



CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MÉDICA

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

LISTA DE COTEJO PARA AUDITORES

FECHA: _____

ESTABLECIMIENTO: _____

AUDITORES: _____

FREM – 0304

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.

INTRODUCCIÓN

Ponderación de los Estándares.

La ponderación fue otorgada con base a 4 niveles, que determinan la relación del contenido del estándar, con la garantía de seguridad para la rehabilitación 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 4 y el de menor nivel de relación con la seguridad del paciente, el valor 1.

Niveles.

PONDERACION	SIGNIFICADO	TOTAL
1	Evalúa la percepción del paciente del servicio que se le otorga	1
2	Evalúa la percepción de la familia o trabajador del servicio que se proporciona.	8
3	Evalúa la existencia de procesos relacionados con el mantenimiento y la conservación de equipos e instalaciones requeridos para la ejecución de procesos de atención.	67
4	Evalúa la existencia de procesos relacionados directamente con el diagnóstico, manejo, tratamiento y rehabilitación del paciente.	22
	Total	98

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. No existe documentado el proceso.
1. El proceso existe documentado, pero su ejecución es poco sistemática y desarticulada, porque el personal no lo conoce, ni sabe donde se encuentra descrito. Se aplica básicamente de forma reactiva, no preventiva ni controlada. No se registra información sobre su ejecución ni de sus resultados.
2. El proceso existe documentado, pero su aplicación no es sistemática y aun 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 casi consistente y se aplica proactivamente. 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 los procesos de mejora.

Conformación del Documento.

Este documento contiene los estándares de procesos y resultados, que utilizan y califican los evaluadores institucionales durante la visita a la unidad, plasmados en un formato de seis columnas, las cuales describen lo siguiente:

- ✓ En la primera columna se señala el lugar a visitar por alguno de los miembros del equipo evaluador.
- ✓ La segunda describe la especificación del estándar a evaluar.
- ✓ La tercera define el o los procedimientos a seguir por el evaluador para calificar la especificación del estándar.
- ✓ La cuarta columna enumera las fuentes que permiten al evaluador revisar u obtener la información para verificar el estándar.
- ✓ La quinta columna identifica el personaje del equipo evaluador que puede hacer la verificación del estándar.
- ✓ La sexta columna corresponde al espacio en el cual el evaluador pondrá la calificación correspondiente con el rango de 0 a 4. (**Únicamente se puede asentar un sólo valor**).

Ningún estándar podrá dejarse en blanco, es decir sin calificación o anotación. Cuando la unidad hospitalaria no otorgue un servicio, el estándar correspondiente deberá especificarse por el evaluador como **No Aplica**.

II. FUNCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

II.1 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

II.1.1 AL INGRESAR LOS PACIENTES LOS MÉDICOS DEBERAN DAR INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE SU PADECIMIENTO, DE TODO PROCEDIMIENTO MÉDICO A SEGUIR Y EN TODOS LOS CASOS SE SOLICITARÁ EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O DE SUS FAMILIARES PARA SU TRATAMIENTO.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACION
Admisión o Consulta Externa	II.1.1.1 Los pacientes están enterados del motivo de su ingreso al servicio y plan a seguir.	<ul style="list-style-type: none"> El médico tratante informa a satisfacción del paciente acerca de su padecimiento y de los beneficios y riesgos que tiene al ser ingresado para su programa de rehabilitación. Si la condición psicofísica del paciente no les permite dar respuesta o conocer esta información, este conocimiento debe existir en el familiar o tutor autorizado. 	Entrevista con paciente o familiares, o ambos	Médico.	
Admisión o Consulta Externa	II.1.1.2 Existe un procedimiento para la admisión del paciente a hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> El procedimiento se encuentra documentado. El médico tratante informa a satisfacción del paciente acerca de su padecimiento y de los beneficios y/o riesgos que tiene al ser ingresado para su programa de rehabilitación El personal involucrado conoce y aplica este procedimiento. 	Entrevista al personal involucrado Manual de organización y procedimientos	Médico, enfermera o Administrador.	
Admisión o Consulta Externa	II.1.1.3 Existen formatos de consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> Revisar la existencia del documento de "Consentimiento informado" en todos los expedientes que se evalúen durante la visita y en la calificación de expediente clínico. El formato contiene: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fecha. ✓ Datos generales completos del paciente. ✓ Firma del paciente o responsable y al menos un testigo. Constatar en el formato y con los pacientes/familiares el conocimiento de las posibles secuelas o complicaciones y pronóstico en relación con su motivo de ingreso asentado en el formato. Preguntar a cinco pacientes y familiares cuándo y cómo se le solicitó la firma en el documento de consentimiento informado. 	Expediente clínico, entrevista a pacientes y familiares.	Médico.	

