONTINUA, NEONATOLOGÍA, IMAGENOLOGÍA, LABORATORIOS Y ELEVADORES PARA TRANSFERENCIA DE PACIENTES.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de maquinaria	2.3.1 Se cuenta con planta eléctrica de emergencia en condiciones de funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar con el personal de mantenimiento la existencia, funcionamiento y capacidad de la planta de emergencia para dotar de energía a los departamentos señalados.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Las áreas indicadas en el estándar	2.3.2 La planta eléctrica aporta energía como mínimo a: quirófano, terapia intensiva e intermedia tococirugía, urgencias, neonatología y laboratorios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar con el personal de mantenimiento el funcionamiento de la planta de emergencia en todas las áreas señaladas.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Área de maquinaria	2.3.3 La planta eléctrica aporta energía a elevadores para transferencia de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificación física.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Área de maquinaria	2.3.4 Se cuenta con bitácora de mantenimiento de la planta eléctrica automática de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar documento.</li> </ul>	NECESARIO			

**2.4 CONTAR CON AGUA SUFICIENTE PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE OPERACIÓN DEL HOSPITAL EN CONDICIONES NORMALES DE FUNCIONAMIENTO Y EN CASOS DE EMERGENCIA.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Cisternas y sitios de almacenamiento de agua	2.4.1 Se cuenta con una capacidad de almacenamiento y suministro de agua de: 300 litros por cama, por día, para funcionar 3 días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar con el personal de mantenimiento la capacidad de la(s) cisterna(s) para dotar de agua al hospital.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

### 3. EQUIPAMIENTO

**3.1. DE ACUERDO A LAS ESPECIALIDADES QUE OFRECE EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA, LOS RESPECTIVOS CONSULTORIOS DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE EQUIPO DESCRITOS EN LA NOM-197-SSA1-2000 y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 PARA CADA UNA DE ÉSTAS.**

EQUIPO	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>CIRUGÍA GENERAL</b>				
3.1.1 Negatoscopio	INDISPENSABLE			
3.1.2 Recipientes herméticos rígidos rojos, bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
<b>GINECO-OBSTETRICIA</b>				
3.1.3 Amplificador de latido fetal y de contracciones uterinas o su equivalente tecnológico	INDISPENSABLE			
3.1.4 Aparato para cauterizar o fulgurador	NECESARIO			
3.1.5 Recipientes herméticos rígidos rojos, bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
<b>OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>				
3.1.6 Microscopio de pedestal o de pared con oculares 12.5X rectos u oblicuos y objetivo con distancia focal de 200mm	INDISPENSABLE			
3.1.7 Otoscopio de pilas con lente de aumento 2X con su juego de otoscopios	INDISPENSABLE			
3.1.8 Sillón de exploración O.R.L. con movimiento circular y posibilidad para variar altura e inclinación	INDISPENSABLE			
3.1.9 Unidad de O.R.L. con motor para aspiración y aspersión equipada con nebulizador y frasco para lavado de oídos	INDISPENSABLE			
3.1.10 Rinoscopio infantil	INDISPENSABLE			
3.1.11 Rinoscopio adulto	INDISPENSABLE			
3.1.12 Transiluminador	INDISPENSABLE			
3.1.13 Negatoscopio	NECESARIO			
3.1.14 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
<b>ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA</b>				
3.1.15 Esfigmomanómetro o su equivalente tecnológico	INDISPENSABLE			
3.1.16 Estetoscopio biauricular con doble campana	INDISPENSABLE			
3.1.17 Negatoscopio de dos campos	NECESARIO			
3.1.18 Plantoscopio	INDISPENSABLE			
3.1.19 Sistema de somatometría	INDISPENSABLE			
3.1.20 Recipientes herméticos rígidos rojos, bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
<b>PEDIATRÍA</b>				
3.1.21 Esfigmomanómetro con brazaletes para infantes y escolares	INDISPENSABLE			
3.1.22 Estetoscopio de cápsula de campana o su equivalente tecnológico	INDISPENSABLE			
3.1.23 Estuche de diagnóstico	INDISPENSABLE			
3.1.24 Infantómetro (puede ser parte de la mesa de exploración)	INDISPENSABLE			

<b>EQUIPO</b>	<b>PONDERACIÓN</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
<b>3.1.25</b> Báscula pesa bebé	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.26</b> Báscula con estadímetro	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.27</b> Negatoscopio	NECESARIO			
<b>3.1.28</b> Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>OFTALMOLOGÍA</b>				
<b>3.1.29</b> Armazón de pruebas	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.30</b> Caja de lentes para pruebas	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.31</b> Campímetro o sustitución tecnológica correspondiente	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.32</b> Exoftalmómetro	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.33</b> Foróptero	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.34</b> Juego de cartillas a distancia o su equivalente tecnológico	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.35</b> Juego de sondas exploradoras para vías lagrimales	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.36</b> Keratómetro o eskiascopio	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.37</b> Lámpara de hendidura	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.38</b> Lensómetro	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.39</b> Lupa anesférica de 20 dioptrías	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.40</b> Ocluser	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.41</b> Oftalmoscopio	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.42</b> Perímetro	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.43</b> Prisma para medir forjas	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.44</b> Retinoscopio	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.45</b> Tonómetro	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.46</b> Recipiente con tapa para soluciones esterilizadoras	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.1.47</b> Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	<b>INDISPENSABLE</b>			

**3.2 EL CONSULTORIO DE MEDICINA GENERAL DEBE TENER DISPONIBLE EL EQUIPO DESCRITO EN EL APÉNDICE “A” DE LA NOM-178-SSA1-1998 Y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR LA PROPIA ORGANIZACIÓN.**

<b>APÉNDICE “A” NORMATIVO.</b>		<b>PONDERACIÓN</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
<b>EQUIPO PARA EL CONSULTORIO DE MEDICINA GENERAL O FAMILIAR</b>					
<b>3.2.1</b>	Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazaletes de tamaño que requiera para su actividad principal.	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.2.2</b>	Estetoscopio biauricular.	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.2.3</b>	Estetoscopio Pinard.	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.2.4</b>	Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.2.5</b>	Báscula con estadímetro.	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.2.6</b>	Báscula pesa bebé.	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.2.7</b>	Lámpara con haz direccionable.	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>3.2.8</b>	Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	<b>INDISPENSABLE</b>			

**3.3 EN CASO DE QUE EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA NO ESTÉ LIGADA FÍSICAMENTE A LA UNIDAD HOSPITALARIA, DEBE CONTAR CON UN BOTIQUÍN DE URGENCIAS CUYO CONTENIDO SE ESTABLECE EN EL APÉNDICE “H” DE LA NOM-178-SSA1-1998.**

<b>APÉNDICE “H” NORMATIVO. MATERIALES, MEDICAMENTOS E INSTRUMENTAL PARA EL BOTIQUÍN DE URGENCIAS</b>		<b>PONDERACIÓN</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
<b>3.3.1</b> Apósitos.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.2</b> Gasas.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.3</b> Algodón 500 g.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.4</b> Sutura nylon 000		INDISPENSABLE			
<b>3.3.5</b> Tela adhesiva.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.6</b> Vendas elásticas diversas medidas.		INDISPENSABLE			
<b>MEDICAMENTOS DEL CATÁLOGO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. De uno a tres de los genéricos correspondientes.</b>		<b>PONDERACIÓN</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
<b>3.3.7</b> Para desinfección.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.8</b> Para anestesia local.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.9</b> Para cardiología.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.10</b> Para analgesia.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.11</b> Para inmuoalergias.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.12</b> Para intoxicaciones.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.13</b> Para psiquiatría.		INDISPENSABLE			

<b>INSTRUMENTAL.</b>		<b>PONDERACIÓN</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>
<b>3.3.14</b> Mango de bisturí.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.15</b> Hojas de bisturí.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.16</b> Pinzas de campo.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.17</b> Pinza de disección sin dientes.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.18</b> Pinza de disección con dientes.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.19</b> Pinzas de Kelly rectas.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.20</b> Pinzas de Kelly curvas.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.21</b> Portaagujas.		INDISPENSABLE			
<b>3.3.22</b> Tijeras quirúrgicas rectas.		INDISPENSABLE			

**3.4 EL CONSULTORIO DE ESTOMATOLOGÍA, DEBE CONTAR CON EL EQUIPO DESCRITO EN EL APÉNDICE NORMATIVO “B” DE LA NOM-178-SSA1-1998 Y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.**

Apéndice Normativo “B” Equipo para el Consultorio de Estomatología		Ponderación	C	NC	NA
3.4.1	Compresora de aire para unidad dental, con arranque y paro automático, con sistema automático de purga de condensados y filtros de aire	INDISPENSABLE			
3.4.2	Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable	INDISPENSABLE			
3.4.3	Unidad dental con charola, porta instrumentos, escupidera, lámpara y aspirador de secreciones	INDISPENSABLE			
3.4.4	Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			

