



CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

ESTÁNDARES DE PROCESOS Y RESULTADOS PARA LA EVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA

FECHA: _____

ESTABLECIMIENTO: _____

AUDITORES. _____

FREM – 0302

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS

PRESIDENTE

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS

SECRETARIO DEL CONSEJO Y PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

Secretaría de Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Universidad Nacional Autónoma de México
Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.
Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención de la Salud, A. C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Asociación Mexicana de Hospitales, A. C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1. FUNCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE	
1.1. Relación médico paciente.....	7
1.2. Evaluación de la atención al paciente.....	9
1.3. Expediente clínico.....	14
1.4. Atención de urgencias.....	18
1.5. Consulta externa.....	18
2. FUNCIONES DE APOYO A LA ATENCIÓN	
2.1. Gerencia enfocada en calidad.....	19
2.2. Personal médico y paramédico.....	20
2.3. Residuos peligrosos biológico infecciosos.....	21
2.4. Seguridad e higiene.....	22
2.5. Lucha contra el tabaquismo.....	23
2.6. Programas de mejora continua.....	23
3. PROCESO PARA LA MEDICIÓN Y OBTENCIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS	
3.1. Sistema de información.....	24

INTRODUCCIÓN

Este documento contiene los estándares de procesos y resultados, que utilizan y califican los evaluadores institucionales durante la visita al establecimiento de atención médica ambulatoria y están plasmados en un formato de seis columnas, las cuales describen lo siguiente:

- ✓ La primera: LUGAR DE VERIFICACIÓN, propone el sitio donde se puede obtener la información para la verificación de los estándares.
- ✓ La segunda: ESTÁNDAR, describe la especificación a evaluar.
- ✓ La tercera: PROCEDIMIENTO, contiene los componentes del estándar a verificar y define los procedimientos a seguir por el evaluador para lograrlo.
- ✓ La cuarta columna: FUENTE, señala los documentos, las personas y lugares a que recurrirá el evaluador para obtener la información que le permitirá verificar el estándar.
- ✓ La quinta columna: RESPONSABLE, señala el perfil del personaje del equipo evaluador que puede hacer la verificación del estándar.
- ✓ La sexta columna: CALIFICACIÓN, corresponde al espacio en el cual el evaluador anota la calificación correspondiente con el rango de 0 a 4. (Únicamente se puede asentar un valor).

En el apartado de expediente clínico, varía el nombre y posición de las columnas, pero se adicionan indicaciones sobre el particular.

Calificación de los Estándares de Proceso

Todos los estándares del capítulo de procesos y resultados, se califican por el evaluador en una escala de 5 niveles. Cada nivel representa el grado de cumplimiento del proceso a verificar. La descripción de los niveles es la siguiente:

0. El proceso no está documentado.
1. El proceso existe documentado, pero su ejecución no es sistemática, porque el personal no lo conoce, ni sabe donde se encuentra descrito. Se aplica básicamente de forma reactiva y no controlada. No se registra información sobre su ejecución ni de sus resultados.

2. El proceso existe documentado, pero su aplicación no es sistemática y aún hay personal que no lo conoce y tiende a ser aplicado de forma reactiva. No se registra información sobre su ejecución ni de sus resultados.
3. El proceso existe documentado, tiene un responsable asignado, el personal lo conoce y aplica de forma consistente y proactiva. El responsable ha iniciado algún registro de su ejecución y resultados para el establecimiento de controles.
4. El proceso existe documentado, tiene un responsable asignado, el personal lo conoce y aplica sistemáticamente. Se registra información de su ejecución y resultados y se han establecido controles de calidad, mejorándose gracias a la evaluación del mismo. Existe evidencia documental de la evaluación y de los procesos de mejora.

Ningún estándar podrá dejarse sin calificación. Cuando la unidad de atención médica para pacientes ambulatorios no otorgue un servicio por las características definidas de su estructura, el estándar correspondiente deberá especificarse por el evaluador como **No Aplica (NA)**.

Ponderación de los Estándares.

La ponderación de los estándares se estableció con base a 5 niveles, que determinan la relación del contenido del estándar, con la garantía de seguridad para la vida y salud del paciente, así como con el respeto a sus derechos y trato digno. De esta forma el estándar con el nivel prioritario, recibe el valor 5 y el de menor nivel de relación con la seguridad del paciente, el valor 1.

Niveles de ponderación:

1. Compromete la percepción del paciente hacia la calidad de los servicios.
2. Compromete el prestigio del establecimiento frente a la sociedad civil.
3. Compromete el control de los procesos.
4. Compromete la efectividad del diagnóstico, tratamiento o rehabilitación del paciente.
5. Compromete la vida del paciente.

Llenado de la cédula.

En la hoja frontal deberá anotarse con tinta el nombre de cada evaluador, su firma, el cargo dentro del equipo (auditor líder o auditor) y siglas de la institución a la que pertenece. De igual manera, las calificaciones de los estándares se anotarán con tinta, en todos los casos.

1. FUNCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

1.1 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

1.1.1 LOS MÉDICOS AL ATENDER A LOS PACIENTES, LES PROPORCIONAN INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE SU PADECIMIENTO Y EN TODOS LOS CASOS EN QUE SE REQUIERA, SOLICITAN EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE O DE SUS FAMILIARES PARA SU DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Sala de espera. Consulta externa.	1.1.1.1 Los pacientes o su familiar o tutor están enterados de su padecimiento, de los resultados de su evaluación y del plan a seguir.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que el médico tratante informa a satisfacción del paciente acerca de su padecimiento y los beneficios y/o riesgos de su tratamiento. • Si la condición físico-mental del paciente no les permite dar respuesta o conocer esta información; este conocimiento lo tiene el familiar o tutor. 	Entrevista con paciente y/o familiares, o tutor.	Médico.	
Consulta externa. Archivo clínico.	1.1.1.2 En caso de que se realicen procedimientos con fines diagnóstico o de tratamiento, que requieran del consentimiento informado, se cuenta con el formato y está debidamente requisitado.	<ul style="list-style-type: none"> • En los procedimientos clínicos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ De tratamiento inicial para la estabilización de las funciones del paciente grave. ✓ Quirúrgicos ✓ De atención de parto. ✓ De métodos de planificación familiar. ✓ Radiológicos invasivos. ✓ Los que el médico tratante juzgue conveniente • Revisar la existencia del documento de consentimiento informado en los expedientes que se evalúen durante la visita. • Revisar que su llenado sea completo. 	Expediente clínico, entrevista a pacientes y/o familiares.	Médico.	

1.1.2 SE OTORGA UN TRATO DIGNO Y SE RESPETA LA CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA EN LA UNIDAD.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Sala de espera. Dirección.	1.1.2.1 Existe un código de conducta o de ética, propuesto por la propia unidad, o retomado de otra institución, que privilegie la atención al paciente como eje de su misión y que refleje los valores del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la existencia del documento. • Observar que se encuentre visible a los usuarios. • Preguntar a pacientes si lo conocen. • Preguntar al personal médico y de enfermería sobre su contenido. 	Áreas comunes y consultorios. Entrevista a trabajadores.	Médico o enfermera.	

Consulta externa.	1.1.2.2 El proceso de atención garantiza la privacidad y dignidad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • Todo interrogatorio al paciente se realiza únicamente entre médico y paciente o con la intervención de un familiar en caso necesario. • Toda exploración al paciente se realiza bajo normas de respeto y con explicación del procedimiento que se realiza, cuidando descubrir por regiones la zona a explorar. • La exploración del paciente se realiza con su autorización en presencia de personal de apoyo, enfermera o técnico, preferentemente de su propio sexo. 	Manual de procedimientos. Entrevista al paciente o familiar. Entrevista al personal médico y de enfermería.	Médico o enfermera.	
Recepción. Módulo de orientación. Consulta externa. Trabajo Social.	1.1.2.3 Existe un procedimiento de orientación al paciente que facilite el acceso a las instalaciones y servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • Revisar el procedimiento y/o reglamentación de acceso a los servicios de la unidad. • Revisar el cumplimiento de la entrega de formatos e indicaciones destinadas a garantizar una estancia confortable y segura del paciente. • La actitud del personal de orientación es cálida y comprensiva ante las necesidades de información del paciente y/o familiar. 	Manual de procedimientos. Entrevista al paciente o familiar.	Médico o enfermera.	
Recepción. Módulo de orientación. Consulta externa. Trabajo Social.	1.1.2.4 Existe un procedimiento documentado que defina la forma en que se manejan los casos de pacientes psiquiátricos, pediátricos o lesionados .	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • El personal involucrado en la atención conoce y aplica estos procedimientos. 	Manual de procedimientos. Entrevista al personal.	Médico o enfermera.	
Recepción. Consulta externa. Dirección.	1.1.2.5 Existe un procedimiento que define las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto de maltrato o agresión por el personal de la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • El personal involucrado en la atención conoce y aplica estos procedimientos. 	Manual de procedimientos. Entrevista al personal.	Médico o enfermera.	
Dirección. Todos los servicios. Áreas comunes.	1.1.2.6 La unidad cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes; está visible al personal y a los usuarios y se difunde entre los pacientes y sus familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Está difundida o distribuida en toda la unidad. • Se encuentra a la vista del público en general. • Está adaptado para el uso expedito del usuario y se caracteriza por su claridad, facilidad de lectura y accesibilidad. • Investigar el conocimiento de la carta entre la población usuaria. 	Carta de los Derechos. Entrevista a pacientes y familiares. Áreas de acceso a pacientes.	Todos.	

<p>Todos los servicios.</p>	<p>1.1.2.7 La unidad se asegura que todos los trabajadores conocen y aplican, dentro de sus responsabilidades, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en el programa de capacitación, la inclusión de pláticas o cursos al respecto y la lista de asistentes a los cursos realizados. • Verificar en el personal el conocimiento de la carta. 	<p>Programa de capacitación. Entrevista al personal.</p>	<p>Médico o enfermera.</p>	
-----------------------------	---	--	--	----------------------------	--

1.1.3 AL TÉRMINO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, LOS MÉDICOS BRINDAN INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL TRATAMIENTO INSTITUIDO Y CUIDADOS EN EL HOGAR, ASÍ COMO DE LAS CITAS POSTERIORES, SEGÚN EL CASO.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
<p>Consulta externa.</p>	<p>1.1.3.1 El médico tratante o el personal de enfermería autorizado, dan la información necesaria, pertinente y suficiente para los cuidados en el hogar, las indicaciones del tratamiento farmacológico, indicaciones higiénico – dietéticas, exámenes o estudios de seguimiento y fecha de próxima cita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • Constatar que el médico o la enfermera autorizada proporciona la información al paciente y familiares. • Preguntar al personal médico y de enfermería quién proporciona la información al paciente y familiares. 	<p>Expediente clínico. Manual de procedimientos. Entrevista a médico, enfermera, pacientes y familiares.</p>	<p>Médico o enfermera.</p>	

1.2 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.

