

MANUAL para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ, Director General de Calidad y Educación en Salud, con fundamento en los artículos 77 Bis 5, apartado A, fracción XV y 77 Bis 9 de la Ley General de Salud; 26, 27 y 28, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, así como 16 fracción XXVI y 18 fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el Derecho Humano a la protección de la salud y prevé la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general;

Que de conformidad con lo dispuesto en los artículos 77 Bis 5, apartado A, fracción XV y 77 Bis 9 de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud deberá definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los establecimientos de salud prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud, así como establecer los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios acrediten previamente la calidad de los servicios prestados;

Que los requerimientos mínimos, el proceso en sus distintas fases, así como los criterios e instrumentos para evaluar con fines de acreditación y reacreditación de los establecimientos prestadores de servicios en materia de infraestructura, recursos y procesos que garanticen la calidad técnica, se integrarán en el presente manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica;

Que conforme a lo dispuesto en los artículos 26 y 27 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, para que un establecimiento de atención a la salud sea incorporado como prestador del Sistema de Protección Social en Salud, deberá contar con el dictamen de acreditación que emita la Secretaría de Salud, como consecuencia de la aplicación del proceso de evaluación que se establezca en el manual que para tal efecto emita dicha Dependencia del Ejecutivo Federal;

Que en términos de lo dispuesto en el artículo 18, fracción XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, establecer, emitir y operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en los Establecimientos de atención a la salud incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, y

Que en atención a lo anterior, es prioridad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud establecer el proceso para el otorgamiento de la Acreditación a los Establecimientos y servicios de atención médica que cumplan con los Criterios en materia de Capacidad, Seguridad y Calidad en la prestación de los servicios de atención médica, definiendo las funciones, relaciones y tramos de responsabilidad de las autoridades involucradas en el proceso de Acreditación, así como los términos a los que se apegarán los Establecimientos para obtener la Acreditación y Reacreditación, he tenido a bien expedir el siguiente

**MANUAL PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS
Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA**

ÍNDICE

- 1. Introducción.**
- 2. Glosario de términos y definiciones aplicables al proceso de Acreditación y Reacreditación.**
- 3. Marco jurídico.**
- 4. Objetivos.**
 - 4.1. Objetivo general.**
 - 4.2. Objetivos específicos.**
- 5. Ámbito de aplicación.**

6. Proceso de Acreditación.**6.1. Fase I Programación.**

- 6.1.1. Generalidades.
- 6.1.2. Priorización de Establecimientos para la Acreditación.
- 6.1.3. Programa Estatal de Acreditación.
- 6.1.4. Programa Anual de Acreditación.

6.2. Fase II Evaluación.

- 6.2.1. Generalidades.
- 6.2.2. Logística Estatal.
- 6.2.3. Logística Federal.
- 6.2.4. Ejecución de la Visita de Evaluación.

6.3. Fase III Dictamen.

- 6.3.1. Generalidades.
- 6.3.2. Elaboración del Informe de Hallazgos y Dictamen de Acreditación de los Establecimientos que atienden servicios esenciales y los cubiertos por el FPGC.
- 6.3.3. Dictamen no favorable.
- 6.3.4. Plan de contingencia.

6.4. Fase IV Supervisión.

- 6.4.1. Generalidades.
- 6.4.2. Programación de la Supervisión.
- 6.4.3. Visita de Supervisión, Resolución.
- 6.4.4. Suspensión de la Acreditación.

6.5. Fase V Reacreditación.

- 6.5.1. Requisitos de mejora continua que habrán de cumplir los Establecimientos para renovar la Acreditación durante el proceso de Reacreditación.
- 6.5.2. Programa Anual de Reacreditación.
- 6.5.3. Visita de Reacreditación y Resolución.

7. Diagrama de Flujo.

- 7.1. Planeación.
- 7.2. Evaluación.
- 7.3. Dictamen.
- 7.4. Supervisión.
- 7.5. Reacreditación.

8. Anexos.

- 8.1. Acta de Apertura.
- 8.2. Acta de Cierre.
- 8.3. Criterios mayores y Características de las Cédulas de Evaluación (que aplicarán en el procedimiento de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica.
- 8.4. Decálogo del Evaluador.
- 8.5. Perfil técnico del personal para realizar el proceso de Acreditación y supervisión.
- 8.6. Clasificación de los establecimientos por categorías.

1. Introducción.

La salud es un valor fundamental en la vida de todo ser humano y una condición esencial para su desarrollo; es también uno de los pilares en los que cualquier Estado debe sustentar su crecimiento y estabilidad; es un bien público que el Estado mexicano reconoce como tal en el artículo 4o, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La protección de la salud es un derecho humano reconocido, con las implicaciones jurídicas que conlleva; ha evolucionado hacia la imposición de obligaciones a los poderes públicos a fin de hacerlo viable.

El Estado tiene la obligación de llevar a cabo acciones para que las prestaciones médicas que componen el derecho a la protección de la salud, se otorguen con eficiencia, efectividad, calidad técnica y trato digno, a fin de que dicho derecho se pueda ejercer con plenitud y no sea sólo una aspiración.

La Meta Nacional II “México Incluyente” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 prevé garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, estableciendo para lograrlo, entre otras líneas de acción, el consolidar la regulación de los procesos y establecimientos de atención médica, así como instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.

De esta manera, la Acreditación se constituye como el proceso de garantía de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los establecimientos de salud, con el fin de constatar que cumplen satisfactoriamente con Criterios definidos de Capacidad, Seguridad y Calidad, así como con un enfoque de gestión por procesos, para satisfacer las necesidades de los usuarios y garantizar la calidad de la atención.

Avanzar hacia el acceso efectivo a los servicios de atención médica con calidad, contribuirá a superar las desigualdades en las condiciones de salud existentes en nuestro país, las que constituyen un serio obstáculo para alcanzar el desarrollo humano y social sostenido al que aspira el pueblo de México.

Si el Estado garantiza la satisfacción de las necesidades en salud de cada persona, mediante el mantenimiento y funcionamiento de los servicios necesarios para la atención médica con calidad, estará cumpliendo con una responsabilidad fundamental para construir una sociedad justa, sana y productiva.

En este sentido, la Secretaría de Salud ha orientado sus esfuerzos para otorgar mayor certeza jurídica al proceso de Acreditación, con lineamientos claros y precisos que coadyuven a sistematizar y fortalecer la objetividad de dicho proceso para asegurar el cumplimiento de los elementos de Capacidad, Seguridad y Calidad a través del tiempo de vigencia de la Acreditación.

2. Glosario de términos y definiciones aplicables al proceso de Acreditación y Reacreditación.

Para efectos del presente Manual se entenderá por:

- I. **Autoevaluación.-** Proceso a cargo de las Autoridades Responsables de los Establecimientos que tiene por objeto evaluar el cumplimiento de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad incluidos en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación;
- II. **Autoridades Responsables.-** Se refiere a los Titulares de los Servicios Estatales de Salud, al Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad y al Titular de los programas especiales;
- III. **Acreditación.-** Proceso de evaluación externa para determinar el cumplimiento de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad, en un Establecimiento, fijo o móvil, necesarios para proporcionar los servicios del Sistema de Protección Social en Salud, previstos en el CAUSES y en el FPGC, así como las intervenciones del SMSXXI;
- IV. **Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).-** Documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, en el que se definen y describen las patologías y servicios de salud de primero y segundo nivel de atención a los que tienen derecho los afiliados al Sistema;
- V. **Categoría de los Establecimientos.-** Es la clasificación de los establecimientos de atención médica, realizada por la Unidad Administrativa de acuerdo con la complejidad de la prestación de los servicios o actividad que desempeñan;
- VI. **Cédulas de Evaluación para la Acreditación.-** Instrumentos normalizados utilizados para la Autoevaluación y Evaluación de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad en los Establecimientos sujetos al proceso de Acreditación;

- VII. Coordinador del Equipo Evaluador.-** Servidor público designado por la Unidad Administrativa cuya función principal es la de coordinar el proceso de evaluación y a los Evaluadores durante la visita de evaluación con fines de Acreditación;
- VIII. Criterios.-** Requisitos establecidos en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación cuya ponderación determinará el resultado para la emisión del dictamen de Acreditación;
- IX. Criterios de Calidad.-** Condiciones que deben cumplir los servicios de atención médica con la finalidad de incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados;
- X. Criterios de Capacidad.-** Mínimos indispensables de recursos humanos, materiales y financieros considerados en las normas oficiales mexicanas y demás disposiciones jurídicas aplicables, para la prestación de los servicios de atención médica que se le brindan al paciente;
- XI. Criterios Mayores.-** Requisitos esenciales que deberán ser cumplidos por los Establecimientos, a fin de obtener el dictamen de Acreditación aprobatorio;
- XII. Criterios de Seguridad.-** Requisitos en materia de reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, dentro de los cuales se incluyen los establecidos en el Programa de Hospital Seguro contra Desastres;
- XIII. Calidad.-** El grado en que las propiedades de la estructura y los procesos de los servicios de salud para pacientes y poblaciones son coherentes con el conocimiento profesional actual y aumenta la probabilidad de obtener los resultados deseados;
- XIV. CNPSS.-** Comisión Nacional de Protección Social en Salud;
- XV. Cuota.-** Contraprestación que deberán cubrir las Autoridades Responsables por concepto de la prestación del servicio de acreditación o reacreditación.
- XVI. Establecimiento.-** Todo aquel establecimiento para la atención médica del sector público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;
- XVII. Estándar de Calidad.-** Grado de cumplimiento de los Criterios contenidos en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación;
- XVIII. Evaluador.-** El servidor público designado por la Unidad Administrativa para intervenir en el proceso de Acreditación;
- XIX. Evaluador Estatal.-** Servidor público designado por los Servicios Estatales de Salud para intervenir en el proceso de Acreditación;
- XX. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).-** Fondo de reserva constituido y administrado por la Federación sin límite de anualidad presupuestal, que apoya el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos;
- XXI. Incidente Crítico.-** Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría ocasionar un daño innecesario a un paciente, cuya identificación es con fines de implementación de medidas de prevención;
- XXII. Plan de Contingencia.-** Documento en el que se describen las acciones que realizará el Establecimiento que no haya obtenido el dictamen aprobatorio derivado de la visita de Acreditación, el cual deberá considerar los incumplimientos enunciados en el informe de hallazgos emitido por la Unidad Administrativa;
- XXIII. PMCC.-** Programa de Mejora Continua de la Calidad, que es el Documento desarrollado por las autoridades de los Establecimientos, con la finalidad de dar respuesta integral a los problemas de calidad y seguridad del paciente, que deberán mostrar para la renovación de la vigencia de la Acreditación a través de los informes anuales que se realicen durante los 5 años de vigencia;
- XXIV. Programa Anual de Acreditación.-** Documento elaborado por la Unidad Administrativa, que integra los ejercicios de planeación y priorización de Establecimientos susceptibles de ser incluidos en el proceso de Acreditación y Reacreditación durante un año determinado, considerando las necesidades de su población usuaria;
- XXV. Programa Anual de Supervisión.-** Documento elaborado por la Unidad Administrativa, en el que se incluyen los Establecimientos sujetos al proceso de supervisión para el cumplimiento de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad en un año determinado;