**3.5 EL HOSPITAL DEBE CONTAR CON EL EQUIPO DESCRITO EN LA NOM-197-SSA1-2000.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	REQUISITOS MÍNIMOS A VERIFICAR DEL EQUIPO PARA HOSPITALES DE ACUERDO A LA NOM 197-SSA1-2000 Y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Toma de muestras sanguíneas	3.5.1 Lámpara de haz dirigible (Chicote)	CONVENIENTE			
	3.5.2 Refrigerador	CONVENIENTE			
	3.5.3 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y / o amarillas	INDISPENSABLE			
Área de hematología	3.5.4 Agitador para pipeta	CONVENIENTE			
	3.5.5 Baño María con termómetro	CONVENIENTE			
	3.5.6 Cámara de Newbauer	CONVENIENTE			
	3.5.7 Centrífuga	CONVENIENTE			
	3.5.8 Contador de 2 teclas	CONVENIENTE			
	3.5.9 Contador de 8 teclas	CONVENIENTE			
	3.5.10 Cronómetro	CONVENIENTE			
	3.5.11 Espectrofotómetro	CONVENIENTE			
	3.5.12 Lector para hematocrito	CONVENIENTE			
	3.5.13 Microcentrífuga	CONVENIENTE			
	3.5.14 Microscopio binocular de campo claro	CONVENIENTE			
	3.5.15 Pipeta automática de diferentes lambdas	CONVENIENTE			
	3.5.16 Reloj de intervalos	CONVENIENTE			
	3.5.17 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
Área de bacteriología	3.5.18 Centrífuga	CONVENIENTE			
	3.5.19 Estufa bacteriológica	CONVENIENTE			
	3.5.20 Microscopio binocular de campo claro	CONVENIENTE			
	3.5.21 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	REQUISITOS MÍNIMOS A VERIFICAR DEL EQUIPO PARA HOSPITALES DE ACUERDO A LA NOM 197-SSA1-2000 Y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de química sanguínea e inmunología	3.5.22 Agitador rotatorio	CONVENIENTE			
	3.5.23 Baño María con termómetro	CONVENIENTE			
	3.5.24 Centrífuga	CONVENIENTE			
	3.5.25 Cronómetro	CONVENIENTE			
	3.5.26 Espectrofotómetro	CONVENIENTE			
	3.5.27 Microscopio binocular de campo claro	CONVENIENTE			
	3.5.28 Parrilla eléctrica	CONVENIENTE			
	3.5.29 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	<b>INDISPENSABLE</b>			
Imagenología	3.5.30 Equipo de radiodiagnóstico de 300 mA o más; soporte de tubo; seriógrafo con intensificador de imagen	CONVENIENTE			
	3.5.31 Lámpara de haz dirigible (Chicote, para área de gabinete)	CONVENIENTE			
	3.5.32 Portavenoclisis rodable (para área de gabinete)	CONVENIENTE			
	3.5.33 Negatoscopio (para cuarto oscuro)	CONVENIENTE			
	3.5.34 Lámpara de luz intensa	CONVENIENTE			
	3.5.35 Negatoscopio de 2 campos (para área de interpretación)	CONVENIENTE			
	3.5.36 Recipientes herméticos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y / o amarillas (Aplicable en las salas que efectúen venopunciones o medios de contraste)	<b>INDISPENSABLE</b>			
Sala de operaciones Quirófano	3.5.37 Aspirador de succión regulable	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.38 Equipo básico para anestesia	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.39 Estetoscopio	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.40 Esfigmomanómetro	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.41 Lámpara de emergencia portátil	NECESARIO			
	3.5.42 Lámpara sin sombras para cirugía	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.43 Monitor de signos vitales	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.44 Negatoscopio	NECESARIO			
	3.5.45 Reloj para quirófano con segundero	NECESARIO			
	3.5.46 Portavenoclisis rodable	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.47 Unidad electroquirúrgica	NECESARIO			
	3.5.48 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	<b>INDISPENSABLE</b>			
Recuperación Postanestésica	3.5.49 Aspirador de succión regulable	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.50 Esfigmomanómetro	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.51 Estetoscopio	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.52 Monitor de signos vitales	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.53 Portavenoclisis rodable	<b>INDISPENSABLE</b>			
	3.5.54 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	<b>INDISPENSABLE</b>			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	REQUISITOS MÍNIMOS A VERIFICAR DEL EQUIPO PARA HOSPITALES DE ACUERDO A LA NOM 197-SSA1-2000 Y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	PONDERACIÓN	C	NC	NA
CEYE Unidad quirúrgica	3.5.55 Equipo de adeno-amigdalectomía	INDISPENSABLE			
	3.5.56 Equipo de amputación	INDISPENSABLE			
	3.5.57 Equipo de aseo general básico	INDISPENSABLE			
	3.5.58 Equipo de aseo vulvar	NECESARIO			
	3.5.59 Equipo de asepsia	NECESARIO			
	3.5.60 Equipo de bloqueo peridural	INDISPENSABLE			
	3.5.61 Equipo de cesárea	INDISPENSABLE			
	3.5.62 Equipo de circuncisión	CONVENIENTE			
	3.5.63 Equipo de cirugía gastrointestinal	INDISPENSABLE			
	3.5.64 Equipo de cirugía general básica	INDISPENSABLE			
	3.5.65 Equipo de cirugía ginecológica abdominal	INDISPENSABLE			
	3.5.66 Equipo de cirugía ginecológica vaginal	INDISPENSABLE			
	3.5.67 Equipo de cirugía menor y debridación	INDISPENSABLE			
	3.5.68 Equipo de cirugía ocular menor	INDISPENSABLE			
	3.5.69 Equipo de cirugía pediátrica	INDISPENSABLE			
	3.5.70 Equipo de colecistectomía	INDISPENSABLE			
	3.5.71 Equipo de ginecología y planificación familiar	CONVENIENTE			
	3.5.72 Equipo de curación para cirugía	NECESARIO			
	3.5.73 Equipo de curación para hospitalización	NECESARIO			
	3.5.74 Equipo de epidídimo y vasectomía	NECESARIO			
	3.5.75 Equipo de hemorroidectomía	INDISPENSABLE			
	3.5.76 Equipo de instrumental básico odontológico	INDISPENSABLE			
	3.5.77 Equipo de instrumental obstétrico	CONVENIENTE			
	3.5.78 Equipo de intubación endo-traqueal	INDISPENSABLE			
	3.5.79 Equipo de legrado uterino	INDISPENSABLE			
	3.5.80 Equipo de parto	INDISPENSABLE			
	3.5.81 Equipo de safenectomía	INDISPENSABLE			
	3.5.82 Equipo de salpingoclasia	INDISPENSABLE			
	3.5.83 Equipo de traqueotomía	INDISPENSABLE			
	3.5.84 Equipo de vasectomía sin bisturí	NECESARIO			
3.5.85 Equipo de venodisección	INDISPENSABLE				
3.5.86 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE				

LUGAR DE VERIFICACIÓN	REQUISITOS MÍNIMOS A VERIFICAR DEL EQUIPO PARA HOSPITALES DE ACUERDO A LA NOM 197-SSA1-2000 Y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Labor de parto	3.5.87 Esfigmomanómetro	INDISPENSABLE			
	3.5.88 Estetoscopio biauricular	INDISPENSABLE			
	3.5.89 Equipo para contar ruidos fetales y contracciones uterinas	INDISPENSABLE			
	3.5.90 Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio	INDISPENSABLE			
	3.5.91 Lámpara de haz dirigible (chicote)	NECESARIA			
	3.5.92 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
Sala de expulsión	3.5.93 Aspirador portátil para succión regulable	INDISPENSABLE			
	3.5.94 Báscula pesa bebés	NECESARIO			
	3.5.95 Equipo básico para anestesia	INDISPENSABLE			
	3.5.96 Lámpara de emergencia portátil	INDISPENSABLE			
	3.5.97 Lámpara de haz dirigible (chicote)	NECESARIA			
	3.5.98 Mesa carro anestesiólogo	INDISPENSABLE			
	3.5.99 Reloj de pared eléctrico y de pilas	NECESARIO			
	3.5.100 Resucitador para recién nacidos, balón, válvula y mascarilla	INDISPENSABLE			
	3.5.101 Portavenoclisis rodable	INDISPENSABLE			
3.5.102 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE				
Recuperación post-parto	3.5.103 Esfigmomanómetro	INDISPENSABLE			
	3.5.104 Estetoscopio biauricular	INDISPENSABLE			
	3.5.105 Aspirador de succión regulable	INDISPENSABLE			
	3.5.106 Desfibrilador con monitor de un canal, integrado al carro rojo	INDISPENSABLE			
	3.5.107 Lámpara de haz dirigible (Chicote)	NECESARIA			
	3.5.108 Portavenoclisis rodable	INDISPENSABLE			
	3.5.109 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
Urgencias cubículo de valoración o Admisión Continua	3.5.110 Báscula con estadímetro	NECESARIO			
	3.5.111 Báscula pesa bebés	INDISPENSABLE			
	3.5.112 Electrocardiógrafo de un canal	INDISPENSABLE			
	3.5.113 Esfigmomanómetro	INDISPENSABLE			
	3.5.114 Estetoscopio biauricular	INDISPENSABLE			
	3.5.115 Estetoscopio de Pinard	INDISPENSABLE			
	3.5.116 Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio	INDISPENSABLE			
	3.5.117 Lámpara de haz dirigible (Chicote)	NECESARIA			
	3.5.118 Negatoscopio	INDISPENSABLE			
	3.5.119 Resucitador manual (balón, válvula y mascarilla)	INDISPENSABLE			
	3.5.120 Sistema de intubación	INDISPENSABLE			
	3.5.121 Sistema de inmovilización	INDISPENSABLE			
3.5.122 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE				

LUGAR DE VERIFICACIÓN	REQUISITOS MÍNIMOS A VERIFICAR DEL EQUIPO PARA HOSPITALES DE ACUERDO A LA NOM 197-SSA1-2000 Y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de curaciones y yesos	3.5.123 Esfigmomanómetro	CONVENIENTE			
	3.5.124 Estetoscopio biauricular	CONVENIENTE			
	3.5.125 Estuche de disección	CONVENIENTE			
	3.5.126 Lámpara de haz dirigible (Chicote)	CONVENIENTE			
	3.5.127 Negatoscopio	CONVENIENTE			
	3.5.128 Sierra para yesos	CONVENIENTE			
	3.5.129 Portavenoclisis rodable	CONVENIENTE			
	3.5.130 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
Sala de choque	3.5.131 Desfibrilador con monitor de un canal integrado al carro rojo	INDISPENSABLE			
	3.5.132 Estetoscopio	INDISPENSABLE			
	3.5.133 Esfigmomanómetro	INDISPENSABLE			
	3.5.134 Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio	INDISPENSABLE			
	3.5.135 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
Hospitalización para adultos	3.5.136 Báscula con estadímetro	NECESARIO			
	3.5.137 Carro rojo con monitor de un canal y desfibrilador	INDISPENSABLE			
	3.5.138 Esfigmomanómetro	INDISPENSABLE			
	3.5.139 Estetoscopio biauricular	INDISPENSABLE			
	3.5.140 Estetoscopio Pinard (Mujeres)	INDISPENSABLE			
	3.5.141 Estuche de diagnóstico	INDISPENSABLE			
	3.5.142 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			
Hospitalización pediátrica	3.5.143 Báscula con estadímetro	INDISPENSABLE			
	3.5.144 Báscula pesabebés	INDISPENSABLE			
	3.5.145 Esfigmomanómetro con manguito infantil	INDISPENSABLE			
	3.5.146 Estetoscopio biauricular	INDISPENSABLE			
	3.5.147 Estuche de diagnóstico	INDISPENSABLE			
	3.5.148 Incubadora	INDISPENSABLE			
	3.5.149 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	REQUISITOS MÍNIMOS A VERIFICAR DEL EQUIPO PARA HOSPITALES DE ACUERDO A LA NOM 197-SSA1-2000 Y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Terapia intensiva	3.5.150 Carro "rojo" completo. Desfibrilador	INDISPENSABLE			
	3.5.151 Equipo de intubación endotraqueal completo (balón, válvula y mascarilla)	INDISPENSABLE			
	3.5.152 Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa	INDISPENSABLE			
	3.5.153 Marcapasos externos transitorio a demanda con dos cable catéteres	INDISPENSABLE			
	3.5.154 Respirador mecánico volumétrico	INDISPENSABLE			
	3.5.155 Sistema de monitoreo de frecuencia cardiaca, electrocardiograma, oxímetro y presión arterial por método no invasivo y por excepción con técnica invasiva	INDISPENSABLE			
	3.5.156 Sistema para la aspiración por aparatos de succión portátiles o por un sistema general	INDISPENSABLE			
	3.5.157 Sistema para oxigenación de cada paciente	INDISPENSABLE			
	3.5.158 Recipientes herméticos rígidos rojos; bolsas de plástico translúcidas rojas y/o amarillas	INDISPENSABLE			

### 3.6 REQUISITOS MÍNIMOS PARA LOS HOSPITALES QUE REALIZAN CIRUGÍA BARIÁTRICA

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Hospitalización	3.6.1 Sanitarios de acuerdo al volumen de los pacientes	INDISPENSABLE			
	3.6.2 Muebles de la habitación como sofá reclinable (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.3 Camas de alta capacidad y multiposiciones (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.5 Soportes de pared	INDISPENSABLE			
	3.6.6 Lavabos (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	CONVENIENTE			
	3.6.7 Las puertas de acceso a las habitaciones destinadas a pacientes postoperados de cirugía bariátrica permiten un adecuado movimiento de los mismos.	INDISPENSABLE			
	3.6.8 Esfingomanómetro con mangos adecuados para tomar la presión (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.9 Fajas o vendas abdominales	CONVENIENTE			
	3.6.10 Vestimenta para pacientes (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.11 Andaderas (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.12 SCD (botas de compresión secuencial para TEP Tromboflebitis)	INDISPENSABLE			
	3.6.13 Sistemas de transporte y movimiento para pacientes (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Consulta Externa para pacientes candidatos o post operados de cirugía bariátrica	3.6.14 Sillas o sillones (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.15 Mesa de exploración (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.16 Báscula antropométrica (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.17 Esfingomanómetro con mangos para tomar presión arterial (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.18 Cuentan con material didáctico para explicar los diferentes tipos de cirugía bariátrica	NECESARIO			
Unidad de Radiología	3.6.19 Equipo de Tomografía Computada con tamaño y soporte extra (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.20 Equipo de Resonancia Magnética con tamaño extra (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	CONVENIENTE			
	3.6.21 Servicio completo para radiología intervencionista (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
Central de Enfermería	3.6.22 Báscula antropométrica (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
	3.6.23 Mangos para tomar presión arterial (de acuerdo al peso máximo de los pacientes que atienden en esa unidad médica)	INDISPENSABLE			
Quirófano	3.6.24 Mesa quirúrgica con soporte para peso de acuerdo al peso máximo registrado de sus pacientes, multiposiciones y con soporte para piernas separables	INDISPENSABLE			
	3.6.25 Camilla de transporte que soporte peso máximo registrado de sus pacientes	INDISPENSABLE			
	3.6.26 Máquina de anestesia con oxímetro, capnógrafo en línea y monitor de presión no invasivo	INDISPENSABLE			
	3.6.27 Videofibroscopio para intubación	NECESARIO			
	3.6.28 Accesibilidad a un monitor de transporte	INDISPENSABLE			
	3.6.29 Equipo de acolchonamiento para evitar zonas de mayor presión	NECESARIO			
	3.6.30 Equipos de laparoscopia	INDISPENSABLE			
3.6.31 Instrumental para laparoscopia abierta con largo específico para cirugía de obesidad	INDISPENSABLE				

