

DOF: 22/08/2019**MODIFICACIÓN al 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.**

VANESSA LIZETTE VIZCARRA MUNGUÍA, Directora de Evaluación de la Calidad, en suplencia por ausencia del Director General de Calidad y Educación en Salud, en términos del artículo 55 del Reglamento Interior de la Secretaría de 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 en correlación con los artículos 23, 25, 26 y 27 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, para que los establecimientos prestadores de servicios de atención médica sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, deberán contar con el dictamen de acreditación favorable 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, en el que se deberán contemplar entre otros aspectos, los criterios mayores y las características de las cédulas de evaluación que aplicarán en el procedimiento de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica;

Así como, con lo señalado en el párrafo anterior, el 6 de diciembre de 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica", emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 18, fracción XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, que le confiere la atribución de 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

En virtud de que el primer nivel de atención ocupa especial relevancia para resolver los problemas de salud de la población, y que los criterios en materia de capacidad, seguridad y calidad que deben cumplir los establecimientos para la atención médica que prestan servicios en dicho nivel en el marco del Sistema de Protección Social en Salud requieren, por su propia naturaleza un esquema de acreditación diferenciado de acuerdo a la complejidad de los servicios que prestan respecto al resto de las intervenciones financiadas por el Sistema, en el que se tome como base para la emisión del dictamen correspondiente, la autoevaluación realizada por los responsables de los establecimientos debidamente validada por el Titular de la Secretaría de Salud de la entidad federativa correspondiente, así como la documentación soporte que permita determinar el cumplimiento de los criterios antes referidos, a través de los cuales se sustentan los aspectos señalados para tal fin en el artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud y en su Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, he tenido a bien expedir la siguiente

MODIFICACIÓN AL MANUAL PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

ÚNICO. Se reforman el Índice en su numeral 6 y los apartados 6. Proceso de Acreditación y la totalidad de sus subnumerales, y 7. Diagramas de flujo y la totalidad de sus subnumerales, para quedar como sigue:

ÍNDICE**1. a 5 ...****6. Proceso de Acreditación.****6.1. Acreditación Inicial para CAUSES en el primer nivel de atención.****6.1.1. Fase I Autoevaluación.****6.1.2. Fase II Dictamen.****6.1.2.1. Generalidades.****6.1.2.2. Dictamen de Acreditación.****6.1.2.3. Dictamen No Favorable.****6.2. Acreditación para las demás intervenciones financiadas.****6.2.1. Fase I Programación.****6.2.1.1. Generalidades.****6.2.1.2. Priorización de Establecimientos para la Acreditación.****6.2.1.3. Programa Estatal de Acreditación.****6.2.1.4. Programa Anual de Acreditación.****6.2.2. Fase II Evaluación.****6.2.2.1. Generalidades.****6.2.2.2. Logística Estatal.****6.2.2.3. Logística Federal.****6.2.2.4. Ejecución de la Visita de Evaluación.****6.2.3. Fase III Dictamen.****6.2.3.1. Generalidades.****6.2.3.2. Elaboración del Informe de Hallazgos y Dictamen de Acreditación.****6.2.3.3. Dictamen No Favorable.**

6.2.3.4. Plan de contingencia.**6.3. Disposiciones comunes a la acreditación de CAUSES para el primer nivel de atención y demás intervenciones financiadas.****6.3.1. Supervisión.****6.3.1.1. Generalidades.****6.3.1.2. Programa Anual de Supervisión.****6.3.1.3. Visita de Supervisión y Resultado.****6.3.1.4. Suspensión de la Acreditación.****6.3.2. Reacreditación.****6.3.2.1. Programa Anual de Reacreditación.****6.3.2.2. Requisitos de mejora continua que habrán de cumplir los Establecimientos para renovar la Acreditación durante el proceso de Reacreditación.****6.3.2.3. Visita de Reacreditación y Resultado.****7. Diagramas de flujo.**

7.1 La Unidad Administrativa difundirá los diagramas de flujo correspondientes a través de su página de Internet.

8 ...

6. Proceso de Acreditación.

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

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

El Proceso de Acreditación inicial para CAUSES en el primer nivel de atención, consta de las fases siguientes:

I. Fase I Autoevaluación;

II. Fase II Dictamen;

Para las demás intervenciones financiadas, el proceso de Acreditación está integrado por las siguientes fases:

I. Fase I Programación;

II. Fase II Evaluación;

III. Fase III Dictamen;

El proceso de Acreditación en este último caso, 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. Acreditación inicial para CAUSES en el primer nivel de atención.

