

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



SICALIDAD

Seguro Médico para la
Nueva Generación

Caravanas para la Salud

Catálogo Universal
de Servicios de Salud

Fondo de Protección
Contra
Gastos Catastróficos

S E C R E T A R Í A D E S A L U D

SALUD

A c t u a l i z a c i ó n
2 0 0 7

**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD**

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

SECRETARIO DE SALUD

Dr. José Ángel Córdoba Villalobos

SUBSECRETARIO DE
INNOVACIÓN Y CALIDAD

Dra. Maki Esther Ortiz
Domínguez

DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y EDUCACIÓN
EN SALUD

Dr. Miguel Ángel Lezana
Fernández

DIRECTOR GENERAL ADJUNTO
DE CALIDAD

Mtro. Antonio Heras

DIRECTOR DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD

Dr. Humberto Maciel
Hernández

COORDINARON

*Dr. Hernández Olvera José Luis.
Dr. Malpica y Rincón Jorge Antonio*

COLABORARON

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
- Dirección General de Información en Salud
- Dirección General de Evaluación del Desempeño
- Dirección General de Asuntos Jurídicos
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- Consejo Nacional contra las Adicciones
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Consejo Nacional de Vacunación

Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud:

*Dr. Aceves Olivera Francisco
Dr. Alfaro Huerta Miguel Ángel
Dra. Arenas Avilés Alejandra
Dr. García Galicia Miguel Ángel
Dr. Martínez Gutiérrez Francisco
Dr. Pérez Santiago Asunción
Dr. Rubio Rodríguez Salvador
Dr. Saavedra Flores Epifanio
Dra. Sánchez Castañeda Patricia
Dr. Selim Náder Ricardo
Arq. Tapia Olarte Jaime
Lic. Soriano Zavala Luis David
Lic. Castillo Carrión Juan Carlos*

*Secretaria Cruz Cordero María Anita
Secretaria Heredia Toledano Socorro
Secretaria Lara Nuñez Ma. Carmen*

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN.	4
II. MARCO JURÍDICO	5
III. DEFINICIONES	6
IV. OBJETIVOS.	8
V. POLÍTICAS DE CALIDAD	9
VI. METODOLOGÍA.	11
VII. BIBLIOGRAFÍA	17

I. INTRODUCCIÓN

Para evitar gastos catastróficos en salud a la población, acorde a las políticas nacionales establecidas en el Programa Nacional de Salud, el gobierno federal y los gobiernos estatales han conjuntado esfuerzos para brindar protección en salud y financiera a los mexicanos que carecen de seguridad social, producto de la reforma a la Ley General de Salud, aprobada por el H. Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo del 2003.

La reforma a la Ley establece la creación del **Sistema de Protección Social en Salud**, conducido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. El esquema financiero del Sistema se sustenta en la aportación solidaria de los niveles federal y estatal, y se complementa con una cuota familiar con base en su estado socioeconómico.

La Ley General de Salud, también determina la necesidad de Acreditar a los Establecimientos que desean ingresar a la red de prestadores que atenderá a los beneficiarios. Para ello se deberá de proceder conforme al presente Manual.

La Acreditación se concibe como un elemento de Garantía de la Calidad, en sus componentes de la Capacidad, Seguridad y Calidad, dirigida a garantizar los servicios que integran el Catálogo Universal de Servicios de Salud y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Este Manual describe el método para incorporarse al Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad, sus requisitos y la estructura funcional responsable del proceso.

II. MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

III. **D**EFINICIONES

Para los efectos de este Manual consideran las definiciones previstas en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, así como a las siguientes:

Acreditación.- Procedimiento de auditoría inicial de las condiciones de Capacidad, Seguridad y Calidad con que los establecimientos de prestación de servicios de atención médica, otorgan los servicios incluidos en los Catálogos vigentes o aquellas patologías determinadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Calidad.- Elementos del proceso en la prestación de servicios de salud tendientes a la mejoría de sus procesos.

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

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

CAUSES.- Catálogo Universal de Servicios de Salud.

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

Cédulas.- Formatos que contienen ítems a explorar, con base en los Catálogos Universal de Servicios de Salud y del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos. Mismos que deberán de ser actualizados anualmente, conforme las disposiciones de la CNPSS. Aquellas nuevas intervenciones que incorpore la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, serán incluidas en la actualización, siempre y cuando no estén cubiertas con los contenidos de las cédulas vigentes, a efecto de evitar duplicación de conceptos y puntajes.