**3.7 CONTAR CON LA CANTIDAD Y CALIDAD TECNOLÓGICA ADECUADA DE EQUIPO DE CÓMPUTO Y SISTEMAS INFORMÁTICOS PARA APOYAR LOS SERVICIOS DE LA ESPECIALIDAD O ESPECIALIDADES QUE OFRECE EL HOSPITAL.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>Informática, Epidemiología o el servicio asignado a la tarea</b>	<b>3.7.1</b> Los sistemas de recolección, almacenamiento y recuperación de información se han diseñado de tal forma que permiten el uso fácil y oportuno de la información sin comprometer su seguridad y confidencialidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Solicitar los diagramas de flujo de la información clínica y administrativa, éste debe ser sencillo, explícito y eficiente.</i></li> <li><i>Los formatos de recolección deben completarse de inmediato.</i></li> <li><i>El almacenamiento de la información permite accesibilidad a usuarios, ya sea manual o electrónico.</i></li> </ul>	CONVENIENTE			
<b>Informática, Epidemiología</b>	<b>3.7.2</b> Se usa el CIE 10 para la codificación de enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>La codificación de los diagnósticos que aparecen en las estadísticas internas y externas corresponden al CIE 10.</i></li> </ul>	CONVENIENTE			
<b>Informática</b>	<b>3.7.3</b> El formato y los métodos para difundir datos e información están estandarizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Solicitar los reportes estadísticos clínicos, epidemiológicos y administrativos más recientes, últimos cuatro meses, y verificar que se encuentren estandarizados, sean claros y completos.</i></li> </ul>	CONVENIENTE			
<b>Epidemiología</b>	<b>3.7.4</b> Se notifican todos los casos sujetos a vigilancia epidemiológica, conforme a lo solicitado por los artículos 17, fracción III y 19, fracción IV del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Solicitar los reportes epidemiológicos más recientes, últimos cuatro meses, y verificar que se han recibido en donde la autoridad sanitaria lo solicita.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

**3.8 EL LABORATORIO CLÍNICO PROPIO O SUBROGADO, CUMPLE CON LAS CONDICIONES NORMATIVAS Y ADMINISTRATIVAS QUE GARANTICEN SU ADECUADO FUNCIONAMIENTO Y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Laboratorio Clínico	3.8.1 Existe un lugar visible al público, que muestra los avisos de funcionamiento y responsable sanitario del laboratorio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Los avisos de funcionamiento y de responsable del mismo, están vigentes y a la vista del usuario.</i></li> <li>• <i>Si el servicio es subrogado, el hospital debe tener una copia de la licencia y/o aviso de funcionamiento del proveedor contratado o subrogado.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
	3.8.2 El laboratorio cumple con la NOM-166-SSA1-1997.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se documentan las verificaciones sanitarias pertinentes.</i></li> <li>• <i>Si el servicio es externo, el hospital debe tener un mecanismo para asegurarse de que el proveedor contratado o subrogado cumple dicha NOM.</i></li> </ul>	NECESARIO			
	3.8.3 El hospital ha determinado, con base en su frecuencia, las pruebas necesarias para la atención de sus pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Solicitar el listado de estudios más frecuentes, que representen 80% de la demanda de servicios de laboratorio.</i></li> <li>• <i>Si el hospital no tiene capacidad resolutive o no tiene laboratorio propio, debe mostrar el convenio de subrogación o contrato del proveedor donde se determinan los controles de calidad requeridos para demostrar la calidad del servicio y se definen los mecanismos de referencia y toma de muestras disponible 24 horas 365 días.</i></li> </ul>	CONVENIENTE			
Laboratorio Clínico	3.8.4 El laboratorio cuenta con las condiciones y el equipo descrito en la NOM-178-SSA1-1998, para realizar su función.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar el cumplimiento de la NOM</i></li> <li>• <i>Verificar la capacidad resolutive del laboratorio del hospital comparando listado de estudios más frecuentes con el equipo existente.</i></li> <li>• <i>Cuenta con salas para toma de muestras, en su caso también para pacientes pediátricos.</i></li> <li>• <i>En las salas de tomas de muestras cuentan con recipientes herméticos rígidos para instrumentos punzo cortantes.</i></li> <li>• <i>Botes para basura con bolsas plásticas rojas para depósito de torundas, gasas, que hayan tenido contacto con sangre y/o material infecto contagioso.</i></li> <li>• <i>Botes para basura con bolsa plástica de color diferente al rojo o amarillo, para basura municipal.</i></li> <li>• <i>Verificar que todo el equipo se encuentre funcionando en condiciones óptimas.</i></li> <li>• <i>Si el servicio es externo, el hospital debe mostrar su mecanismo de verificación de calidad del equipo del proveedor externo.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			

**3.9 TENER SERVICIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGÍA, PROPIO O SUBROGADO, CON EQUIPO PARA REALIZAR LOS EXÁMENES NECESARIOS PARA SATISFACER LO QUE SE REQUIERA EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES, EN LAS ESPECIALIDADES QUE OFRECE.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de Radiología e Imagen	3.9.1 Existe un lugar visible al público que muestra las licencias sanitarias requeridas para el funcionamiento del gabinete, según los servicios que ofrece.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen las licencias y avisos de responsable de los servicios, están vigentes y a la vista del usuario: artículo 374 de la Ley General de Salud.</li> <li>Si el servicio es subrogado, el hospital debe tener una copia de la licencia y aviso de responsable sanitario del proveedor contratado o subrogado.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Área de Radiología e Imagen	3.9.2 El gabinete cumple con la NOM-229	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen evidencia documental de las verificaciones sanitarias pertinentes.</li> <li>Si el servicio es externo, el hospital debe tener un mecanismo para asegurarse de que el proveedor contratado o subrogado cumple dicha NOM.</li> </ul>	NECESARIO			
Área de Radiología e Imagen	3.9.3 El hospital ha determinado, con base en su frecuencia, los exámenes necesarios para la atención de sus pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar el listado de estudios más frecuentes, que representen 80% de la demanda de servicios imagenología.</li> <li>Si el hospital no tiene capacidad resolutive o no tiene servicio de imagenología propio, debe mostrar el convenio de subrogación o contrato del proveedor donde se determinan los controles de calidad requeridos para demostrar la calidad del servicio y se definen los mecanismos de referencia y toma de muestras disponible 24 horas 365 días.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Área de Radiología e Imagen	3.9.4 El gabinete cuenta con las condiciones y el equipo descrito en las NOM-178-SSA1-1998 y NOM-229-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el cumplimiento de las NOM</li> <li>Verificar la capacidad resolutive del gabinete del hospital comparando listado de estudios más frecuentes con el equipo existente.</li> <li>Verificar que todo el equipo se encuentre funcionando en condiciones óptimas.</li> <li>Si el servicio es externo, el hospital debe mostrar su mecanismo de verificación de calidad del equipo e instalaciones del proveedor externo.</li> <li>Si el gabinete cuenta con tomografía computarizada se verifica el cumplimiento de resultados de control de calidad en la bitácora correspondiente.</li> <li>Si ofrece mamografía se verifica que el equipo sea específico para efectuar estos estudios y de reciente modelo.</li> </ul>	NECESARIO			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Área de Radiología e Imagen Recursos Humanos	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de un responsable por cada turno para los 365 días.</li> <li>• Solicitar el listado de personal y verificar la existencia de técnicos en todos los turnos los 365 días.</li> <li>• Contar con al menos un técnico en los tres turnos, guardias real o imaginarias según necesidades del hospital y días festivos para las urgencias.</li> <li>• Si el hospital no tiene capacidad resolutive o no tiene gabinete de imagenología propio, debe mostrar el convenio de subrogación o contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal y la capacidad resolutive del proveedor.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Área de Radiología e Imagen	3.9.6 El servicio de radiología e imagen cuenta con un área y equipo, sala de rayos X convencional, cuarto oscuro, negatoscopios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de lo solicitado para el área de urgencias.</li> <li>• Solicitar el listado de personal y verificar la existencia de un técnico en todos los turnos los 365 días, en guardia real o imaginaria para atender las urgencias.</li> </ul>	NECESARIO			
Área de Radiología e Imagen	3.9.7 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El medicamento no se encuentra caducado, el equipo se encuentra en buenas condiciones de uso, su ubicación permite su rápida accesibilidad.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

## 4. INSUMOS

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

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Bodega central, de radiología y de laboratorios	4.1.1 Se cumple con las especificaciones de almacenamiento de los insumos médicos señalados por el fabricante y la regulación oficial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitar las áreas donde se almacenan los insumos médicos, tanto en almacén como en hospitalización, laboratorios y gabinete de imagenología.</li> <li>• Verificar que son lugares adecuados conforme a las especificaciones de almacenamiento de los insumos médicos señalados por el fabricante y la regulación oficial.</li> </ul>	NECESARIO			
Bodega central, de radiología y de laboratorios	4.1.2 Se cumple con las especificaciones de los insumos no médicos señalados por el fabricante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el cumplimiento de las especificaciones de almacenamiento de los insumos no médicos señalados por el fabricante.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Bodega central, de radiología y de laboratorios	4.1.3 En los servicios de laboratorio Y radiología e imagen, propios y subrogados, el hospital debe asegurar que se cumplen con las especificaciones de almacenamiento de los insumos que han sido señalados por el fabricante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar las áreas de almacén en cada uno de los servicios señalados.</li> <li>• Solicitar el contrato del proveedor para verificar la existencia de cláusulas que aseguren el adecuado almacenamiento de insumos.</li> </ul>	CONVENIENTE			
Bodega central, de radiología y de laboratorios	4.1.4 Existen procesos y procedimientos de manejo de inventarios que garantizan el suministro de todos los insumos médicos y no médicos de forma programada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar los documentos donde se describen los procesos de abasto y manejo de inventarios.</li> <li>• El personal conoce los procedimientos descritos en el manual.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Bodega central, de radiología y de laboratorios, Administración	4.1.5 Existen fuentes alternas de abasto para casos de emergencia con nombre y teléfono para todo tipo de insumos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar los listados de fuentes alternas de abasto, incluyen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proveedores de los principales insumos hospitalarios.</li> <li>✓ Nombre, dirección y teléfono de los mismos.</li> </ul> </li> </ul>	INDISPENSABLE			
Bodega central, de radiología y de laboratorios	4.1.6 Existen procedimientos documentados para la eliminación de insumos dados de baja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que el personal conoce los procedimientos de eliminación de insumos inútiles.</li> <li>• Solicitar la documentación de la última eliminación.</li> </ul>	NECESARIO			
Bodega central	4.1.7 Se garantiza la adquisición y uso de equipos con sistema cerrado para la ministración de soluciones, medicamentos o hemoderivados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar en los inventarios la adquisición y uso de sistemas cerrados para la ministración de soluciones.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

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

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Farmacia	4.2.1 El hospital ha definido un inventario mínimo para la farmacia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar la definición del inventario mínimo para farmacia.</li> <li>Está actualizado al menos cuatro meses antes.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Farmacia	4.2.2 La farmacia cumple con el inventario mínimo establecido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la congruencia del inventario con los requerimientos de los servicios que presta el hospital con el movimiento de los últimos cuatro meses.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Subdirección o Jefatura de Enfermería	4.2.3. En caso de que el establecimiento no cuente con farmacia, deberá contar con un stock definido para los casos de urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el inventario y su congruencia con la demanda de servicios que presta el hospital y su movimiento de los últimos cuatro meses.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