1.2.1 LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y ESTOMATOLOGÍA TIENEN CAPACIDAD PARA PRESTAR SERVICIOS OPORTUNOS Y DE CALIDAD.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
<p>Consulta externa.</p>	<p>1.2.1.1 Existen y se cumplen los lineamientos establecidos para la organización de la consulta externa incluyendo la de estomatología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • El personal conoce los procedimientos y los aplica. 	<p>Manual de organización. Entrevista al personal.</p>	<p>Médico, enfermera o Administrador.</p>	
<p>Consulta externa.</p>	<p>1.2.1.2 Existen manuales de procedimientos de los principales procesos que se llevan a cabo en el servicio de consulta externa, incluyendo los de la atención estomatológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Están documentados. • Se conocen y aplican por el personal involucrado. • Se lleva registro de sus actividades. 	<p>Manual de procedimientos. Entrevista al personal.</p>	<p>Médico o enfermera.</p>	

Consulta externa.	1.2.1.3 Existe un procedimiento de programación que garantiza que el número de consultorios médicos y odontológicos, así como sus horarios, son suficientes para la atención de la demanda.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Estadísticas del servicio; consultas por día y por médico. 	Manual de procedimientos. Estadísticas de servicio. Programa de consulta externa.	Médico, enfermera o administrador.	
Servicio de Medicina general o familiar.	1.2.1.4 Existe la programación de la consulta externa, especificando consultas diarias, horario y su distribución, según el número de médicos.	<ul style="list-style-type: none"> Existe el programa. El personal responsable de la función aplica los procedimientos. 	Programa de actividades. Hoja diaria de actividades.	Médico o enfermera.	
Servicio de odontología.	1.2.1.5 Existe la programación de la consulta de estomatología, especificando consultas diarias, horario y su distribución, según el número de odontólogos.	<ul style="list-style-type: none"> Existe el programa. El personal responsable de la función aplica los procedimientos. 	Programa de actividades. Hoja diaria de actividades.	Odontólogo o enfermera.	
Consulta externa.	1.2.1.6 Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar y verificar que el 90% de los pacientes esperan menos de 60 minutos en el servicio de consulta externa.	<ul style="list-style-type: none"> Se muestran documentos probatorios de la existencia del sistema Se conoce y se cumple. Se registran las quejas por el incumplimiento de la atención dentro del tiempo indicado; se analizan y corrigen. 	Reporte de incidencias. Entrevista a pacientes y familiares.	Médico, enfermera o administrador.	
Recepción. Consulta externa.	1.2.1.7 Está documentado el mecanismo de referencia y contrarreferencia llevado a cabo por el servicio y los registros son claros.	<ul style="list-style-type: none"> El proceso se encuentra documentado. El personal involucrado conoce y aplica este proceso. Constatar el registro de las actividades del proceso. 	Manual de referencia y contrarreferencia. Entrevista al personal.	Médico, enfermera o administrador.	

1.2.2 LA UNIDAD GARANTIZA LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIOLOGÍA, PROPIOS O SUBROGADOS, DURANTE TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Servicio de laboratorio. Recursos humanos.	1.2.2.1 Cuando haya más de un turno, existe un rol de turnos del personal profesional y técnico para el servicio de laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el rol de turnos y constatar la asistencia de al menos el último mes. 	Roles de turnos. Plantillas de personal. Reporte de asistencias.	Médico, enfermera o administrador.	

Servicio de radiología. Recursos humanos	1.2.2.2 Cuando haya más de un turno, existe un rol de turnos del personal profesional y técnico para el servicio de radiología.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el rol de turnos y constatar la asistencia de al menos el último mes. 	Roles de turnos. Plantillas de personal. Reporte de asistencias.	Médico, enfermera o administrador.	
Servicio de laboratorio. Consulta externa.	1.2.2.3 Existen procedimientos para la solicitud de estudios de laboratorio y recepción de resultados, sea el servicio propio o subrogado.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. Solicitar al personal responsable la descripción verbal de los procedimientos para la solicitud de estudios y recepción de resultados de servicios propios o subrogados. 	Manual de procedimientos. Expediente clínico. Entrevista al personal.	Médico, enfermera o administrador.	
Servicio de radiología. Consulta externa.	1.2.2.4 Existen procedimientos para la solicitud de estudios radiológicos y recepción de resultados, sea el servicio propio o subrogado.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. Solicitar al personal responsable la descripción verbal de los procedimientos para la solicitud de estudios y recepción de resultados de servicios propios o subrogados. 	Manual de procedimientos. Expediente clínico. Entrevista al personal.	Médico, enfermera o administrador.	
Laboratorio.	1.2.2.5 Existe un procedimiento para resolver los casos en que no se pueda realizar algún tipo de estudio dentro del servicio de laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Existe un responsable designado por turno para la realización del enlace requerido. Existe un listado de los servicios de los que carece la unidad. Existe un directorio de proveedores y tipo de servicios que ofrecen. 	Manual de procedimientos. Directorio de proveedores.	Médico. Enfermera o administrador.	
Servicio de radiología.	1.2.2.6 Existe un procedimiento para resolver los casos en que no se pueda realizar algún tipo de estudio dentro del servicio de radiología.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Existe un responsable designado por turno para la realización del enlace requerido. Existe un listado de los servicios de los que carece la unidad. Existe un directorio de proveedores y tipo de servicios que ofrecen. 	Manual de procedimientos. Directorio de proveedores.	Médico. Enfermera o administrador.	