- XXVI. Programa Estatal de Acreditación.-** Documento elaborado por las Autoridades Responsables, que contiene las acciones de programación y priorización de Establecimientos a acreditar basados en las necesidades de su población usuaria;
- XXVII. Programas Especiales.-** Aquéllos que por su naturaleza la Secretaría de Salud determine que para su operación requieran un dictamen de acreditación.
- XXVIII. Responsable del Establecimiento.-** Servidor público o profesional, que conforme a las disposiciones que regulan el funcionamiento de un Establecimiento;
- XXIX. Responsable Estatal de Calidad.-** Servidor público designado por el titular de los Servicios Estatales de Salud que tiene a su cargo la gestión de los programas de Calidad en su ámbito de competencia;
- XXX. Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI).-** Programa federal que tiene como objetivo el financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de los niños menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud;
- XXXI. Servicios Estatales de Salud (SESA).-** Las estructuras administrativas de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la prestación de servicios de salud;
- XXXII. Servicios Subrogados.-** Son aquellos servicios que contrata el establecimiento que será objeto de la evaluación para complementar y dar continuidad a la prestación de los servicios y cumplir con los criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad, y
- XXXIII. Unidad Administrativa.-** A la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.

3. Marco jurídico.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley General de Salud.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- 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 Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- Reglamento Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.
- MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención y control del complejo taeniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los Criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, para la prevención y control de la lepra.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para laboratorios de patología clínica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-078-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los estándares de calibración utilizados en las mediciones realizadas en los laboratorios de patología clínica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
- MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención atención.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-256-SSA1-2012, Condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos y personal dedicados a los servicios urbanos de control de plagas mediante plaguicidas.

4. Objetivos.

4.1. Objetivo general. Establecer el proceso para el otorgamiento de la Acreditación a los Establecimientos y servicios de atención médica que cumplan los Criterios en materia de Capacidad, Seguridad y Calidad en la prestación de los servicios de atención médica.

4.2. Objetivos específicos.

4.2.1. Definir las funciones y relaciones de las autoridades involucradas para precisar las responsabilidades dentro del proceso de Acreditación de Establecimientos y servicios de atención médica.

4.2.2. Establecer los requisitos a los que se sujetarán los Establecimientos y servicios de atención médica para obtener la Acreditación y Reacreditación.

5. Ámbito de aplicación.

Este Manual será aplicable a los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud que estén incorporados o deseen incorporarse como prestadores de servicios para el Sistema de Protección Social en Salud.

La interpretación de este Manual para efectos administrativos, le corresponde a la Unidad Administrativa.

6. Proceso de Acreditación.

La Acreditación será aplicable para los siguientes tipos de servicios y Establecimientos:

- a. En los relativos al CAUSES para Establecimientos fijos o móviles incluyendo Unidades Médicas Móviles y Unidades Médicas Especializadas.
- b. Intervenciones financiadas por el FPGC.
- c. Intervenciones financiadas por el SMSXXI.

El proceso de Acreditación está integrado por las siguientes fases:

- I. Fase I Programación.
- II. Fase II Evaluación.
- III. Fase III Dictamen.
- IV. Fase IV Supervisión.
- V. Fase V Reacreditación.

El proceso de Acreditación será realizado por personal de la Unidad Administrativa, con participación de los SESA o por los Terceros Autorizados que para este efecto se constituyan, estos últimos se regirán de acuerdo a los lineamientos que para este fin emita la Unidad Administrativa y difunda en su página de Internet.

6.1. Fase I Programación. Abarca la identificación y priorización de Establecimientos que conformarán el Programa Estatal de Acreditación, así como la integración y la difusión del Programa Anual de Acreditación por la Unidad Administrativa.

6.1.1. Generalidades.

6.1.1.1. Cualquier tipo de Establecimiento podrá solicitar información sobre el Proceso de Acreditación con el Responsable Estatal de Calidad o del Establecimiento en la entidad dónde se encuentre ubicado.

6.1.1.2. Para que el Establecimiento pueda ser incluido en el Programa Anual de Acreditación deberá contar con:

- 6.1.1.2.1.** Clave Única de Establecimiento de Salud actualizada.
- 6.1.1.2.2.** Autorizaciones Sanitarias correspondientes.
- 6.1.1.2.3.** Reporte estadístico vigente.
- 6.1.1.2.4.** PMCC.

6.1.2. Priorización de Establecimientos para la Acreditación.

6.1.2.1. Las autoridades del Establecimiento interesado en obtener la Acreditación podrán consultar a la Unidad Administrativa, para obtener los formatos de las Cédulas de Evaluación para la Acreditación, con las cuales deberán realizar la Autoevaluación del Establecimiento.

6.1.2.2. Las Autoridades responsables para la identificación y priorización de los Establecimientos que conformarán el Programa Estatal de Acreditación deberán realizar la Autoevaluación, que tendrá como objetivo comprobar el cumplimiento de los Criterios contenidos en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación, de ser aprobatorias, deberán enviar copia de éstas, al Responsable Estatal de Calidad u

homólogo para su validación y tendrán un periodo de vigencia de tres meses contados a partir de su fecha de elaboración. Dichos documentos deberán ser presentados con la leyenda: "Bajo protesta de decir verdad, declaro que todos los datos contenidos en la misma son verídicos".

6.1.2.3. Cuando se trate de Establecimientos que pertenezcan a los SESA o sector privado, los Responsables de aquéllos deberán realizar la Autoevaluación en coordinación con los Responsables Estatales de Calidad. En el caso de los Establecimientos de la Secretaría de Salud, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad coordinará su Autoevaluación.

6.1.2.4. El establecimiento a evaluar invariablemente deberá remitir las autoevaluaciones con el formato de servicios subrogados que serán evaluados, debidamente firmado y requisitado así como la copia del o los convenios o contratos de los servicios subrogados.

6.1.2.5. Las Cédulas de Evaluación para la Acreditación utilizadas en la Autoevaluación deberán ser enviadas digitalizadas vía correo electrónico y mediante oficio suscrito por las autoridades responsables, dirigido al titular de la Unidad Administrativa, firmadas, con 15 días hábiles de anticipación a la fecha programada para la visita de evaluación, a efecto de confirmar la misma y el traslado del Equipo Evaluador.

6.1.3. Programa Estatal de Acreditación

6.1.3.1. A solicitud de la Unidad Administrativa las Autoridades Responsables a través del Responsable Estatal de Calidad u homólogo deberán elaborar un Programa Estatal de Acreditación con base en el formato que para este fin remita a través de oficio la Unidad Administrativa. En dicho Programa se incluirán los Establecimientos que hayan obtenido una Autoevaluación favorable y por tanto se encuentren en posibilidad de ser acreditados. Asimismo, éste deberá contener un análisis de priorización de Establecimientos en alineación al diagnóstico situacional en materia de salud de la entidad federativa.

6.1.3.2. Dentro del Programa Estatal de Acreditación se deberá incorporar un apartado en el que se describan los Establecimientos que serán sujetos de Reacreditación.

6.1.3.3. Las Autoridades Responsables enviarán a la Unidad Administrativa mediante oficio con copia a la CNPSS, su Programa Estatal de Acreditación de manera impresa y en medio electrónico, el cual deberá estar debidamente firmado por:

6.1.3.3.1. En el caso de los SESA por su Titular, el Responsable Estatal de Calidad, el Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud y el Responsable de Planeación de los SESA;

6.1.3.3.2. En el caso de IMSS Prospera por su Titular y el Responsable del Proceso de Acreditación, y

6.1.3.3.3. En el caso de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, por su Titular y los Directores Generales de éstos y/o el Responsable del Establecimiento.

6.1.3.4. La fecha límite para la recepción del Programa Estatal de Acreditación será durante los primeros 10 días hábiles del año del que se trate.

6.1.3.5. En caso de recepción extemporánea del Programa Estatal de Acreditación deberá enviarse a la Unidad Administrativa mediante oficio con copia a la CNPSS la justificación correspondiente, en un lapso no mayor a 10 días hábiles posteriores a la fecha en que haya concluido el señalado en el numeral anterior, a fin de que pueda ser incluido en el Programa Anual de Acreditación del año de que se trate, con base en la disponibilidad de fechas.

6.1.3.6. La Unidad Administrativa con base en la justificación enviada y la disponibilidad de fechas, emitirá la respuesta correspondiente para los efectos administrativos a que haya lugar.

6.1.4. Programa Anual de Acreditación

6.1.4.1. La Unidad Administrativa con base en el oficio enviado a las Autoridades Responsables en los últimos 40 días hábiles del año inmediato anterior para la conformación de los Programas Estatales de Acreditación, analizará que los mismos cumplan con los requisitos establecidos; en caso de no cumplir con las disposiciones o no recibirlo en tiempo y forma, la Unidad Administrativa informará a las Autoridades Responsables, para que estén en condiciones de reenviarlo en los plazos establecidos en el presente Manual a fin de ser incluido de acuerdo a la disponibilidad de fechas.

6.1.4.2. Con base en la disponibilidad de recursos humanos y un análisis de priorización de Establecimientos a acreditar, la Unidad Administrativa integrará el Programa Anual de Acreditación, el cual contendrá: entidad federativa, nombre y número de la Jurisdicción, número y nombre del Establecimiento como aparece en catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, tipología de Establecimiento, tipo de Acreditación (CAUSES, FPGC, SMSXXI) y fecha propuesta de visita de evaluación.