**4.3 CONTAR CON UN BANCO DE SANGRE O UN SERVICIO DE TRANSFUSIÓN AUTORIZADOS POR LA AUTORIDAD SANITARIA COMPETENTE, PROPIO O SUBROGADO Y CON LOS INSUMOS Y RECURSOS SUFICIENTES PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.**

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Banco de sangre o Servicio transfusión	4.3.1 El hospital cuenta con el inventario mínimo establecido por la NOM-003 SSA2-1993.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar la definición del inventario mínimo.</li> <li>Está actualizado al menos cuatro meses antes</li> </ul>	NECESARIO			
Banco de sangre o Servicio transfusión, Administración	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Licencia sanitaria vigente.</li> <li>Nombramiento de responsable.</li> <li>Registro de pruebas de compatibilidad.</li> <li>En caso de no hacerlas el propio hospital, debe comprobar quién se las hace.</li> <li>Libro de registro de ingresos y egresos de unidades de sangre y componentes.</li> <li>Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para instrumentos punzo cortantes.</li> <li>Cuenta con botes para basura con bolsas de plástico translucido rojas y/o amarillas.</li> <li>Cuenta con botes para basura municipal con bolsas de plástico de color diferente al rojo y/o amarillo.</li> <li>Cuenta con programa de control microbiológico según lo establece la NOM-003-SSA2-1993.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

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

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Farmacia	4.4.1 El hospital asegura que la farmacia cumpla con la normatividad oficial vigente para la salud, para el manejo de psicotrópicos y estupefacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del permiso para utilizar recetarios especiales con código de barras para prescribir psicotrópicos.</li> <li>• Verificar la existencia del permiso de libros de control de estupefacientes o psicotrópicos.</li> <li>• Verificar la existencia del permiso para compra y venta de estupefacientes o psicotrópicos, si están a la venta en la farmacia del hospital.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Farmacia, Hospitalización y Urgencias o Admisión Continua	4.4.2 Existe un responsable del control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en el establecimiento, según lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios Médicos, en su artículo 224 Fracción V.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento y su vigencia.</li> </ul>	NECESARIO			
Farmacia, Hospitalización y Urgencias o Admisión Continua	4.4.3 Existe un responsable del resguardo de los medicamentos controlados para las áreas de hospitalización donde se utilizan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar el nombramiento del responsable.</li> <li>• Verificar que el personal conoce a los responsables de los medicamentos controlados.</li> </ul>	NECESARIO			
Farmacia	4.4.4 Existe un manual de procedimientos para el suministro, control y manejo de medicamentos controlados que señala la conducta a seguir ante cada situación y previene las eventualidades de pérdida o falta de registro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El manual contiene lo reseñado en la normatividad y reglamentación de la Secretaría de Salud.</li> <li>• Indica las responsabilidades ante las eventualidades de pérdida.</li> <li>• Establece los controles internos hospitalarios para con los medicamentos controlados.</li> </ul>	NECESARIO			

## 5. EXPEDIENTE CLÍNICO

### 5.1 EXISTEN LOS DOCUMENTOS LEGALES REQUERIDOS POR LA LEY GENERAL DE SALUD PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO Y COMUNICACIÓN ENTRE EL HOSPITAL, LA AUTORIDAD SANITARIA Y LOS PACIENTES.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Archivo clínico, Hospitalización	<b>5.1.1</b> Existe un expediente clínico con formatos estructurados para cada uno de los tipos de notas médicas, de enfermería, solicitud de estudios de diagnóstico, historia clínica completa, descripción de procedimiento quirúrgico, resumen clínico y alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar físicamente en archivo clínico y en hospitalización.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Archivo clínico, Hospitalización	<b>5.1.2</b> En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado, firmadas por el paciente y/o familiar que autoriza la práctica de los procedimientos médico quirúrgicos conforme al artículo 80 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y la NOM-168-SSA1-1998.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar físicamente en archivo clínico y en hospitalización.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
Archivo clínico, Hospitalización	<b>5.1.3</b> El hospital cumple con la expedición de certificados de defunción y certificados de muerte fetal conforme al Artículo 91 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar físicamente en archivo clínico y en hospitalización.</i></li> </ul>	NECESARIO			
Hospitalización, Farmacia o Archivo Clínico	<b>5.1.4</b> Toda receta que se emite dentro del hospital cumple con los requisitos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Artículo 64.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar físicamente en archivo clínico y en hospitalización.</i></li> <li>• <i>Cada receta debe contener: nombre y firma del médico, número de cédula profesional, fecha de expedición.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			

## 6. ATENCIÓN Y QUEJAS

6.1 EXISTE UN SERVICIO DE ORIENTACIÓN, ASESORIA Y RECEPCIÓN DE QUEJAS PARA USO DE LOS PACIENTES O FAMILIARES O DEPARTAMENTO ENFOCADO AL CUMPLIMIENTO DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA, ARTÍCULOS 19 FRACCIÓN III Y 29.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Admisión hospitalaria o módulo.	6.1.1 Existe un procedimiento de orientación y asesoría para pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que sea visible y accesible para los usuarios.</li> <li>• Tiene personal asignado exclusivamente para esta función.</li> <li>• Permanece abierto por lo menos durante el turno matutino y vespertino.</li> <li>• Existe una guardia para fin de semana y días festivos.</li> </ul>	NECESARIO			
Admisión hospitalaria o módulo.	6.1.2 Existe un procedimiento de recepción de quejas de usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que sea visible y accesible para los usuarios.</li> <li>• Tiene personal asignado exclusivamente para esta función.</li> <li>• Permanece abierto por lo menos durante el turno matutino y vespertino.</li> <li>• Existe una guardia para fin de semana y días festivos.</li> <li>• Toda queja se registra en un formato específico.</li> </ul>	NECESARIO			

## 7. COMITÉS

7.1 EL HOSPITAL CUENTA CON LOS COMITÉS TÉCNICOS PARA DETECTAR Y RESOLVER PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN REQUERIDOS POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Dirección	7.1.1. Se cuenta con un Comité Calidad y Seguridad del Paciente, (COCASEP).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>El Comité ha desarrollado el Programa de Calidad y Seguridad del Paciente en colaboración con los líderes del establecimiento y de manera sistémica y multidisciplinaria.</li> <li>El Comité se coordina con los diferentes comités existentes en el establecimiento. (p.e. Mortalidad, Seguridad del Paciente, Expediente Clínico, Farmacia y Terapéutica, Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales)</li> <li>El Comité tiene como prioridad la implementación de las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
	7.1.2. Se cuenta con un Comité de Ética.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> </ul>	NECESARIO			
	7.1.3. Se cuenta con el Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales, (CODECIN).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>El comité ha establecido guías para la detección, clasificación, manejo y vigilancia de los casos de infección intrahospitalaria.</li> <li>Han elaborado protocolos para curación de heridas y sistematizado su reporte.</li> <li>Mantiene un registro, sistematizado, permanente y actualizado de los reportes y confirmaciones de infecciones intrahospitalarias.</li> <li>El comité ha establecido las normas para el manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o de alto riesgo para las infecciones.</li> <li>Cumplen con las técnicas de aislamiento y el uso de los tarjetones correspondientes.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
Dirección	7.1.4. El Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales, (CODECIN), cuenta con la información para obtener los indicadores de infecciones confirmadas por examen de laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.</li> <li>Cuentan con Manuales de procedimientos para la Vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
	7.1.5 Se cuenta con un Comité de Seguridad y Atención Médica en Caso de Desastre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>Es posible confirmarlo verbalmente con sus integrantes.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
	7.1.6 Se cuenta con un Comité de Farmacovigilancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>Es posible confirmarlo verbalmente con sus integrantes.</li> </ul>	NECESARIO			
	7.1.7 Se cuenta con un Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>Es posible confirmarlo verbalmente con sus integrantes.</li> <li>El Comité supervisa todos los procesos que integran el sistema de medicación.</li> <li>El Comité elabora, mantiene y controla la lista de medicamentos.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
Dirección	7.1.8 Se cuenta con un Comité de Mortalidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>Es posible confirmarlo verbalmente con sus integrantes.</li> </ul>	NECESARIO			
	7.1.9 El Comité de Mortalidad, cuenta con la información para obtener los indicadores por servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Constatar en minutas.</li> </ul>	NECESARIO			
	7.1.10 Se cuenta con un Comité de Expediente Clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se constata su existencia mediante acta constitutiva y evidencia escrita de sesionar en forma calendarizada.</li> <li>Es posible confirmarlo verbalmente con sus integrantes.</li> </ul>	NECESARIO			

## 8. DOCUMENTACIÓN

**Por favor lea en los “Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General” el enunciado del Estándar y el propósito del mismo para una mejor comprensión de los requerimientos de cada elemento medible.**

### 8.1 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE **MISP**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>MISP.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen las políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de la identificación del paciente.</li> <li>Las políticas y/o procedimientos exigen el uso de dos identificadores del paciente, sin incluir el número de habitación ni la ubicación del paciente.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La política y/o el procedimientos define cuáles son los dos datos que la organización utilizará para identificar a paciente antes de la administración de medicamentos, sangre o hemoderivados, la extracción de muestras para análisis clínicos, realización de procedimientos y la dotación de dietas.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>MISP.2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen políticas y/o procedimientos que aseguran la precisión de las órdenes verbales y telefónicas</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La política y/o el procedimiento establecen el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar para prevenir errores por órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal y/o telefónicas. Además las políticas y/o procedimientos establecen cuál será el lugar estandarizado para escribirlas.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>MISP.3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen las políticas y/o procedimientos que guían ubicación, etiquetado y almacenamiento seguro de electrolitos concentrados.</li> <li>Existen políticas y procedimientos que guían las acciones específicas o estrategias que se llevarán a cabo para prevenir errores de medicación durante su preparación y la administración</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La política y/o procedimiento establece que los electrolitos concentrados no deben almacenarse en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de medicación. La política y/o el procedimiento identifican todas las áreas donde los electrolitos concentrados son necesarios desde el punto de vista clínico, como el departamento de Urgencias, terapias intensivas o las salas de operaciones, e identifican el modo en que son etiquetados en forma clara y cómo se almacenan en dichas áreas, de modo tal que esté restringido el acceso a ellos a fin de prevenir la administración errónea.</li> <li>Además establecen que debe llevarse a cabo la doble verificación o doble chequeo de los procesos de preparación y administración de electrolitos concentrados, citotóxicos, medicamentos radiactivos, insulinas y anticoagulantes.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
MISP.4	<p>1. Existen las políticas y/o procedimientos que estandarizan el uso del protocolo universal, a fin de asegurar el sitio correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto, incluyendo procedimientos realizados fuera de la sala de operaciones.</p> <p>6. Se cuenta con un listado de los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo en los que se haya establecido la realización del protocolo universal o al menos del tiempo fuera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento donde describa cómo se llevarán a cabo cada uno de los tres elementos que conforman el protocolo universal: marcaje del sitio quirúrgico (cuál es la marca estandarizada, quien está autorizado para realizarla), lista de verificación preoperatoria y tiempo fuera o time out.</li> <li>• Verificar la existencia del listado de los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
MISP.5	<p>1. Se cuenta con un programa efectivo para la higiene de las manos y se encuentra implementado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa de higiene de manos dentro del establecimiento incluye la adaptación o adopción de lineamientos actualmente publicados y generalmente aceptados para la higiene de las manos y para su implementación dentro del establecimiento, la capacitación al personal, la implementación y el control del programa.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
MISP.6	<p>1. Existen políticas y/o procedimientos para la evaluar y mitigar el riesgo de caídas en todos los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La política y/o procedimiento establece quién y cómo se llevará a cabo la identificación del riesgo de caídas a todos los pacientes, dentro de la valoración inicial y las revaloraciones.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