1.2.3 LA UNIDAD CUENTA CON CONTROLES INTERNOS Y EXTERNOS DE CALIDAD EN LAS ÁREAS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Dirección. Servicio de laboratorio.	1.2.3.1 Se cuenta con la NOM para la organización y funcionamiento del laboratorio y es conocida por el personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la existencia de la norma. • Verificar que el personal la conoce. 	NOM. Entrevista al personal.	Médico, enfermera o administrador.	
Dirección. Servicio de radiología.	1.2.3.2 Se cuenta con las NOM para la instalación, responsabilidades sanitarias, seguridad y especificaciones técnicas del servicio de radiología y son conocidas por el personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la existencia de las normas. • Verificar que el personal las conoce. 	NOMs Entrevista al personal.	Médico, enfermera o administrador	
Administración. Servicio de laboratorio.	1.2.3.3 La unidad cuenta con un proceso definido para la evaluación periódica de la calidad del servicio de laboratorio propio o subrogado.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar los manuales de procedimientos para la monitoría de calidad del servicio, propio o subrogado. • La monitoría se realiza al menos cada 6 meses e incluye: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de verificaciones. ✓ Monitoría de calidad a equipo y resultados. ✓ Responsable de realizarlas. • Verificar bitácoras y contratos. 	Manual de procedimientos. Procedimientos específicos de evaluación de calidad. Reportes.	Médico, enfermera o administrador	
Administración. Servicio de radiología.	1.2.3.4 La unidad cuenta con un proceso definido para la evaluación periódica de la calidad del servicio de radiología propio o subrogado.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar los manuales de procedimientos para la monitoría de calidad del servicio propio o subrogado. • La monitoría se realiza al menos cada 6 meses e incluye: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de verificaciones. ✓ Monitoría de calidad a equipo y resultados. ✓ Responsable de realizarlas. • Verificar bitácoras y contratos. 	Manual de procedimientos. Procedimientos de evaluación de calidad. Reportes.	Médico, enfermera o administrador	

1.2.4 LA UNIDAD CUENTA CON PROCEDIMIENTOS PARA EVALUAR QUE EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA PROPIO, ES CAPAZ DE PRESTAR UN SERVICIO OPORTUNO Y DE CALIDAD.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Servicio de radiología.	1.2.4.1 Existen protocolos específicos de los estudios que se realizan en el servicio de radiología.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. El personal los conoce. El personal los aplica. Cuando se realizan estudios invasivos, los protocolos señalan la conducta a seguir cuando se presentan complicaciones. 	Manual de procedimientos. Entrevista al personal.	Médico o enfermera.	
Servicio de radiología.	1.2.4.2 Existe un procedimiento que defina el tiempo de respuesta oportuna a las solicitudes de estudios de radiología.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Se cumple. 	Manual de procedimientos. Entrevista al personal.	Médico o enfermera.	
Servicio de radiología.	1.2.4.3 Existe un procedimiento que garantice la entrega oportuna de los resultados de los estudios radiológicos al servicio que lo solicitó.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Constatar el cumplimiento de por lo menos tres reportes de tres diferentes días. 	Manual de procedimientos. Expediente clínico.	Médico o enfermera.	
Servicio de radiología. Dirección.	1.2.4.4 Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar y verificar que el 90% de los pacientes esperan un máximo de 60 minutos en el servicio de radiología.	<ul style="list-style-type: none"> Se muestran documentos probatorios de la existencia del sistema. Se conoce y se cumple. 	Entrevista a paciente y familiares. Expediente del servicio.	Médico o enfermera.	

1.2.5 LA UNIDAD ESTABLECE PROCEDIMIENTOS PARA VERIFICAR INTERNAMENTE QUE EL LABORATORIO CLÍNICO PROPIO O SUBROGADO TIENE LA CAPACIDAD DE PRESTAR UN SERVICIO OPORTUNO Y DE CALIDAD.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Laboratorio.	1.2.5.1 Existen protocolos específicos de los estudios de laboratorio clínico que se realizan.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. El personal los conoce. El personal los aplica. 	Manual de procedimientos. Entrevista a personal.	Médico o enfermera.	
Laboratorio.	1.2.5.2 Existe un procedimiento que defina el tiempo de respuesta oportuna a las solicitudes de estudios de laboratorio.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Se cumple. 	Manual de procedimientos. Expediente clínico.	Médico o enfermera.	

Laboratorio.	1.2.5.3 Existe un procedimiento para garantizar que los reportes de los estudios contengan: datos de identificación del paciente, nombre y firma del responsable, y fecha de elaboración.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Constatar el cumplimiento en por lo menos tres reportes de tres diferentes días. 	Manual de procedimientos. Expediente clínico.	Médico o enfermera.	
Laboratorio Dirección.	1.2.5.4 Se cuenta con un proceso confiable y estadístico que permita analizar y verificar que el 90% de los pacientes esperan un máximo de 60 minutos en el servicio de laboratorio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Se cumple. 	Entrevista a pacientes y familiares. Expediente del servicio.	Médico y enfermera.	

1.3 EXPEDIENTE CLÍNICO.

1.3.1 LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS SE INTEGRAN CONFORME A LA NOM-168-SSA1-1998. ESTE ES LEGIBLE, ORDENADO Y COMPLETO. EVALUACIÓN DE CUANDO MENOS 10 EXPEDIENTES.

