

1.- Objetivo

Analizar los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente; proponer y recomendar acciones a favor de la mejora continua, la calidad y la seguridad del paciente.

Límites del procedimiento:

Inicia Cuando el Personal que integra el área de calidad da inicio a cualquier procedimiento como INDICAS, Comité de COCASEP, Felicitaciones, Sugerencias y quejas, Capacitación, Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud, Proyecto de mejora, Convocatorias, Relación con aval ciudadano.

Termina En INDICAS cuando Imprime las “graficas con los resultados de los indicadores” y publica en las vitrinas de la consulta externa y urgencias; y la presentación en COCASEP, En Comité de COCASEP es cuando da seguimiento a los acuerdos y compromisos generados en la reunión, En Felicitaciones, Sugerencias y quejas cuando da la respuesta al quejoso vía telefónica e infórmale las medidas, En Capacitación es cuando entrega la constancia al personal recaba firma, Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud es cuando envía la documentación al comité estatal para la emisión de su cheque. En Proyecto de mejora es cuando se hacer la entrega de los reconocimientos, En Convocatorias es cuando obtiene financiamiento económico y lleva a cabo el proyecto en el servicio correspondiente, En Relación con aval ciudadano es cuando Recaba evidencias de las acciones de mejora para supervisiones Estatales y o Federales,

2.- Alcance

Áreas que intervienen:

Dirección General, División de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética, Subdirección medica, Subdirección administrativa, Coordinación de Capacitación del Hospital General de Occidente, Coordinación de capacitación en cada departamento o servicio.

3.- Reglas de Operación

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y la Dirección de Contraloría del Organismo.
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente que responde a las necesidades y dinámica actual del Organismo.
 - Un procedimiento es **obsoleto cuando** su contenido ya no responde a las necesidades actuales del Organismo o éste, se encuentra en desuso.



3.- Reglas de Operación

- Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando éste cumple con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- 2. Además de vincular calidad y seguridad del paciente, el COCASEP busca ser una estructura obligada para conducir la calidad en todas las organizaciones de salud como un espacio técnico consultivo, integrador de otros comités dedicados a la calidad, evitando dispersión de esfuerzos y la atomización e incomunicación de las propuestas de mejora continua que se desarrollan en los establecimientos médicos.
- 3. EL COCASEP deberá reunirse al menos tres veces al año en sesión ordinaria y en sesión extraordinaria cuando el asunto a tratar así lo aconseje. Las convocatorias ordinarias requerirán de 5 días hábiles e incorporaran la documentación soporte de los asuntos a tratar. Las reuniones extraordinarias requerirán dos días hábiles de anticipación a estas y se adjuntara exclusivamente el orden del día.
- 4. El Comité sesionará válidamente con la asistencia de por lo menos la mitad mas uno de sus miembros y siempre que se encuentre el Presidente o persona que le represente.
- 5. Las Actas del COCASEP que se generen de las reuniones celebradas deberán ser firmadas por todos los integrantes.
- 6. Corresponderá al Presidente del COCASEP:
 - Presidir las reuniones del Comité;
 - Aprobar y proponer el orden del día;
 - Formular las recomendaciones que deben ser sometidas a acuerdo en el seno del COCASEP;
 - Favorecer el consenso y adoptar voto de calidad en caso de empate a la hora de formular recomendaciones;
 - Determinar los criterios para elaborar la Memoria Anual y realizar su presentación a todo el personal del establecimiento medico;
 - Autorizar la creación de Subcomités de Calidad y Seguridad del Paciente;
 - Firmar las Actas de las sesiones del Comité y Vigilar el cumplimiento de las recomendaciones en el ámbito de su competencia
- 7. La Ley General de Salud en al Artículo 51 bis 3, obliga a los prestadores de servicios de salud, a contar con un sistema para la atención y resolución en forma oportuna y efectiva de las quejas que los usuarios presenten.
- 8. Los Trabajadores tienen derecho a 1 acceder a la capacitación para el desempeño conforme a los programas que se elaboren de capacitación
- 9. Los participantes del Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud, deben contar con nombramiento federal de base o confianza operativa, estar cubriendo interinato ininterrumpido por dos años o ser contratado por honorarios contar con una antigüedad de 2 años en el servicio, estar adscrito a un establecimiento para la atención Médica en Cualquiera de sus tres niveles.
- 10. Debe de contar con un código funcional autorizado por la Institución para participar, este código debe de ser congruente con su formación académica de acuerdo al profesiograma y su función, prestar servicios de salud con responsabilidad directa de atención al usuario.
- 11. El personal que solicite al programa y reúne los requisitos para ser candidato del mismo estará otorgando su consentimiento para someterse al proceso de evaluación del desempeño comprometiéndose a colaborar en el.



3.- Reglas de Operación

12. EL programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud se divide en 3 etapas: etapa1 de Inscripción, etapa 2 de Evaluación, etapa 3 Seguimiento.
13. El Coordinador de Calidad debe de Convoca a reunión a la Comisión Evaluadora para la revisión y calificación de expedientes de cada una de las disciplinas. todas las veces necesarias hasta terminar la evaluación de los expedientes
14. Personal que integra el área de calidad debe de Capacita al becario de nuevo ingreso en el manejo y aplicación de la encuesta
15. Evaluación de Expedientes La validación de cada uno de los factores del programa por parte de las comisiones internas, obliga a una corroboración cuidadosa de los elementos de validación del mismo, ya que la Contraloría Universitaria, audita su operación y de las desviaciones observadas solicitará las correcciones correspondientes.
16. Los organismos académicos que concluyan formalmente la evaluación, serán liberados para continuar el proceso de dictamen y asignación de estímulos.
17. En la primera etapa, Sino coloca En El Plazo Establecido los documentos requeridos en su expediente electrónico y entrega en la comisión de su unidad la constancia de inscripción al presentar los documentos para validación, su baja es automática
18. El Programa señala claramente que los participantes pueden ser dados de baja en cualquier momento del proceso de evaluación, en caso de incurrir en alguna de las causas de baja que se encuentran establecidas.
19. La respuesta a la inconformidad será emitida por la institución de adscripción del participante.