## 8.2 ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ACC

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ACC.1.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de aceptación de pacientes para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias.</li> <li>Existen políticas y procedimientos que se utilizan para estandarizar el proceso de atención de pacientes ingresados al establecimiento (Hospitalización, Urgencias y atención Ambulatoria).</li> <li>Las políticas y los procedimientos definen como atender a los pacientes cuando no hay camas disponibles en los servicios.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar existencia de los documentos.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ACC.1.1.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>El establecimiento utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la documentación de los criterios con base fisiológica para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas mediante un proceso de triage.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ACC.1.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>Los directivos y el personal del establecimiento identifican y documentan las barreras más comunes en su población de pacientes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la documentación de las barreras más comunes que en la población de pacientes que atiende el hospital, hagan difícil el proceso de acceso y obtención de atención.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ACC.1.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la documentación de los criterios con base fisiológica para aquellos pacientes que necesiten el nivel de atención proporcionada en servicios o unidades de cuidados intensivos o especializados, por ejemplo, atención de pacientes quemados o unidades de trasplante de órganos. Los criterios son utilizados para determinar el ingreso a los servicios y las transferencias a la unidad desde dentro o fuera del hospital así como su egreso o traslado a otro establecimiento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ACC.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se establecen criterios que determinan la transferencia adecuada y oportuna de los pacientes dentro del establecimiento, los cuales garantizan la coordinación y la continuidad de la atención.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar los criterios que determinan la adecuada y oportuna transferencia dentro del establecimiento, los cuales describen cómo se garantiza la coordinación y la continuidad de la atención en el equipo multidisciplinario.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ACC.2	5. Existen Políticas y/o Procedimientos que guían el proceso de interconsulta mediante el cual se asegura la respuesta oportuna de cada servicio requerido para ejecutar un tratamiento o coadyuvar en el tratamiento de un paciente hospitalizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de la política y/o procedimiento de interconsulta</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ACC.3	1. Existe una política que guía el alta de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La política establece cuando es apropiada el alta o la referencia de un paciente, la política incluye: criterios de cuando un paciente está listo para su egreso, la planificación del alta, la continuidad de la atención y la educación al paciente.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ACC.4	1. Existe una política que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La política se enfoca en cumplir con las necesidades de atención del paciente y garantizar la continuidad de la atención y señala: el modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención, los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento, quién es responsable durante el traslado y qué debe de hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ACC.4.1	3. Existen y son vigentes listados de opciones para referir a los pacientes que no puedan ser atendidos en el establecimiento (contienen: nombres, direcciones y teléfonos de otros hospitales cercanos).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia del documento</li> </ul>	INDISPENSABLE			
ACC.5	5. Existe un listado actualizado de servicios de ambulancia terrestre y aérea, cuando el establecimiento no cuenta con los propios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia del documento</li> </ul>	INDISPENSABLE			

### 8.3 DERECHOS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA PFR

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
PFR.1.3	1. El establecimiento determinó su nivel de responsabilidad por las pertenencias de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la documentación del nivel de responsabilidad que asume el establecimiento por las pertenencias de los pacientes, la cual implica que no van a ser extraviadas ni robadas.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
PFR.1.4	7. Existen políticas y procedimientos que establecen cómo actuar en casos donde se atienden pacientes con problemas sistémicos que presentan estados de agresividad, violencia o problemas psiquiátricos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento</li> </ul>	INDISPENSABLE			
PFR.1.5	1. El establecimiento identifica sus grupos de pacientes vulnerables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la documentación (Listado) de los grupos de pacientes vulnerables y en riesgo, como mínimo están identificados los niños, las personas discapacitadas, los adultos mayores pacientes comatosos y pacientes psiquiátricos. Los pacientes vulnerables son aquellos que quienes el establecimiento debe de otorgarles una mayor protección; la cual, va más allá de la agresión física, abarcando otras áreas de seguridad como son: la protección contra el abuso, la atención negligente, la negación de servicios o la asistencia en caso de incendio.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
PFR.2.3	<p>1. El establecimiento ha identificado su posición ante la negativa de un paciente a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.</p> <p>3. Se implementan políticas y procedimientos, tanto para guiar el proceso de toma de decisiones de los pacientes, como para modificar las decisiones durante el transcurso de la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la documentación de la posición que ha tomado el establecimiento para la toma de las decisiones difíciles sobre omitir los servicios de reanimación, renunciar a un tratamiento para prolongar la vida o retirarlo; el cual se ajusta a las normas religiosas y culturales de su comunidad y a todo requisito legal.</li> <li>• Las políticas describen cómo el establecimiento va a guiar el proceso de toma de decisiones de los pacientes; e incluye las situaciones en las que estas decisiones son modificadas durante la atención, además se identifican las responsabilidades y la forma como se documenta el proceso en el expediente clínico.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
PFR.6	1. El establecimiento cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia del documento</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
PFR.6.2	1. El establecimiento cuenta con un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia del documento</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
PFR.6.4.1	1. El establecimiento cuenta con un listado que contiene los nombres de los procedimientos y tratamientos que requieren un consentimiento informado especial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia de un listado que contenga los procedimientos, tratamientos o situaciones de alto riesgo o que tiendan a generar problemas, para los cuales se requiera un consentimiento informado especial.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
PFR.7	7. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de información y decisión. <i>(estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos en seres humanos)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la documentación de políticas y procedimientos que guían el proceso de información a pacientes y familiares que participarán en estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos; la información otorgada incluye: beneficios esperados, molestias y riesgos potenciales, alternativas y procedimientos que deben seguirse.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
PFR.11	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de procuración y donación.</li> <li>2. Existen políticas y procedimientos que guían el proceso de trasplante.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia de políticas y procedimientos en donde se describa cómo se llevarán a cabo los procesos de procuración, donación y trasplante de órganos, de acuerdo a leyes y reglamentaciones vigentes.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			

## 9.4 EVALUACIÓN DEL PACIENTE **AOP**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>AOP.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las políticas y procedimientos definen qué información debe ser obtenida en los pacientes hospitalizados, cómo obtenerla y dónde documentarla.</li> <li>Las políticas y procedimientos definen qué información debe ser obtenida en los pacientes ambulatorios, cómo obtenerla y dónde documentarla.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las políticas definen cómo debe reunirse, obtenerse y documentarse la información del paciente de acuerdo a sus necesidades específicas y a las diferentes áreas o servicios; asimismo, las políticas describen cuál es el alcance y el contenido de las evaluaciones realizadas por las diferentes disciplinas clínicas.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>AOP.1.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>El alcance y contenido de las evaluaciones realizadas por cada disciplina clínica se define en las políticas.</li> <li>El alcance y contenido de las evaluaciones realizadas a pacientes hospitalizados y ambulatorios se define en las políticas.</li> </ol>		<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>AOP.1.2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con políticas y procedimientos que guían la evaluación inicial del paciente.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un documento en donde se describa cómo se llevará a cabo la evaluación inicial a todos los pacientes; la cual incluya al menos una historia clínica, exploración física, evaluación de enfermería, evaluación social, económica, cultural, psicológica, evaluación nutricional (AOP.1.6), valoración funcional (AOP.1.6), evaluación del dolor, evaluación del riesgo de caídas (MISP.6), criterios para identificar a los pacientes en quienes es necesario planificar el alta de manera temprana (AOP.1.8.1), criterios para identificar la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales (AOP.1.7), evaluación de las necesidades educativas (PFE.2), barreras para el aprendizaje y disposición para aprender (PFE.2.1).</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>AOP.1.4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se establecen marcos de tiempo apropiados para la realización de la evaluación inicial y revaloraciones en todos los entornos y servicios.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un documento en donde se establezcan marcos de tiempo para la realización de la evaluación inicial y valoraciones subsecuentes de acuerdo a los tipos de pacientes, la complejidad y duración de su atención y la dinámica de las condiciones en torno a su atención.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
AOP.1.6	<ol style="list-style-type: none"> <li>El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación nutricional más exhaustiva.</li> <li>El personal calificado elabora criterios para identificar pacientes que requieren una evaluación funcional más exhaustiva.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un documento en donde se establezca cuales son los criterios que se han definido para que en la evaluación de tamizaje nutricional se identifique a los pacientes con alto riesgo nutricional.</li> <li>Verificar la existencia de un documento que establezca cuales son los criterios que se han definido para que en la evaluación de tamizaje funcional, se identifique a los pacientes con alto riesgo funcional (pacientes dependientes)</li> </ul>	INDISPENSABLE			
AOP.1.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con criterios que ayudan a identificar si el paciente necesita evaluaciones especializadas adicionales.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un documento que defina cuales son los criterios que se han definido para identificar a los pacientes que necesitan evaluaciones especializadas adicionales.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
AOP.1.8.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existe una lista de criterios para identificar, como parte de la valoración inicial, a aquellos pacientes en quienes es crítica la planificación del alta.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un documento que establezca cuales son los criterios que se han definido para identificar a los pacientes en quienes la planificación del alta es crítica y por lo cual debe de iniciarse de manera temprana.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
AOP.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes que así lo requirieran son revalorados con mayor frecuencia de acuerdo a la política.</li> <li>Cuando se atiende a pacientes psiquiátricos crónicos, se cuenta con políticas que guían la reevaluación de los pacientes con más de un día de intervalo.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia del documento</li> </ul>	INDISPENSABLE			
AOP.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las responsabilidades de quienes realizan las evaluaciones y revaloraciones de los pacientes están definidas por escrito.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un documento en donde se especifiquen, para cada tipo de evaluación, el personal calificado que las realizará y sus responsabilidades.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