Los conceptos que se califican por cada expediente, son los correspondientes a las especificaciones del estándar, mismas que se señalan con un dígito en la primera columna, cuyo contenido se expresa en la segunda; la calificación que se otorga será de 0 a 4 de acuerdo al grado de cumplimiento o NA y se anota en el cruce de esta fila con la columna de cada expediente.

Estas calificaciones se suman y se registran en la columna de total; la calificación del estándar será el resultado de dividir este total entre el número de expedientes calificados en este concepto. Finalmente, la calificación global de cada estándar resulta de la división de la suma de las calificaciones de sus especificaciones entre el número de las mismas y se anota en la celda remarcada de la última columna.

No.	CONCEPTOS DE LA NOM-168-SSA1-1998	CALIFICACIÓN											
		Diabetes		Hipertensión		Atención prenatal		Enf. diarreica		Infecc. respiratoria		Total	Calif.
		Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	Exp. 4	Exp. 5	Exp. 6	Exp. 7	Exp. 8	Exp. 9	Exp. 10		
	1.3.1.1 Registro de la información												
1	La información que se registra es legible y sin abreviaturas.												
	1.3.1.2 Datos Generales.												
1	Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.												
2	Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.												

1.3.1.3 Historia Clínica o nota inicial.												
1	Interrogatorio. Deberá contener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, personales patológicos y no patológicos, hábito tabáquico, alcohólico y adicciones; padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas.											
2	Exploración física. Deberá tener como mínimo: hábitos exterior, signos vitales, (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.											
3	Resultados de estudios de laboratorio, gabinete y otros.											
4	Diagnósticos y problemas clínicos.											
1.3.1.4 Notas subsecuentes.												
1	Evolución y actualización del cuadro clínico											
2	Signos vitales.											
3	Resultados de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.											
4	Diagnósticos.											
5	Tratamiento e indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad.											
1.3.1.5 Nota de referencia/traslado.												
1	Establecimiento que envía.											
2	Establecimiento receptor.											

3	Resumen clínico que incluye como mínimo: motivo de envío, impresión diagnóstica, terapéutica empleada, si la hubo.												
	1.3.1.6 Cartas de consentimiento bajo información.												
1	Nombre de la institución a la que pertenece el establecimiento.												
2	Nombre o razón social a la que pertenece el establecimiento.												
3	Título del documento.												
4	Lugar y fecha en que se emite.												
5	Acto autorizado.												
6	Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.												
7	Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.												
8	Nombre completo y firma de los testigos y del médico que informa.												

1.3.2 EN LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE LA CONSULTA EXTERNA, SE REGISTRAN LOS INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA EFECTIVA BÁSICOS PARA LAS SIGUIENTES ENTIDADES CLÍNICAS:

Los conceptos que se califican por cada expediente, son los correspondientes a las especificaciones del estándar, mismas que se señalan con un dígito en la primera columna, cuyo contenido se expresa en la segunda. La calificación se anotará con una **X** en el cuadro correspondiente al cruce del estándar, con la columna de cumple **C** o no cumple **NC**, según el resultado de la evaluación. La calificación del estándar (renglón achurado), será igual al número de calificaciones **C** por 4 entre la resultante del número de especificaciones del estándar multiplicada por 2.

1.3.2.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2		Expediente 1		Expediente 2		CALIF
Sólo a expedientes de pacientes subsecuentes.		C	NC	C	NC	
	Registro en el expediente de:					
1	Peso en última consulta.					
2	Tensión arterial en última consulta.					
3	Solicitud de glucemia en los últimos 3 meses.					
4	Glucemia de 140 mg o menos en los últimos 3 meses.					
5	Revisión de pies en los últimos 3 meses.					
1.3.2.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA		Expediente 3		Expediente 4		CALIF
Sólo a expedientes de pacientes subsecuentes.		C	NC	C	NC	
	Registro en el expediente de:					
1	Tensión arterial en última consulta.					
2	Peso en última consulta.					
3	Tensión arterial menor de 140/90 en los últimos 3 meses.					
1.3.2.3 ATENCIÓN PRENATAL		Expediente 5		Expediente 6		CALIF
Sólo a expedientes de pacientes subsecuentes.		C	NC	C	NC	
	Registro en el expediente de:					
1	Peso en la última nota.					
2	Tensión arterial en última nota.					
3	Foco fetal en la última nota.					
4	Examen general de orina en alguna de las 3 primeras notas.					
1.3.2.4 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS		Expediente 7		Expediente 8		CALIF
Registro en el expediente de:		C	NC	C	NC	
1	Evaluación clínica del estado de hidratación en la última nota.					
2	Prescripción de plan de hidratación congruente con diagnóstico de la última nota.					
3	Prescripción de continuar con la alimentación habitual del menor en la última nota.					
4	Orientación al cuidador sobre signos de alarma y/o referencia en la última nota.					
1.3.2.5 INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE CINCO AÑOS		Expediente 9		Expediente 10		CALIF
Registro en el expediente de:		C	NC	C	NC	
1	Evaluación de la frecuencia respiratoria en la última nota.					
2	Identificación de datos clínicos de infección de vías respiratorias bajas en la última nota.					

3	Orientación al cuidador para identificación oportuna de dificultad respiratoria y/o signos de alarma en la última nota.					
---	---	--	--	--	--	--

1.4 ATENCIÓN DE URGENCIAS.

1.4 1 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS, EN LOS QUE SE CONSIDERE LA REFERENCIA EXPEDITA Y SEGURA DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD CON CAPACIDAD DE RESPUESTA.