II.1.2 SE OTORGA UN TRATO DIGNO Y SE RESPETA LA CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA EN LA UNIDAD.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACION
Dirección	II.1.2.1 Existe un código de ética, propuesto por la propia unidad, o retomado de alguna otra institución nacional o extranjera, que privilegie la atención al paciente como eje de su misión.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la existencia del documento. Confirmar que se encuentra visible a los usuarios una síntesis documental Investigar con los pacientes si lo conocen. Comprobar que el personal médico, de enfermería y equipo multidisciplinario involucrado en el proceso lo conozcan 	Áreas públicas, urgencias y hospitalización, si la hay. Entrevista a trabajadores.	Médico o enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACION
Consulta o servicios	II.1.2.2 El proceso de atención garantiza la privacidad y dignidad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Todo interrogatorio se realiza entre médico y paciente en presencia de un familiar o personal de apoyo, salvo que el paciente autorice lo contrario. Toda exploración al paciente se realiza bajo normas de respeto, explicación y aclaración de dudas y cuidando descubrir sólo la zona a explorar. La exploración de marcha y postura se realiza siempre con una bata que permita la evaluación adecuada La exploración de pacientes pediátricos, psiquiátricos o inconscientes deberá realizarse en presencia de un familiar adulto de preferencia del mismo sexo del paciente 	Entrevista al paciente o familiar. Manual de procedimientos Entrevista al personal médico y de enfermería.	Médico o enfermera.	
Admisión o Consulta externa	II.1.2.3 Existe un procedimiento para la admisión del paciente que garantice la preparación para su tratamiento de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Revisar la realización de la inducción del paciente y familiar a la reglamentación de la unidad. Revisar el cumplimiento de la entrega de formatos e indicaciones destinadas a garantizar una atención expedita La actitud del personal de admisión debe ser atenta, oportuna y orientadora. 	Entrevista al paciente o familiar y a personal de admisión, trabajo social y enfermería. Manual de procedimientos	Médico o enfermera.	
Admisión, o diversos servicios	II.1.2.4 Existe un procedimiento que especifique cómo se llevará a cabo el resguardo de los objetos personales de los pacientes en los tratamientos que así lo requieran	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Preguntar a los pacientes cómo se lleva a cabo el resguardo de sus objetos personales, cuando deben ser dejados para recibir algún tratamiento. 	Entrevista al personal de admisión, trabajo social y enfermería y al paciente o familiar. Manual de procedimientos	Médico o enfermera.	
Admisión o Consulta externa	II.1.2.5 Existe un procedimiento que define la forma en que se obtendrá la autorización de los familiares en los casos de pacientes psiquiátricos, pediátricos o en estado inconsciente	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Todo el personal involucrado en la atención debe conocer y aplicar estos procedimientos. 	Manual de procedimientos Entrevista al personal.	Médico o enfermera.	
Admisión o Consulta externa	II.1.2.6 Existe un procedimiento que define las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal involucrado con la atención conoce y aplica estos procedimientos. Registro de Incidencias. 	Manual de procedimientos Entrevista al personal.	Médico o enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Admisión o servicios	II.1.2.7 Existe un procedimiento que establece cómo actuar en casos donde algún paciente se torne agresivo, violento o con problemas psiquiátricos.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal involucrado con la atención conoce y aplica estos procedimientos. Bitácora o registros 	Manual de procedimientos Entrevista al personal.	Médico o enfermera.	
Toda la unidad	II.1.2.8 La unidad cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está accesible al público usuario.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentada la versión completa en el área responsable de su aplicación. Se encuentra a la vista del público en general un resumen. Está adaptado para el uso expedito del usuario y se caracteriza por su claridad, facilidad de lectura y accesibilidad. 	Áreas de acceso a pacientes y Carta de los Derechos Generales del Paciente.	Todos.	
Toda la unidad	II.1.2.9 La unidad se asegura que todos los trabajadores conocen y aplican, dentro de sus responsabilidades, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el programa de capacitación, la programación de una plática o curso al respecto, o en su defecto identificar la metodología que se aplique al respecto. Solicitar la lista de asistentes a las capacitaciones mencionadas, así como sus respectivas evaluaciones. Verificar con la población trabajadora el conocimiento de dicha carta. 	Entrevista a prestadores de servicios.	Médico y enfermera.	
Toda la unidad	II.1.2.10 La unidad difunde la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, entre la población usuaria, especialmente a los pacientes y sus familiares.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar que en el programa de trabajo del área responsable, se encuentren descritas las actividades de difusión a los pacientes y familiares. Investigar el conocimiento de la carta mencionada entre la población usuaria. 	Entrevista a pacientes y familiares.	Médico.	