6.1.4.3. El Programa Anual de Acreditación tendrá una versión preliminar, la cual será publicada en los primeros 5 días hábiles del mes de febrero de cada año en los medios que para este fin determine la Unidad Administrativa. A partir de su publicación, las Autoridades Responsables y Responsables Estatales de Calidad tendrán un plazo de 5 días hábiles contados a partir del día siguiente de la fecha de difusión, para manifestar por escrito de manera justificada sus observaciones y comentarios al mismo.

6.1.4.4. Las modificaciones que realice la Unidad Administrativa al Programa Anual de Acreditación, se podrán difundir de manera mensual a través de los medios electrónicos disponibles de la Unidad Administrativa.

6.1.4.5. Las Autoridades Responsables notificarán la inclusión, sustitución, modificación, reprogramación o cancelación de las visitas de Acreditación programadas, mediante oficio dirigido a la Unidad Administrativa con copia a la CNPSS, en el que se deberá justificar plenamente las causas de cancelación. Dicho oficio deberá estar firmado por la autoridad responsable y presentarse en un plazo no menor a 20 días hábiles antes de la fecha programada para la realización de la visita de Acreditación, a fin de que ésta pueda ser reprogramada en el Programa Anual de Acreditación del año de que se trate.

6.1.4.6. Las solicitudes de reprogramación de visitas de evaluación deberán ser enviadas por las Autoridades Responsables, mediante oficio dirigido a la Unidad Administrativa con copia a la CNPSS.

6.1.4.7. La Unidad Administrativa analizará la solicitud de inclusión, sustitución, modificación, reprogramación o cancelación y determinará lo conducente, en caso de que la solicitud no se realice en tiempo y forma, quedará a consideración de la Unidad Administrativa analizar dicha solicitud.

6.2. Fase II Evaluación. Incluye la logística para la realización de las actividades de evaluación; la confirmación de la visita de acreditación en las fechas establecidas en el Programa Anual de Acreditación; la realización de la visita de Acreditación y el acta de apertura y cierre correspondiente.

6.2.1. Generalidades.

6.2.1.1. De acuerdo con el Programa Anual de Acreditación, la Unidad Administrativa determinará el número de Evaluadores federales que intervendrán en la visita de evaluación y solicitará mediante oficio a las Autoridades Responsables apoyo del personal Evaluador estatal, mismas que emitirán los oficios de comisión correspondientes.

6.2.1.2. Los Evaluadores, Coordinadores de Equipo y, en general cualquier servidor público, deberán abstenerse de intervenir o participar en cualquier forma en el proceso de Acreditación de aquellos Establecimientos para la atención médica o servicios de alta especialidad en los que tenga algún interés personal, familiar o de negocios, incluyendo aquellos Establecimientos o servicios de los que pueda resultar algún beneficio para él, su cónyuge, parientes consanguíneos hasta el cuarto grado, por afinidad o civiles o para terceros con los que tenga o haya tenido relación profesional, laboral o de negocios o para socios o sociedades de las que formen parte. Habrá intereses en conflicto cuando los intereses personales, familiares o de negocios del servidor público puedan afectar el desempeño imparcial de su trabajo. El servidor público que se encuentre en el supuesto previsto en este numeral, deberá informar por escrito a su jefe inmediato para que éste determine lo conducente.

6.2.1.3. Para la visita de evaluación en CAUSES, FPGC y SMSXXI se utilizarán las Cédulas de Evaluación para la Acreditación que se difundirán a través de los medios electrónicos disponibles en la Unidad Administrativa.

6.2.1.4. De conformidad con lo establecido en la fracción XVI del artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la Unidad Administrativa emitirá las Cédulas de Evaluación para la Acreditación a que hace referencia el numeral anterior las cuales serán actualizadas con base en las modificaciones que se realicen en la normativa aplicable, protocolos y al CAUSES y serán dadas a conocer a través de su página de Internet.

6.2.1.5. Los Establecimientos deberán de obtener un porcentaje igual o mayor al 85% de los Criterios establecidos en la Cédula de Evaluación para la Acreditación en CAUSES o igual o mayor al 90% para FPGC y SMSXXI, así como el cumplimiento total de los Criterios Mayores.

6.2.1.6. La información proporcionada en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación deberá ser congruente con la información establecida en los Sistemas de Información en Salud (SINERHIAS, SICAM, SAEH, entre otros).

6.2.1.7. El Coordinador del Equipo Evaluador podrá cancelar la visita de evaluación por caso fortuito o causas de fuerza mayor que pongan en riesgo al Equipo Evaluador o el proceso mismo, previa notificación a su jefe inmediato. Para lo cual deberá levantar un acta administrativa en la que consten las circunstancias por las que fue cancelada la visita de evaluación, dicha acta deberá estar firmada por el personal que intervino en el proceso.

6.2.1.8. La Autoridad Responsable deberá designar en su representación a un servidor público, a efecto de que esté presente en la visita de evaluación.

6.2.1.9. La Unidad Administrativa cancelará la visita en caso de no recibir la documentación en la que se acredite el pago de la cuota por concepto de la prestación del servicio de acreditación con 15 días hábiles previos a la fecha de visita programada.

6.2.2. Logística Estatal.

6.2.2.1. El Responsable Estatal de Calidad u homólogo enviará por oficio a la Unidad Administrativa, dentro de los 15 días hábiles previos a que se realice la visita de evaluación, las rutas propuestas de traslado y las cédulas de Autoevaluación de los Establecimientos incorporados al Programa Estatal de Acreditación, así como enviar invariablemente el formato de servicios subrogados debidamente firmado y requisitado, así como la copia del o los convenios o contratos de los servicios subrogados. Las fechas propuestas para llevar a cabo las visitas de evaluación serán confirmadas por la Unidad Administrativa.

6.2.2.2. El Responsable Estatal de Calidad o del Establecimiento con base en las categorías establecidas en el Anexo 8.6 del Presente Manual, gestionará ante las Autoridades Responsables el pago de la cuota por concepto de la prestación del servicio de acreditación.

6.2.2.3. En el supuesto que la Autoridad Responsable no dé cumplimiento a lo señalado en el numeral anterior, la Unidad Administrativa cancelará la visita de evaluación, en cuyo caso, el Establecimiento podrá solicitar su reprogramación en el siguiente año.

6.2.2.4. La entidad federativa a la cual la Unidad Administrativa le solicitó Evaluadores de apoyo notificará a esta los nombres de los servidores públicos designados.

6.2.3. Logística Federal.

6.2.3.1. La Unidad Administrativa determinará el número de Evaluadores y en caso de ser necesario solicitará la participación de Evaluadores estatales de otra entidad federativa, diferente a la evaluada, como apoyo para llevar a cabo la evaluación programada de acuerdo al Programa Anual de Acreditación.

6.2.3.1.1. Oficio de designación

6.2.3.1.1.1. La Unidad Administrativa enviará oficio a las Autoridades Responsables de la visita programada, en el que informará lo siguiente:

6.2.3.1.1.1.1. Los Establecimientos a evaluar,

6.2.3.1.1.1.2. La fecha programada de visita y los días de estancia en la entidad,

6.2.3.1.1.1.3. El nombre del Coordinador del Equipo Evaluador, y

6.2.3.2. El Coordinador del Equipo Evaluador designado por la Unidad Administrativa analizará las cédulas de Autoevaluación, el formato que para este fin emita la Unidad Administrativa a través de los medios electrónicos disponibles y los convenios, enviados por las Autoridades Responsables previamente a la evaluación. En el caso de incongruencia, inconsistencia o incumplimiento de lo antes señalado por parte de los Establecimientos, se realizará la notificación de reprogramación de la visita de acreditación.

6.2.3.2.1. Oficio de visita de evaluación.

6.2.3.2.1.1. El Coordinador del Equipo Evaluador se presentará en el Establecimiento con un oficio de orden de visita de evaluación, en el que se hará del conocimiento al Responsable del Establecimiento para la atención médica a evaluar:

6.2.3.2.1.1.1. El nombre del personal designado para llevar a cabo la Acreditación,

6.2.3.2.1.1.2. El objetivo y alcance de la visita de evaluación, y

6.2.3.2.1.1.3. El programa de trabajo de la visita de evaluación.

6.2.3.2.2. El Coordinador del Equipo Evaluador deberá recabar el acuse de recibo del oficio de orden de visita de evaluación y se integrará al expediente que se genere con motivo del proceso de Acreditación.

6.2.4. Ejecución de la Visita de Evaluación.

6.2.4.1. Apertura y Desarrollo.

6.2.4.1.1. El Coordinador del Equipo Evaluador dará inicio al acto de apertura de la visita de evaluación, a través de una reunión que se llevará a cabo en el Establecimiento con el personal designado por el titular del mismo, para tal efecto se deberá levantar el acta de apertura, conforme al anexo a que se refiere el numeral 8.1 del presente Manual, en la que se hará constar la hora de inicio, la designación de los responsables del Establecimiento para atender la visita y se dará a conocer el objetivo y alcance de la misma, el programa de trabajo y el equipo Evaluador.

6.2.4.1.2. El Evaluador durante la visita de evaluación deberá cotejar la información de los servicios subrogados que fueron reportados en la autoevaluación, por lo que solicitará copia del convenio de subrogación de servicios, y de ser el caso, los Evaluadores deberán visitar dichos servicios como parte de la infraestructura del Establecimiento en evaluación y levantará la constancia correspondiente, la cual deberá estar firmada por el coordinador del equipo evaluador, el Responsable del Establecimiento, el personal asignado para acompañar la visita. Lo anterior, a efecto de verificar que los servicios subrogados cumplen con los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad.

6.2.4.1.3. El Equipo Evaluador en compañía del personal designado por el Responsable del Establecimiento en evaluación deberá realizar el recorrido por las instalaciones del Establecimiento.

6.2.4.1.4. Después del recorrido cada Evaluador en compañía del personal designado iniciará con las actividades descritas en el programa de trabajo.

6.2.4.1.5. El Evaluador se allegará de la información y documentación necesarias para el análisis del Criterio a revisar y deberá ser objetivo y explícito en la formulación de sus solicitudes.