4.- Responsabilidades

Documento	Manual de Organización Hospital General de Occidente
Funciones	
1.	Elaborar y proponer a la dirección del establecimiento médico, el plan de mejora continua para la calidad y la seguridad del paciente (PMC), realizando el seguimiento de las acciones contenidas en éste y actualizando sus contenidos y metas. A todos los efectos el PMC constituirá el plan de trabajo del COCASEP.
2.	Coordinar los diferentes subcomités de calidad (mortalidad, prevención de muerte materna, seguridad del paciente, expediente clínico, tumores y tejidos, etc.) existentes en el establecimiento médico, cuando la complejidad del establecimiento médico lo aconseje, formulando recomendaciones para la mejora de la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad de los pacientes al equipo directivo y personal de salud. De manera especial, el COCASEP tendrá la responsabilidad de constituir y efectuar el seguimiento de los lineamientos establecidos para el sector salud que garanticen un expediente clínico integrado y de calidad.
3.	Promover la adhesión, asociación y participación del establecimiento médico a las líneas de acción e iniciativas institucionales y sectoriales, destinadas a mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes.
4.	Adoptar iniciativas destinadas a difundir y actualizar el conocimiento de la normativa aplicable en materia de calidad, especialmente las Normas Oficiales Mexicanas.
5.	Analizar y formular las recomendaciones sobre los principales procesos asistenciales del centro, promoviendo medidas correctoras para la mejora de la satisfacción de los usuarios y sus familias.
6.	Asegurar la atención basada en evidencias, mediante la incorporación a la práctica profesional de las guías de práctica clínica (GPC) y los planes de cuidados de enfermería (PLACE).
7.	Apoyar al establecimiento médico para lograr la acreditación y certificación, realizando el seguimiento en el seno del COCASEP de los avances e incumplimientos observados.
8.	Desarrollar las propuestas contenidas en el Programa de Seguridad del Paciente e incluidas en el PMC de la unidad, fomentando el registro de los eventos adversos, generando una cultura de seguridad del paciente y el desarrollo de las acciones recomendadas a nivel nacional e internacional por el programa en los diferentes niveles de atención.
9.	En colaboración con el comité de detección y control de las infecciones nosocomiales (CODECIN), articular desde el COCASEP un modelo de gestión de riesgos destinados a prevenir y reducir la infección nosocomial en la unidad.
10.	Conocer los resultados anuales del programa de estímulos a la calidad del desempeño para el personal de salud en el componente de calidad, proponiendo medidas para mejorar las evidencias presentadas y destacar las buenas prácticas profesionales.
11.	Analizar con regularidad las propuestas de mejora que formula el aval ciudadano del establecimiento y el grado de cumplimiento de la carta compromiso suscrita entre la dirección del centro y el aval ciudadano. Asimismo, corresponde al COCASEP considerar la casuística de las quejas y sugerencias que los pacientes y familiares formulan en la propia unidad, a nivel institucional o en la CONAMED. Promover la realización de encuestas regulares para la medición de la confianza de los pacientes y sus familias en la unidad médica, analizando sus resultados en el COCASEP.
12.	Cuando en la unidad médica esté constituido el comité de farmacia y terapéutica (COFAT), trabajar en estrecha coordinación en la prevención e identificación de los principales errores de medicación y reportes de Farmacovigilancia que notifique la unidad; ello, en cumplimiento con la norma oficial en la materia.
13.	Animar a la participación del establecimiento médico en las convocatorias de premio de calidad y premio a la innovación de calidad, proyectos de capacitación en calidad, mejora de indicadores de calidad y jornadas técnicas de calidad y seguridad del paciente, propias del establecimiento o



- de forma conjunta con otras unidades.
14. Apoyar la difusión, reconocimiento y publicación de experiencias exitosas desarrolladas en el establecimiento médico para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
15. Proponer mejoras a los programas docentes que se imparten en el establecimiento médico en pregrado y postgrado a futuros profesionales de las ciencias de la salud, en los contenidos de calidad y seguridad del paciente.
16. Elaborar en el primer trimestre del año la memoria anual del COCASEP como informe de actividades, que se recomienda sea presentado en acto público a todo el personal del establecimiento médico.
17. Atender todas aquellas observaciones derivadas de los procesos de auditoría externa sobre procedimientos, desempeño, cumplimiento de metas, que los órganos fiscalizadores, legislativos, de derechos humanos y otros formulen al establecimiento médico; y que se refieran a deficiencias en la atención de calidad, trato digno y seguridad del paciente.
18. Participar como órgano técnico permanente para el asesoramiento de la dirección de la unidad en temas de calidad y seguridad del paciente.

Documento Manual de Organización Específico División de Enseñanza e Investigación Hospital General de Occidente.

Funciones

1. Realizar la programación operativa anual del área de calidad y adoptar medidas de supervisión en las áreas para verificar el cumplimiento de las acciones para la mejora continua.
2. Realizar las convocatorias, elaboración del orden del día, seguimiento de acuerdos y custodia de actas de los comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) en su establecimiento o ámbito territorial correspondiente, como Secretario Técnico del mismo.
3. Coordinar y, en su caso, asesorar a los diferentes comités o subcomités de Calidad que en materia de Seguridad del Paciente, expediente clínico, muerte materna u otros se hayan constituido en su establecimiento de salud.
4. Ser el enlace de la unidad de salud con las organizaciones o personas que desempeñen la función de Aval Ciudadano en su establecimiento de salud, apoyando su funcionamiento y realizando el seguimiento de los compromisos establecidos en la Carta Compromiso.
5. Asesorar las acciones a realizar por las unidades de salud dirigidas a lograr la acreditación como garantía de calidad y la certificación del Consejo de Salubridad General.
6. Rendir cuentas de los avances de la estrategia SICALIDAD en los órganos de Gobierno del establecimiento de salud o institución, con la finalidad de favorecer la toma de decisiones directivas basadas en evidencias para la mejora continua institucional.
7. Implantar, realizar el seguimiento y difundir los Indicadores Nacionales de Calidad en Salud (INDICAS) en su área de influencia, y de aquellos objetivos estratégicos en materia de calidad establecidos por las áreas rectoras de su organización de salud.
8. Impulsar, realizar el seguimiento y la evaluación de la asociación de las unidades médicas a su cargo a los proyectos de SICALIDAD: Seguridad del Paciente; Expediente Clínico Integrado y de Calidad (ECIC); Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN); Prevención de muerte materna; Cuidados Paliativos (PALIAR); Uso Racional de Medicamentos (URM), y Servicios de Urgencia que Mejoran la Atención y Resolución (SUMAR).
9. Participar, cuando sea convocado, en las reuniones de trabajo del equipo directivo del establecimiento de salud, formulando propuestas de mejora en la calidad percibida, técnica y en la seguridad de los pacientes. Asimismo, asistir cuando sea requerido por el Comité Estatal de Calidad, para informar de las acciones desarrolladas en sus unidades de salud.
10. Informar, en el componente de compromiso con la calidad, las solicitudes del Programa Anual de Estímulos a la Calidad en el Desempeño de Médicos, Enfermeras y Odontólogos.
11. Formular propuestas al equipo directivo de su establecimiento de salud para la programación anual de actividades de capacitación en calidad.
12. Analizar y canalizar las quejas, sugerencias y felicitaciones que se reciban en el establecimiento de salud, proponiendo acciones correctoras en su



caso.

13. Promover la participación de su establecimiento de salud en las convocatorias anuales de Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión, Proyectos de Capacitación, Premio Nacional a la Calidad en Salud y Premio a la Innovación en Calidad.
14. Distribuir en el seno de su organización información relacionada con el compromiso de calidad de su organización, los avances y logros obtenidos, informando a la comunidad y a los trabajadores de la salud.
15. Adoptar medidas para favorecer la difusión y conocimiento de los derechos de los pacientes en los establecimientos de salud.
16. Asesorar y facilitar herramientas de análisis y de reingeniería de proceso para la mejora de la atención a la salud en los establecimientos de salud de su competencia.
17. Formar parte de la red de gestores de calidad bajo la coordinación del área de calidad estatal, central o delegacional, favoreciendo el intercambio de experiencias que contribuyan a la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes en los establecimientos de salud.
18. Realizar, en su caso, el seguimiento de los contenidos de calidad que se hubieren incorporado en los Convenios de Gestión que tenga establecidos el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPPS) y las unidades médicas que correspondan al ámbito de actuación del Gestor Médico.
19. Aplicar las encuestas sobre calidad de vida profesional y compromiso con la calidad que SICALIDAD desarrolle a nivel nacional, formulando propuestas para la mejora de las condiciones de trabajo, reconocimiento profesional y ambiente laboral de los profesionales y trabajadores de la salud de las unidades a cargo del Gestor Médico.
20. En aras de una mayor profesionalización de los gestores de calidad, se propone que con carácter indicativo los responsables estatales de calidad pudieran realizar una evaluación comparativa del desempeño de los gestores de calidad tomando como referencia los avances logrados en relación con las funciones mínimas descritas en el apartado anterior.
21. En la selección de los gestores de calidad se sugiere valorar de manera preferente la capacitación previa en temas de calidad, el haber formado parte de los equipos de acreditación y/o evaluación del Premio Nacional de Calidad, y el haber participado de manera destacada en Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión, proyectos asociados de SI CALIDAD en su unidad de salud u otras actividades institucionales de capacitación en materia de calidad.
22. En los programas de capacitación en calidad, las áreas centrales de calidad, favorecerán la participación de los gestores de calidad, especialmente los de nuevo ingreso al puesto, en un "Programa de inducción". Parte de este programa tratará sobre los contenidos que se presentan en esta instrucción.
23. Con carácter periódico, los responsables estatales de calidad requerirán de los gestores de
24. calidad información en relación con el contenido funcional del puesto al que se refiere la presente instrucción.
25. Las áreas centrales de calidad de los Servicios Estatales de Salud e instituciones de salud procurarán la inclusión de la figura del Gestor de Calidad en los organigramas de las organizaciones de salud como staff de apoyo de la Dirección.
26. En general, todas aquellas que le confiera el Reglamento de la Ley de Creación del Organismo, las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por su superior jerárquico en la materia que se le estableció para el cumplimiento de su objetivo..