Criterios mayores.- Son aquellos ítems que se convierten en requisitos y que al no cumplirse, impiden la auditoría del resto (criterios menores). Afectan a la seguridad del paciente. Remitiéndose al titular de los Servicios Estatales de Salud.

Criterios menores.- Aquellos ítems que no son considerados como requisitos, y cuya sumatoria, junto con los criterios mayores, determinan el resultado de Acreditado o no Acreditado.

Dictamen de acreditación.- Documento que se entrega al establecimiento como resultado de la auditoría practicada (se envía al titular de los SESA).

DGCES.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Establecimiento.- Nombre que reciben los establecimientos para la Prestación de Servicios de Atención Médica, incorporados al SNPSS.

Medición del impacto.- Análisis cuantitativo del esfuerzo realizado por los establecimientos para obtener la acreditación, supervisión y reacreditación.

Plan de Contingencia.- Documento que contiene las alternativas de solución y los plazos de solución de problemas, con base en los resultados de la cédula de autoevaluación, y que se elabora cuando no se cumplen los criterios mayores, y que los Servicios Estatales de Salud deberán subsanar para que el establecimiento obtenga la Constancia, además de los casos en los que el dictamen se emitió como No acreditado. Dicho Plan deberá ser avalado por el titular de los Servicios Estatales de Salud.

Seguridad.- Mínimos indispensables de protección técnica en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente.

SESA.- Servicios Estatales de Salud.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

- Establecer el procedimiento de evaluación inicial de las condiciones bajo las cuales se ejerce la práctica médica con la cual los establecimientos para la atención médica otorgan los servicios esenciales cubiertos por el Sistema. Estos deberán cumplir con los requerimientos indispensables de Capacidad, Seguridad y Calidad, en los procesos para la adecuada atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en salud, definidos en los Catálogos vigentes.

ESPECÍFICOS:

- Definir y difundir en los Establecimientos *de los SESA* los requerimientos mínimos técnicos y de procesos de gestión, que servirán de base para la atención de los beneficiarios.
- Evaluar el apego a los requerimientos mínimos que indica el manual, relacionados con los programas de atención médica, y salud pública.
- Formar el eje técnico y de gestión para que los Establecimientos de los SESA puedan acceder a la Acreditación, en caso de no lograrlo se elaborará un Plan de Contingencia, que permita corregir las desviaciones detectadas.
- Coadyuvar al desarrollo y fortalecimiento de los elementos de estructura y procesos de los Establecimientos de los SESA, acorde a las políticas y programas que impulsa la propia Secretaría.
- Promover la gestión de calidad en los diferentes tramos administrativos y operativos de la Secretaría de Salud en los estados.
- Otorgar el Dictamen de Acreditación a los establecimientos que cumplan con lo establecido en el presente Manual.
- Evaluar el esfuerzo de los establecimientos de salud para acceder a la acreditación.
- Supervisar el mantenimiento de condiciones de la acreditación.

5.1 De la Secretaría de Salud.

- 5.1.1 El proceso para la acreditación se sustenta legalmente en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- 5.1.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) elabora y difunde las bases para solicitar la Acreditación, a fin de ingresar como Establecimiento, dentro del Sistema de Protección Social en Salud.
- 5.1.3 La Subsecretaría de Innovación y Calidad es la instancia oficial encargada de emitir el DICTAMEN de la auditoría.
- 5.1.4 El Manual para la Acreditación establece los mínimos indispensables para que un establecimiento, sea considerado como candidato a ingresar al Sistema de Protección Social en Salud.
- 5.1.5 En el manual para la acreditación se identifica a los usuarios, sus beneficios, los atributos del servicio, los estándares a cumplir y los indicadores de desempeño y satisfacción clasificados en: **Capacidad, Seguridad y Calidad** según sea el caso.
- 5.1.6 El procedimiento para la acreditación será llevado a cabo con absoluto respeto, objetividad, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes.
- 5.1.7 La Secretaría de Salud, mediante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se reserva el derecho de realizar seguimiento mediante un mecanismo de SUPERVISIÓN de los resultados obtenidos durante el proceso de acreditación y revocar en su caso. Este seguimiento se realizará con base en un plan interno de trabajo.
- 5.1.8 Las entidades federativas deberán contar con un Plan Anual de Acreditación donde en consonancia con la expansión de la afiliación del Seguro Popular y la vinculación de hospitales del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se señalen las unidades acreditadas.