6.2.4.1.6. El Evaluador registrará en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación los datos referentes al análisis, comprobación y conclusión sobre los Criterios a revisar. Dicho documento deberá ser firmado por cada uno de los Evaluadores participantes y el Coordinador del Equipo Evaluador.

6.2.4.1.7. Los Evaluadores sólo podrán revisar los Criterios que se establecen en la Cédula de Evaluación para la Acreditación, y en su caso, deberán recabar los documentos, fotografías y demás evidencia que acredite el hallazgo.

6.2.4.2. Cierre.

6.2.4.2.1. El Coordinador del Equipo Evaluador concluirá la fase de evaluación a través de una reunión, la cual se llevará a cabo en el Establecimiento evaluado con el personal designado por el titular del mismo con el levantamiento del acta de cierre, en la que se enunciarán los hallazgos más relevantes. El acta será elaborada conforme al Anexo a que se refiere el numeral 8.2 del presente Manual y será firmada por los Evaluadores participantes, las autoridades del Establecimiento y su personal designado.

6.2.4.2.2. El Coordinador del Equipo Evaluador solicitará al Responsable del Establecimiento requisitar la evaluación de desempeño por cada uno de los integrantes del Equipo Evaluador que participó en la visita de evaluación. El Responsable del Establecimiento evaluado deberá entregarla en sobre cerrado al finalizar la visita.

6.3. Fase III Dictamen. Abarca la elaboración del informe de hallazgos de la visita de evaluación; la integración del expediente, y el análisis de la información para la elaboración y emisión del Dictamen de Acreditación o Dictamen no Favorable.

6.3.1. Generalidades.

6.3.1.1. La Unidad Administrativa deberá integrar un expediente por cada visita de evaluación, tomando en consideración las disposiciones aplicables y las políticas institucionales en materia de archivos con el fin de documentar el proceso.

6.3.1.2. El Dictamen de Acreditación tendrá una vigencia de cinco años, contados a partir de su fecha de emisión, salvo que antes de concluir dicho periodo, se presenten o identifiquen causas que justifiquen la suspensión de sus efectos.

6.3.1.3. En caso de daño del Dictamen de Acreditación, el Responsable del Establecimiento deberá dar aviso al Responsable Estatal de Calidad o del Establecimiento quien solicitará por escrito a la Unidad Administrativa la reposición del documento. Dicho oficio deberá contener anexo el dictamen dañado, la Unidad Administrativa emitirá una copia certificada del documento dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la solicitud.

6.3.1.4. En caso de pérdida del Dictamen, el Responsable del Establecimiento hará la denuncia correspondiente ante la autoridad competente y dará aviso al Responsable Estatal de Calidad o del Establecimiento, el cual solicitará a la Unidad Administrativa mediante oficio, al que deberá anexarse copia certificada de la constancia de hechos respectiva, así como copia fotostática del documento a reponer. El tiempo de entrega de la Copia Certificada del Dictamen de Acreditación por parte de la Unidad Administrativa será dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la solicitud.

6.3.1.5. En caso de cambio de denominación del Establecimiento y/o cambio de Clave Única de Establecimientos de Salud, el Establecimiento podrá solicitar por escrito a la Unidad Administrativa la expedición del Dictamen de Acreditación con la nueva denominación de acuerdo a lo siguiente:

6.3.1.5.1. Si el Establecimiento tiene menos de doce meses de haber sido acreditado, el Responsable del Establecimiento deberá anexar a su solicitud: a) Escrito de que no presentó cambios en la infraestructura, recursos humanos, equipo o en la oferta de servicios; b) Dictamen de Acreditación en original, y c) Los documentos que hayan sustentado el cambio ante la Dirección General de Información en Salud.

Una vez revisada la solicitud por la Unidad Administrativa y de no existir aclaraciones al respecto, ésta expedirá el dictamen dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la solicitud.

6.3.1.5.2. En el supuesto de que el Establecimiento tenga más de doce meses de haber sido Acreditado, el Responsable del Establecimiento deberá anexar a su solicitud los documentos requeridos en el apartado anterior. Además, el Establecimiento estará sujeto a una visita de supervisión por parte de la Unidad Administrativa, para lo cual será incluido en su Programa Anual de Supervisión en un lapso no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud del Establecimiento y de la disponibilidad de recursos para llevar a cabo la visita de supervisión.

6.3.1.5.3. En el caso de que el Establecimiento haya efectuado algún cambio de denominación y/o cambio de Clave Única de Establecimientos de Salud por remodelación, ampliación y/o sustitución de obra nueva, recursos humanos, equipo y/o la oferta de servicios, la Autoridad Responsable deberá solicitar por escrito a la Unidad Administrativa una nueva visita de evaluación, para lo cual deberá ser incluido en el Programa Anual de Acreditación conforme a la disponibilidad del mismo.

6.3.1.6. En caso de que el Establecimiento decida no continuar como prestador de servicios del Sistema de Protección Social en Salud, deberá solicitar la cancelación de la Acreditación mediante oficio firmado por la autoridad responsable y dirigido a la Unidad Administrativa, así como tramitar su baja como prestador de servicios ante la CNPSS.

6.3.1.7. La Unidad Administrativa informará a la CNPSS los resultados del proceso de Acreditación de manera semestral.

6.3.2. Elaboración del Informe de Hallazgos y Dictamen de Acreditación de los Establecimientos que atienden servicios esenciales y los cubiertos por el FPGC.

6.3.2.1. El Coordinador del Equipo Evaluador deberá integrar, elaborar y firmar el informe en el que se describan los principales hallazgos, las cédulas de evaluación para la acreditación con base en los resultados del análisis de estas, así como las evidencias obtenidas por medios electrónicos, ópticos o cualquier otra tecnología.

6.3.2.2. El Informe de Hallazgos será firmado por el Coordinador de la visita de evaluación y deberá de contener por lo menos:

6.3.2.2.1. Entidad Evaluada;

6.3.2.2.2. Fecha de la visita;

6.3.2.2.3. Nombre del Coordinador de la visita de evaluación;

6.3.2.2.4. Fecha de elaboración del informe;

6.3.2.2.5. Datos generales de identificación del Establecimiento;

6.3.2.2.6. Tipo de intervención evaluada;

6.3.2.2.7. Resultado y calificación;

6.3.2.2.8. Área evaluada y Hallazgo correspondiente, y

6.3.2.3. La Unidad Administrativa en un término no mayor a 60 días hábiles contados a partir del día siguiente a aquél en que se levante el acta de cierre elaborará el dictamen. Dicho documento deberá contener por lo menos los siguientes elementos:

6.3.2.3.1. Fecha de emisión del documento;

6.3.2.3.2. Fundamento legal;

6.3.2.3.3. Periodo de la visita de evaluación;

6.3.2.3.4. Datos generales de identificación del Establecimiento;

6.3.2.3.5. Nombre y firma de la autoridad que lo expide;

6.3.2.3.6. Número de expediente;

6.3.2.3.7. Tipo de Acreditación;

6.3.2.3.8. Fecha de acreditación;

6.3.2.3.9. Vigencia, y**6.3.2.3.10.** Deberá acompañarse de un Acta Dictamen.**6.3.2.4.** El Acta dictamen deberá de contener por lo menos los siguientes elementos:**6.3.2.4.1.** Fecha de emisión del documento;**6.3.2.4.2.** Fundamento legal;**6.3.2.4.3.** Entidad Federativa;**6.3.2.4.4.** Periodo de la visita de evaluación;**6.3.2.4.5.** Datos generales de identificación del Establecimiento;**6.3.2.4.6.** Nombre y firma de la autoridad que lo expide;**6.3.2.4.7.** Número de expediente;**6.3.2.4.8.** Tipo de Acreditación;**6.3.2.4.9.** Fecha de Acreditación, y**6.3.2.4.10.** Vigencia.

6.3.2.5. La Unidad Administrativa emitirá el dictamen de Acreditación respectivo con base en las evidencias documentales que obren en el expediente que se conformó derivado de la visita de evaluación, el cual deberá estar a la vista de los usuarios del Establecimiento. Asimismo, pondrá a disposición de las Autoridades Responsables el dictamen de Acreditación correspondiente al día hábil siguiente de su emisión. Dicho documento será enviado a las Autoridades Responsables de manera oficial en un plazo no mayor a 30 días hábiles, contados a partir del día siguiente de la fecha de su emisión.

Las Autoridades Responsables deberán hacer llegar el dictamen de Acreditación en original al Responsable del Establecimiento evaluado para su guarda y custodia, en el entendido que dicho documento deberá estar disponible para cuando sea solicitado por cualquier autoridad competente.

6.3.3. Dictamen no favorable.

6.3.3.1. En aquellos casos en los que la Unidad Administrativa, derivado de la revisión y análisis de los documentos que obran en el expediente, determine que el Establecimiento de que se trate, no cumple con los Criterios Mayores o bien que no obtuvo el puntaje requerido para obtener el dictamen de Acreditación, emitirá de manera fundada y motivada un dictamen no favorable.

6.3.3.2. El dictamen no favorable deberá:**6.3.3.2.1.** Acompañarse del informe de hallazgos en el que se señalan los Criterios no cumplidos, y

6.3.3.2.2. Contener la fecha de emisión y de visita de evaluación, así como lo datos generales del Establecimiento.

6.3.4. Plan de contingencia.

6.3.4.1. En caso de que el Establecimiento no haya sido acreditado, las Autoridades Responsables podrán solicitar nuevamente la evaluación a la Unidad Administrativa, para lo cual el Responsable del Establecimiento deberá elaborar un Plan de Contingencia, y que tiene como propósito identificar los problemas que le impidieron la Acreditación y deberá contener:

6.3.4.1.1. Datos del Establecimiento;**6.3.4.1.2.** Fecha del dictamen no favorable;**6.3.4.1.3.** Descripción de las alternativas de solución;

6.3.4.1.4. Descripción de las necesidades de recursos humanos, infraestructura física, mobiliario, equipo e instrumental;

6.3.4.1.5. Validación y firma de visto bueno del Plan de Contingencia por parte de las Autoridades Responsables, el Responsable Estatal de Calidad o del Establecimiento, responsable de planeación en la entidad y el representante del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, y

6.3.4.1.6. Fecha estimada en la que se considera que el establecimiento podrá cumplir los requerimientos de la Acreditación.