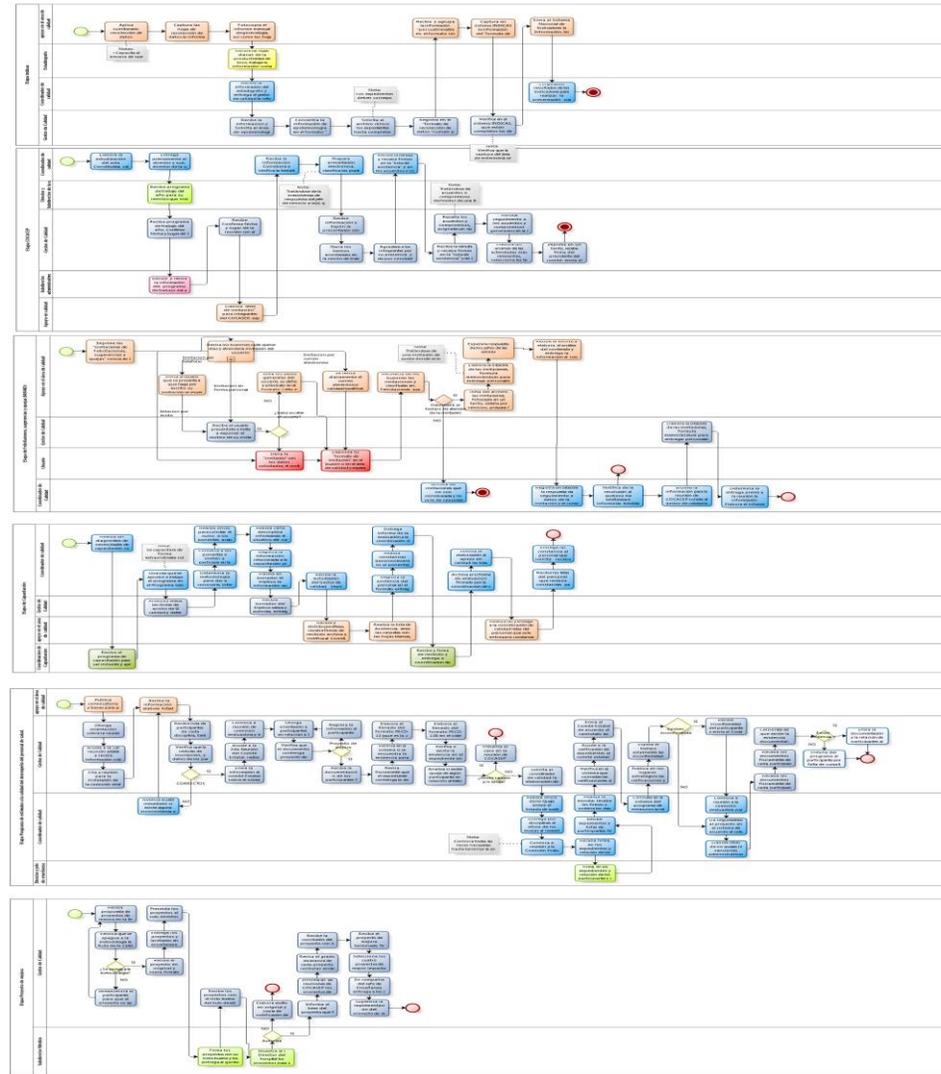
SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



5.- Modelado de Proceso (Flujograma)



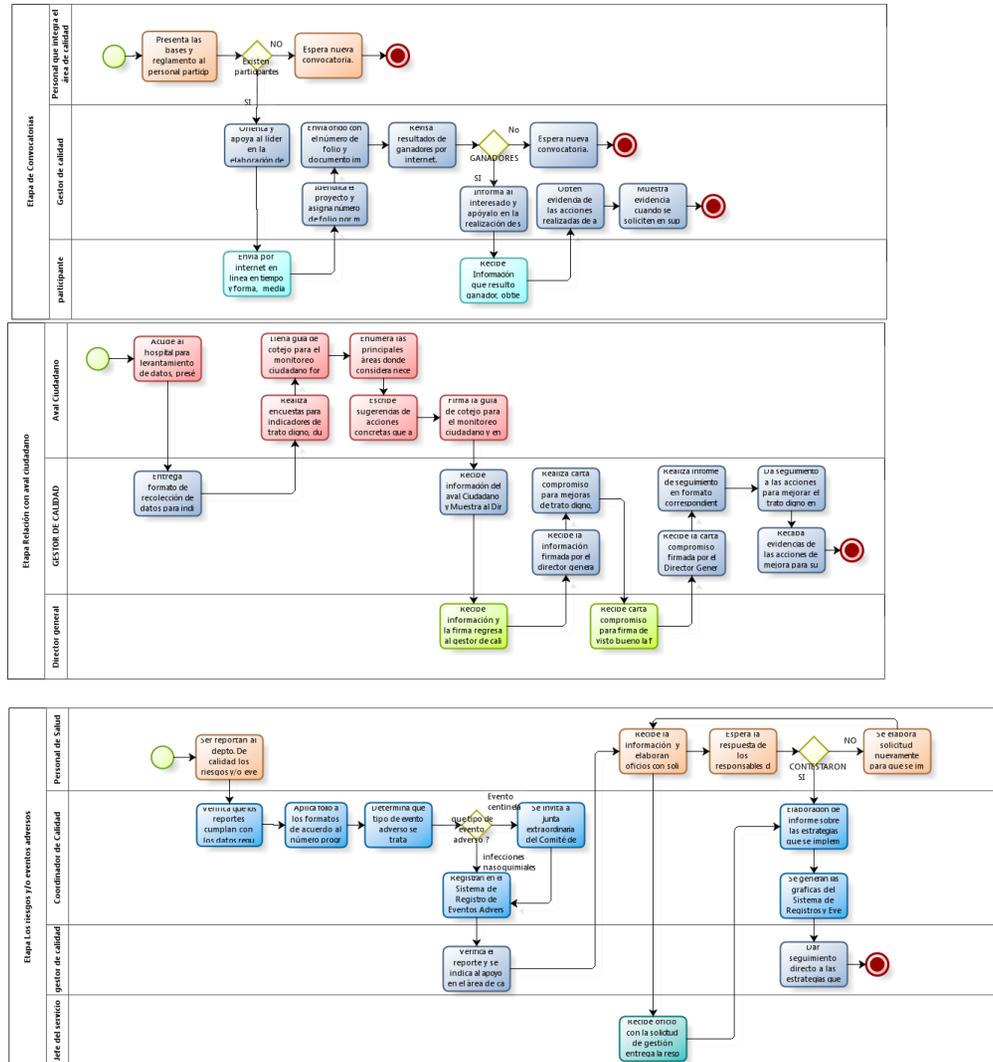
bizagi

PROCEDIMIENTO PARA CALIDAD

NIVEL: II
CLAVE: HM1
VERSIÓN: 001



CÓDIGO: DOM-P320-HM1_001
DOCUMENTACIÓN: 14 DE MAYO DEL 2012
FECHA ACTUALIZACIÓN: 01 DE ABRIL DEL 2017



Powered by
bitagi
Modeler



6.- Desarrollo:

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD																				
1.	Personal que integra el área de calidad	Personal que integra el área de calidad Determina las Acciones a seguir conforme a la siguiente tabla.																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Acciones a seguir?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indicas</td> <td>Aplica Siguiente Actividad</td> </tr> <tr> <td>Comité de COCASEP</td> <td>Aplica Actividad 16</td> </tr> <tr> <td>Felicitaciones, sugerencias y quejas</td> <td>Aplica Actividad 34</td> </tr> <tr> <td>Capacitación</td> <td>Aplica Actividad 54</td> </tr> <tr> <td>Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.</td> <td>Aplica Actividad 77</td> </tr> <tr> <td>Proyecto de mejora</td> <td>Aplica Actividad 110</td> </tr> <tr> <td>Convocatorias</td> <td>Aplica Actividad 127</td> </tr> <tr> <td>Relación con aval ciudadano</td> <td>Aplica Actividad 136</td> </tr> <tr> <td>Riesgos y Eventos Adversos</td> <td>Aplica Actividad 150</td> </tr> </tbody> </table>	¿Acciones a seguir?	Entonces	Indicas	Aplica Siguiente Actividad	Comité de COCASEP	Aplica Actividad 16	Felicitaciones, sugerencias y quejas	Aplica Actividad 34	Capacitación	Aplica Actividad 54	Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.	Aplica Actividad 77	Proyecto de mejora	Aplica Actividad 110	Convocatorias	Aplica Actividad 127	Relación con aval ciudadano	Aplica Actividad 136	Riesgos y Eventos Adversos	Aplica Actividad 150
		¿Acciones a seguir?	Entonces																			
		Indicas	Aplica Siguiente Actividad																			
		Comité de COCASEP	Aplica Actividad 16																			
		Felicitaciones, sugerencias y quejas	Aplica Actividad 34																			
		Capacitación	Aplica Actividad 54																			
		Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.	Aplica Actividad 77																			
		Proyecto de mejora	Aplica Actividad 110																			
		Convocatorias	Aplica Actividad 127																			
Relación con aval ciudadano	Aplica Actividad 136																					
Riesgos y Eventos Adversos	Aplica Actividad 150																					
Etapas Indicas																						
2.	Apoyo en el área de calidad	<p>Aplica cuestionario recolección de datos 1.- Trato digno en consulta externa, 2.- Trato digno en urgencias, 3.- Organización de los Servicios en Consulta Externa Urbano, 4.- Organización de los Servicios Urgencias, 5.- Atención Médica efectiva Consulta Externa, 6.- Atención Médica Efectiva en Segundo Nivel, 7.- Atención de Enfermería Hospitalización, 8.- Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (Se incluyen en el año 2015). para hacer la muestra de forma cuatrimestral en el formato “hoja recolección de datos (para surtimiento de medicamentos de seguro popular se hace en la farmacia, trato digno y tiempo de espera se hacen en urgencias) y entrega la información a apoyo en el área de calidad.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacita al becario de nuevo ingreso en el manejo y aplicación de la encuesta. • Las encuestas se trabajaran en el trascurso del cuatrimestre. 																				
3.	Apoyo en el área de calidad	Captura las hojas de recolección de datos en el sistema INDICAS , guarda hasta completar la muestra.																				
4.	Apoyo en el área de calidad	Fotocopia el informe mensual de ginecología así como las hojas diarias de la productividad de toco, entrega a la estadígrafa.																				
5.	Estadígrafa	Recibe las hojas diarias de la productividad de toco, trabaja la información sumando los totales de cada hoja; se parando nacimientos por cesaría y vaginales por cada turno y mes, entrega a la coordinadora de calidad.																				



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
6.	Coordinador de calidad	Recibe la información del estadígrafo, entrega al Gestor de calidad la información del área de ginecología
7.	Gestor de calidad	Recibe la información de ginecología, llena el “formato de recolección de datos de infecciones nosocomiales” correspondientes al cuatrimestre.
8.	Gestor de calidad	Concentra la información de epidemiología en el formato “recolección de datos” sumando la información de cada mes para contar con el % del cuatrimestre, captura en INDICAS y guarda.
9.	Gestor de calidad	Solicita al archivo clínico los expedientes seleccionados para cada indicador hasta completar 60 archivos mínimos por cuatrimestre del servicio de cirugía general programada . Nota: Los expedientes deben corresponder al cuatrimestre evaluado.
10.	Gestor de calidad	Registra en el “formato de recolección de datos” número progresivo, nombre del paciente, número de expediente, fecha de solicitud, fecha de realización, días transcurridos, al término entrega al apoyo en el área de calidad.
11.	Apoyo en el área de calidad	Recibe y Agrupa la información “por cuatrimestre en el formato recolección de datos,
12.	Apoyo en el área de calidad	Captura en sistema INDICAS la información del “formato de recolección de datos” y notifica al gestor de calidad que se realizó la captura
13.	Gestor de calidad	Verifica en el sistema INDICAS que estén completos los datos de los indicadores en cada uno de los archivos, en el lugar que corresponda, indica al apoyo en Calidad que la información esta correcta para que se imprima y se envíe al Sistema Nacional de Indicadores. Nota: Verifica que la captura del área de enfermería sea correcta y completa.
14.	Apoyo en el área de calidad	Envía al Sistema Nacional de Indicadores la Información. Imprime las “graficas con los resultados de los indicadores” , publica en las vitrinas de la consulta externa y urgencias ; extrae los archivos electrónicos y resguarda para la realización de la presentación en COCASEP, entrega al Coordinador de calidad
15.	Coordinador de Calidad	Conjunta los resultados de los indicadores para realizar la presentación para su análisis en COCASEP. Aplica actividad 24. Fin de Etapa de INDICAS
Etapa de Comité de COCASEP		
16.	Coordinador de Calidad	Elabora la actualización del acta Constitutiva, calendario de reuniones ordinarias y programa de trabajo del año que inicia; recaba minuta del mes próximo pasado y lista de asistencia.
17.	Coordinador de Calidad	Entrega previamente al director y sub-director de la unidad el programa de trabajo del año que inicia así como el calendario de reuniones para su revisión.