II.1.3 LOS MÉDICOS BRINDAN AL PACIENTE, AL FINAL DE SU TERAPIA, INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE SU TRATAMIENTO Y CUIDADOS A SEGUIR EN EL HOGAR, ASÍ COMO DE LAS CITAS POSTERIORES, SEGÚN EL CASO.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Servicios o consulta externa	II.1.3.1 El médico tratante o el personal autorizado, dan la información necesaria, pertinente y suficiente por escrito para cuidados en el hogar, continuación del tratamiento rehabilitatorio, medicamentoso, indicaciones higiénico – dietéticas, exámenes o estudios de seguimiento y fecha de próxima cita.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Constar que el médico o técnico autorizado proporciona la información al paciente y familiares. Preguntar al personal médico y técnico quién proporciona la información al paciente y familiares. Debe entregarse por escrito e incluir, según el caso las especificaciones citadas antes. 	Entrevista a médico y técnicos. Expediente clínico. Manual de procedimientos	Médico o enfermera.	

II.2 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.

II.2.1 LOS SERVICIOS DE CONSULTA DEBEN TENER CAPACIDAD PARA PRESTAR SERVICIOS OPORTUNOS Y DE CALIDAD.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Consulta externa	II.2.1.1 Existe un programa anual de Consulta Externa y sus manuales de organización y de procedimientos de los principales procedimientos que se llevan a cabo en dicho servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. Se conocen y aplican por el personal involucrado. Se lleva registro de sus actividades. 	Programa anual de consulta externa, Manual de organización y procedimientos	Médico, enfermera o Administrador.	
Consulta externa	II.2.1.2 Existe un procedimiento de planeación que especifique que el número de consultorios y sus horarios disponibles por especialidad, son suficientes para la atención de la demanda.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Estadísticas del servicio; consultas por día por médico y por especialidad. 	Programa anual de consulta externa, Manual de procedimientos y reportes estadísticos.	Médico, enfermera o Administrador.	
Consulta externa	II.2.1.3 El jefe de Consulta Externa cumple y hace cumplir los lineamientos establecidos por la organización para este servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal conoce los procedimientos y los aplica. 	Manual de procedimientos Entrevista con personal	Médico, enfermera o Administrador.	
Dirección	II.2.1.4 El responsable de Rehabilitación cumple y hace cumplir los lineamientos establecidos por la organización, para los diferentes servicios de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal conoce los procedimientos y los aplica. 	Manual de procedimientos Entrevista con personal	Médico, enfermera.	
Admisión, o servicios	II.2.1.5 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 procedimiento se encuentra documentado. El personal involucrado conoce y aplica este procedimiento. Constatar el registro de las actividades del procedimiento. 	Entrevista al personal involucrado. Manual de organización y procedimientos	Médico, enfermera o Administrador.	

II.2.2 LA UNIDAD DEBE GARANTIZAR EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, PROPIOS O SUBROGADOS, DURANTE TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Recursos humanos	II.2.2.1 Existe un rol de guardias normales y especiales del personal profesional y técnico de cada uno de estos servicios.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el rol de guardias y constatar la asistencia de al menos el último mes. 	Roles de guardias en jefaturas de servicio. Plantillas de personal. Reporte de asistencias.	Médico, enfermera o administrador.	
Coordinación de unidades de apoyo diagnóstico	II.2.2.2 Existen procedimientos para la solicitud de estudios y recepción de resultados por la unidad, propios o subrogados.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados Solicitar al personal responsable la descripción verbal del procedimiento 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.	
Coordinación de unidades de apoyo diagnóstico	II.2.2.3 Existe un procedimiento para resolver los casos en que no se pueda realizar algún tipo de estudio dentro de los servicios de Electromiografía, Potenciales evocados, Resonancia Magnética Audiometría o Pruebas de esfuerzo.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Existe un responsable designado por turno para la realización del enlace requerido. 	Manual de procedimientos Registro de prestadores de servicios. Convenios y listados.	Médico. Enfermera o administrador.	

II.2.3 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON CONTROLES INTERNOS Y EXTERNOS DE CALIDAD EN LAS ÁREAS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Dirección	II.2.3.1 Hay seguimiento a los procedimientos para verificar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en las actividades realizadas por cada servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Existe un responsable para hacer cumplir lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas, correspondientes a cada servicio. Solicitar la bitácora de cumplimiento de las verificaciones oficiales. 	Expedientes de los servicios o de las empresas contratadas. Entrevista al personal.	Médico o administrador.	
Dirección	II.2.3.2 La unidad cuenta con un procedimiento definido para la evaluación periódica de la calidad de los servicios diagnósticos, propios o subrogados.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar los manuales de procedimientos para la verificación de calidad de los servicios subrogados. La verificación se realiza al menos cada 6 meses e incluye: <ul style="list-style-type: none"> ✓ verificación interna a equipo y resultados. ✓ verificación externa a equipo y resultados. 	Manual de procedimientos Bitácora de mantenimiento preventivo. Procedimientos específicos de evaluación de calidad.	Administrador, ingeniero o médico.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Dirección	II.2.3.3 La unidad cuenta con un procedimiento definido para la evaluación periódica de la calidad de los servicios diagnósticos de laboratorio, e imagenología, propios o subrogados.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El programa incluye: tipo de verificaciones, periodicidad y responsables de realizarlas. 	Expedientes de los servicios o de las empresas contratadas. Bitácoras.	Administrador, ingeniero o médico.	