	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFI-CACIÓN
Urgencias.	1.4.1.1 Existe y se conoce el procedimiento que señale las actividades a realizar al recibir a pacientes con lesiones o problemas de salud que pongan en riesgo su vida.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El procedimiento contiene al menos: valoración y tratamiento inicial, preparación para el traslado; definición para establecer el contacto con ambulancia o medios para el traslado y define la capacidad resolutive del hospital de referencia. El personal lo conoce y aplica. 	Manual de procedimientos. Entrevista al personal involucrado.	Médico.	
Urgencias.	1.4.1.2 Existe un procedimiento mediante el cual se realiza la referencia de un paciente cuando se rebasa la capacidad resolutive de la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Verificar la existencia y vigencia del listado de opciones para referir a los pacientes que no puedan ser atendidos en la unidad. El listado contiene nombres, direcciones y teléfonos de hospitales cercanos. 	Manual de procedimientos. Listados. Entrevista.	Médico o enfermera.	

1.5. CONSULTA EXTERNA.

1.5.1 LA UNIDAD CUENTA CON PROCESOS PARA QUE EL MANEJO DEL PACIENTE SE REALICE A TRAVÉS DE LA ESTRECHA COLABORACIÓN Y EFICIENTE COORDINACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE SALUD REQUERIDOS PARA CADA CASO.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFI-CACIÓN
Consulta externa. Servicios auxiliares de diagnóstico.	1.5.1.1 Existen el procedimiento que asegura la respuesta oportuna de los integrantes del equipo de salud de cada servicio, requerida para el manejo adecuado del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. Constatar a través de formatos de comunicación, registros de solicitudes, notas médicas, etc., la oportunidad de la respuesta y la colaboración del equipo multidisciplinario. Entrevistar al personal médico, de enfermería y técnico de los servicios de apoyo. 	Manual de procedimientos, catálogo de funciones. Expediente clínico. Entrevista.	Médico o enfermera.	

1.5.2 REALIZAR PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS CON LA MAYOR SEGURIDAD PARA EL PACIENTE, CONGRUENTE CON LOS ESTÁNDARES DE LA PRÁCTICA MÉDICA.

Dirección. Consulta externa.	1.5.2.1 Existen un sistema implantado internamente o por el nivel organizativo superior, para la evaluación periódica y sistemática de los expedientes clínicos y de los resultados de la atención proporcionada.	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • El personal involucrado conoce el proceso. • Solicitar los reportes que demuestren los resultados periódicos del sistema. 	Manual de procedimientos. Reportes de evaluación. Entrevista al personal.	Médico o enfermera	
---------------------------------	---	---	---	--------------------	--

2 FUNCIONES DE APOYO A LA ATENCIÓN.

2.1 GERENCIA ENFOCADA EN CALIDAD.

2.1.1 EL CUERPO DE GOBIERNO FACILITA Y SE INVOLUCRA EN EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS QUE APOYAN EL CRECIMIENTO ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACION
Dirección. Departamento de calidad	2.1.1.1 Se encuentran definidos misión, visión y valores. Existe un proceso mediante el cual se redefinen y replantean éstos, considerando las modificaciones del entorno.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar los documentos donde se describen la misión, visión y valores de la organización. • Preguntar al personal acerca de la misión, visión y valores de la unidad. • Verificar su conocimiento. 	Programa de la unidad. Entrevista con el trabajador.	Todo el equipo.	
Dirección. Recursos Humanos	2.1.1.2 El diseño organizacional de cada servicio o departamento está acorde con la misión, visión, objetivos y metas cuantificables.	<ul style="list-style-type: none"> • El diseño organizacional de cada servicio o departamento, cuenta con los puestos de mando necesarios para atender a esa área. • Los responsables designados para cada puesto de mando, tienen nombramiento y son reconocidos por sus subalternos. 	Manual de organización. Expedientes de personal.	Todo el equipo.	
Dirección. Epidemiología y estadística.	2.1.1.3 Existen procedimientos diseñados para recolectar, analizar y utilizar la información clínica y epidemiológica para el desarrollo de calidad y eficiencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que la información clínica y epidemiológica se utilice en las sesiones de los comités específicos. • Verificar que la información se utilice para la planeación y detección de necesidades de mejora en la atención médica. 	Reportes del Comité de Calidad. Expedientes de servicios.	Médico y enfermera.	
Dirección.	2.1.1.4 Existe un proceso para evaluar sistemáticamente la gerencia clínica de la unidad con base en criterios de calidad y eficiencia y a través de diversos métodos de auditoría y monitorización de indicadores y procesos rastreadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Se monitoriza al menos bimestralmente: ✓ La oportunidad de la atención en todo tipo de servicio ofrecido. ✓ Implantación y seguimiento de guías clínicas. ✓ Satisfacción del usuario. ✓ Capacidad en resolución de quejas. ✓ Calidad de la atención. 	Informes de la Dirección. Reportes de los Comités. Manual de procedimientos.	Todo el equipo.	