6.4. Fase IV Supervisión. Será determinada por la Unidad Administrativa con base a las prioridades nacionales y con la conformación de un Programa Anual de Supervisión, la ejecución de la visita de supervisión y la emisión de los resultados correspondientes.

6.4.1. La Supervisión se realizará bajo los siguientes supuestos:

6.4.1.1. Establecimientos Acreditados como parte del seguimiento al cumplimiento de los criterios de capacidad, seguridad y calidad con los que fueron evaluados.

6.4.2. Las Unidades Administrativas Responsables de Programas que dentro de sus funciones esté realizar visitas de supervisión y asesoría, identifiquen durante sus actividades, que los Establecimientos presentan omisiones, errores o desviaciones, respecto de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad; deberán notificar el resultado de sus visitas de supervisión a la Unidad Administrativa con el propósito de que se tomen las medidas correctivas inmediatas y no se ponga en riesgo la calidad de la atención.

6.4.3. En la visita de supervisión se observarán las mismas formalidades que prevé el presente Manual para las visitas de evaluación.

6.4.4. La Unidad Administrativa notificará al Consejo de Salubridad General la suspensión de los efectos de la acreditación en aquellos Establecimientos certificados, para los efectos a que haya lugar.

6.4.5. Programación de la supervisión.

6.4.5.1. La Unidad Administrativa elaborará dentro de los últimos 40 días hábiles de cada año, el Programa Anual de Supervisión, dicho programa deberá estar en función de la capacidad y disponibilidad de recursos humanos y financieros, con el fin de garantizar la continuidad del cumplimiento de los Criterios con los que fue Acreditado cada Establecimiento.

6.4.5.2. En el caso de las visitas de supervisión, la Unidad Administrativa asumirá el pago de gastos relativos al transporte, traslados, alojamiento y alimentos de su personal.

6.4.6. Visita de Supervisión y Resultado.

6.4.6.1. La Unidad Administrativa comunicará por escrito a las Autoridades Responsables por lo menos con 48 horas de anticipación, la realización de una visita de supervisión, las que a su vez informarán a los Responsables del Establecimiento a supervisar, la fecha de visita de supervisión, el nombre del Coordinador del Equipo Evaluador y de los integrantes del mismo.

6.4.6.2. Los Establecimientos en las visitas de supervisión deberán cumplir de manera total los Criterios Mayores, así como obtener un porcentaje de cumplimiento de los Criterios establecidos en la Cédula de Evaluación para la Acreditación, igual o mayor al 85% para CAUSES o, igual o mayor al 90% para FPGC y SMSXXI.

6.4.6.3. La Unidad Administrativa comunicará por escrito a las Autoridades Responsables, los resultados obtenidos en las visitas de supervisión, en un plazo de 60 días hábiles contados a partir del día siguiente a aquel en que se levante el acta de cierre.

6.4.6.4. En caso de resultados aprobatorios la Unidad Administrativa emitirá un oficio de ratificación de los efectos de la Acreditación.

6.4.6.5. En caso de que los Establecimientos obtengan porcentajes menores a los señalados en el presente Manual o exista incumplimiento de los Criterios Mayores, la Unidad Administrativa comunicará por escrito a los Responsables de los Establecimientos los incumplimientos, y tendrán un plazo no mayor de 20 días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la fecha de presentación de la comunicación por escrito a que hace referencia el numeral 6.4.6.3 de este Manual, para presentar por escrito lo que a su derecho convenga, debiendo anexar los documentos que consideren necesarios para solventar los hallazgos.

La Unidad Administrativa analizará la documentación exhibida por el Establecimiento, a fin de verificar si quedan solventados los incumplimientos notificados, con base en lo cual, emitirá mediante oficio, los resultados obtenidos en un plazo de 60 días hábiles contados a partir de la recepción de la comunicación a que se refiere el párrafo anterior.

6.4.6.6. Para los casos en que el análisis demuestre que se han solventado los hallazgos, la Unidad Administrativa emitirá oficio de ratificación de los efectos de la Acreditación, y en caso contrario emitirá oficio de suspensión de los efectos de la Acreditación que se comunicarán a la CNPSS con copia a las Autoridades Responsables, al Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud y al Responsable Estatal de Calidad, para los efectos conducentes.

6.4.7. Suspensión de la Acreditación.

6.4.7.1. En el caso de que los Establecimientos no remitan documentación alguna a la Unidad Administrativa, ésta emitirá el oficio de suspensión de los efectos de la Acreditación en los términos señalados previamente.

6.4.7.2. Estos Establecimientos contarán con un plazo no mayor a seis meses, contados a partir del día siguiente a aquel en el que se les notifique a la autoridad responsable el oficio de suspensión de los efectos de la Acreditación, para remitir la documentación correspondiente conforme a los criterios que la Unidad Administrativa difunda a través de su página de Internet, a efecto de solventar los hallazgos que motivaron la suspensión.

6.4.7.3. En caso de duda respecto del alcance de la documentación exhibida por el Establecimiento, la Unidad Administrativa podrá efectuar una visita de supervisión complementaria para corroborar su veracidad.

6.4.7.4. En caso de que los Responsables de los Establecimientos subsanen los hallazgos que motivaron la suspensión de los efectos de la Acreditación dentro del plazo a que se refiere el párrafo segundo del numeral 6.4.6.5. de este Manual, la Unidad Administrativa emitirá un oficio de ratificación de la Acreditación, que dejará sin efecto la suspensión y lo comunicará a la CNPSS para los efectos conducentes.

6.4.7.5. En caso de que los Responsables de los Establecimientos no solventen los hallazgos que motivaron la suspensión de la Acreditación, se podrá solicitar una nueva Acreditación en el siguiente año programable.

6.5. Fase V Reacreditación. Abarca la visita de evaluación de Reacreditación y el Dictamen correspondiente.

6.5.1. Requisitos de mejora continua que habrán de cumplir los Establecimientos para renovar la Acreditación durante el proceso de Reacreditación.

6.5.1.1. Las Autoridades Responsables deberán contar con un modelo de gestión de calidad total que incluya la formulación del PMCC de la atención y la seguridad del paciente en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica acreditados por la Unidad Administrativa, además de supervisar anualmente el cumplimiento del mismo.

6.5.1.2. El PMCC deberán contener como mínimo lo siguiente:

6.5.1.2.1. Datos de Identificación del Establecimiento;

6.5.1.2.2. Presentación del Establecimiento;

6.5.1.2.3. Fuentes de Identificación de oportunidades de mejora;

6.5.1.2.4. Análisis de las Causas de los problemas de calidad a mejorar;

6.5.1.2.5. Priorización de los procesos a intervenir;

6.5.1.2.6. Proyectos de mejora que integrarán el Programa, y

6.5.1.2.7. Programa de Ejecución.

6.5.1.3. A los Establecimientos que no exhiban evidencias de cumplimiento anual de los PMCC se les cancelará la visita de reacreditación.

6.5.2. Programa Anual de Reacreditación.

6.5.2.1. La Unidad Administrativa tomando en consideración los Establecimientos incorporados en el Programa Anual de Acreditación para su Reacreditación y el universo de Establecimientos que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud, realizará la programación correspondiente.

6.5.3. Visita de Reacreditación y Resolución.

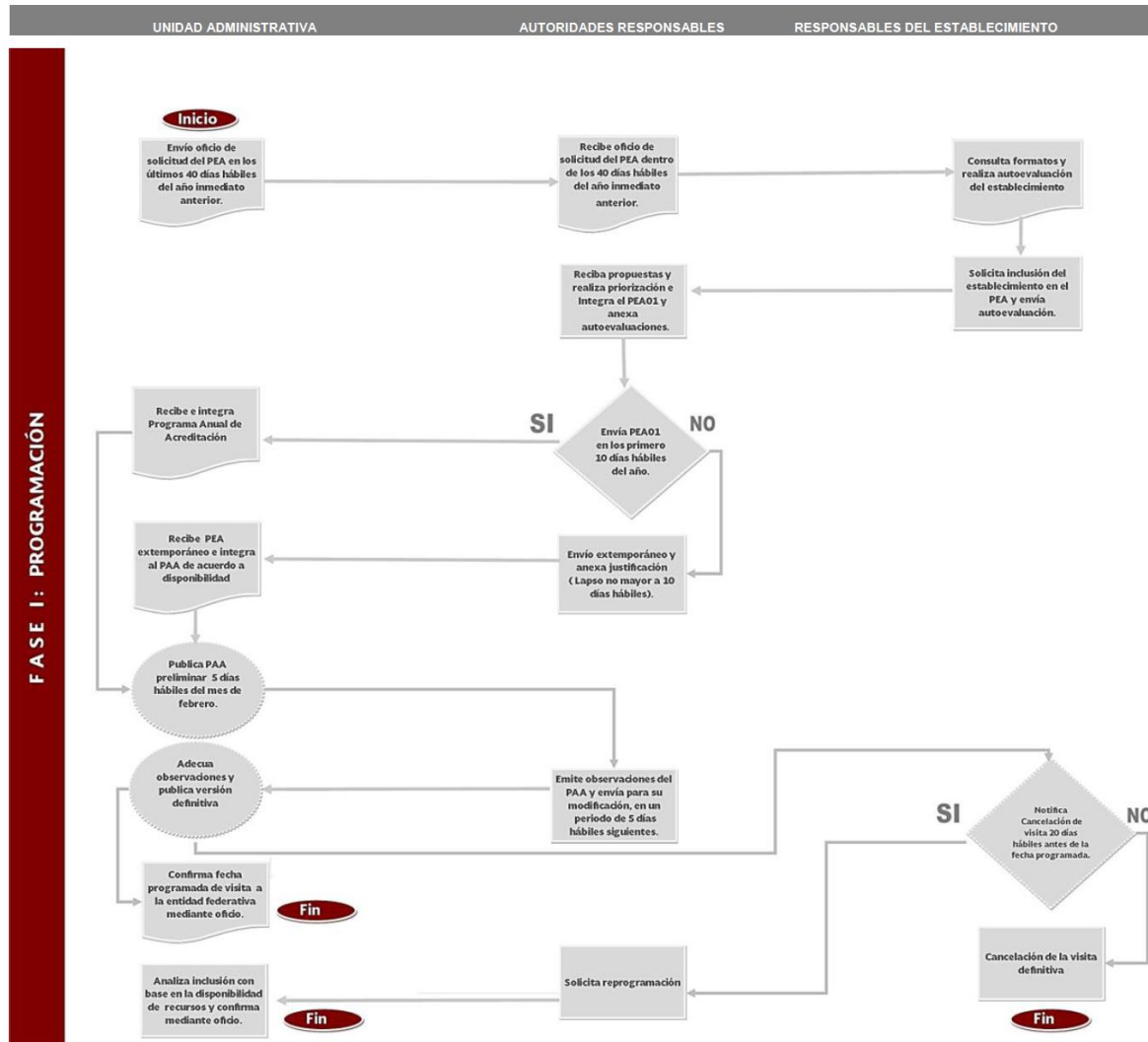
6.5.3.1. La fase de Reacreditación se sujetará a las formalidades, plazos y pago de la cuota por concepto de la prestación del servicio de acreditación que se establecen en este Manual para la fase de evaluación, con la salvedad de que, para la programación, deberá presentarse un PMCC y la evidencia de la implementación y cumplimiento anual en lugar de Autoevaluación. En caso de no recibir dicho documento, la Unidad Administrativa cancelará la visita de Reacreditación programada.