Durante los primeros sesenta días naturales del año los SESA podrán solicitar a la Unidad Administrativa la Acreditación de sus Establecimientos; para ello, deberán realizar una Autoevaluación con base en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación de establecimientos de primer nivel de atención, que establezca la Unidad Administrativa. Dicha Autoevaluación deberá arrojar como resultado el cumplimiento total de los Criterios Mayores, así como la obtención de un porcentaje igual o mayor al 85% de los Criterios establecidos en la Cédula de Evaluación para la Acreditación.

6.1.1. Fase I Autoevaluación.

La Autoevaluación será capturada por el Responsable del Establecimiento en la plataforma que establezca para tal efecto la Unidad Administrativa. La Cédula de Evaluación para la Acreditación deberá: imprimirse, contar con el sello del establecimiento y firmarse con la leyenda: "Bajo protesta de decir verdad, declaro que todos los datos contenidos en la misma son verídicos" por el Responsable del Establecimiento y el Responsable Estatal de Calidad.

La impresión de la Cédula de Evaluación para la Acreditación, deberá entregarse en original a la Unidad Administrativa, mediante oficio firmado por el Secretario de Salud estatal, en el que manifieste de manera expresa que valida la información contenida en todas las cédulas enviadas, con la leyenda: "Bajo protesta de decir verdad, declaro que todos los datos contenidos en los anexos que se acompañan al presente oficio son verídicos", debiéndose marcar copia de dicho comunicado oficial al Órgano Interno de Control de dicha dependencia local, para constancia.

Cada una de las cédulas de Evaluación para la Acreditación deberá integrarse de los siguientes documentos:

- La documentación que acredite que el Establecimiento cuenta con la Clave Única de Establecimientos de Salud actualizada.
- Memoria fotográfica del Establecimiento con la que se dé cuenta de las condiciones generales del mismo;
- Inventario del equipo, mobiliario y medicamentos disponibles en el Establecimiento;
- Copia de la cédula profesional o carta de pasante del personal médico y de enfermería del Establecimiento. En caso de otorgarse otros servicios, deberá adjuntarse la documentación de dicho personal de salud, y
- Formato de servicios subrogados, en su caso copia de los convenios de servicios subrogados o de colaboración suscritos por cada Establecimiento.

La Unidad Administrativa definirá el formato específico y requisitos para la integración de la documentación a que se refieren las fracciones II a IV del párrafo anterior,

Dicho formato y requisitos serán difundidos a través de la página de Internet de la Unidad Administrativa.

La Unidad Administrativa habilitará en sus instalaciones una mesa de recepción para que los Responsables Estatales de Calidad de manera presencial entreguen la documentación correspondiente.

6.1.2. Fase II Dictamen. Comprende la recepción de la documentación por parte de los SESA, así como la integración del expediente y el análisis de la información para la elaboración y emisión del dictamen de Acreditación o dictamen no favorable por parte de la Unidad Administrativa.

6.1.2.1. Generalidades.

6.1.2.1.1. La Unidad Administrativa, dentro de un plazo que no excederá de sesenta días hábiles, deberá integrar un expediente por cada entidad federativa y analizar con base en las evidencias documentales, si los Establecimientos cuyas Autoevaluaciones hayan sido remitidas, cumplen con los Criterios Mayores y Criterios establecidos en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación de establecimientos de primer nivel de atención.

La Unidad Administrativa emitirá un dictamen de Acreditación únicamente para aquellos Establecimientos que cumplan con los Criterios referidos en el párrafo anterior y en el numeral 6.1 de este Manual.

6.1.2.1.2. 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.

6.1.2.1.3. La Unidad Administrativa informará a la CNPSS los Establecimientos de primer nivel de atención que hayan obtenido un dictamen de Acreditación.

6.1.2.2. Dictamen de Acreditación.

6.1.2.2.1. En los casos en que resulte procedente conforme a lo señalado en el numeral 6.1.2.1.1 del presente Manual, la Unidad Administrativa en un término no mayor a sesenta días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la información correspondiente y sus anexos, emitirá un dictamen de Acreditación. Dicho documento deberá contener por lo menos los siguientes elementos:

6.1.2.2.1.1. Fecha de emisión del documento;

6.1.2.2.1.2. Fundamento legal;

6.1.2.2.1.3. Datos generales de identificación del Establecimiento;

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

6.1.2.2.1.5. Número de expediente;

6.1.2.2.1.6. Tipo de Acreditación;

6.1.2.2.1.7. Fecha de acreditación, y

6.1.2.2.1.8. Vigencia.

6.1.2.2.2. El dictamen que emita la Unidad Administrativa se acompañará de un Acta dictamen que deberá contener por lo menos los siguientes elementos:

6.1.2.2.2.1. Fecha de emisión del documento;

6.1.2.2.2.2. Fundamento legal;

6.1.2.2.2.3. Entidad federativa;

6.1.2.2.2.4. Datos generales de identificación del Establecimiento;

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

6.1.2.2.2.6. Número de expediente;

6.1.2.2.2.7. Tipo de Acreditación;

6.1.2.2.2.8. Fecha de Acreditación, y

6.1.2.2.2.9. Vigencia.

6.1.2.2.3. La Unidad Administrativa pondrá a disposición de las Autoridades Responsables a través de los medios electrónicos disponibles, los dictámenes de acreditación en un plazo no mayor a cinco días hábiles contados a partir del día siguiente a su fecha de emisión.

En un plazo no mayor a quince días hábiles, contados a partir del día siguiente de la fecha de su emisión, se notificarán mediante oficio los resultados del proceso de evaluación a las Autoridades Responsables.

6.1.2.2.4. Las Autoridades Responsables deberán hacer llegar el dictamen de Acreditación 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. Una copia del referido dictamen deberá estar a la vista de los usuarios del Establecimiento.

6.1.2.3 Dictamen No Favorable.

6.1.2.3.1. 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.

6.2. Acreditación para las demás intervenciones financiadas.

6.2.1. Fase I Programación. Comprende 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.

6.2.1.1. Generalidades.

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

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

6.2.1.1.2.1. Clave Única de Establecimiento de Salud actualizada;

6.2.1.1.2.2. Autorizaciones Sanitarias correspondientes;

6.2.1.1.2.3. Reporte estadístico vigente, y

6.2.1.1.2.4. PMCC.

6.2.1.2. Priorización de Establecimientos para la Acreditación.

6.2.1.2.1. Las autoridades responsables 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.

6.2.1.2.2. 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".

6.2.1.2.3. 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.

6.2.1.2.4. 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.

6.2.1.2.5. 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 quince 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.

6.2.1.3. Programa Estatal de Acreditación

6.2.1.3.1. 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.

6.2.1.3.2. Dentro del Programa Estatal de Acreditación se deberá incorporar un apartado en el que se describan los Establecimientos que serán sujetos de Reacreditación, incluidos aquellos que hubiesen obtenido su acreditación conforme a lo señalado en el apartado 6.1 y sus subnumerales del presente Manual.

6.2.1.3.3. 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:

6.2.1.3.3.1. 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;

6.2.1.3.3.2. En el caso de IMSS Bienestar por su Titular y el Responsable del Proceso de Acreditación, y

6.2.1.3.3.3. 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.

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

6.2.1.3.5. 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 diez 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.

6.2.1.4. Programa Anual de Acreditación

6.2.1.4.1. La Unidad Administrativa con base en el oficio enviado a las Autoridades Responsables en los últimos cuarenta 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 recibirla 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.

6.2.1.4.2. 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, número y nombre del Establecimiento como aparece en catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, tipología de Establecimiento, tipo de Acreditación o Reacreditación (CAUSES, FPGC, SMSXXI), subtipo (intervención en la que se evaluará) y fecha propuesta de visita de evaluación.

6.2.1.4.3. El Programa Anual de Acreditación tendrá una versión preliminar, la cual será publicada en los primeros cinco 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 cinco días hábiles contados a partir del día siguiente de la fecha de difusión, para manifestar por escrito a la unidad administrativa de manera justificada sus observaciones y comentarios al mismo.

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

6.2.1.4.5. 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 veinte 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.

6.2.1.4.6. 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.

6.2.1.4.7. 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 atender dicha solicitud.

6.2.2. Fase II Evaluación. Comprende 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.

6.2.2.1. Generalidades.

6.2.2.1.1. 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.

6.2.2.1.2. 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.

6.2.2.1.3. 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 de la Unidad Administrativa.

6.2.2.1.4. 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 a la cobertura de financiamiento por parte de la CNPSS y serán dadas a conocer a través de su página de Internet.

6.2.2.1.5. 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.

6.2.2.1.6. 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).

6.2.2.1.7. 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.

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

6.2.2.1.9. 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 quince días hábiles previos a la fecha de visita programada.

6.2.2.2. Logística Estatal.

6.2.2.2.1. El Responsable Estatal de Calidad u homólogo enviará por oficio a la Unidad Administrativa, dentro de los quince 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.