## 8.5 SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO SAD

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO</b>						
<b>SAD.1.1</b>	1. Existe un programa de seguridad implementado en los Servicios de Laboratorio, adecuado para los riesgos y peligros que se encuentran.	<p>Verificar la existencia de un Programa de Seguridad de los Servicios de Laboratorio, que se ocupa de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal, el cual se coordina con el Plan o Programa de Administración y Seguridad de las Instalaciones (FMS) y que incluye al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento con los estándares y reglamentaciones correspondientes;</li> <li>• políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;</li> <li>• la disponibilidad de dispositivos de seguridad adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros encontrados;</li> <li>• la orientación de todo el personal del laboratorio en lo que refiere a procedimientos y prácticas de seguridad; y</li> <li>• la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y nuevos materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>SAD.1.3</b>	1. El establecimiento ha definido el tiempo esperado para los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de un documento en el cual se establezca el lapso de tiempo para informar los resultados de los análisis de laboratorio, de acuerdo a las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>SAD.1.4</b>	1. Existe un programa de administración de equipo en los Servicios de Laboratorio, que está implementado	<p>Verificar la existencia de un Programa de Administración del Equipo de los Servicios de Laboratorio que se coordina con el Plan o Programa de Administración y Seguridad de las Instalaciones y que al menos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la selección y adquisición de equipo;</li> <li>• la identificación y realización de inventario del equipo;</li> <li>• la evaluación del uso del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;</li> <li>• el control y toma de medidas necesarias ante avisos de peligro en los equipos, retiros de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deben informarse, problemas y fallas; y</li> <li>• la documentación del programa de administración.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
SAD.1.6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existen procedimientos que guían la solicitud de análisis.</li> <li>2. Existen procedimientos que guían la recolección e identificación de muestras.</li> <li>3. Existen procedimientos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras.</li> <li>4. Existen procedimientos que guían la recepción y rastreo de muestras.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia del documento</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
SAD.1.9	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un programa de control de calidad para los Servicios de Laboratorio.</li> </ol>	<p><i>Verificar la existencia de un Programa de Control de Calidad para los Servicios de Laboratorio que al menos incluya:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>la validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar;</i></li> <li>• <i>la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio;</i></li> <li>• <i>una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;</i></li> <li>• <i>la prueba de los reactivos (y</i></li> <li>• <i>la documentación de resultados y medidas correctivas.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>SERVICIOS DERADIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGEN</b>						
<b>SAD.2.2</b>	1. El establecimiento cuenta con un programa de seguridad radiológica.	<p><i>Verificar la existencia de un Programa de Seguridad Radiológica que abarca los servicios de radiología, diagnóstico por imagen, radioterapia y cateterismo cardiaco; que se coordina con el Plan o Programa de Administración y Seguridad de las Instalaciones (FMS) y que al menos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>políticas y procedimientos que respaldan el cumplimiento con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes;</i></li> <li>• <i>políticas y procedimientos para la manipulación y desecho de materiales infecciosos y peligrosos;</i></li> <li>• <i>disponibilidad de dispositivos protectores de seguridad adecuados para las prácticas y los peligros encontrados;</i></li> <li>• <i>la orientación de todo el personal de radiología y diagnóstico por imagen en lo que se refiere a procedimientos y prácticas de seguridad y protección; y</i></li> <li>• <i>la educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.</i></li> <li>• <i>el manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>SAD.2.2.1</b>	1. Se implementa un programa de seguridad del paciente en los servicios de radiología y diagnóstico por imagen que se coordina con el plan o programa de Mejora de la calidad y seguridad del paciente.	<p><i>Verificar la documentación del Programa, en el cual, al menos se incluya:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La vinculación con las metas internacionales de seguridad del paciente, principalmente con la identificación y prevención del riesgo de caídas.</i></li> <li>• <i>El manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.</i></li> <li>• <i>La vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
SAD.2.4	1. El establecimiento ha definido el marco de tiempo para informar resultados resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de un documento es el cual se establezca el lapso de tiempo para informar los resultados de radiología y diagnóstico por imagen, de acuerdo a las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
SAD.2.5	1. El establecimiento ha implementado un programa de administración de equipo de radiología y diagnóstico por imagen.	<p>Verificar la existencia de un Programa de Administración del Equipos de los Servicios de radiología e Imagen, que se coordina con el Plan o Programa de Administración y Seguridad de las Instalaciones y que al menos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la selección y adquisición de equipo;</li> <li>• la identificación y realización de inventario del equipo;</li> <li>• la evaluación del uso del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;</li> <li>• el control y toma de medidas necesarias ante avisos de peligro en los equipos, retiros de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deben informarse, problemas y fallas; y</li> <li>• la documentación del programa de administración.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
SAD.2.8	1. El establecimiento ha implementado un programa de control de calidad para los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.	<p>Verificar la existencia de un Programa de Control de Calidad para los Servicios de Radiología e Imagen que al menos incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud y precisión</li> <li>• la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado;</li> <li>• una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia;</li> <li>• la prueba de los reactivos y la documentación de resultados y medidas correctivas.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

8.6 ATENCIÓN DE PACIENTES COP

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
COP.2.2	1. Se cuenta con una política que estandariza las órdenes/indicaciones para la atención del paciente.	<p><i>La política señala la manera estandarizada para registrar las órdenes/indicaciones en el expediente clínico, con el fin de asegurar que estén accesibles para que la atención se otorgue de manera oportuna, las órdenes/indicaciones incluyen, análisis de laboratorio, radiología e imagen, administración de medicamentos, cuidados de enfermería y terapia nutricional.</i></p> <p><i>La política establece:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Toda excepción en servicios especializados, como urgencias y unidades de cuidados intensivos.</i></li> <li>• <i>Quién está autorizado para emitir órdenes</i></li> <li>• <i>Dónde deben ubicarse dentro del expediente clínico</i></li> <li>• <i>Qué tipo de órdenes/indicaciones requieren una justificación explícita para su realización.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
COP.3	1. Los líderes del establecimiento identificaron los pacientes y servicios de alto riesgo.	<p><i>Verificar la existencia de un listado que puntualiza los grupos de pacientes y servicios de alto riesgo, en donde se incluyen al menos los siguientes, cuando estén presentes en el establecimiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pacientes que presenten alguna urgencia</i></li> <li>• <i>Servicios de Reanimación</i></li> <li>• <i>Uso de Sangre y hemoderivados</i></li> <li>• <i>Pacientes Comatosos</i></li> <li>• <i>Pacientes en soporte vital</i></li> <li>• <i>Pacientes en Unidades de Cuidados intensivos (adultos, pediátricos, neonatales)</i></li> <li>• <i>Pacientes con enfermedades contagiosas</i></li> <li>• <i>Pacientes inmunodeprimidos</i></li> <li>• <i>Pacientes dializados</i></li> <li>• <i>Pacientes con sujeción</i></li> <li>• <i>Pacientes adultos mayores dependientes</i></li> <li>• <i>Pacientes pediátricos dependientes</i></li> <li>• <i>Pacientes en riesgo de abuso y con discapacidad</i></li> <li>• <i>Pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo</i></li> </ul> <p><i>Se incluyen pacientes y servicios adicionales cuando están representados en la población de pacientes y servicios del establecimiento.</i></p>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
COP.3.1	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes en situación de urgencia.	<p><i>Verificar la existencia de políticas y procedimientos que guíen la atención de los pacientes y servicios de alto riesgo identificados en el listado, las cuales deben incluir al menos lo siguiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, a la paciente obstétrica u otras consideraciones especiales;</i></li> <li>• <i>la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comuniquen de manera efectiva;</i></li> <li>• <i>las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;</i></li> <li>• <i>los requisitos de control del paciente;</i></li> <li>• <i>las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y</i></li> <li>• <i>la disponibilidad y el uso de equipo especializado.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
COP.3.2	1. Hay políticas y procedimientos que guían el uso uniforme de servicios de reanimación en todo el establecimiento		INDISPENSABLE			
COP.3.3	1. Hay políticas y procedimientos que guían la manipulación, el uso y la administración de sangre y hemoderivados. 2. <i>Las políticas y procedimientos priorizan situaciones críticas, por ejemplo hemorragia vaginal de la mujer gestante.</i> 3. <i>Las políticas y procedimientos garantizan la existencia de sangre y hemoderivados las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.</i>		INDISPENSABLE			
COP.3.4	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes comatosos. 2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes en soporte vital.		INDISPENSABLE			
COP.3.5	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas. 2. Hay políticas y procedimientos adecuados que guían la atención de los pacientes inmunodeprimidos.		INDISPENSABLE			
COP.3.6	1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes dializados.		INDISPENSABLE			
COP.3.7	1. Hay políticas y procedimientos que guían el empleo de la sujeción.		INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
COP.3.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes adultos mayores.</li> <li>3. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes con discapacidad.</li> <li>5. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes pediátricos.</li> </ol>	<p><i>Verificar la existencia de políticas y procedimientos que guíen la atención de los pacientes y servicios de alto riesgo identificados en el listado, las cuales deben incluir al menos lo siguiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, a la paciente obstétrica u otras consideraciones especiales;</i></li> <li>• <i>la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;</i></li> <li>• <i>las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;</i></li> <li>• <i>los requisitos de control del paciente;</i></li> <li>• <i>las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y</i></li> <li>• <i>la disponibilidad y el uso de equipo especializado.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
COP.3.9	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes sometidos a quimioterapia o a otros medicamentos de alto riesgo.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;</i></li> <li>• <i>las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;</i></li> <li>• <i>los requisitos de control del paciente;</i></li> <li>• <i>las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y</i></li> <li>• <i>la disponibilidad y el uso de equipo especializado.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
COP.6	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Existe una política que guía el manejo del dolor en toda la organización.</li> </ol>	<p><i>Verificar la existencia de políticas y procedimientos que guíen la atención de los pacientes que padecen dolor, las cuales incluyan al menos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>la identificación de pacientes con dolor durante la valoración inicial y las revaloraciones;</i></li> <li>• <i>el manejo del dolor;</i></li> <li>• <i>la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas</i></li> <li>• <i>la educación de los prestadores de atención médica acerca de la evaluación y el manejo del dolor.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
COP.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Existen políticas y procedimientos que guían la atención del embarazo, parto y puerperio</i></li> <li>6. <i>Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían la Planificación Familiar</i></li> <li>7. <i>Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían sobre la atención a víctimas de violencia familiar.</i></li> <li>8. <i>Cuando corresponde, existen políticas y procedimientos que guían sobre detección oportuna de cáncer.</i></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia de los documentos.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
COP.8.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento ha definido las indicaciones para practicar una cesárea.</li> <li>3. El establecimiento ha definido las indicaciones para la realización de legrado uterino instrumentado.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento</li> </ul>	INDISPENSABLE			
COP.8.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existen políticas y procedimientos que guían la atención de las urgencias ginecobstétricas</li> <li>2. Existen políticas y procedimientos que guían la atención de las urgencias neonatales.</li> </ol>	<p>Verificar la existencia de políticas y procedimientos que guíen la atención de las urgencias ginecobstétricas y neonatales las cuales deben incluir al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención</li> <li>• la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;</li> <li>• las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;</li> <li>• los requisitos de control del paciente;</li> <li>• las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y</li> <li>• la disponibilidad y el uso de equipo especializado.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
COP.9	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existen políticas y procedimientos que guían la práctica de Acupuntura de acuerdo a las reglamentaciones y normatividad vigente</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento</li> </ul>	INDISPENSABLE			
COP.10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existen políticas y procedimientos que guían el tratamiento integral y multidisciplinario del paciente con sobrepeso y obesidad.</li> <li>4. Cuando corresponde, se cuenta con políticas y procedimientos que guían la Cirugía Bariátrica.</li> </ol>	<p>Verificar la existencia de políticas y procedimientos que guíen la atención integral y multidisciplinario, de los pacientes con sobrepeso, obesidad y de la cirugía bariátrica, las cuales deben incluir al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención</li> <li>• la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;</li> <li>• las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;</li> <li>• los requisitos de control del paciente;</li> <li>• las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y</li> <li>• la disponibilidad y el uso de equipo especializado.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

8.7 ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA **ASC**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
ASC.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay políticas y procedimientos que se utilizan para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada, profunda y/o anestesia.</li> <li>2. Las políticas y procedimientos guían el proceso de aplicación de sedación por un médico no anesthesiólogo. Se identifican los médicos y los servicios autorizados.</li> </ol>	<p><i>Verificar la existencia de políticas y procedimientos que guíen la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada, profunda y/o anestesia, las cuales deben incluir al menos lo siguiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales.</i></li> <li>• <i>la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;</i></li> <li>• <i>las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;</i></li> <li>• <i>los requisitos de control del paciente;</i></li> <li>• <i>las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención;</i></li> <li>• <i>la disponibilidad y el uso de equipo especializado</i></li> <li>• <i>los servicios y médicos no anesthesiólogos autorizados que pueden administrar sedación moderada o profunda.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