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
18.	Director y Subdirector de la unidad	Recibe programa de trabajo del año para su revisión que inicia así como el calendario de reuniones. Una vez revisado lo entrega a Gestor de calidad.
19.	Gestor de calidad	Recibe programa de trabajo del año, Confirma fecha y lugar de la reunión con el director y comunica al Subdirector administrativo la misma información
20.	Subdirector administrativo	Recibe y revisa la información del programa de trabajo del año y entrega al Gestor de calidad
21.	Gestor de calidad	Recibe, Confirma fecha y lugar de la reunión con el Subdirector administrativo, solicita al apoyo en calidad el oficio de invitación
22.	Apoyo en el área de calidad	Elabora " oficio de invitación " para integrantes del COCASEP, especificando día hora, lugar, recaba firma del Gestor de calidad, prepara lista de recibido y entrega a los integrantes, una vez firmada la lista pasa la información al Coordinador de calidad.
23.	Coordinador de Calidad	Recibe la información Corroborar y verifica la temática a tratar para la siguiente reunión.
24.	Coordinador de Calidad	Prepara presentación electrónica, clasifica los puntos por servicios, frecuencia y motivos (quejas, sugerencias y felicitaciones) entrega la información al Gestor de calidad para su presentación en el comité de COCACEP. Nota: Tratándose de la inexistencia de respuesta del jefe de servicio a la(s) quejas abra un punto alterno en la cesión para hacerlo del conocimiento del comité.
25.	Gestor de calidad	Recibe información y Expón la presentación al Comité.
26.	Gestor de calidad	Narra los hechos acontecidos en la sesión de trabajo en la minuta borrador, registra los acuerdos y compromisos adquiridos por los integrantes del comité.
27.	Gestor de Calidad	Agradece a los integrantes por su presencia y concluye la sesión del comité, entrega al coordinador de calidad para que los integrantes del COCACEP firmen la minuta de conformidad.
28.	Coordinador de Calidad	Recibe la minuta y recaba firmas en la " lista de asistencia " y en los acuerdos y compromisos establecidos en la " minuta " próxima pasada con cada uno de los integrantes del comité, entrega al gestor de calidad.
29.	Gestor de Calidad	Recibe minuta anterior firmada por todos los integrantes del comité, Transcribe en el " formato la minuta de COCASEP " la información recabada en la reunión en un tiempo no mayor a 5 días.
30.	Gestor de Calidad	Resalta los acuerdos y compromisos, asigna un número progresivo, solicita a el apoyo en el área de calidad para el seguimiento a los acuerdo. Nota: Tratándose de acuerdos o compromisos derivados de una BFSQ se utilizara el mismo número de folio.
31.	Gestor de Calidad	Verificar seguimiento a los acuerdos y compromisos generados en la reunión de COCASEP, recaba evidencia documental, visual anexa a la minuta.



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD										
32.	Gestor de Calidad	Elabora un análisis de las actividades más relevantes, selecciona los temas de mayor impacto; menciona todos los acuerdos del año así como las acciones trascendentes, estructura con forme a la instrucción 256/2010										
33.	Gestor de Calidad	Imprime en un tanto, recaba firma del presidente del comité; envía al área de calidad a nivel estatal para que se evalúe y en base a ese resultado saber si participa en el concurso anual de reconocimiento a la memoria anual del COCASEP, solicita firma del secretario de salud. Fin de Etapa Comité de COCASEP										
Etapa de Felicitaciones, sugerencias y quejas (MANDE)												
34.	Apoyo en el área de calidad	En el modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones se denomina "MANDE", que expresa la voluntad de escuchar y atender dirigido a los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Invita al usuario a presentar su inconformidad, Imprime las "invitaciones de Felicitaciones, sugerencias y quejas" coloca en los buzones cada lunes un tanto, teniendo como mínimo un tiraje de 500.										
35.	Apoyo en el área de calidad	Revisa los buzones cada quince días y atiende la invitación del usuario:										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Invitación?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De forma personal</td> <td>Aplica Siguiete Actividad.</td> </tr> <tr> <td>Por escrito</td> <td>Aplica Actividad 37</td> </tr> <tr> <td>Por correo electrónico</td> <td>Aplica Actividad 47</td> </tr> <tr> <td>Por teléfono</td> <td>Aplica Actividad 48</td> </tr> </tbody> </table>	¿Invitación?	Entonces	De forma personal	Aplica Siguiete Actividad.	Por escrito	Aplica Actividad 37	Por correo electrónico	Aplica Actividad 47	Por teléfono	Aplica Actividad 48
		¿Invitación?	Entonces									
		De forma personal	Aplica Siguiete Actividad.									
		Por escrito	Aplica Actividad 37									
Por correo electrónico	Aplica Actividad 47											
Por teléfono	Aplica Actividad 48											
De forma personal												
36.	Gestor de Calidad	Recibe al usuario preséntate e invita a exponer el motivo de su visita; exhorta al usuario a dejar por escrito el motivo y proporciona el formato de reporte.										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Sabe escribir el usuario?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI</td> <td>Aplica Actividad 38.</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>Aplica siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	¿Sabe escribir el usuario?	Entonces	SI	Aplica Actividad 38.	NO	Aplica siguiente actividad				
		¿Sabe escribir el usuario?	Entonces									
SI	Aplica Actividad 38.											
NO	Aplica siguiente actividad											
37.	Apoyo en el área de calidad	Toma los datos generales del usuario a) Nombre(s) completo(s), apellido paterno y materno, b) Fecha de nacimiento c) Género d) Número de póliza, derechohabencia y/o si lo conoce número de expediente clínico. e) Domicilio en el que desea se reciba la notificación, la resolución de la queja o en su caso correo electrónico y/o número telefónico, su dicho y plasma en el formato; Lee en voz alta en presencia del usuario y dos testigos, plasma la huella del usuario y la firma de los testigos deposita en el buzón. Aplica Actividad 39.										