II.2.4 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON PROCEDIMIENTOS PARA EVALUAR QUE EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN PROPIO O SUBROGADO, ES CAPAZ DE PRESTAR UN SERVICIO OPORTUNO Y DE CALIDAD.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Imagenología	II.2.4.1 Existen procedimientos actualizados específicos para el departamento de Radiología e Imagen.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. El personal conoce estos manuales. El personal aplica los procedimientos y protocolos. 	Manual de procedimientos . Expedientes de servicio. Entrevista al personal.	Médico o administrador.	
Salas de estudio, espera y reposo	II.2.4.2 Existe la definición de un procedimiento de vigilancia permanente del estado del paciente dentro de las salas de estudio y áreas de reposo o de espera.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Es posible verificar lo anterior a simple vista. 	Manual de procedimientos . Expedientes de servicio. Observación.	Médico o administrador.	
Laboratorio e imagenología	II.2.4.3 Existe un procedimiento para garantizar que los reportes de las interpretaciones contengan: datos de identificación del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional 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 e imagenología	II.2.4.4 Existe un procedimiento para que los directivos den seguimiento al sistema de evaluación de la satisfacción y a las quejas y sugerencias en el servicio de radiología e imagen.	<ul style="list-style-type: none"> Se muestran documentos probatorios de la existencia del sistema. Se cumple. 	Expediente de servicio. Bitácoras y Registros.	Médico o enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Imagenología	II.2.4.5 Se cuenta con un procedimiento confiable y estadístico que permita analizar y verificar que el 90% de los pacientes esperan menos de 15 minutos en el servicio de radiología e imagenología.	<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.	

II.2 5 LA UNIDAD DEBE ESTABLECER PROCEDIMIENTOS PARA VERIFICAR QUE EL LABORATORIO CLÍNICO PROPIO O SUBROGADO ES CAPAZ DE PRESTAR UN SERVICIO OPORTUNO Y DE CALIDAD.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Laboratorio	II.2.5.1 Existen procedimientos o protocolos actualizados, específicos para el servicio de laboratorio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. El personal conoce los procedimientos y protocolos. El personal los aplica. 	Manual de procedimientos Entrevista a personal.	Médico o enfermera.	
Laboratorio	II.2.5.2 Existe la definición de un procedimiento de respuesta oportuna para las solicitudes de estudios clínicos	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Se cumple. 	Manual de procedimientos Entrevista a personal. Expediente Clínico.	Médico o enfermera.	
Laboratorio	II.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, cédula profesional y fecha de elaboración.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Revisión de cumplimiento en por lo menos tres reportes de tres diferentes días. 	Manual de procedimientos Expedientes Clínicos.	Médico o enfermera.	
Laboratorio	II.2.5.4 Existe un procedimiento para que los directivos den seguimiento al sistema de evaluación de la satisfacción y a las quejas y sugerencias en el servicio de laboratorio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Se cumple. 	Expedientes del servicio. Bitácoras y Reportes. Comité de Calidad.	Médico y enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Laboratorio	II.2.5.5 Se cuenta con un procedimiento confiable y estadístico que permita analizar y verificar que el 90% de los pacientes esperan menos de 15 minutos en el servicio de laboratorio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Se cumple. 	Expediente del servicio. Bitácoras y Reportes.	Médico y enfermera.	

II.3 EXPEDIENTE CLÍNICO.

II.3.1 EXISTE UN EXPEDIENTE CLÍNICO POR TODOS Y CADA UNO DE LOS PACIENTES, CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE (NOM-168-SSA1-1998). ESTE ES LEGIBLE, ORDENADO Y COMPLETO.

(Estos estándares se califican posterior a la revisión de los expedientes)