5.2.- De la Estructura Responsable de la Acreditación.

- 5.2.1 Se apegará en forma estricta a los lineamientos de éste Manual.
- 5.2.2 El proceso de acreditación se apoyará con personal tanto del nivel federal como del nivel estatal quienes integrarán equipos de auditores para el cotejo de los elementos de los Catálogos vigentes, mediante cédulas elaboradas ex profeso.
- 5.2.3 Se responderá con oportunidad ante los requerimientos de evaluación.
- 5.2.4 Se compromete a la actualización anual y difusión de las cédulas para la auditoría, conforme a las actualizaciones de los Catálogos vigentes que se determinen, así como su difusión a los SESA.
- 5.2.5 Las cédulas serán elaboradas conjuntamente con los grupos de expertos de la materia, y validadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y en su caso por la instancia rectora en la materia, coordinado por la DGCES.
- 5.2.6 Las cédulas deberán contener elementos específicos de atención a personas indígenas, cuando se trate de establecimientos localizados en poblaciones consideradas como indígenas.
- 5.2.7 El personal auditor federal, se actualizará anualmente mediante un curso sobre los elementos de los Catálogos vigentes y aspectos generales de auditoría médica.

5.3 De los Establecimientos fijos y móviles y Servicios de hospitales de Alta Especialidad.

- 5.3.1 Se brindará a la población lo establecido en el Artículo 77 bis 9, de la Ley General de Salud, donde se considera que los establecimientos deberán ofertar, al menos, los aspectos siguientes:

- 5.3.1.1** Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento de la autocuidado de la salud.
- 5.3.1.2** Aplicación de exámenes preventivos.
- 5.3.1.3** Programación de citas para consulta.
- 5.3.1.4** Atención personalizada.
- 5.3.1.5** Integración de expedientes clínicos.
- 5.3.1.6** Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- 5.3.1.7** Prescripción, surtimiento y control de medicamentos.
- 5.3.1.8** Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.
- 5.3.1.9** Se deberán demostrar las competencias profesionales del personal médico y paramédico que labora en los Establecimientos fijos y móviles y Servicios.
- 5.3.1.10** En los establecimientos para la prestación de servicios de salud ubicados en localidades indígenas, es recomendable capacitar al personal de salud en competencias de interculturalidad, que les permitan identificar los principales elementos de la cosmovisión y el marco cultural en que se desenvuelve la población indígena.
- 5.3.1.11** Deberá conocer y aplicar las Normas Oficiales Mexicanas (de aquéllos elementos indispensables para la oferta de los Catálogos vigentes, correspondientes a los procesos de Atención Médica y programas de Salud Pública correspondientes).
- 5.3.1.12** Los responsables de los establecimientos deberán planear, dirigir, mejorar los procesos y gestionar los recursos necesarios para la adecuada cobertura de atención.
- 5.3.1.13** El establecimiento contará con un Sistema de Referencia/Contrarreferencia y deberá cumplir con los mecanismos que demuestren la eficiencia del mismo.
- 5.3.1.14** Se contará con mecanismos de prestación o contraprestación de servicios si es de la misma institución, o de subrogación si es por otras instituciones, en caso de requerir de mayor nivel de resolutivez.
- 5.3.2** Como condición para que un establecimiento permanezca en el sistema, deberá contar con el dictamen de acreditación que emita la Subsecretaría de Innovación y Calidad como resultado de la aplicación del proceso de auditoría que se establezca en el presente Manual con base en la sección segunda del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- 5.3.3** Consecuentemente, el citado Reglamento en su artículo 29 determina, que en los casos que se genere un dictamen no favorable, el establecimiento será informado acerca de los criterios no cumplidos a efecto de que estos sean resueltos por la instancia correspondiente y sea auditado nuevamente. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, programará y realizará la visita de auditoría previa información a la entidad.
- 5.3.4** Los establecimientos a los que se les haya emitido el Dictamen de Acreditación ingresarán al programa de supervisión.
- 5.4** Los establecimientos de salud que deseen incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud, deberán contar con carácter previo con el dictamen de acreditación a que se refiere el presente Manual.