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
38.	Usuario	Llena la “ invitación ” con los datos solicitados, el motivo seleccionado, firma y deposita en el buzón en el área de Calidad para su trámite. Aplica actividad 39						
Por escrito								
39.	usuario	Deposita tu “ formato de invitación ” en el buzón o en el área de calidad y espera respuesta de la misma.						
40.	Apoyo en el área de calidad.	Recolecta de los buzones las invitaciones y clasifica en: Felicitaciones, sugerencias y quejas por servicio; registra según sea en “ bitácora de felicitaciones, sugerencias y quejas ”, separa las invitaciones no corroboradas, asigna número de folio y archiva hasta que las solicite el coordinador de calidad.						
41.	Apoyo en el área de calidad.	Determina el tiempo de atención de la invitación						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #800000; color: white;">¿Invitación?</th> <th style="background-color: #e0e0e0;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">Aplica Actividad 43.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">Aplica siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	¿Invitación?	Entonces	SI	Aplica Actividad 43.	NO	Aplica siguiente actividad
		¿Invitación?	Entonces					
SI	Aplica Actividad 43.							
NO	Aplica siguiente actividad							
42.	Coordinador de calidad	Recibe las invitaciones no corroboradas, por parte del apoyo en el área de calidad, archiva no da seguimiento, se guardan 5 años.						
43.	Apoyo en el área de calidad	Toma del archivo las invitaciones, fotocopia en un tanto, ordena por servicios, prepara la información para el día que se deberán entregar para la presentación en COCASEP.						
44.	Apoyo en el área de calidad	Elabora la bitácora de las invitaciones, formula memorándum para entregar personalmente la copia de la invitación al jefe del área involucrada, recaba firma en el acuse, archiva en la carpeta MANDE. Nota: Tratándose de una invitación de queja donde se involucren más de dos servicios fotocopia para cada una de ellos. Las copias se entregan testadas para guardar la confidencialidad del usuario.						
45.	Apoyo en el área de calidad	Espera la respuesta de los jefes de las aéreas, si no dan respuesta elabora de nuevo el memorándum con copia de la invitación.						
46.	Apoyo en el área de calidad	Recibe el escrito de la respuesta de la invitación, elabora el análisis del contenido, separa por área y entrega la información al coordinador de calidad.						
47.	Coordinador de calidad	Registra en bitácora la respuesta, suministra seguimiento a datos de la invitación y el compromiso establecido por los diferentes involucrados, supervisa que se cumpla el compromiso cada 30 días.						
48.	Coordinador de calidad	Notifica de la resolución al quejoso vía telefónica e informa las medidas para la solución.						
49.	Coordinador de calidad	Archiva la información para la reunión de COCASEP, solicita al Gestor de calidad la fecha de la próxima reunión para la entrega en electrónico.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
50.	Gestor de Calidad	Consulta la agenda de sesiones del COCASEP e informa al coordinador de calidad la fecha de la próxima reunión
51.	Coordinador y Gestor de calidad	Determina la entrega previa a la reunión la información. Elabora el informe mensual para la dirección general del hospital de las invitaciones recibidas e informa en la reunión de COCASEP. Aplica actividad 24 procedimientos de COCASEP.
Por correo electrónico.		
52.	Personal que integra el área de calidad.	Revisa diariamente el correo electrónico calidad.hgo@hotmail.com imprime la queja sugerencia o felicitación y Aplica actividad 39.
Por vía telefónica		
53.	Personal que integra el área de calidad.	Invita al usuario que se presente a que haga por escrito su invitación espera se presente, para que el usuario lo presente Aplica actividad 36. Fin de Etapa de Felicitaciones, sugerencias y quejas (MANDE)
Etapa de Capacitación		
54.	Coordinador de calidad	Realiza un diagnostico de necesidades de capacitación con el personal de los diferentes servicios en conjunto con el coordinador de Capacitación, elabora el programa anual en el mes de octubre, entrega al coordinador de capacitación.
55.	Coordinador de capacitación.	Recibe el programa de capacitación para ser incluido y aprobado en el programa general del Hospital e informa cuando ya se encuentra autorizado al Coordinador de Calidad.
56.	Coordinador de calidad	Una vez que se aprobó e incluyo el programa anual de capacitación en el General del Hospital, inicia el primer curso conforme a lo establecido, solicita al Gestor análisis de si calidad. Nota: Se capacitará de forma extraordinaria solo en el caso de contar con información nueva en las líneas de acción.
57.	Gestor de calidad	Analiza y evalúa las líneas de acción de SI calidad y determina si se requiere de la programación de un curso extraordinario, informa al Coordinador de calidad.
58.	Coordinador de calidad	Determina la metodología para dar a conocer la información al personal.
59.	Coordinador de Calidad	Contacta a los ponentes e invita a participar en la capacitación.
60.	Coordinador de Calidad	Realiza oficio para solicitar el curso a los ponentes, aceptan y determinan las necesidades para la presentación.



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
61.	Coordinador de calidad	Realiza carta descriptiva informando el objetivo del curso, las necesidades del ponente, las técnicas, dinámicas y bibliografía; entrega copia al departamento de enseñanza y capacitación archiva el original.
62.	Coordinador de calidad	Registra la información relacionada a la capacitación programada mencionando los temas, ponente, horarios, lugar, fecha, números de créditos y tipo de personal asistente.
63.	Coordinador de calidad	Plasma en borrador el tríptico la información que considera relevante para la capacitación, así como también ponentes, al personal que va dirigido, lugar, fecha, horario, temas, presenta al Gestor de Calidad para que realice la valoración en conjunto.
64.	Gestor de calidad	Recibe borrador del tríptico valora y autoriza, entrega al coordinador de calidad
65.	Coordinador de calidad	Recibe la autorización del Gestor de calidad, imprime los trípticos autorizados, realiza oficio para solicitar invitados al presidium así como de auditorio o aula, proyector, laptop, café break; imprime en dos tantos recaba firmas del gestor de calidad y entrega al apoyo de área para su distribución.
66.	Apoyo en el área de calidad	Recibe y distribuye oficios, recaba firmas de recibido archiva y notifica al Coordinador de calidad que ya fueron entregados a las aéreas involucradas.
67.	apoyo en el área de calidad	Realiza la lista de Asistencia, arma las carpetas con las hojas blancas, el tríptico, la evaluación del capacitador del curso con los datos de los ponentes y nombre del curso.
68.	Coordinador de calidad	Registra la asistencia del personal en el formato, entrega el material y corrobora el tiempo de descanso.
69.	Coordinador de calidad	Realiza constancias (reconocimientos al ponente) con la coordinación de capacitación, solo del personal que asistió (el que se encuentra en las listas), recaba firmas, entrega en un lapso no mayor de 10 días hábiles las constancias a los asistentes.
70.	Coordinador de calidad	Entrega informe de la evaluación a la coordinación de capacitación, recaba firma de recibido.
71.	Coordinador de Capacitación	Recibe y firma de recibido informe de la evaluación, entrega a Coordinador de calidad.
72.	Coordinador de Calidad	Archiva el informe de evaluación firmado por la coordinación de capacitación.
73.	Coordinador de Calidad	Solicita la elaboración al apoyo en calidad de las listas del personal que se entrega constancias.
74.	Apoyo en el área de calidad	Realiza las listas del personal que se le entregara constancia y entrega a la coordinación de calidad
75.	Coordinador de calidad	Recibe las listas del personal que recibirá constancias para ser entregadas por el personal del área de calidad