6.5.3.2. La Unidad Administrativa notificará a la CNPSS, los Establecimientos que no se sujetaron a la fase de Reacreditación, las causas y el estatus que guarda su Acreditación, lo anterior a efecto de que esta actúe en lo conducente.

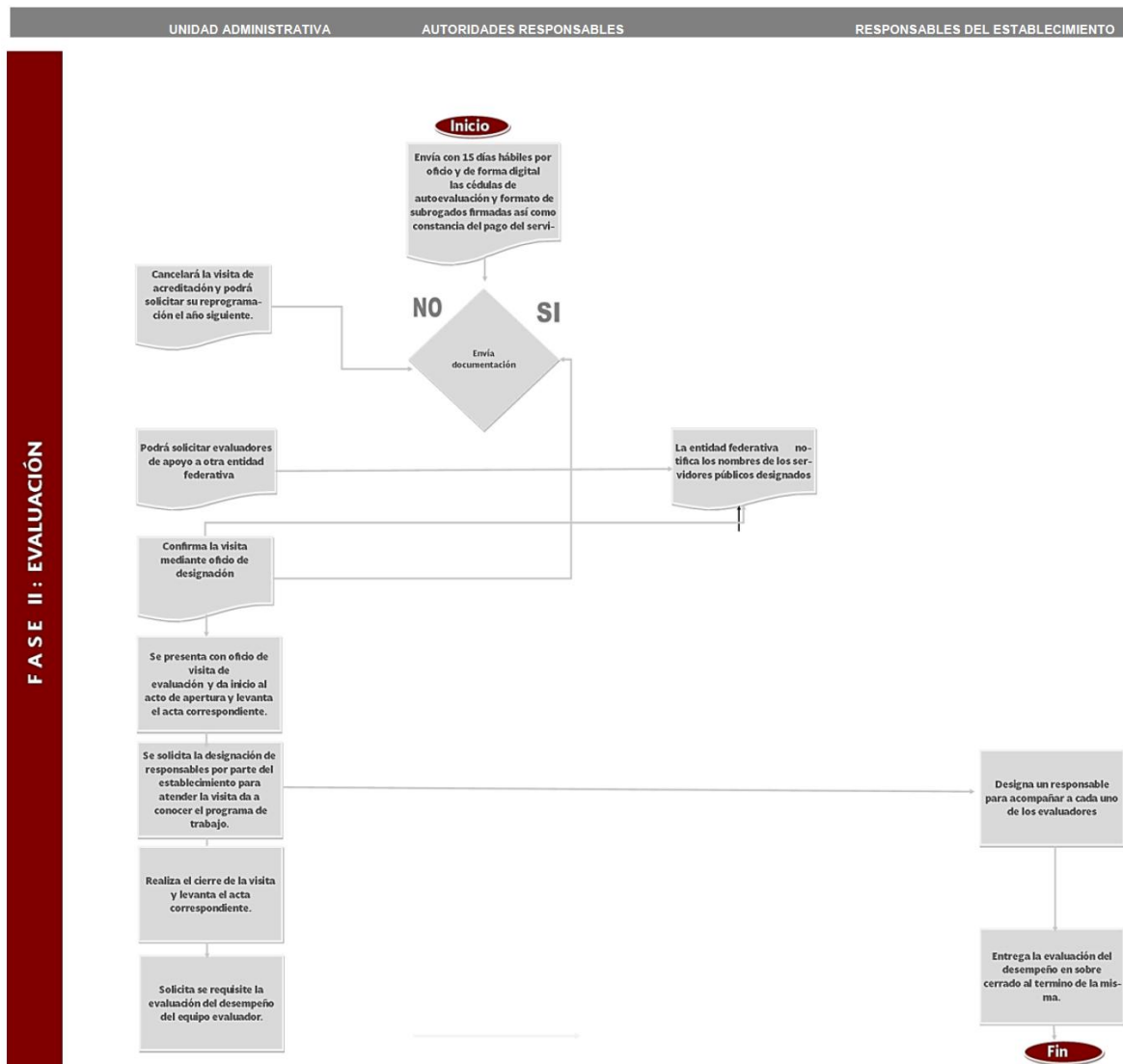
6.5.3.3. La emisión del dictamen de Reacreditación estará sujeto a lo establecido en los numerales 6.3.2. y 6.3.3. del presente Manual. Dicho dictamen avalará una nueva Acreditación con vigencia de cinco años contados a partir de la fecha de su emisión.