6.1. De la Estructura funcional

6.1.1 El órgano para la Acreditación.- La acreditación será concedida por la Subsecretaría de Innovación y Calidad a propuesta de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

6.1.2 Grupos de consenso.- Reuniones de profesionales médicos y de enfermería convocados por la DGCES para la emisión y actualización de cédulas para la acreditación.

6.1.3 Equipo de auditoría.- Se integra con personal de la Secretaría de Salud de nivel federal y personal médico del área de servicios de salud estatal y líderes en calidad en las entidades federativas, autorizado para ejercer las funciones en la materia. Los auditores estatales del equipo auditor no pertenecerán a la misma entidad federativa en donde se realiza la auditoría.

6.1.3.1 Función del personal auditor federal:

Establece coordinación con Servicios de Salud, el Líder de Calidad en su caso y/o el representante del Seguro Popular en la entidad federativa.

Participa en la elaboración del calendario anual de trabajo.

Coordina a los auditores estatales durante la visita de auditoría.

Revisa informes por establecimiento auditado.

Prepara documentación para que la Subdirección de Acreditación de la calidad, envíe a las autoridades de la DGCES y ésta, a su vez a la Subsecretaría de Innovación y calidad.

Auditan a los establecimientos.

6.1.3.2 -Para cada visita se integra un equipo de auditores dependiendo del tipo o complejidad de establecimiento a auditar de la manera siguiente:

Se podrán incorporar:

- Personal de los Servicios Estatales de Salud (el Líder de Calidad, responsable del Sistema de Protección Social en Salud o quien el estado determine), de las jurisdicciones de la entidad visitada y personal del establecimiento a auditar (actuando única y exclusivamente como observadores), las notas que tomen se podrán usar como un insumo para conocer y corregir sus incumplimientos.

Los auditores correspondientes al primero y segundo niveles, se incrementarán conforme al número y complejidad de los establecimientos a auditar.

En su caso, se podrán incorporar al grupo de auditores, federales y estatales, representantes de otras instancias de nivel federal que por interés en sus ámbitos de competencia, les sea importante involucrarse en la auditoría.

6.1.3.3 El equipo que acude a los estados a auditar establecimientos para este proceso, evalúa, recolecta, sistematiza y analiza los datos.

6.2 Del Proceso de Acreditación

Todo establecimiento inscrito en el Sistema deberá ser auditado conforme a los pasos siguientes (Ver Anexo No. 1, Fluxograma)