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
76.	Personal que integra el área de calidad	Entrega las constancia al personal que solicita , recaba firma en el listado, terminando la entrega archiva el listado Fin de etapa de capacitación						
Etapa Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.								
77.	Apoyo en el área de calidad	Publica convocatoria y bases para participar, en los lugares estratégicos del hospital para el personal que dese ingresar al programa y cumpla con los requisitos señalados en las bases, indica al participante pasar con el Gestor de Calidad para recibir orientación.						
78.	Gestor de Calidad	Otorga orientación sobre la reunión para recibir información del proceso a los aspirantes a participar.						
79.	Gestor de Calidad	Acude a la 1er reunión estatal, recibe información sobre el proceso, calendario estatal y acuerdos realizados.						
80.	Gestor de Calidad	Cita a reunión para la instalación de la comisión evaluadora e informar sobre el proceso, calendario y acuerdos tomados por el Comité Estatal, entrega Login password a los integrante, para acceder a la plataforma, entrega la información al Apoyo en el área de calidad, Para elaborar la lista de participantes.						
81.	Apoyo en el área de calidad	Recibe la información, elabora listado de los aspirantes con cédulas de inscripción, código funcional, datos de los participantes federales y estatales, entrega al gestor de calidad.						
82.	Gestor de Calidad	Recibe lista de participantes de cada disciplina, tanto federales como estatales:						
83.	Gestor y Coordinador de Calidad	Verifica que la cedulas de inscripción , y datos de los participantes aparezcan de forma correcta en la plataforma.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Correctos?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica Actividad 85</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica Siguiente Actividad</td> </tr> </tbody> </table>	¿Correctos?	Entonces	Si	Aplica Actividad 85	No	Aplica Siguiente Actividad
		¿Correctos?	Entonces					
Si	Aplica Actividad 85							
No	Aplica Siguiente Actividad							
84.	Gestor de Calidad	Notifica al jefe inmediato si existe alguna inconsistencia en los datos personales o errores en documentos escaneados. Aplica actividad 81.						
85.	Gestor de Calidad	Envía la información al comité Estatal sobre el número de participantes federales y estatales por disciplina, envía la base de datos del personal estatal y recaba firma de acuse de recibido.						
86.	Gestor de Calidad	Acude a la 2da. Reunión del Comité Estatal, recibe la información de la segunda etapa del programa, calendario y acuerdos tomados.						
87.	Gestor y Coordinador de Calidad	Convoca a reunión de comisión evaluadora, expón sobre lo acordado en la reunión estatal, catálogos de evidencias por disciplinas, calendario, acuerdos, realiza la minuta y recaba las firmas.						
88.	Gestor y Coordinador de Calidad	Otorga orientación a participantes en relación a los criterios de calidad y realización de proyectos de mejora.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
89.	Gestor y Coordinador de Calidad	Verifica que el documento contenga proyecto de mejora:						
		<table border="1"> <tr> <th>¿Proyecto de mejora?</th> <th>Entonces</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente Actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Regresa la información al participante Aplica Actividad 88.</td> </tr> </table>	¿Proyecto de mejora?	Entonces	Si	Aplica siguiente Actividad	No	Regresa la información al participante Aplica Actividad 88.
		¿Proyecto de mejora?	Entonces					
Si	Aplica siguiente Actividad							
No	Regresa la información al participante Aplica Actividad 88.							
90.	Gestor de Calidad	Recibe la documentación de los participantes federal y estatal.						
91.	Gestor y Coordinador de Calidad	Revisa físicamente que el expediente contenga la documentación de acuerdo a su disciplina y a su código funcional.						
92.	Gestor y Coordinador de Calidad	Verifica en el sistema si se encuentra la evidencia para el criterio 2.1, y en el expediente físico la existencia de evidencias para avalar los criterios 1.1, 1.7 y 4.4.						
93.	Gestor y Coordinador de Calidad	Elabora el llenado del formato PECD-12 (que es la cedula de calidad) de cada participante en el Sistema de acuerdo a las evidencias verificadas con anterioridad.						
94.	Gestor y Coordinador de Calidad	Elabora el llenado del formato PECD-12B en el sistema, de acuerdo al proyecto de mejora presentado por cada uno de los participantes.						
95.	Gestor de Calidad	Verifica si existe la evidencia en el expediente en físico de la cedula de calidad, PECD-12, PECD-12B, que incluya los criterios 1.1, 1.7, 2.1 y 4.4.						
96.	Gestor y Coordinador de Calidad	Analiza si existe queja de algún participante en relación al trato otorgado al usuario o alguna sanción administrativa.						
		<table border="1"> <tr> <th>¿Existe sanción y/o queja?</th> <th>Entonces</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Presenta el caso en la reunión de COCASEP quien determinará su participación. Aplica Actividad 24</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica Siguiente Actividad.</td> </tr> </table>	¿Existe sanción y/o queja?	Entonces	Si	Presenta el caso en la reunión de COCASEP quien determinará su participación. Aplica Actividad 24	No	Aplica Siguiente Actividad.
		¿Existe sanción y/o queja?	Entonces					
Si	Presenta el caso en la reunión de COCASEP quien determinará su participación. Aplica Actividad 24							
No	Aplica Siguiente Actividad.							
97.	Gestor y Coordinador de Calidad	solicita al coordinador de calidad la elaboración de oficio de no queja, Entrega la información al coordinador de calidad						
98.	Coordinador de calidad	Recibe información, Elabora oficio de no Queja anexa al listado de participantes, recaba firma del responsable de recursos humanos y del Gestor de Calidad en el listado.						
99.	Coordinador de calidad	Entrega por disciplinas el oficio de no quejas al responsable de cada una de las distintas disciplinas en el hospital.						
100.	Coordinador de calidad	Convoca a reunión a la Comisión Evaluadora para la revisión y calificación de expedientes de cada una de las disciplinas. Nota: Convoca todas las veces necesarias hasta terminar la evaluación de los expedientes.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
101.	Coordinador de calidad	Recaba firma en los expedientes y relación de los participantes del Jefe de Enseñanza y del Director.						
102.	Jefe de Enseñanza y Director del hospital.	Firma en los expedientes y relación de los participante, regresa al Coordinador de calidad.						
103.	Gestor y Coordinador de Calidad	Recibe expedientes y listas de participantes firmados por el Jefe de Enseñanza y Director del Hospital						
104.	Gestor y Coordinador de Calidad	Realiza la minuta, recaba las firmas, ordena los expedientes físicos de acuerdo a las disciplinas, coloca en cajas; elabora listado de los participantes por disciplina; incorpora a la base de datos de personal Estatal, entrega al Comité Estatal solicita al gestor de calidad revisar la base de datos.						
105.	Gestor de Calidad	Verifica en el sistema que coincidan las calificaciones de los expedientes con el sistema (personal federa) que no falten datos.						
106.	Gestor de Calidad	Acude a la calificación de expedientes al comité estatal.						
107.	Gestor de Calidad	Envía al Comité Estatal de acuerdo al calendario las calificaciones del personal participante e informa al coordinador de calidad que la información ya se encuentra en el sistema.						
108.	Coordinador de calidad	Consulta en el sistema del programa de estímulos la relación de participantes las calificaciones y la categoría para imprimir, solicita al gestor de calidad su publicación.						
109.	Gestor / apoyo de calidad	Publica en los lugares estratégicos las calificaciones y categoría de todos los participantes; emitida por el secretario técnico del comité Estatal.						
110.	Gestor de Calidad	<p>Espera el tiempo establecido las inconformidades del personal:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Existen inconformidades?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente Actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica Actividad 112.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Existen inconformidades?	Entonces	Si	Aplica siguiente Actividad.	No	Aplica Actividad 112.
¿Existen inconformidades?	Entonces							
Si	Aplica siguiente Actividad.							
No	Aplica Actividad 112.							
111.	Gestor de Calidad	Recibe inconformidad del participante, envía al Comité Estatal para respuesta en tiempo y forma; recibe la respuesta de inconformidad, entrega a los interesados, recaba firma de recibido, Informa al coordinador de calidad de la respuesta del comité estatal. Aplica Actividad 108.						
112.	Coordinador / apoyo de calidad	Convoca a reunión a la comisión evaluadora, para analizar la etapa de seguimiento del programa, informa al gestor para hacer el seguimiento.						
113.	Gestor / Coordinador de calidad	Suministra seguimiento al proyecto en el sistema de acuerdo al calendario a las cedula de calidad PECD-12 y PECD_-12B de cada participante.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
114.	Gestor / Coordinador de calidad	Elabora oficio de no quejas ni sanciones administrativas en los meses julio a noviembre del año en curso; verifica en el sistema que la documentación este validada correctamente.						
115.	Gestor de Calidad	Recaba los documentos físicamente de cada participante, con una relación por cada disciplina.						