## 8.8 MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS **MMU**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>MMU.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existe un plan o programa que identifica y describe el modo en que los medicamentos se organizan, manejan y se utilizan (Sistema de Medicación) en todo el establecimiento.</li> <li>El plan o programa cuenta con políticas que guían todas las fases del manejo y uso de medicamentos dentro del establecimiento.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un Plan o Programa en donde se cuente con políticas que guíen todas las fases del manejo y de los medicamentos dentro del establecimiento.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>MMU.1.1.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>El establecimiento identifica los riesgos asociados cada una de las fases del sistema de medicación.</li> <li>Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de, al menos, una evaluación (identificación y priorización) de cada una de las fases que integran el sistema de medicación, que tenga como propósito identificar riesgos y áreas de oportunidad para la calidad y seguridad del paciente.</li> </ul>				
<b>MMU.2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existe una lista de medicamentos existentes dentro del establecimiento o fácilmente disponibles en otros establecimientos o servicios subrogados.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>MMU.2.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hay criterios que guían las decisiones de agregar o eliminar medicamentos de la lista</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la existencia de un documento que establezca cuáles son los criterios que la organización ha establecido para guiar las decisiones respecto a agregar o eliminar medicamentos de la lista, en los cuales se incluyan criterios de uso, efectividad, riesgos y costos.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>MMU.3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Una política define cómo identificar, resguardar y almacenar los medicamentos que el paciente trae consigo al establecimiento.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>MMU.3.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los productos nutricionales.</li> <li>La política del establecimiento define el modo en que se almacenan los medicamentos radiactivos, experimentales y de naturaleza similar.</li> <li>La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y controlan los medicamentos de muestra.</li> <li>La política del establecimiento define el modo en que se almacenan y conservan los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar la presencia del documento.</li> <li>Las políticas describen el proceso de recepción, identificación, almacenamiento y distribución de estos medicamentos.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
MMU.3.3	<p>2. Las políticas y procedimientos impiden el uso de medicamentos caducos o fuera de uso</p> <p>3. Las políticas y procedimientos se ocupan del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera de uso, de acuerdo a la normatividad vigente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la presencia del documento.</i></li> </ul>	INDISPENSABLE			
MMU.4	<p>3. Las políticas y procedimientos establecen las acciones a seguir ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la presencia del documento.</i></li> </ul>				
MMU.4.1	<p>1. Las órdenes o recetas de medicamentos aceptables están definidas en la(s) política(s), y al menos se abarcan los elementos mencionados en el propósito.</p>	<p><i>Verificar la existencia de un documento que establezca los elementos de una prescripción completa, Los elementos incluidos en las políticas incluyen al menos lo siguiente:</i></p> <p><i>a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud. (Ver MISP.1)</i></p> <p><i>b) Los elementos de la prescripción de medicamentos.</i></p> <p><i>c) Cuándo son aceptables o necesarios medicamentos genéricos o de marca.</i></p> <p><i>d) Si se necesitan indicaciones (por razón necesaria) u otro tipo de indicaciones de medicamento y cuándo.</i></p> <p><i>e) Precauciones o procedimientos especiales para prescribir fármacos con aspecto o nombre parecidos (por ejemplo escribir en mayúsculas o con diferente color estos fármacos).</i></p> <p><i>f) Las medidas a tomar ante órdenes de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.</i></p> <p><i>g) Los tipos de órdenes/indicaciones adicionales permitidas, tales como órdenes de urgencia, permanentes o de suspender la administración de un medicamento sin valoración médica (detención automática), por ejemplo, terminar un esquema de antibióticos a los 5 días, un plan de soluciones parenterales que se suspende a las 12 horas o un anticoagulante que se suspende 4 horas antes de la intervención quirúrgica; así como, todo elemento requerido en tales órdenes/indicaciones.</i></p> <p><i>h) La aceptación de órdenes verbales y/o telefónicas, y el proceso para verificar dichas órdenes. (Ver MISP.2)</i></p> <p><i>i) Los tipos de órdenes basadas en el peso, por ejemplo, en pacientes pediátricos.</i></p>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
MMU.4.3	1. Las políticas y procedimientos establecen las acciones para garantizar la correcta transcripción de las indicaciones médicas y las acciones a seguir cuando las transcripciones son ilegibles.	Verificar la presencia del documento. Las políticas incluyen todas las transcripciones que se realizan en el establecimiento, por ejemplo, las realizadas por personal de enfermería, médicos en formación o médicos autorizados para realizarlo.	INDISPENSABLE			
MMU.4.5	1. Existen políticas que guían el proceso de conciliación de medicamentos.	Verificar la existencia de un documento que guíe el proceso de conciliación de medicamentos durante las transiciones en la atención del paciente, con el propósito de asegurar la adecuada medicación al realizar las tres fases del proceso: a) Obtención de la historia farmacológica del paciente b) Verificación de la medicación actual con la previa c) Comunicación de los cambios o riesgos en la prescripción	INDISPENSABLE			
MMU.5.1	1. Se cuenta con un proceso efectivo para revisar la idoneidad de la prescripción.	Verificar la existencia de un documento en el cual se describa la manera que se realiza la validación de la idoneidad de cada prescripción, fundamentado en un perfil farmacoterapéutico de cada paciente. El proceso para revisar una prescripción incluye al menos: a) la idoneidad del fármaco, la dosis, la frecuencia y la vía de administración; b) la duplicación terapéutica; c) las alergias o sensibilidades; d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos; e) la variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento; f) el peso del paciente y demás información fisiológica; y g) otras contraindicaciones.	INDISPENSABLE			
MMU.5.4.1	1. Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis acorde a las prácticas de control de infecciones	• Verificar la presencia del documento que describa cómo se lleva a cabo en la organización lo solicitado por las políticas.				
MMU.6.2	1. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la autoadministración de medicamentos por parte del paciente. 2. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la documentación y el manejo de todo medicamento que el paciente traiga al establecimiento. 3. Hay políticas y procedimientos implementados que rigen la disponibilidad y el uso de las muestras de medicamentos.	• Verificar la presencia del documento que describa cómo se lleva a cabo en la organización lo solicitado por las políticas.	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
MMU.7.1	1. Se cuenta con una definición operativa de los errores de medicación y las cuasifallas en medicación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
MMU.8	1. Cuando corresponda, hay políticas y procedimientos que guían el abasto, conservación, almacenamiento y administración de vacunas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

### 8.9 EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA PFE

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
PFE.1	2. Existe una estructura y un proceso adecuado para la educación en todo el establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la presencia del documento, el cual describa cómo se llevará a cabo el proceso de educación en la organización, el cual debe de iniciar con la evaluación inicial y centrarse en las necesidades específicas de cada paciente.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

### 8.10 CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE QPS

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
QPS.1	1. Existe un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente con objetivos y funciones definidas para planificar, coordinar y controlar las acciones prioritarias para mejorar la calidad y seguridad del paciente, encabezado por el director del establecimiento, que sesiona periódicamente, da seguimiento puntual a sus acuerdos y toma decisiones con base en análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
QPS.1	3. Existe un plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, diseñado de manera multidisciplinaria, que abarca todo el establecimiento con un enfoque sistémico y proactivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del Plan o Programa de Calidad y Seguridad del Paciente, el cual al menos debe de incluir lo solicitado por los siguientes estándares: QPS.1.2, QPS.2.1, QPS.3, QPS.5, QPS.6, QPS.7 y QPS.10)</li> </ul>	INDISPENSABLE			

## 8.11 PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES **PCI**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
PCI.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un plan o programa para la prevención y reducción de infecciones en los pacientes.</li> <li>2. Existe un plan o programa para la prevención y control de infecciones en los profesionales de la salud.</li> <li>6. Los objetivos y metas para la reducción de riesgos, se definen y se revisan regularmente.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del Plan o Programa de Prevención y Control de Infecciones en el cual incluya pacientes, familiares y profesionales de la salud. En el Plan o programa se definen los objetivos y metas para la reducción de riesgos.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
PCI.7	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento identifica los procesos asociados a riesgo de infección.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la presencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
PCI.7.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Cuando se vuelven a utilizar dispositivos y materiales desechables, existe una política que incluye los puntos abordados en el propósito, la política está implementada.</li> </ol>	<p>Verificar la existencia de un documento que guíe la reutilización de material y dispositivos desechables; en la cual al menos se incluya lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dispositivos y materiales que jamás pueden volver a ser utilizados;</li> <li>b) el número de veces que los dispositivos y materiales se pueden reutilizar;</li> <li>c) los tipos de desgaste que indican que el dispositivo no se debe volver a usar;</li> <li>d) los procesos de limpieza de dispositivos, por ejemplo, la limpieza que debe comenzar inmediatamente después del uso, cuando se utiliza una técnica o protocolo específico para la limpieza; entre otros, y</li> <li>e) el proceso de recolección, análisis y uso de datos de control de infecciones relacionadas con dispositivos y materiales reutilizados.</li> </ol>	INDISPENSABLE			
PCI.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Las políticas y procedimientos se ocupan del aislamiento de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, de los pacientes inmunodeprimidos y del personal expuesto.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la presencia del documento.</li> </ul>				

## 8.12 GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN **GLD**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>GLD.1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Está documentada la estructura del cuerpo de gobierno del establecimiento</li> <li>2. En los documentos se describen las responsabilidades de los directivos.</li> <li>3. Los documentos describen el modo en que se evaluará el desempeño, bajo criterios específicos, del gobierno del establecimiento y de los directivos.</li> <li>5. Se cuenta con un organigrama del establecimiento.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la presencia del documento.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>GLD.3.2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Los directivos y responsables de áreas cuentan con un proceso para revisar y aprobar, antes de que sean utilizados en la atención del paciente, aquellos procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados como experimentales.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la presencia del documento.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>GLD.3.3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un proceso para la supervisión de contratos por parte los directivos y áreas técnicas correspondientes.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la existencia de un documento que describa el proceso para la supervisión de contratos de servicios subrogados por parte de los directivos y responsables de las áreas técnicas correspondientes.</i></li> <li>• <i>Los contratos deben de especificar los requerimientos de calidad del servicio subrogado a fin de asegurar que se cubran las necesidades del paciente como parte de las actividades de gestión y mejora de la calidad del establecimiento.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>GLD.6</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los directivos definen normativas éticas y legales que protegen a los pacientes y sus derechos</li> <li>2. Los directivos establecen un marco para el manejo ético del establecimiento.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Verificar la presencia del documento.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