6.2.1 Fase 1 (Autoevaluación)

- 6.2.1.1 Las cédulas de autoevaluación estarán ubicadas en el portal Web de la DGCES y serán remitidas a los establecimientos por los responsables Estatales de Calidad.
- 6.2.1.2 El Establecimiento efectúa la autoevaluación. En caso de no cumplir los requerimientos mínimos solicitados, deberán elaborar el Plan de Contingencia para gestionar lo conducente con las áreas correspondientes.
- 6.2.1.3 Corresponderá a los Responsables Estatales de Calidad, el validar los contenidos de las cédulas de autoevaluación de los establecimientos con carácter previo a que estos sean remitidos a la DGCES.
- 6.2.1.4 Cuando el establecimiento realice una nueva autoevaluación y cubra los mínimos necesarios podrá acceder al paso siguiente.
- 6.2.1.5. Las autoevaluaciones deberán colocarse en el vínculo de la página WEB de la DGCES (utilizando el sistema diseñado para tal fin), la Subdirección de Acreditación de Calidad utilizará la citada información para la elaboración del Programa anual de trabajo.
- 6.2.1.6. A las autoevaluaciones con puntajes de Acreditación, se les otorgará el Dictamen de Acreditación, siendo visitadas posteriormente para ratificar o rectificar en su caso la condición de Acreditación. Dicho procedimiento es exclusivamente para CAUSES. En el caso de Gastos Catastróficos la Autoevaluación es única y exclusivamente para fines de conocer las condiciones previas a la auditoría formal.
- 6.2.2 **Fase 2 (Auditoría)**
- 6.2.2.1 La DGCES se reserva el derecho de determinar las visitas de auditoría a los establecimientos con autoevaluación de Acreditados.
- 6.2.2.2 La autoridad estatal solicitará formalmente a la DGCES se efectúe el proceso de auditoría para esos establecimientos, en caso de no ser así, la DGCES se reserva el derecho de determinar la programación. Los SESAs y las jurisdicciones sanitarias pueden conformar un grupo que verifique los resultados obtenidos por los establecimientos.
- 6.2.2.3 Se entregan las cédulas de autoevaluación al equipo auditor.
- 6.2.2.4 El equipo auditor revisa las autoevaluaciones.
- 6.2.2.5 **Si la autoevaluación arroja un puntaje suficiente para acreditar, se le expide el Dictamen de Acreditación, y se ingresa al Programa de Supervisión** o en su caso se identifica al establecimiento como candidato para la auditoría y se programa la visita del equipo auditor al establecimiento, sin menoscabo de que se puedan evaluar los establecimientos independientemente de los resultados de la autoevaluación.
- 6.2.2.6 En el caso de Supervisión la DGCES se reserva el derecho de programar el establecimiento y la fecha para supervisarlo. En el caso de que se decida la auditoría (dado que para revocar el Dictamen es necesario ejercer un acto de autoridad), se realizará visita de auditoría, bajo esa circunstancia, la DGCES gira oficio a los SESA de visita de auditoría al establecimiento, a efecto de que se prepare lo necesario. Se comunica el nombre del coordinador del equipo auditor, los nombres de los auditores y el periodo de trabajo.
- 6.2.2.7 Para la auditoría (y logística) de los establecimientos, esta se llevará previo envío por parte del estado de la información correspondiente.
- 6.2.2.8 El coordinador federal inicia con una entrevista con el responsable del establecimiento y sus jefes de servicio involucrados, para explicar los lineamientos generales.
- 6.2.2.9 El coordinador federal asigna servicios a auditar a cada uno de los auditores, quienes procederán a revisar los servicios en los diferentes componentes que determina la Cédula para la Auditoría, que en ningún caso podrá ser diferente de la Cédula de Autoevaluación vigente.

- 6.2.2.10 El equipo califica el cumplimiento de los criterios contenidos de Capacidad, Seguridad y Calidad que deberán coincidir con lo listado en el Catálogo vigente y en Gastos catastróficos, con base en las evidencias disponibles.
- 6.2.2.11 Al término de la visita de auditoría deberá comunicarlo a las autoridades correspondientes.
- 6.2.2.12 En ningún caso, los auditores podrán emitir resultados preliminares a persona alguna del establecimiento médico o de los SESA.
- 6.2.2.13 Al regreso el coordinador federal entrega la cédula aplicada en la auditoría a la Subdirección de Acreditación de Calidad.
- 6.2.2.14 La Subdirección de Acreditación de Calidad, evalúa los resultados de la auditoría y prepara un dictamen preliminar, mismo que se envía a la Subsecretaría de Innovación y Calidad.
- 6.2.2.15 La Subsecretaría de Innovación y Calidad, resuelve, según sea el caso y comunica oficialmente el dictamen a los SESA con copia al establecimiento médico.
- 6.2.2.16 Si el dictamen es de No Acreditado, los SESA deberán presentar un Plan de Contingencia si no cumple Criterios Mayores y en caso de que sean Criterios Menores, se deberán de resolver en un plazo no mayor de 3 meses. Lo anterior para efectos de gestión de los recursos y satisfacer las necesidades y requerimientos en las áreas correspondientes. El término de Acreditado Condicionado, sólo es de carácter funcional a efecto de establecer un compás de espera para que el establecimiento cumpla con requisitos mayores o menores, según sea el caso. Bajo ninguna circunstancia el término de "Condicionado" podrá aparecer en el Dictamen que emita la Subsecretaría de Innovación y Calidad.
- 6.2.2.17 Si el dictamen no es favorable, se reiniciará el proceso en la etapa que corresponda.
- 6.2.2.18 Si el Dictamen es favorable, se comunica a las mismas instancias involucradas.
- 6.2.2.19 Dentro del proceso de acreditación, se podrá realizar mediante cualquiera de las tres modalidades siguientes:
- 6.2.2.20 Acreditación de CAUSS en establecimiento fijo o móvil (Caravanas de la Salud).
- 6.2.2.20.1 Acreditación de Servicio de Alta Especialidad en Gastos Catastróficos.
- 6.2.2.20.2 Acreditación del Seguro Médico para la Nueva Generación (ya incluido en CAUSES).
- 6.2.2.20.3 Para los efectos de la Certificación, se estará al que regula el Consejo de Salubridad General.