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Archivo y servicios	II.3.1.1 La historia clínica reúne los requisitos señalados en la NOM correspondiente en todos los expedientes, por área, por piso o especialidad..	<ul style="list-style-type: none"> La historia clínica reúne los requisitos señalados en la Norma Oficial Mexicana correspondiente. Tiene nombre y firma del médico tratante y/o responsable del área o especialidad. 	Expediente clínico.	Médico.	
Archivo y servicios	II.3.1.2 Todo expediente deberá contar con nota inicial de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la existencia de nota inicial de rehabilitación En caso de no contar con nota inicial de rehabilitación, la historia clínica deberá estar orientada a rehabilitación y deberá contener la información solicitada para la nota inicial La nota inicial o en su defecto, la historia clínica orientada deberá estar firmada por un médico especialista en rehabilitación 	Expediente clínico	Médico	
Archivo y servicios	II.3.1.3 Se consigna en el expediente el diagnóstico de discapacidad y una propuesta de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Se describe el diagnóstico de discapacidad presuncional o definitivo. Se anota el pronóstico de rehabilitación en función del diagnóstico. Se describe la propuesta de tratamiento. 	Expediente clínico.	Médico.	
Archivo y servicios	II.3.1.4 Existen notas de evolución legibles y sin abreviaturas.	<ul style="list-style-type: none"> Todas las notas médicas están firmadas por el médico tratante o el adscrito. Las notas de enfermería en hospitalización están firmadas por el responsable. 	Expediente clínico.	Médico.	
Archivo y servicios	II.3 1 5 Los casos quirúrgicos cuentan con nota pre operatoria, y post operatoria	<ul style="list-style-type: none"> Las notas operatorias están firmadas por el cirujano responsable y en ellas se señala: Tipo de intervención, Riesgos quirúrgicos, Tiempo de la intervención, Incidentes y complicaciones, si hubiera, Personal profesional médico y de enfermería que apoyaron durante la cirugía, Resultado de la intervención quirúrgica. Envío a anatomía patológica de la(s) pieza(s) quirúrgica(s). 	Expediente clínico.	Médico.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Admisión	II.4.1.1 Existe un procedimiento mediante el cual se realiza la referencia de un paciente que solicita atención de urgencias.	<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 ese servicio. El listado contiene nombres, direcciones y teléfonos de hospitales cercanos. 	Manual de procedimientos y listados.	Médico.	
Admisión y dirección	II.4.1.2 Existe un procedimiento para asegurar que el hospital de referencia tiene la capacidad resolutive y aceptará a los pacientes trasladados.	<ul style="list-style-type: none"> Se muestra el convenio por escrito en donde es posible constatar la vigencia del mismo. Se cuenta con convenio al menos con dos hospitales con capacidad de respuesta probada superior al establecimiento. 	Manual de procedimientos Convenios o documentos normativos.	Médico.	

II.5 TRATAMIENTO

II.5.1 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON PROCESOS PARA QUE EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE SE REALICE A TRAVÉS DE LA ESTRECHA COLABORACIÓN Y EFICIENTE COORDINACIÓN DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES DE LA SALUD REQUERIDOS PARA CADA CASO.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Todos los servicios	II.5.1.1 Existen procedimientos de interconsulta mediante los cuales se asegura la respuesta oportuna de cada servicio requerido para ejecutar un tratamiento o coadyuvar en el tratamiento de un 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, tratamiento y administrativos. 	Manuales de procedimientos diagramas de flujo, rutas críticas, catálogo de funciones, Expediente clínico bitácoras, reportes.	Todo el equipo.	
Todos los servicios	II.5.1.2 Existe un procedimiento confiable para responder oportunamente a la solicitud de atención de un paciente o familiar.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Constatar la existencia de un sistema de comunicación, foco, timbre, interfón, etc., a través del cual el paciente notifique inmediatamente su necesidad de atención. Es congruente con la edad y condición de salud del paciente. 	Manual de procedimientos Hospitalización y Observación.	Médico o enfermera.	
Todos los servicios	II.5.1.3 Existe un procedimiento enfocado al cumplimiento de las indicaciones del plan de tratamiento farmacológico, por el personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Es sistemático, confiable y genera registros cotidianos con los que se identifican necesidades del paciente. <p>No aplica para unidades de rehabilitación ambulatoria</p>	Manual de procedimientos Expediente clínico.	Médico o enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACION
Todos los servicios	II.5.1.4 Existe un procedimiento enfocado al cumplimiento de las indicaciones del plan de terapia física, terapia ocupacional o terapia del lenguaje, por el personal técnico asignado.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Es sistemático, confiable y genera registros cotidianos con los que se identifican necesidades del paciente. 	Manual de procedimientos . Expediente clínico.	Médico o enfermera.	
Todos los servicios	II.5.1.5 Existen procedimientos de auditoría médica implantados para la revisión periódica y sistemática de los expedientes clínicos y de los resultados de la atención proporcionada.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Solicitar los reportes estadísticos que demuestren al menos los resultados periódicos de la auditoría. El personal involucrado en la auditoría conoce el procedimiento. 	Reportes del Comité de Auditoría Médica. Entrevista al personal.	Médico o enfermera.	
Todos los servicios	II.5.1.6 Existen procedimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de un método formal de evaluación de las acciones de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. Se asignan prioridades y éstas tienen como base, criterios de: alto riesgo y alto costo. 	Expediente del área de calidad.	Médico o enfermera.	

III. FUNCIONES DE APOYO A LA ATENCIÓN.

III.1 GERENCIA ENFOCADA EN CALIDAD.