7. Diagramas de flujo.

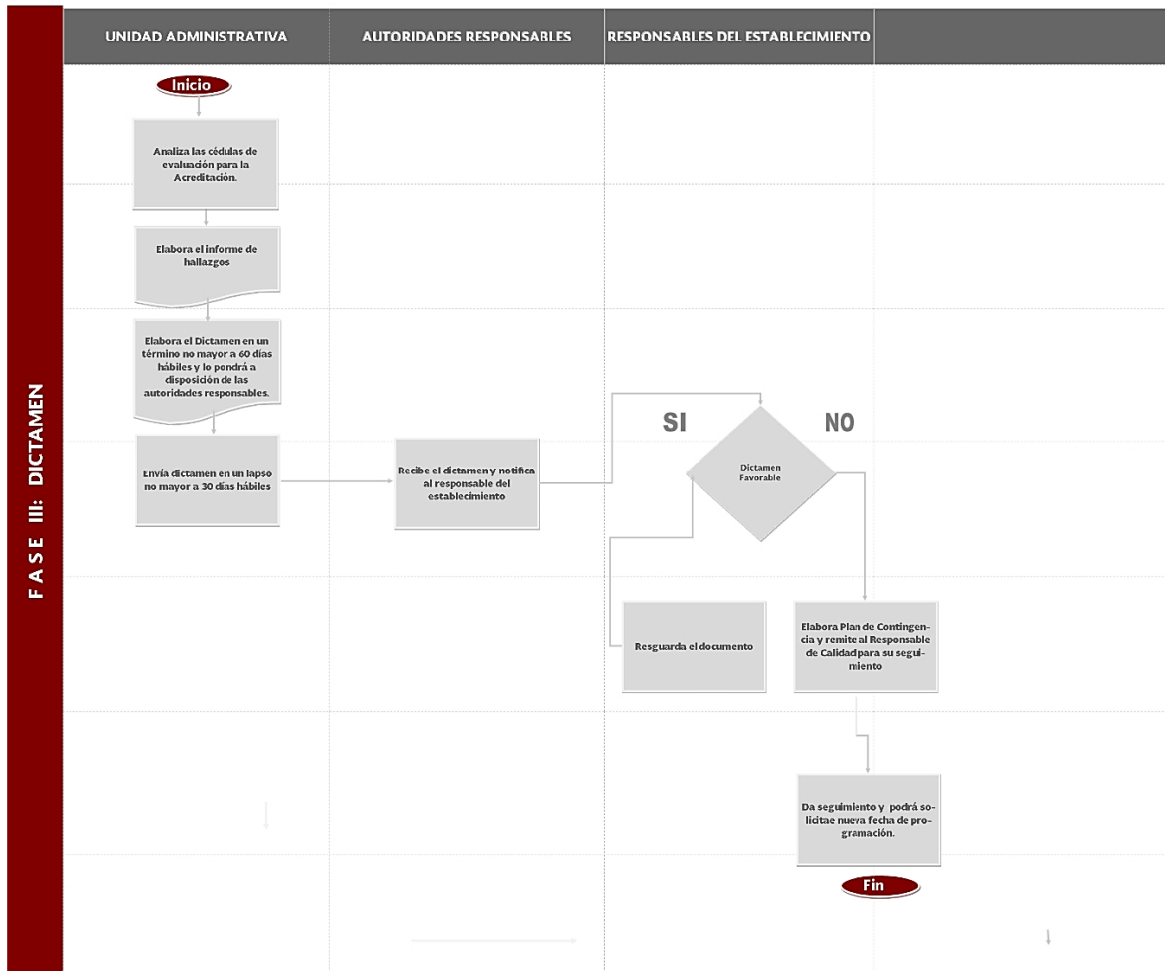
7.1. Fase I Programación



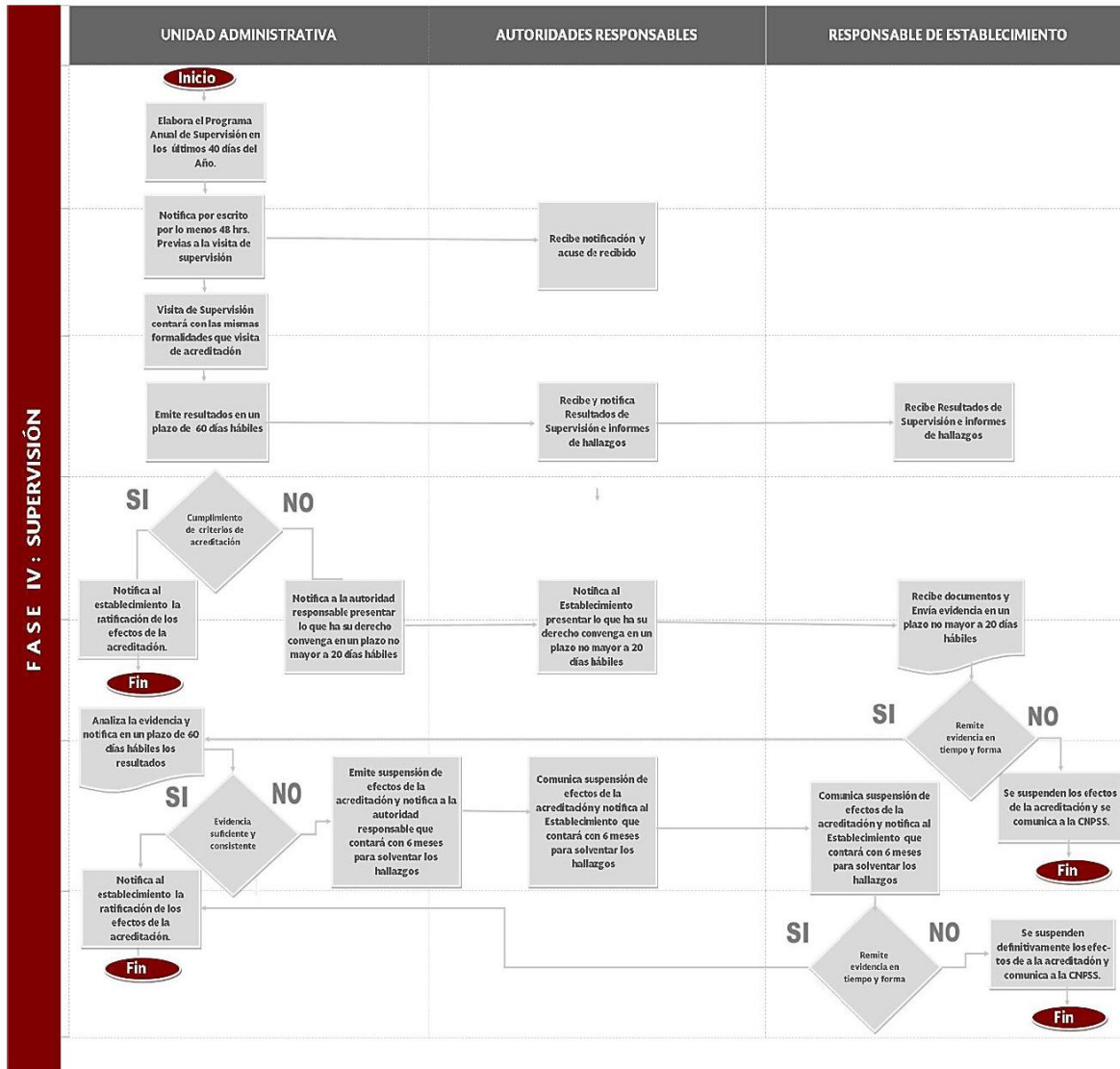
7.2. Fase II Evaluación

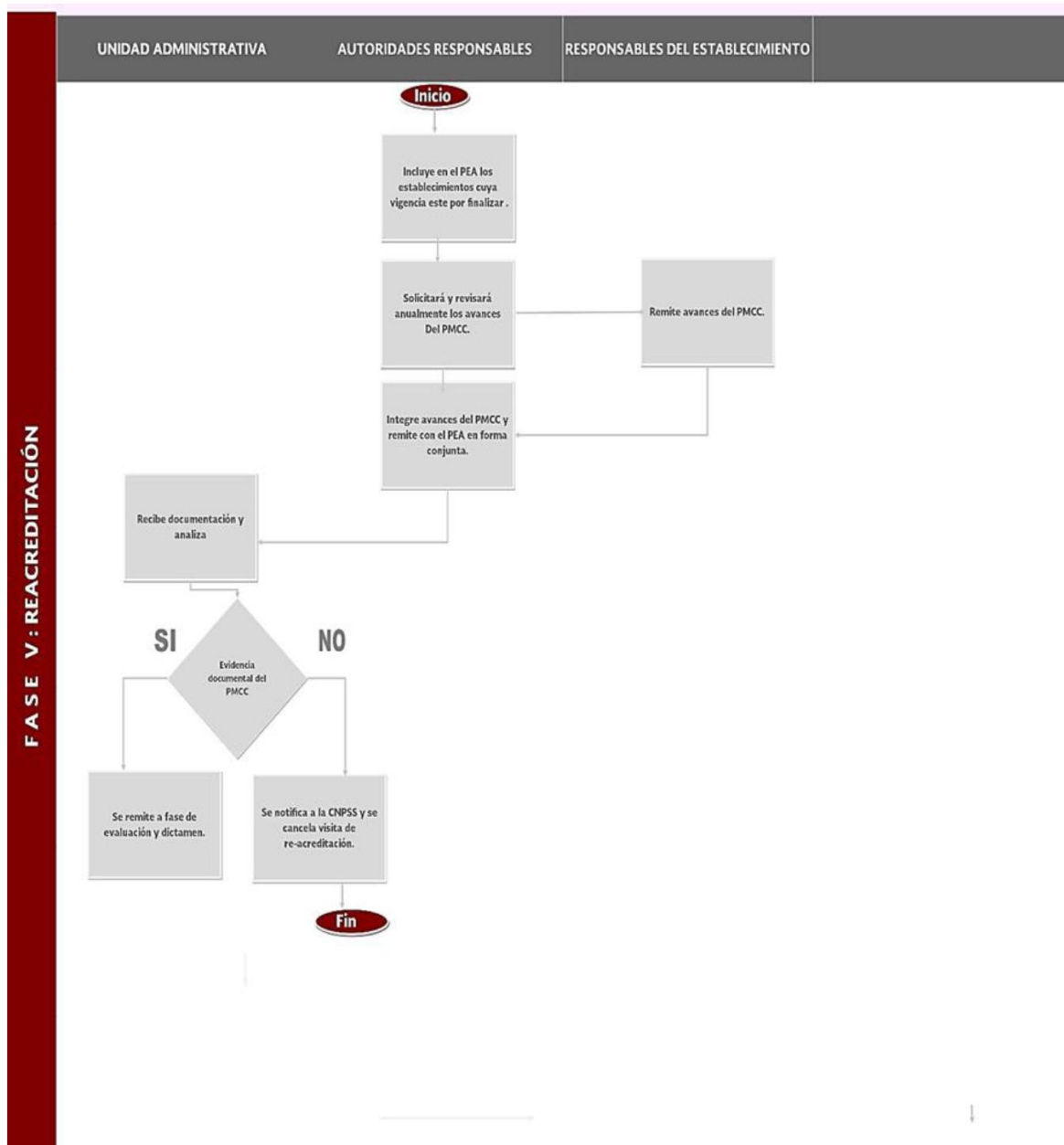


7.3. Fase III Dictamen.



7.4. Fase IV Supervisión.



7.5. Fase V Reacreditación.

8. Anexos.**8.1. Acta de Apertura.**

En **(entidad federativa o la localidad donde se levanta el acta)**, siendo las **(hora y minutos del inicio del acto)** horas, del día **(día, mes y año correspondiente)**, **(Nombre de establecimiento)** los CC. **(Mencionar el nombre completo del Coordinador y el Equipo de Evaluadores comisionados)** Evaluadores adscritos a la _____, y con fundamento en los artículos 77 Bis 5 y 77 Bis 9 de la Ley General de Salud; 23, 26 y 28 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; _____ del Manual de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, se hacen constar que se constituyeron oficialmente en el domicilio de las oficinas que ocupa **(nombre del Establecimiento visitado)**, ubicadas en **(domicilio completo del lugar donde se levanta el acta)**, a efecto de hacer constar los siguientes: **(Objeto de la visita, alcances y plan de trabajo)** -----

-----**Hechos**-----

En la hora y fecha mencionadas los Evaluadores actuantes se presentaron en las oficinas citadas y ante la presencia del C. **(nombre del titular del Establecimiento visitado incluyendo su cargo)**, procedieron a identificarse en el orden mencionado con las credenciales números: **(números de credenciales institucionales de cada Evaluador)**, expedidas por **(área que expide las credenciales)**.-----

Acto seguido, se hace la entrega formal del original del oficio de orden de visita de evaluación **(número y fecha de la oficio de orden de visita de evaluación)**, emitido por el Titular _____ (o por quien lo supla, de conformidad con la fracción XXVI del artículo 16 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud al C. **(citar el nombre completo y puesto del personal institucional a quien está dirigida la el oficio de orden de visita de evaluación)**, quien firma para constancia de su puño y letra en un ejemplar de la misma orden, en el cual también se estampó el sello oficial de los **(citar a que entidad pertenece el Establecimiento)** visitado, acto con el que se tiene por formalmente notificada la orden de visita de evaluación que nos ocupa. -----

Para los efectos del desahogo de los trabajos a que la misma, se solicita al personal del Establecimiento, que la recibe se identifique, exhibiendo éste **(tipo y número de la identificación que presenta)** expedida a su favor por **(mencionar la instancia que la expide)**, documento que se tiene a la vista y en el que se aprecia en su margen **(citar el lugar donde se encuentra la fotografía del personal institucional que la presenta)** una fotografía cuyos rasgos fisonómicos corresponden a su portador, a quien en este acto se le devuelve por así haberlo solicitado.-----

Los Evaluadores exponen al titular de **(mencionar la entidad a la que pertenece)** visitado y al personal designado por el titular del Establecimiento el objeto y alcance de los trabajos a desarrollar, los cuales se ejecutarán al amparo y en cumplimiento de la orden de visita de evaluación citada, mismos que estarán enfocados a **(mencionar los fines, alcances, la actividades duración del periodo contemplado en la Acreditación, etc.)**. Acto seguido se solicita al C. **(anotar el nombre del personal institucional con quien se entiende el acto)** designe dos testigos de asistencia **(En caso de negativa serán nombrados por los Evaluadores actuantes)**, quedando designados los CC. **(Mencionar los nombres completos de las personas designadas como testigos, domicilios oficiales o particulares, documento con que se identifican, Registro Federal de Contribuyentes)**, quienes aceptan la designación.-----

El C. **(nombre del titular del Establecimiento visitado)** en este momento designa al C. **(anotar el nombre y cargo del personal institucional)** como la persona encargada **(enlace)** de atender los requerimientos de información relacionados con la Acreditación, quien acepta la designación **(solicitar que la designación se realice a través de oficio)**-----

Una vez satisfechos los requisitos establecidos por el Manual de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica para la Apertura del Procedimiento de Evaluación, se da inicio al proceso de evaluación con fines de acreditación en los términos antes descritos.