6.3 De la vigencia

La Acreditación tiene una vigencia de CINCO AÑOS tanto para establecimientos de primer nivel (Establecimientos fijos o móviles), hospitales de segundo nivel, y servicios de alta especialidad dentro del Fondo de Protección para Gastos Catastróficos. La DGCES se reserva el derecho de realizar acciones de supervisión a fin de constatar que las condiciones que permitieron la acreditación del establecimiento continúan vigentes.

6.4 Del Programa de Supervisión

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

6.5 De la Evaluación del Impacto

A Todos aquellos establecimientos que se encuentren Acreditados o en proceso de Acreditación, se les requisitarán datos necesarios para medir los resultados del

proceso. Para ello se les entregará una cédula, que se llenará durante la visita de auditoría.

6.6 De la información

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

6.7 Otros

Los casos no previstos en este Manual, serán resueltos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, mediante Instrucciones.

6.8 Criterios de Ponderación:

Los establecimientos deberán de cumplir satisfactoriamente con los tres capítulos para la Acreditación:

Es importante, tener presente que la calificación obtenida, está sujeta a dos posibles situaciones;

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

6.7.2 Si no se cumplen Criterios Menores, se otorga un plazo de tres meses para su resolución.

6.8 De CAPACIDAD.

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

6.9 De SEGURIDAD.

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

6.10 De CALIDAD.

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

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

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

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

* En el caso de incumplimientos de criterios menores se deberán subsanar en tres meses.
En el caso de incumplimientos de criterios mayores, deberá de elaborar Plan de Contingencia.

ESTABLECIMIENTOS (CAUSES) DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

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

* En el caso de incumplimientos menores se deberá subsanar en tres meses.
En el caso de incumplimientos mayores, deberá de elaborar Plan de Contingencia.

SERVICIOS DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS

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

* En el caso de incumplimientos menores se deberá subsanar en tres meses.
En el caso de incumplimientos mayores, deberá de elaborar Plan de Contingencia.

6.12 TABLA DE PONDERACIÓN.

6.12.1 DE CAPACIDAD.

- A.- El requerimiento solicitado para cada uno de los ítems de los Catálogos vigentes se califica con el criterio de “todo o nada”. La ponderación del concepto varía según su importancia.
- B.- La falta de alguno de ellos se considera como “No cumple” y su calificación es de 0 (cero puntos).
- C.- Cuando un concepto esté sombreado se considera como “No aplica”
- D.- El cumplimiento del Catálogo vigente y de procedimientos de Gastos catastróficos cubre el 60% de la calificación global.
- E.- El puntaje total varía dependiendo de las actualizaciones de intervenciones del Catálogo vigente y de procedimientos de Gastos catastróficos.

6.12.2 DE SEGURIDAD.

- A.- El requerimiento solicitado para cada uno de los ítems de los Catálogos vigentes se califica con el criterio de “todo o nada”. La ponderación del concepto varía según su importancia.
- B.- La falta de alguno de ellos se considera como “No cumple” y su calificación es de 0 (cero puntos).
- C.- Cuando un concepto esté sombreado se considera como “No aplica”.
- D.- El cumplimiento del criterio “Seguridad” cubre al 25% de la calificación global.
- E.- El puntaje total varía dependiendo de las actualizaciones de intervenciones de los Catálogos vigentes.

6.12.3 DE CALIDAD

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

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Seguro Popular de Salud. D. O. F. 15-III-2002.
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud, da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). D. O. F. 4-VII-2003.
- Catálogo de equipo de psicomotricidad. Centro Nacional de Rehabilitación.
- Cólera en México, Manual para la Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.
- Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA. 2001.
- Cuadernos de Evaluación para la Certificación. Consejo de Salubridad General. 2002.
- Diagnóstico Rápido para Detección del Hipotiroidismo Congénito, Arranque Parejo en la Vida, Dirección General de Salud Reproductiva. 2003.
- Gestión Directiva, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. SSA. 2003.
- Ley General de Salud, reformas, 13 de mayo del 2003.
- Metodología de Modernización para la Administración Pública Federal. SECODAM. Noviembre de 1997.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-223-SSA1-1993, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas. Dirección General de Medicina Preventiva, SSA 2001.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Proyecto 2003.
- Sistema INDICA. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, SSA. 2002.
- Vigilancia del Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido, Arranque Parejo en la Vida, Dirección General de Salud Reproductiva. 2003.