6.2.2.2.2. 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.

6.2.2.2.3. 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.

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

6.2.2.3. Logística Federal.

6.2.2.3.1. 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.

6.2.2.3.1.1. Oficio de designación

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

6.2.2.3.1.1.1.1. Los Establecimientos a evaluar,

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

6.2.2.3.1.1.1.3. El nombre del Coordinador del Equipo Evaluador.

6.2.2.3.2. El Coordinador del Equipo Evaluador designado por la Unidad Administrativa que 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.

6.2.2.3.2.1. Oficio de visita de evaluación.

6.2.2.3.2.1.1. 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:

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

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

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

6.2.2.3.2.2. 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.

6.2.2.4. Ejecución de la Visita de Evaluación.

6.2.2.4.1. Apertura y Desarrollo.

6.2.2.4.1.1. 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 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.

6.2.2.4.1.2. 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 levantarán 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.

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

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

6.2.2.4.1.5. 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.

6.2.2.4.1.6. 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.

6.2.2.4.1.7. 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.

6.2.2.4.2. Cierre.

6.2.2.4.2.1. 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 8.2 del presente Manual y será firmada por los Evaluadores participantes, las autoridades del Establecimiento y su personal designado.

6.2.2.4.2.2. 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.

6.2.3. Fase III Dictamen. Comprende 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.

6.2.3.1. Generalidades.

6.2.3.1.1. 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.

6.2.3.1.2. 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.

6.2.3.1.3. 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 de treinta días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la solicitud.

6.2.3.1.4. 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 treinta días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la solicitud.

6.2.3.1.5. 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:

6.2.3.1.5.1. 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 treinta días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la solicitud.

6.2.3.1.5.2. 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.

6.2.3.1.5.3. 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.

6.2.3.1.6. 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.

6.2.3.1.7. La Unidad Administrativa informará a la CNPSS los resultados del proceso de Acreditación en cuanto emita los resultados

6.2.3.2. Elaboración del Informe de Hallazgos y Dictamen de Acreditación.

6.2.3.2.1. 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.

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

6.2.3.2.2.1. Entidad Evaluada;

6.2.3.2.2.2. Fecha de la visita;

6.2.3.2.2.3. Nombre del Coordinador de la visita de evaluación;

6.2.3.2.2.4. Fecha de elaboración del informe;

6.2.3.2.2.5. Datos generales de identificación del Establecimiento;

6.2.3.2.2.6. Tipo de intervención evaluada;

6.2.3.2.2.7. Resultado y calificación;

6.2.3.2.2.8. Área evaluada y Hallazgo correspondiente, y

6.2.3.2.3. La Unidad Administrativa en un término no mayor a sesenta 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:

6.2.3.2.3.1. Fecha de emisión del documento;

6.2.3.2.3.2. Fundamento legal;

6.2.3.2.3.3. Periodo de la visita de evaluación;

6.2.3.2.3.4. Datos generales de identificación del Establecimiento;

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

6.2.3.2.3.6. Número de expediente;

6.2.3.2.3.7. Tipo de Acreditación;

6.2.3.2.3.8. Fecha de acreditación;

6.2.3.2.3.9. Vigencia, y

6.2.3.2.3.10. Deberá acompañarse de un Acta Dictamen.

6.2.3.2.4. El Acta dictamen deberá de contener por lo menos los siguientes elementos:

6.2.3.2.4.1. Fecha de emisión del documento;

6.2.3.2.4.2. Fundamento legal;

6.2.3.2.4.3. Entidad Federativa;

6.2.3.2.4.4. Periodo de la visita de evaluación;

6.2.3.2.4.5. Datos generales de identificación del Establecimiento;

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

6.2.3.2.4.7. Número de expediente;

6.2.3.2.4.8. Tipo de Acreditación;

6.2.3.2.4.9. Fecha de Acreditación, y

6.2.3.2.4.10. Vigencia.

6.2.3.2.5. La Unidad Administrativa emitirá el dictamen de Acreditación respectivo con base en las evidencias documentales que obran 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 treinta 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.

6.2.3.3. Dictamen No Favorable.

6.2.3.3.1. 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.

6.2.3.3.2. El dictamen no favorable deberá:

6.2.3.3.2.1. Acompañarse del informe de hallazgos en el que se señalan los Criterios no cumplidos, y

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

6.2.3.4. Plan de contingencia.

6.2.3.4.1. 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:

6.2.3.4.1.1. Datos del Establecimiento;

6.2.3.4.1.2. Fecha del dictamen no favorable;

6.2.3.4.1.3. Descripción de las alternativas de solución;

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

6.2.3.4.1.5. 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

6.2.3.4.1.6. Fecha estimada en la que se considera que el Establecimiento podrá cumplir los requerimientos de la Acreditación.