Por **(mencionar el nombre del personas que intervienen en el acta y cargo)**

C. **(nombre y firma del titular del establecimiento que atendió la diligencia y cargo)**

C. **(nombre y firma de la persona designada como enlace y cargo)**

Por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

(nombre y firma del Coordinador de equipo y los Evaluadores participantes)

Testigos de Asistencia

(nombre y firma del testigo)

(nombre y firma del testigo)

Anexos a la presente acta deberán acompañar:

Copia del oficio de designación, y

Copia del oficio de orden de visita de evaluación.

8.2. Acta de Cierre.

En **(entidad federativa o la localidad donde se levanta el acta)**, siendo las **(hora y minutos del inicio del acto)** horas, del día **(día, mes y año correspondiente)**, y con fundamento en los artículos 77 Bis 5 y 77 Bis 9 de la Ley General de Salud; 23, 26 y 28 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; _____ del Manual de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, se hacen constar que se evaluaron **(Establecimiento y servicios evaluados conforme se estableció en el acta de apertura)**, ubicadas en **(domicilio completo del lugar donde se levanta el acta)**, a efecto de hacer constar los siguientes que con la finalidad de **(acreditar o supervisar)**:----

-----**Hechos**-----

En la hora y fecha mencionadas los Evaluadores actuantes concluyeron la evaluación **(de los servicios evaluados, si faltó alguno no mencionar)** **(En caso de que un servicio no haya sido evaluado se mencionará en este momento y se expondrá brevemente la causa por la que no se evaluó)**.- -----

No habiendo más hechos que hacer constar se da por concluido el proceso de evaluación con fines de acreditación.-----

Por **(mencionar el nombre del personas que intervienen en el acta y cargo)**

C. **(nombre y firma de la persona que atendió la diligencia y cargo)**

C. **(nombre y firma de la persona designada como enlace y cargo)**

Por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

(nombre y firma de los Evaluadores participantes)

Testigos de Asistencia

(nombre y firma del testigo)

(nombre y firma del testigo)

8.3. Criterios mayores y Características de las Cédulas de Evaluación que aplicarán en el procedimiento de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica.

Las Cédulas de Evaluación para la Acreditación están desarrolladas con base en el:

- a) **Enfoque de Atención médica:** Primaria y Especializada.
- b) **Tipo de Acreditación:** CAUSES, Seguro Médico Siglo XXI y FPGC.
- c) **Estructura física:** Básica, Ampliada y Especializada acorde al tipo de establecimiento.
- d) **Tipo de áreas físicas:** Las cuales están relacionadas al tipo de atención médica que oferta el establecimiento.
- e) **Sustento:** Los criterios enunciados en cada área física están sustentados en la normatividad vigente en materia de salud y demás aplicable.
- f) **Criterio:** Los Criterios se delimitaron según su tipo: Estructura, Proceso y Evidencia Documental, los cuales se enuncian a continuación:
 - Los Criterios de Estructura evalúan la **CAPACIDAD Y SEGURIDAD** de cada establecimiento en relación con la infraestructura física, equipamiento y/o recursos humanos.
 - Los Criterios de Proceso evalúan los procesos clínicos y/o administrativos que inciden en la **CALIDAD** de la atención médica durante la prestación de los servicios.
 - Los Criterios relativos a Evidencia documental permiten ratificar que los procesos evaluados se sustentan en registros, bitácoras y cualquier otro documento que garantice su cumplimiento.
- g) **Ponderación:** La ponderación se divide en 2 elementos:
 - **Criterios Mayores*:** Están basados en requisitos esenciales que al incumplirse podrán impedir el seguimiento de la evaluación respectiva, por su naturaleza inciden en la calidad, capacidad y/o seguridad.
 - o Recurso humano
 - o Disposiciones normativas críticas para la atención médica en las siguientes áreas: Urgencias, Quirófano y Unidades de Terapia Intensiva, Unidad de Quemados, Salas de Hemodinamia, Rayos X.
 - **Puntuación aprobatoria.** Los establecimientos evaluados con fines de acreditación tendrán que cumplir con los requerimientos correspondientes según tabla de puntuación:

Intervención	Resultado	Porcentaje de puntuación
Catálogo Universal de Servicios	Acreditado	Cumple del 85 al 100 % de los requerimientos.
	No Acreditado	Cumple con menos del 85% de los requerimientos.
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.
Seguro Médico Siglo XXI	Acreditado	Cumple del 90 al 100 % de los requerimientos.
	No Acreditado	Cumple con menos del 90% de los requerimientos.

*Los criterios mayores son indispensables para la acreditación, por lo que su incumplimiento impedirá la obtención del dictamen correspondiente.

8.4. Decálogo del Evaluador.

DECÁLOGO DEL EVALUADOR EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

1. Entiendo mi actividad como un componente ético importante y en beneficio de los usuarios de los servicios de salud.
2. Conozco y observo las disposiciones normativas que regulan mi actuar en el proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, respetando en todo momento los derechos humanos de los usuarios y del personal de la salud.
3. Ejercer mis funciones de manera objetiva e imparcial, sin emitir juicios indebidos, opiniones personales, ni realizar acciones por encima de los objetivos del proceso de acreditación, otorgando trato digno, de calidad y con calidez a todas las personas, independientemente de sus diferencias, para ello, utilizo un lenguaje claro e incluyente, evitando situaciones de desigualdad, marginación o discriminación.
4. Desempeño mis actividades con integridad, compromiso, honradez, transparencia, legalidad, imparcialidad, eficiencia y eficacia, absteniéndome de aceptar o buscar compensaciones, favores o ventajas personales que comprometan mi desempeño dentro del proceso de evaluación.
5. Hago del conocimiento con oportunidad a las autoridades responsables de conducir el proceso de acreditación, los conflictos de interés así como los actos, circunstancias u omisiones que pudieran poner en riesgo la evaluación del establecimiento para la atención médica.
6. Realizo mis funciones con rectitud, transparencia y sin ambigüedades, a fin de fomentar la credibilidad ante la sociedad de la Institución a la que represento.
7. Cumpro en tiempo y forma las actividades que se me encomiendan, y guardo la confidencialidad de la información derivada del proceso de evaluación.
8. Procuro ser empático y solidario con el equipo evaluador, compartiendo con ellos mis fortalezas y capacidades, a efecto de cumplir al máximo con las funciones que tenemos en el proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.
9. Colaboro con los integrantes del equipo de evaluación, privilegiando el trabajo en equipo, mostrando disposición y empeño para el logro de la encomienda.
10. Soy receptivo a las opiniones de mis superiores, de mis compañeros evaluadores a efecto de enriquecer y mejorar mi desempeño profesional.

8.5 Perfil técnico del personal para realizar el proceso de acreditación y supervisión.

Los evaluadores que podrán intervenir en el Proceso de Acreditación deberán ser profesionales de la salud o de áreas afines, con cédula profesional, título. Experiencia técnica de mínimo 4 años y capacitación en materia de auditoría médica. Además de cumplir con lo que determine la normatividad aplicable.

ANEXO 8.6. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS POR CATEGORÍAS¹**Categoría 1**

- Establecimientos de Atención Médica: Centro de Salud Rural, Centro de Salud Urbano, Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), Centro Integral de Salud Mental (CISAME), Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (EC), Unidades Médicas Móviles Tipo I, II y III, Centro de Internamiento Nueva Vida, Centro de Salud con Servicios Ampliados (CEAPS), Centros Avanzados de Atención Primaria en Salud (CAAPS).

Categoría 2

- Establecimientos para la Atención Médica: Cirugía de Corta Estancia, Establecimientos para la Atención Oftalmológica, Servicio de Atención Integral para personas con VIH (SAI), Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), Hepatitis C.

Categoría 3

- Establecimientos de Atención Médica: Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos- Aparato Digestivo, Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos- Aparato Urinario, Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos- Cardiovasculares, Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos- Columna Vertebral, Cáncer Cervicouterino, Cáncer de Mama, Tumor de Ovario, Cáncer de Próstata, Cáncer de Testículo, Linfoma no Hodgkin, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Lisosomal, Atención del Infarto al Miocardio, Hemofilia, Trasplante de Córnea, Cáncer de Colon y Recto, Implante Coclear, Quemaduras de Tercer Grado, Atención de la Emergencia Obstétrica de Baja Complejidad y Mediana Complejidad, Hospital Comunitario o equivalente.

Categoría 4

- Establecimientos para la Atención Médica: Hospital General, Hospital Materno Infantil, Hospital Pediátrico, Hospitales Psiquiátricos, Trasplante Renal en Paciente Pediátrico, Trasplante de Médula Ósea, Hematopatías Malignas, Tumores Sólidos del Sistema Nervioso Central, Tumores Sólidos fuera del Sistema Nervioso Central Neonatos con Insuficiencia Respiratoria y Prematurez, Atención de la Emergencia Obstétrica de Alta Complejidad.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Manual entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Los trámites y procedimientos administrativos relacionados con el objeto de este Manual que se encuentren en trámite al momento de su entrada en vigor, se resolverán conforme a las disposiciones vigentes en la fecha en que se iniciaron dichos trámites y procedimientos.

TERCERO.- La Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud realizará las gestiones ante las autoridades competentes para la autorización del trámite del pago de la cuota por concepto de la prestación del servicio de Acreditación y Reacreditación.

CUARTO.- El proceso de reacreditación de los establecimientos para la atención médica que fueron acreditados en el periodo de 2004 a 2012, se realizará conforme a los criterios y requisitos que determine la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, los cuales serán notificados mediante oficio a los titulares de los servicios de salud en las 32 entidades federativas, dentro de los 60 días hábiles posteriores a la entrada en vigor del presente Manual.

Ciudad de México, a los veintiocho días del mes de octubre de dos mil dieciséis.- El Director General de Calidad y Educación en Salud, **Sebastián García Saisó**.- Rúbrica.

¹ En caso de adhesiones de nuevas patologías al CAUSES, se incorporarán en la categoría determinada, bajo los mismos criterios de clasificación.