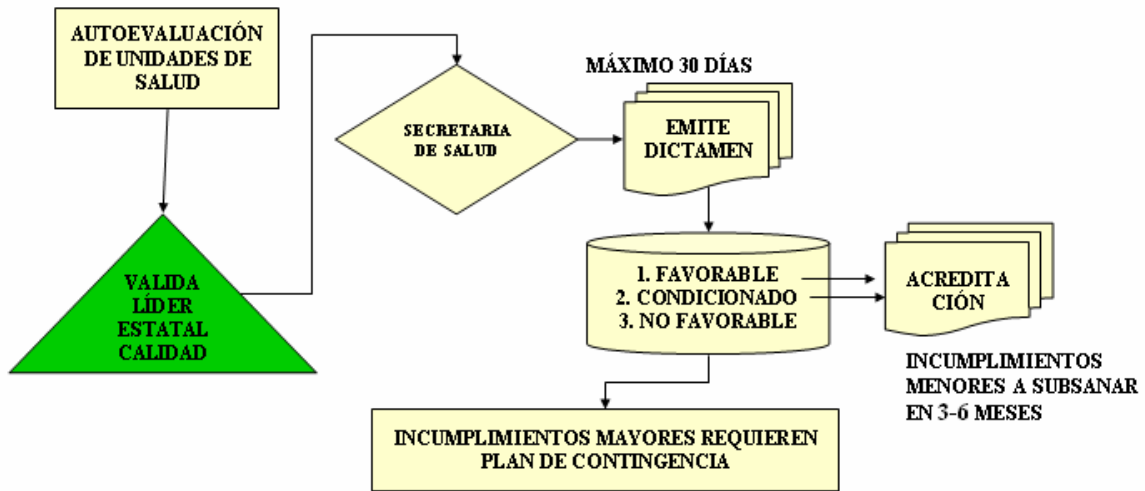
PROCEDIMIENTO OPERATIVO DEL NUEVO SISTEMA DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD



SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

ESQUEMA DE VALIDACIÓN ESTATAL



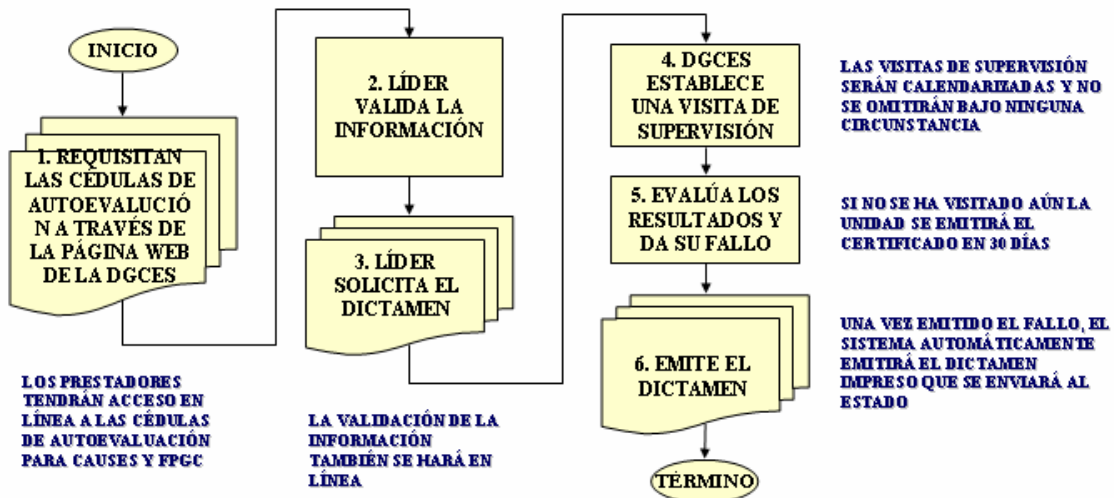
PROCEDIMIENTO OPERATIVO DEL NUEVO SISTEMA DE ACREDITACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD



SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

SISTEMA AUTOMATIZADO DE ACREDITACIÓN



SICALIDAD



Subsecretaría de Innovación y
Calidad
Dirección General de Calidad y
Educación en Salud

2 0 0 7