6.3. Disposiciones comunes a la acreditación de CAUSES para el primer nivel de atención y demás intervenciones financiadas.

6.3.1. Supervisión.

6.3.1.1 Generalidades

Derivado de las prioridades de acreditación de prestadores de servicios de atención médica del Sistema de Protección Social en Salud establecidos por la CNPSS, la unidad administrativa elaborará un Programa Anual de Supervisión y determinará la ejecución de la visita de supervisión y la emisión de los resultados correspondientes.

6.3.1.1.1. La Supervisión se realizará bajo los siguientes supuestos:

6.3.1.1.1.1. Establecimientos Acreditados como parte del seguimiento al cumplimiento de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad con los que fueron evaluados.

6.3.1.1.1.2. 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.

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

6.3.1.1.1.4. 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.

6.3.1.2. Programa Anual de Supervisión.

6.3.1.2.1. La Unidad Administrativa elaborará dentro de los últimos cuarenta 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.

6.3.1.2.2. 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.

6.3.1.3. Visita de Supervisión y Resultado.

6.3.1.3.1. 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.

6.3.1.3.2. 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.

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

Los resultados no favorables del proceso de supervisión que se deriven de los Establecimientos acreditados bajo el esquema de autoevaluación a que hace referencia el numeral 6.1 y demás relativos de este Manual, deberán comunicarse a la CNPSS y a los órganos de fiscalización para solicitar el reintegro de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud a través de la CNPSS, sin menoscabo del posible fincamiento de responsabilidades administrativas, penales o de cualquier otra índole, en que, en su caso, hayan incurrido los servidores públicos de las entidades federativas que participaron en la elaboración y validación de la referida Autoevaluación.

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

6.3.1.3.5. 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 veinte 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 6.3.1.3.3 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 sesenta días hábiles contados a partir de la recepción de la comunicación a que se refiere el párrafo anterior.

6.3.1.3.6. 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.

6.3.1.4. Suspensión de la Acreditación.

6.3.1.4.1. 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.

6.3.1.4.2. Sin perjuicio de lo señalado en el párrafo segundo del numeral 6.3.1.3.3 de este Manual, los referidos 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.

6.3.1.4.3. 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.

6.3.1.4.4. 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 6.3.1.3.5. 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.

6.3.2. Reacreditación.

Comprende la visita de evaluación de Reacreditación y el dictamen correspondiente.

6.3.2.1. Programa Anual de Reacreditación.

6.3.2.1.1. 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.

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

6.3.2.2.1. 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.

6.3.2.2.2. El PMCC deberán contener como mínimo lo siguiente:

6.3.2.2.2.1. Datos de Identificación del Establecimiento;

6.3.2.2.2.2. Presentación del Establecimiento;

6.3.2.2.2.3. Fuentes de Identificación de oportunidades de mejora;

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

6.3.2.2.2.5. Priorización de los procesos a intervenir;

6.3.2.2.2.6. Proyectos de mejora que integrarán el Programa, y

6.3.2.2.2.7. Programa de Ejecución.

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

6.3.2.3. Visita de Reacreditación y Resultado.

6.3.2.3.1. 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.

6.3.2.3.2. 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 ésta actúe en lo conducente.

6.3.2.3.3. La emisión del dictamen de Reacreditación estará sujeto a lo establecido en los numerales 6.2.3.2. y 6.2.3.3. 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 La Unidad Administrativa difundirá los diagramas de flujo correspondientes a través de su página de Internet.

TRANSITORIOS

PRIMERO. La presente modificación al Manual de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Para los efectos señalados en el numeral 6.1 de la presente Modificación, por única ocasión, los Servicios Estatales de Salud podrán solicitar la Acreditación de sus Establecimientos para el primer nivel de atención del CAUSES, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la entrada en vigor de la presente Modificación.

TERCERO. Las solicitudes de acreditación inicial en el CAUSES para el primer nivel de atención presentadas con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Modificación, se sujetarán a lo previsto en este Manual, a fin de favorecer la reducción de los costos operativos y el acceso al financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud.

Ciudad de México, a los 20 días del mes de agosto de 2019.- En suplencia por ausencia del Director General de Calidad y Educación en Salud, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 55 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la Directora de Evaluación de la Calidad, **Vanessa Lizette Vizcarra Munguía**.- Rúbrica.

(R.- 485261)