Dirección y Administración.	2.1.1.5 Existe un proceso para evaluar sistemáticamente la gerencia administrativa de la unidad con base en criterios de calidad y eficiencia y a través de diversos métodos de auditoría y monitorización de indicadores y procesos rastreadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Se monitoriza al menos bimestralmente: ✓ La oportunidad en la asignación de recursos humanos, financieros o físicos, acordes con la planeación estratégica y/o los requerimientos surgidos de cambios significativos del entorno. ✓ La medición de la productividad por servicio o departamento. ✓ Actualización de inventarios. ✓ Apoyo en la implantación de la cultura para la optimización de los recursos. 	<p>Informes de la Dirección. Reportes del Comité de Calidad. Manual de organización. Entrevista al personal.</p>	Todo el equipo.	
Dirección.	2.1.1.6 Hay un procedimiento que aporta la evidencia de que el director da seguimiento al sistema de evaluación de la satisfacción y a las quejas y sugerencias de los pacientes y del personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Se muestran los documentos que avalan el conocimiento del directivo de mayor rango de dichas quejas y sugerencias. • Existe documentación de los casos donde ha realizado acciones directas para atender quejas o sugerencias. 	<p>Reportes del Comité de Calidad. Manual de procedimientos. Entrevista al personal.</p>	Todo el equipo.	

2.2.PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO.

2.2.1 LA UNIDAD CUENTA CON MANUALES DE PROCEDIMIENTOS Y REGLAMENTOS QUE REGULEN LA COMPETENCIA, LOS DERECHOS Y LAS OBLIGACIONES DEL PERSONAL DE LA UNIDAD.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Administración y Recursos humanos	2.2.1.1 Existen políticas, normas, reglamentos y estatutos que guían las actividades de atención al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar los documentos donde se establecen las políticas, normas, reglamentos y estatutos que guían las actividades de atención. Deben incluir: ✓ Derechos y responsabilidades. ✓ Procedimientos para señalar incumplimiento y rescisión de contrato. • Preguntar a algunos miembros del personal, si conocen dichos reglamentos, normas o políticas. 	<p>Condiciones generales de trabajo. Contratos colectivos. Código de funciones. Entrevistas.</p>	Administrador.	
Dirección y Recursos humanos.	2.2.1.2 Existe un proceso que garantiza que todo médico que trata pacientes ha sido autorizado formalmente después de un proceso de "revisión de credenciales".	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • Solicitar la documentación de aceptación por parte de las autoridades competentes. • Constatar la existencia de documentación personal de dichos médicos. 	<p>Plantilla y expedientes de personal.</p>	Administrador.	

2.3 RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS (RPBI).

2.3.1 LA UNIDAD CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS QUE ESTABLECE LA NORMATIVIDAD APLICABLE, PARA LA SEPARACIÓN, ENVASADO, ALMACENAMIENTO, RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RPBI QUE SE GENERAN EN EL ESTABLECIMIENTO.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Dirección y Administración.	2.3.1.1 Existe un proceso que asegura el cumplimiento de la normatividad.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Contrato de servicios con agencia autorizada para eliminación de desechos. Insumos necesarios para la separación correcta de los desechos. Ruta de RPBI. Almacén o depósito temporal de RPBI. Horario de recolección establecido y su cumplimiento. 	Convenio. Bitácora. Informe periódico de recolección. Manual de procedimientos. Entrevista.	Administrador.	
Dirección, Administración.	2.3.1.2 La unidad tiene un proceso para garantizar que su personal ha recibido capacitación sobre el manejo de los RPBI.	<ul style="list-style-type: none"> El personal responsable del control de los RPBI, ha sido capacitado para el manejo y separación de desechos. Éste personal cumple con la separación y disposición de los desechos. El resto del personal está informado. 	Constancias de capacitación o reporte de la misma. Visitas. Entrevistas.	Administrador.	
Dirección y Administración.	2.3.1.3 Existen procesos para monitorizar la calidad del agua que se utiliza en la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> Existen documentos que avalan la verificación periódica de contaminantes en el agua. 	Expediente de reportes de resultados.	Administrador.	

2.4 SEGURIDAD E HIGIENE

2.4.1 LA UNIDAD CUENTA CON UN COMITÉ DE PROTECCIÓN CIVIL Y UN COMITÉ DE SEGURIDAD E HIGIENE QUE DEFINEN LOS PROCESOS DE RESPUESTA ANTE SINIESTROS EN INCENDIOS, TERREMOTOS, INUNDACIONES, ETC., EN TODOS LOS SERVICIOS Y DEPARTAMENTOS DE LA UNIDAD, INCLUIDAS LAS RUTAS PARA EVACUACIÓN DE PACIENTES Y DE PERSONAL.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Dirección y Administración.	2.4.1.1 La unidad ha constituido ambos comités y éstos sesionan periódicamente.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar las actas constitutivas. Solicitar minutas. Verificar el seguimiento de las recomendaciones y acciones. El Programa de Protección Civil tiene el aval de la autoridad administrativa competente. 	Actas y minutas de los comités. Programas. Informes de actividades.	Administrador.	
Dirección y Administración.	2.4.1.2 Existe un programa general para responder ante siniestros y desastres naturales.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el programa, que debe incluir los lineamientos generales de respuesta ante siniestros, desastres naturales y otras contingencias. 	Programa de trabajo.	Administrador.	
Dirección y Administración.	2.4.1.3 Los miembros del personal se han capacitado sobre temas relacionados con el ambiente seguro, siguiendo los lineamientos del programa general de respuesta ante siniestros.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar los listados de asistentes a la capacitación de respuesta ante siniestros. Verificar que todo el personal haya recibido adiestramiento. 	Constancias o registros de capacitación. Informes de prácticas.	Administrador.	
Dirección y Administración.	2.4.1.4 Se encuentra documentada la realización de simulacros con frecuencia por lo menos anual, para responder ante siniestros.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar la bitácora de simulacros de evacuación. Preguntar al personal la fecha de su participación más reciente en un simulacro. 	Bitácora e informes de simulacros. Entrevista.	Administrador.	
Dirección y todas la áreas	2.4.1.5 Existen procedimientos para garantizar que el equipo contra incendios es suficiente y se encuentra en buen estado en cada área de la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> Observar que exista equipo contra incendios en todas las áreas. Checar la fecha de recargo y caducidad de algunos de los extintores. Programa de la revisión del equipo contra incendios, que debe ser cuando menos anual. 	Registros de mantenimiento y recarga. Recorridos.	Administrador.	
Todo el edificio.	2.4.1.6 Existen instrucciones visibles para el uso de elevadores, rutas de evacuación en escaleras y en las áreas de mayor circulación de personal o visitantes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar que la señalización de elevadores y escaleras en las áreas de mayor circulación de personal o visitantes sea visible. Las indicaciones son claras y explícitas. Verificar que existen áreas de seguridad y estén debidamente señalizadas. Verificar que exista la ruta de evacuación debidamente señalizada y sin obstáculos. 	Recorridos.	Administrador.	