8.13 ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES **FMS**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
FMS.2	1. Existe un plan documentado, que se ocupa de las 6 áreas de riesgo mencionadas en el propósito.	<p>Verificar la existencia de un Plan o programa elaborado con base en una identificación de riesgos específicos del hospital que al menos incluya las siguientes áreas:</p> <p>a) <b>Seguridad y protección</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo del establecimiento no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.</li> <li>• Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados</li> </ul> <p>b) <b>Materiales y sustancias peligrosos:</b> la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.</p> <p>c) <b>Emergencias:</b> existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.</p> <p>d) <b>Seguridad contra incendios:</b> la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.</p> <p>e) <b>Equipo médico:</b> el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).</p> <p>f) <b>Sistemas de servicios básicos:</b> los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.</p>	INDISPENSABLE			
FMS.3.1	1. Existe un plan para controlar todos los aspectos del programa de manejo de riesgos de la instalación. 3. Se lleva un registro de los incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la presencia de los documentos.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
FMS.4	1. El establecimiento cuenta con un programa para proporcionar una instalación física segura y protegida.	<p>Verificar la presencia del programa el cual se ocupa al menos de lo siguiente:</p> <p>a) Identificar a todo el personal y visitantes</p> <p>b) Controlar y proteger de las áreas de riesgo</p> <p>c) Prevenir lesiones</p> <p>d) Mantener las condiciones seguras para los pacientes, familiares, personal y visitantes.</p> <p>e) Seguridad y protección en tiempos de construcción y remodelación del establecimiento.</p>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
FMS.4.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento cuenta con un Dictamen de Seguridad Estructural Vigente.</li> <li>2. El establecimiento cuenta con una inspección documentada, vigente y precisa de sus instalaciones físicas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del Dictamen de Seguridad Estructural, el cual debe ser preciso y explícito en los siguientes elementos: Tipo de suelo, Cimientos, Columnas, Trabes, Niveles, Distribución de cargas, Inclinaciones, Fisuras, Grietas, Calidad de los materiales de construcción, Antigüedad de la construcción, Remodelaciones a la construcción, Construcciones aledañas, Análisis de fenómenos geológicos e hidrometeorológicos.</li> <li>• Verificar la existencia del documento en donde se muestre la inspección integral de las instalaciones, el cual debe estar vigente.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
FMS.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Se cuenta con un Plan o Programa para el manejo, almacenamiento, uso y destino final de materiales peligrosos conforme a lo señalado en el propósito del estándar.</li> </ol>	<p>Verificar la existencia del Plan o Programa para el manejo, almacenamiento, uso y destino final de materiales peligrosos, el cual establece procesos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el inventario de sustancias químicas y residuos peligrosos;</li> <li>• la manipulación, almacenamiento y uso de sustancias peligrosas;</li> <li>• la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes;</li> <li>• el control y destino final de residuos peligrosos;</li> <li>• el uso adecuado del equipo y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición;</li> <li>• la documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario; y</li> <li>• el etiquetado (identificación) adecuado de contenedores de sustancias químicas y residuos peligrosos.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
FMS.6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento cuenta con un Mapa de Riesgos que identifique los fenómenos a los que está expuesto el Hospital y que pueden representar riesgos importantes, como son los de tipo: geológico, hidrometeorológico, socio-organizativos, sanitarios-ecológicos y químico-tecnológicos, así como posibles debilidades por inadecuadas propiedades geotécnicas del suelo.</li> <li>2. Se cuenta con un plan o programa de manejo de emergencias.</li> </ol>	<p>Verificar la existencia de los documentos.</p> <p>El Plan o programa de manejo de emergencias incluye al menos los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos</li> <li>b) la determinación del rol del establecimiento</li> <li>c) las estrategias de comunicación para casos de emergencias</li> <li>d) la gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas</li> <li>e) la gestión de actividades clínicas durante un evento, incluidos lugares de atención alternativos</li> <li>f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un evento</li> </ol>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
<b>FMS.7</b>	1. El establecimiento elabora un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones del establecimiento estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias no relacionadas con el fuego.	<p>Verificar la existencia del plan o programa de seguridad contra incendios, el cual identifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la frecuencia de la inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de protección y seguridad contra incendios, conforme a los requisitos;</li> <li>• el programa para evacuar en forma segura la instalación en caso de incendio o humo;</li> <li>• el proceso para hacer pruebas (ejecutar todo el programa o parte del mismo) al menos dos veces por año;</li> <li>• la educación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia; y</li> <li>• la participación del personal en al menos una prueba de seguridad contra incendios por año.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>FMS.7.1</b>	1. El plan o programa incluye la reducción de riesgos de incendio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>FMS.7.3</b>	1. El establecimiento cuenta con una política y un programa implementados para eliminar el tabaquismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>FMS.8</b>	1. El equipo médico se maneja, en todo el establecimiento conforme a un plan o programa.	<p>Verificar la existencia de un plan o programa de gestión del equipo médico, el cual considere lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un inventario del equipo médico;</li> <li>• inspecciones regulares del equipo médico;</li> <li>• pruebas del equipo médico según sea adecuado para su uso y requisitos; y</li> <li>• mantenimiento preventivo.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			
<b>FMS.10.2</b>	1. Se cuenta con un plan o programa de gestión del sistema de servicios básicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento.</li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

**8.14 CALIFICACIONES Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL SQE**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
SQE.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un proceso para reclutar personal.</li> <li>2. Existe un proceso para evaluar las competencias del personal nuevo.</li> <li>3. Existe un proceso para designar personal.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia de los documentos.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
SQE.6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un plan escrito para la asignación de personal.</li> </ol>	<p>Verificar la existencia del Plan de asignación de personal el cual debe identificar la cantidad, tipos necesarios de personal, aptitudes, conocimientos y demás requisitos necesarios para cada área y servicio.</p> <p>Además, el Plan o programa deben incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la reasignación del personal de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal;</li> <li>• la consideración de las solicitudes del personal para la reasignación según los valores culturales o creencias religiosas; y</li> <li>• la política y el procedimiento para traspasar la responsabilidad de una persona a otra cuando la responsabilidad se encuentre fuera del área de responsabilidad normal de dicha persona; por ejemplo cuando eventualmente no se cuenta con una enfermera instrumentista y a un médico o un residente se le asigna o asume ésta responsabilidad.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
SQE.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un plan o programa para la educación del personal.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
SQE.8.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se cuenta con un plan o programa de salud y seguridad del personal.</li> </ol>	<p>Verificar la existencia del plan o programa de salud y seguridad del personal, el cual debe incluir al menos lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Evaluación de riesgos por perfil de puestos</li> <li>b) Dotación del equipo de protección al personal</li> <li>c) Capacitación en actos seguros</li> <li>d) Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo</li> <li>e) Investigación y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.</li> </ol>	INDISPENSABLE			
SQE.10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un proceso estandarizado para otorgar privilegios a los médicos en el nombramiento inicial.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento que describa el proceso estandarizado para identificar los servicios clínicos que se les ha autorizado realizar a cada médico.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

8.15 MANEJO DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN **MCI**

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
MCI.1	1. El establecimiento ha identificado sus grupos comunitarios y población de interés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento en donde se identifiquen los grupos comunitarios y grupos que reciben los servicios de la organización.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
MCI.7	1. La política determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento que establezca qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico del paciente.</li> <li>• La política tiene como propósito asegurar la confidencialidad de la información del paciente.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
MCI.10	1. Existe una política escrita que se ocupa de la confidencialidad de la información conforme a las leyes y reglamentaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento que determine el nivel de confidencialidad para los distintos tipos de información conforme a leyes y reglamentaciones.</li> </ul>	INDISPENSABLE			
MCI.11	1. El establecimiento cuenta con una política que se ocupa de la seguridad de la información, incluida la integridad de los datos, que se basa en las leyes y reglamentaciones vigentes.	<p>Verificar la existencia del documento que describa los procesos de seguridad que sólo permiten al personal autorizado el acceso a los datos y la información clasificada. La política establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• quién tiene acceso a la información;</li> <li>• la información a la cual tiene acceso una persona;</li> <li>• la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; y</li> <li>• el proceso a seguir en caso de que se violen la confidencialidad y la seguridad.</li> <li>• Los niveles de seguridad para cada categoría de datos e información clasificada</li> </ul>	INDISPENSABLE			
MCI.12	1. El establecimiento cuenta con una política sobre la conservación y retención de los expedientes clínicos de pacientes y demás datos e información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la existencia del documento que guíe la conservación y retención de los expedientes clínicos y demás datos e información, la política contempla el cuidado de la información en términos de confidencialidad y seguridad.</li> </ul>	INDISPENSABLE			

ESTÁNDAR	ELEMENTO MEDIBLE	VERIFICAR	PONDERACIÓN	C	NC	NA
MCI.18	1. Existe una política que define los requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos.	<p><i>Verificar la existencia del documento que defina los requisitos para la elaboración y actualización de políticas y procedimientos que incluyan al menos los siguientes puntos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>a) la revisión y aprobación de todas las políticas y procedimientos por parte de personal autorizado, antes de su publicación</i></li> <li><i>b) el proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de las políticas y los procedimientos</i></li> <li><i>c) los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de las políticas y los procedimientos estén disponibles donde quiera que se utilicen</i></li> <li><i>d) la identificación de los cambios en las políticas y los procedimientos</i></li> <li><i>e) el mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento</i></li> <li><i>f) el control de las políticas y procedimientos originados fuera del establecimiento;</i></li> <li><i>g) la retención de políticas y procedimientos obsoletos durante al menos el tiempo exigido por las leyes y reglamentaciones, mientras se asegura que no se utilicen por error; y</i></li> <li><i>h) la identificación y el seguimiento de todas las políticas y procedimientos en circulación.</i></li> </ul>	<b>INDISPENSABLE</b>			

## 9. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

### 9.1 ESTADÍSTICAS GENERALES

INDICADOR	RESULTADO ÚLTIMOS 12 MESES	PONDERACIÓN	NA
9.1.1. Número de egresos por sexo y grupo etéreo	<i>*Favor de anexar un documento con los resultados</i>	INDISPENSABLE	
9.1.2. Número de intervenciones quirúrgicas realizadas por sala de operaciones		INDISPENSABLE	
9.1.3. Diez principales causas de morbilidad por sexo y grupo etéreo		INDISPENSABLE	
9.1.4. Diez principales causas de mortalidad por sexo y grupo etéreo		INDISPENSABLE	

### 9.2 INDICADORES GENERALES

INDICADOR	RESULTADO ÚLTIMOS 12 MESES	PONDERACIÓN	NA
9.2.1. Porcentaje General de ocupación hospitalaria (Estándar Nacional: Hasta el 90%)		INDISPENSABLE	
9.2.2. Porcentaje de diferimiento quirúrgico (Estándar Nacional <15%)		INDISPENSABLE	
9.2.3. Tasa bruta de mortalidad hospitalaria (Estándar Nacional <6 x 100 egresos)		INDISPENSABLE	
9.2.4. Tasa ajustada de Mortalidad Hospitalaria (Estándar Nacional <2 x 100 egresos)		INDISPENSABLE	

### 9.3 INDICADORES DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

INDICADOR	RESULTADO ÚLTIMOS 12 MESES	PONDERACIÓN	NA
9.3.1. Porcentaje de Cesáreas (Estándar Nacional <27%) <b>**Cuando sea mayor al estándar nacional deberán de presentar un análisis de causas de la operación cesárea.</b>		INDISPENSABLE	
9.3.2. Número de defunciones maternas (Estándar Nacional: cero)		INDISPENSABLE	
9.3.3. Porcentaje de traumatismos de neonato al nacimiento		INDISPENSABLE	
9.3.4. Número de Recién nacidos a los que se les realiza el tamiz neonatal		INDISPENSABLE	
9.3.5. Número de defunciones en menores de 28 días de vida		INDISPENSABLE	
9.3.6. Porcentaje de recién nacidos vivos con bajo peso al nacer		INDISPENSABLE	

#### 9.4 INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

INDICADOR	RESULTADO ÚLTIMOS 12 MESES	PONDERACIÓN	NA
<b>Cáncer de Cervicouterino</b>			
9.4.1. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino en estadio I y II en relación al total de pacientes con cáncer cervicouterino.		INDISPENSABLE	
9.4.2. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino en estadio III y IV en relación al total de pacientes con cáncer cervicouterino.2.		INDISPENSABLE	
<b>Cáncer de Mama</b>			
9.4.3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio I y II en relación al total de pacientes con cáncer de mama		INDISPENSABLE	
9.4.4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio III y IV en relación al total de pacientes con cáncer de mama.		INDISPENSABLE	

#### 9.5 INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INDICADOR	RESULTADO ÚLTIMOS 12 MESES	PONDERACIÓN	NA
<b>Infecciones asociadas a la Atención a la Salud</b>			
9.5.1. Tasa de infecciones nosocomiales		INDISPENSABLE	
9.5.2. Porcentaje de infecciones de heridas quirúrgicas en relación con el total de intervenciones quirúrgicas		INDISPENSABLE	
9.5.3. Porcentaje de infecciones asociadas al uso de ventilador en relación al total de pacientes con ventilación mecánica		INDISPENSABLE	
9.5.4. Porcentaje de infecciones asociadas al uso de sonda vesical en relación al total de pacientes con sonda vesical		INDISPENSABLE	
9.5.5. Porcentaje de infecciones asociadas al uso de dispositivos intravasculares en relación al total de pacientes con dispositivos intravasculares		INDISPENSABLE	
<b>Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas</b>			
9.5.6. Porcentaje de pacientes que presentaron tromboembolia pulmonar en relación al total de intervenciones quirúrgicas		INDISPENSABLE	
9.5.7. Porcentaje de pacientes que presentaron sepsis postoperatoria en relación al total de intervenciones quirúrgicas		INDISPENSABLE	
9.5.8. Porcentaje de pacientes que presentaron complicaciones de la anestesia en relación al total de intervenciones quirúrgicas		INDISPENSABLE	
9.5.9. Porcentaje de reintervenciones quirúrgicas dentro de las primeras 72 hrs inmediatas a la primera intervención, en relación al total de reintervenciones quirúrgicas		INDISPENSABLE	
<b>Reporte de Eventos Adversos</b>			
9.5.10. Número de eventos adversos reportados		INDISPENSABLE	
9.5.11. Número de eventos centinela reportados		INDISPENSABLE	
9.5.12. Número de cuasifallas reportados		INDISPENSABLE	