III.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 A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACION
Dirección	III.1.1.1 Se encuentran definidos misión, visión y valores. Existe un procedimiento 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 a algún personal acerca de la misión, visión y valores del establecimiento, verificar su conocimiento. La misión define claramente el objetivo y propósito de la organización y sus relaciones con la sociedad a la que atiende. La visión propone claramente la dirección del desarrollo de los servicios acorde con la ética organizacional. Los valores reflejan la responsabilidad del establecimiento y sus empleados frente al usuario, su familia y la sociedad. 	Revisar documentos. Entrevista con el trabajador.	Administrador.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACION
Dirección	III.1.1.2 Existe un procedimiento que garantiza que periódicamente se construye un plan estratégico de la unidad y su continuidad.	<ul style="list-style-type: none"> El procedimiento garantiza que se involucran todos los departamentos o áreas del establecimiento en la construcción del plan. Se mantiene un seguimiento sistemático de las acciones determinadas en el plan estratégico. El plan es flexible, se puede redefinir o redireccionar cuando cambia significativamente el entorno del establecimiento. 	Expediente del comité de calidad. Minutas de reuniones. Bitácoras y reportes.	Administrador.	
Dirección	III.1.1.3 Existe un procedimiento para mantener vigente y actualizada la misión, visión, objetivos y metas cuantificables de los departamentos o áreas de la unidad con la activa participación del personal de cada área.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Solicitar los documentos donde se describen los objetivos de los departamentos o áreas. Revisar fecha de última actualización. Preguntar a algún personal, los objetivos del área, comprobar su conocimiento y su participación en la generación de los mismos. 	Expediente del comité de calidad. Minutas de reuniones. Bitácoras y reportes. Entrevistas.	Administrador	
Dirección	III.1.1.4 El diseño organizacional de cada servicio o departamento esta acorde con la misión, visión, objetivos, metas cuantificables y nivel de atención que desempeña.	<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. Existen líneas de comunicación directa entre cada área y la dirección clínica y administrativa. Se cuenta con la identificación de los procedimientos dentro de cada área o departamento. 	Expediente del comité de calidad. Minutas de reuniones. Bitácoras y reportes. Manual de organización y procedimientos	Administrador, médico o enfermera	
Dirección	III.1.1.5 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. 	Informes y reportes periódicos. Expedientes de servicios.	Médico y enfermera	
Dirección	III.1.1.6 Existen procedimientos diseñados para recolectar, analizar y utilizar la información administrativa para apoyar el seguimiento del plan estratégico de la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar que la información administrativa se utilice para la planeación y detección de necesidades. Solicitar programas de trabajo de las áreas administrativas. 	Informes y reportes. Expedientes de servicios. Programas de trabajo.	Administrador.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Dirección	III.1.1.7 Existe un procedimiento 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 monitoría de indicadores y procedimientos rastreadores.	<ul style="list-style-type: none"> Se monitorea al menos bimestralmente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ La oportunidad de la atención en todo tipo de servicio ofrecido. ✓ La utilización de servicios al menos por paciente y por servicio. ✓ Implantación y seguimiento de guías clínicas. ✓ Satisfacción del usuario. ✓ Capacidad en resolución de quejas. ✓ Calidad de la atención. 	Expediente del comité calidad. Minutas, Bitácoras y reportes. Manual de organización y procedimientos Entrevista.	Médico, enfermera y administrador.	
Dirección	III.1.1.8 Existe un procedimiento 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 monitoría de indicadores y procedimientos rastreadores.	<ul style="list-style-type: none"> Se monitorea al menos bimestralmente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 área, servicio o departamento. ✓ Implantación y seguimiento de mecanismos de control de costo. ✓ Manejo de inventarios. ✓ Auditorías de procesos. ✓ Apoyo en la implantación de la cultura del buen uso de recursos. 	Expediente del comité de calidad. Minutas de reuniones. Bitácoras y reportes. Manual de organización y procedimientos Entrevista.	Médico, enfermera y administrador.	
Dirección	III.1.1.9 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 el 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. 	Expediente del comité de calidad. Minutas de reuniones. Bitácoras y reportes. Entrevista.	Médico, enfermera y administrador.	

III.2 PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO.

III.2.1 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON MANUALES DE PROCEDIMIENTOS Y REGLAMENTOS QUE ORIENTAN LAS ACTIVIDADES CLÍNICAS Y DE ATENCIÓN AL PACIENTE, POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERÍA Y TÉCNICO.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Dirección	III.2.1.1 Existen políticas, normas, reglamentos y estatutos que guían las actividades de atención médica.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar los documentos donde se establecen las políticas, normas, reglamentos y estatutos que guían las actividades de atención. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Derechos y responsabilidades. ✓ Procedimientos para señalar incumplimiento y rescisión de contrato. Preguntar a algunos miembros del personal, si conocen dichos reglamentos, normas o políticas. 	Condiciones generales de trabajo. Contratos colectivos. Código de funciones. Entrevistas.	Administrador, médico y enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Dirección	III.2.1.2 Existe un procedimiento que garantiza que todo médico que trata pacientes ha sido autorizado formalmente después de un procedimiento de "revisión de credenciales".	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Solicitar la documentación que avale la decisión de aceptación por parte del cuerpo de gobierno y del comité de admisión, si lo hubiera, de cada médico. Constatar la existencia de documentación personal de dichos médicos en archivos especiales. 	Plantilla y expedientes de personal. Condiciones generales. Contrato colectivo. Reglamento interno. Requisitos de puestos. Entrevista.	Todo el equipo.	