2.5 LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO.

2.5.1 LA UNIDAD HA ESTABLECIDO ACCIONES PARA SER UNA UNIDAD LIBRE DE HUMO.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Dirección y Administración.	2.5.1.1 Existe un mecanismo para la vigilancia de la aplicación del Reglamento de áreas libres de humo de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Se debe contar con un responsable. 	Reglamento. Normas y lineamientos de la unidad.	Todo el equipo.	
Todas la áreas de la unidad.	2.5.1.2 Hay señalamientos tanto en áreas de atención al público como internas de la unidad en que se establece la prohibición de fumar.	<ul style="list-style-type: none"> Constatar la existencia de señalamientos. 	Verificación de áreas.	Todo el equipo	

2.6 PROGRAMAS DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD.

2.6.1 LA UNIDAD CUENTA CON UN COMITÉ DE CALIDAD, CUYAS ACCIONES ESTÁN ALINEADAS CON SU PLAN ESTRATÉGICO Y CON LAS NECESIDADES DE MEJORA PRIORITARIAS.

LUGAR DE VERIFICACIÓN	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACIÓN
Dirección.	2.6.1.1 El Comité de Calidad está integrado.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Los integrantes pertenecen a áreas clínicas y administrativas. Sesionan periódicamente. 	Actas o programa y minutas del comité.	Médico y administrador.	
Dirección.	2.6.1.2 El Comité de Calidad ha implantado indicadores de proceso y de resultado en cada servicio o área de la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Existen reportes al menos bimestrales de los procesos en monitorización. 	Manual de indicadores.	Médico y administrador.	
Dirección y Departamento de Calidad.	2.6.1.3 Se realizan sesiones conjuntas entre el Comité y el personal de la unidad y se discuten conjuntamente las oportunidades de mejora y control de las actividades críticas.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Existen minutas levantadas. ✓ Seguimiento de acuerdos. 	Minutas de trabajo.	Administrador, médico y enfermera.	
Dirección y Departamento de Calidad.	2.6.1.4 Hay evidencia de comunicación de resultados y conclusiones a directivos y difusión al personal involucrado, de las acciones de cada proceso.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal de las diferentes áreas, puede confirmar dichos resultados. 	Reportes e informes. Entrevista.	Administrador, médico y enfermera.	

Dirección	2.6.1.5 Existe evidencia escrita de que las acciones iniciadas han contribuido al mejoramiento de la calidad de los procesos.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Es posible determinar que dichas acciones responden a la necesidad y oportunidad de mejora. 	Minutas de trabajo. Reportes e informes. Entrevista.	Administrador, médico y enfermera.	
Dirección	2.6.1.6 Existe un proceso que agrupa y sintetiza las quejas ocurridas en cualquiera de los servicios de la unidad, asegura su seguimiento y resolución de manera satisfactoria para el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Revisar el funcionamiento del proceso. Revisar el seguimiento de las quejas recibidas en el último mes. 	Minutas de trabajo. Reportes de quejas. Entrevista.	Administrador, médico y enfermera.	
Dirección.	2.6.1.7 Los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario son analizados y utilizados por el cuerpo de gobierno y el comité de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Es posible comprobar que el análisis de estos resultados generan propuestas de mejora y que éstas se aplican. 	Reportes de resultados. Minutas	Administrador, médico y enfermera.	

3. PROCESO PARA LA MEDICIÓN Y OBTENCIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS.

3.1 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

3.1.1. ESTADÍSTICAS.- CONTAR CON UN RESPONSABLE CALIFICADO PARA EL MANEJO Y PROCESO DE ESTADÍSTICAS.		CALIFICACIÓN
3.1.1.1	El responsable de las estadísticas, cuenta con los manuales o procedimientos que le permitan la elaboración de indicadores y la obtención de sus resultados.	
3.1.1.2	Los resultados se entregan mensualmente a los responsables de servicio, comités y cuerpo de gobierno.	
3.1.1.3	Se cuenta con los estándares, de acuerdo a valores institucionales o nacionales.	
3.1.1.4	Se informa sistemáticamente a los responsables de los servicios, comités y al cuerpo de gobierno, de las estadísticas y se enfatiza cuando los indicadores tienen valores fuera de los estándares.	

3.1.2. USO DE INDICADORES.		CALIFICACIÓN
3.1.2.1	El cuerpo de gobierno, el comité correspondiente y los jefes de servicio analizan y usan los indicadores de resultados, para establecer estrategias de modificación a los procesos o programas.	
3.1.2.2	Se promueven acciones de mejora o cambios en los procesos, de acuerdo a los resultados de los indicadores.	