III.3 RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS.

III.3.1 LA UNIDAD DEBERA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS QUE ESTABLECE LA NORMATIVIDAD APLICABLE, PARA LA SEPARACIÓN, ENVASADO, ALMACENAMIENTO, RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS QUE SE GENERAN EN ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTAN ATENCIÓN MÉDICA.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Dirección	III.3.1.1 Existe un procedimiento 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 Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos. Almacén de desechos. Horario de recolección establecido y se cumple. 	Convenio. Bitácora. Informe periódico de disposición. Visita. Manual de procedimientos Entrevista.	Médico o administrador.	
Dirección	III.3.1.2 La unidad tiene un procedimiento para garantizar que su personal ha recibido capacitación sobre el cuidado del ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> El personal operativo de todas las áreas, ha sido capacitado para el manejo y separación de desechos. El personal cumple con la separación de los desechos. El personal de recolección de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos usa el equipo de protección correcto para realizar su función. 	Constancias de capacitación o reporte de la misma. Visitas. Entrevistas.	Médico, enfermera o administrador.	
Dirección	III.3.1.3 Existen procedimientos para monitorear el ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> Existen documentos que avalan la verificación de contaminantes en agua. Existen programas de reciclaje y ahorro de recursos. Estos programas se registran y se evalúan resultados. 	Reporte de autoridades sobre impacto ambiental. Expediente del servicio. Manual de procedimientos Programa de trabajo. Entrevista.	Médico, enfermera o administrador	

III.4 SEGURIDAD.

III.4.1 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON UN COMITÉ DE PROTECCIÓN CIVIL Y UN COMITÉ DE SEGURIDAD E HIGIENE QUE HAYAN DEFINIDO 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 A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACION
Dirección	III.4.1.1. La unidad facilita las acciones de ambos comités y participa en el cumplimiento de las sesiones programadas periódicamente y en la documentación de sus acciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar las actas constitutivas y constatar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombramientos. ✓ Minutas. ✓ Seguimiento de recomendaciones y acciones. • El comité de protección civil, tiene los reconocimientos requeridos por Protección Civil municipal. 	Expedientes de los comités. Minutas y acuerdos. Informes de actividades. Acuerdos con protección civil. Entrevista.	Médico o administrador.	
Dirección	III.4.1.2 Existe un plan general para responder ante siniestros y desastres naturales.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar el plan general para responder ante siniestros y desastres naturales. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitación sobre temas relacionados con ambiente seguro. ✓ Establecimiento de los lineamientos generales de respuesta ante siniestros. ✓ Programación de la revisión del equipo contra incendios, al menos anual. 	Programa de trabajo. Manual de procedimientos Informe de actividades.	Médico o administrador.	
Dirección	III.4.1.3 Los miembros del personal han recibido educación sobre temas relacionados con el ambiente seguro y poseen las habilidades y el conocimiento requeridos para cumplir con sus responsabilidades siguiendo los lineamientos del plan 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 actividades o prácticas.	Administrador.	
Dirección	III.4.1.4 Se encuentra documentada la realización de simulacros para responder ante siniestros, con frecuencia por lo menos anual.	<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	
Unidad	III.4.1.5 Existen procedimientos para garantizar que el equipo contra incendios es suficiente y se encuentra en buen estado en cada área del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar que exista equipo contra incendios en todas las áreas. • Checar la fecha de recarga y caducidad en algunos de los extintores. 	Registros de mantenimiento y recarga. Visitas.	Administrador.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Unidad	III.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"> • Observar la visibilidad de las indicaciones de uso en la señalización de elevadores, escaleras en las áreas de mayor circulación de personal o visitantes. • 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.	

III.5 LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO.

III.5.1 LA UNIDAD HA ESTABLECIDO ACCIONES PARA SER UNA UNIDAD LIBRE DE HUMO.

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Dirección	III.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.	Médico, enfermera o administrador.	
Dirección	III.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.	Médico, enfermera o administrador.	
Dirección	III.5.1.3 Están definidas las áreas libres de humo de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si hay descripción de este punto en los lineamientos de la organización. • Observar si hay áreas designadas para el uso de tabaco. • Hay ceniceros en las zonas en que está prohibido fumar. • Huele a humo de tabaco. 	Normas y lineamientos de la unidad y Verificación de áreas.	Médico, enfermera o administrador.	

III.6 PROGRAMAS DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD.

III.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 A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	CALIFICACION
Dirección	III.6.1.1. La unidad ha motivado la creación de un grupo para asumir la responsabilidad de la monitoria de procesos críticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • Los integrantes pertenecen a áreas clínicas y administrativas. • Sesionan periódicamente. • Un representante participa en las juntas de gobierno o sesiones de consejo. • Cuenta con miembros externos a la unidad. 	Manual de organización y procedimientos del comité. Minutas de trabajo. Expediente del servicio.	Administrador.	

LUGAR A VISITAR	ESTÁNDAR	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	CALIFICACION
Dirección	III.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 procedimientos en monitoría. 	Manual de procedimientos. Reportes de resultados.	Administrador	
Dirección	III.6.1.3 Se realizan sesiones conjuntas entre el Comité y el personal involucrado en la atención del paciente y se discuten conjuntamente las oportunidades de mejora y control de las actividades críticas.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Existan minutas levantadas. Porcentaje de cumplimiento de acuerdos. 	Minutas de trabajo.	Administrador médico y enfermera.	
Dirección y servicios	III.6.1.4 Hay evidencia de comunicación de resultados y conclusiones a directivos y al personal de cada procedimiento de mejora continua iniciado en la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal de las diferentes áreas, puede confirmar dichos resultados. 	Expediente del servicio. Reportes e informes. Entrevista.	Administrador.	
Dirección y servicios	III.6.1.5 Existe evidencia escrita de que las acciones iniciadas han contribuido al mejoramiento de la calidad de los procesos considerados prioritarios.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Es posible determinar que dichas acciones responden a la necesidad y oportunidad de mejora. 	Expediente del servicio. Reportes e informes. Entrevista.	Administrador.	
Dirección	III.6.1.6 La unidad tiene un sistema efectivo válido, confiable y representativo de la evaluación de la satisfacción de pacientes y acompañantes en cada uno de los servicios que presta.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Preferentemente es un sistema externo. 	Expediente del servicio. Reportes e informes de resultado. Entrevista.	Administrador.	
Dirección	III.6.1.7 Existe un sistema 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 sistema. Revisar el seguimiento de las quejas recibidas en el último mes. 	Expediente del servicio. Reportes e informes de incidencias. Entrevista.	Administrador.	

PROCESO PARA LA MEDICIÓN Y OBTENCIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

La importancia de contar con indicadores de resultados en el Programa de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, estriba en que su ejecución y obtención, permite evaluar uno de los pasos fundamentales del proceso de mejora y es conveniente que en esta etapa del programa, la definición de las variables e indicadores a evaluar contemple cuatro pasos:

- a).- Existencia de sistemas de información de obtención sistemática y debidamente estructurados con responsable del mismo.
- b).- Análisis y uso de los indicadores de resultados por los comités correspondientes y el cuerpo de gobierno, para establecer estrategias de modificación a los procesos o programas.
- c).- Utilización adecuada de las variables.
- d).- Existencia de resultado de indicadores.

IV. SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

IV.1 REGISTROS.- CONTAR CON LOS SIGUIENTES REGISTROS DE INFORMACIÓN, MENSUALMENTE.		CALIFICACION
IV.1.1	Número de camas censables y no censables	
IV.1.2	Número de egresos	
IV.1.3	Censo diario de pacientes	
IV.1.4	Número de días cama disponibles	
IV.1.5	Número total de defunciones por sexo, edad, área o servicio	
IV.1.6	Número total de defunciones ocurridas después de 48 horas de ingreso del paciente a hospitalización	
IV.1.7	Número total de infecciones intrahospitalarias, confirmadas por laboratorio	
IV.1.8	Diez principales causas de morbilidad	
IV.1.9	Principales causas de mortalidad	
IV.2 ESTADÍSTICAS.- CONTAR CON RESPONSABLE DE MANEJO Y PROCESAMIENTO DE LAS ESTADÍSTICAS.		
IV.2.1	Contar con responsable de las estadísticas que demuestre su capacidad técnica.	
IV.2.2	El responsable de las estadísticas, cuenta con los manuales o procedimientos que le permitan la elaboración de indicadores y la obtención de sus resultados.	
IV.2.3	Los resultados se entregan mensualmente a los responsables de servicio, comités y cuerpo de gobierno.	
IV.3 USO DE INFORMACION.		
IV.3.1.	El responsable de las estadísticas, participa en las reuniones del cuerpo de gobierno y en los comités.	
IV.3.2.	El cuerpo de gobierno comenta los resultados de las estadísticas en sus reuniones.	
IV.3.3.	Los comités revisan en sus reuniones los valores de los indicadores obtenidos por el departamento de estadística.	
IV.3.4.	Se promueven acciones de mejora o cambios en los procesos, de acuerdo a los resultados de los indicadores.	