116.	Gestor de Calidad	asegúrate de que existe la evidencia documental:						
		<table border="1"> <tr> <td>¿Existen evidencia documental?</td> <td>Entonces</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica siguiente Actividad.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica Actividad 118.</td> </tr> </table>	¿Existen evidencia documental?	Entonces	No	Aplica siguiente Actividad.	Si	Aplica Actividad 118.
		¿Existen evidencia documental?	Entonces					
No	Aplica siguiente Actividad.							
Si	Aplica Actividad 118.							
117.	Gestor de Calidad	Elimina del programa al participante por falta de cumplimiento y estar fuera del calendario establecido.						
118.	Gestor de Calidad	Envía la documentación y relación de participantes al comité estatal para la emisión de su cheque. Fin Etapa del Programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.						
Etapa Proyecto de mejora								
119.	Gestor de Calidad	Recibe propuesta de proyectos de mejora en la fecha fijada dentro de la comisión evaluadora del programa de estímulos.						
120.	Gestor de Calidad	Verifica que se apegue a la metodología la Ruta de la Calidad, que esté firmado por el líder del proyecto así como el visto bueno del jefe inmediato y el jefe del área involucrada en donde se trabajará el proyecto.						
		<table border="1"> <tr> <td>¿Metodología de la Ruta de la Calidad?</td> <td>Entonces</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica siguiente Actividad.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica Actividad 122.</td> </tr> </table>	¿Metodología de la Ruta de la Calidad?	Entonces	No	Aplica siguiente Actividad.	Si	Aplica Actividad 122.
		¿Metodología de la Ruta de la Calidad?	Entonces					
No	Aplica siguiente Actividad.							
Si	Aplica Actividad 122.							
121.	Gestor/Coordinadora de Calidad	Asesora al participante para que el proyecto se apegue a la metodología, entrega con las observaciones para que las corrija Aplica Actividad 119.						
122.	Gestor /Coordinadora de Calidad	Recibe el proyecto en original y copia, firma, fecha, sella, entrega la copia; relaciona en la lista anotando el nombre del líder y nombre del proyecto.						
123.	Gestor de Calidad	Entrega los proyectos y la relación en enseñanza e investigación, capacitación, ética y calidad para su conocimiento.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
124.	Gestor de Calidad	Presenta los proyectos al sub-director médico para su Vo. Bo.						
125.	Sub-director médico	Firma los proyectos con su visto bueno y entrega al gestor de calidad.						
126.	Gestor de Calidad	Recibe los proyectos con el visto bueno del Sub-director Medico.						
127.	Gestor de Calidad	Muestra al Director del hospital los proyectos para su autorización.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Autorización?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Aplica siguiente Actividad.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica Actividad 129.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Autorización?	Entonces	No	Aplica siguiente Actividad.	Si	Aplica Actividad 129.
		¿Autorización?	Entonces					
No	Aplica siguiente Actividad.							
Si	Aplica Actividad 129.							
128.	Gestor de Calidad/Coordinadora	Elabora escrito en original y copia de notificación de rechazo de proyecto, firma y llama al líder del proyecto e informa del rechazo del mismo, recaba firma en la copia, archiva en la carpeta correspondiente, queda fuera terminando así su proyecto.						
129.	Gestor/Coordinadora de calidad	Informa al líder del proyecto que fue autorizado, solicita que trabaje el 1ero. Y 2do Avance conforme a su cronograma; asigna número de registro a cada proyecto, elabora la relación; envía esta a calidad en oficina central para su validación, publica el número de registro en lugares estratégicos.						
130.	Gestor de Calidad	Informa en las reuniones de COCASEP los proyectos de mejora que se están trabajando por áreas.						
131.	Gestor de Calidad	Revisa el grado de avance de cada proyecto recibe las evidencias sella y firma la copia y reserva la original.						
132.	Gestor de Calidad	Recibe la conclusión del proyecto con el porcentaje de mejora de acuerdo a la meta planteada al término del proyecto.						
133.	Gestor de Calidad	Recibe el proyecto de mejora terminado, firma y sella el original y copia, entrega la copia al participante						
134.	Gestor de Calidad	Selecciona los cuatro proyectos de mayor impacto en conjunto con el Jefe de enseñanza, investigación, capacitación ética y calidad; e invita a los líderes de los proyectos a presentarlos en un curso de calidad o en reunión extraordinaria de COCASEP invita al jefe de Enseñanza para hacer la entrega de los reconocimientos.						
135.	Jefe de Enseñanza/Gestor de Calidad	En compañía del Jefe de Enseñanza entrega a los cuatro seleccionados un reconocimiento por su participación.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
136.	Responsable de servicio/Gestor de Calidad.	Supervisa la implementación del proyecto de mejora en su servicio. Fin de Proyectos de mejora						
Etapa de Convocatorias								
137.	Apoyo en el área de calidad	<p>Presenta las bases y reglamento al personal participante: Acuerdos de Gestión Proyectos de Capacitación Premio Nacional de Innovación Premio Nacional de Calidad Foro Nacional e Internacional de calidad, recibe orientación con el gestor de calidad</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Participantes?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Espera nueva convocatoria.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica Actividad Siguiete.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Participantes?	Entonces	No	Espera nueva convocatoria.	Si	Aplica Actividad Siguiete.
¿Participantes?	Entonces							
No	Espera nueva convocatoria.							
Si	Aplica Actividad Siguiete.							
138.	Gestor de calidad	Orienta y apoya al líder en la elaboración del proyecto Informa que debe de presentar su proyecto por internet en la pagina y fecha indicada.						
139.	Participante	Envía por internet en línea en tiempo y forma, mediante página de internet correspondiente.						
140.	Gestor de Calidad	Identifica el proyecto y asigna número de folio por medio de internet en la página correspondiente.						
141.	Gestor de calidad	Envía oficio con el número de folio y documento impreso a líder estatal de calidad para su validación y envió a la DGCES.						
142.	Gestor de Calidad	<p>Revisa resultados de ganadores por internet.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Ganadores?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Espera nueva convocatoria</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente Actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Ganadores?	Entonces	No	Espera nueva convocatoria	Si	Aplica siguiente Actividad.
¿Ganadores?	Entonces							
No	Espera nueva convocatoria							
Si	Aplica siguiente Actividad.							
143.	Gestor de calidad	Informa al interesado y apoya en la realización de su proyecto						
144.	Participante	Recibe Información que resulto ganador, obtiene financiamiento económico y lleva a cabo el proyecto en el servicio correspondiente, entrega evidencia de su avances al gestor de calidad.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
145.	Gestor de calidad	Obtén evidencia de las acciones realizadas de acuerdo al cronograma
146.	Gestor de calidad	Muestra evidencia cuando se soliciten en supervisión Federal y o Estatal. Fin de programa de convocatoria
Etapa Relación con aval ciudadano		
147.	Aval Ciudadano	Acude al hospital para levantamiento de datos, preséntate con el Gestor de Calidad.
148.	Gestor de Calidad	Entrega formato de recolección de datos para indicadores de trato digno (F1-TD) o concentración de datos (F2-TD) y guías de cotejo para monitoreo ciudadano (F2- AC).
149.	Aval Ciudadano	Realiza encuestas para indicadores de trato digno, durante el cuatrimestre a evaluar y completa la muestra
150.	Aval Ciudadano	Llena guía de cotejo para el monitoreo ciudadano formato (F2-AC) compara sus resultados con los de la unidad
151.	Aval Ciudadano	Enumera las principales áreas donde considera necesario trabajar para mejorar el trato digno y escríbelos en el formato (F2-AC).
152.	Aval Ciudadano	Escribe sugerencias de acciones concretas que ayuden a implementar mejoras en la Unidad en el F2-AC.
153.	Aval Ciudadano	Firma la guía de cotejo para el monitoreo ciudadano y entrégala al Gestor de Calidad.
154.	Gestor de Calidad	Recibe información del aval Ciudadano y Muestra al Director General la información y recaba su firma
155.	Director General	Recibe información y la firma regresa al gestor de calidad.
156.	Gestor de Calidad/Coordinadora	Recibe la información firmada por el director general Invita a reunión de COCACEP donde se analizan Indicadores de trato digno y seguimiento de FSQ para la elaboración de carta compromiso por el gestor de calidad.
157.	Gestor de Calidad/Apoyo	Realiza carta compromiso para mejoras de trato digno, anotando áreas o indicadores a mejorar, actividades para la mejora, nombre del responsable y fecha para el complemento de la mejora. Solicita firma del Director General de la carta compromiso de visto bueno.
158.	Director General	Recibe carta compromiso para firma de visto bueno la firma y la entrega al gestor de calidad.



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
159.	Gestor de Calidad	Recibe la carta compromiso firmada por el Director General y entrega al Aval Ciudadano recabando firma de recibido en copia para la unidad.						
160.	Gestor de Calidad/Apoyo	Realiza informe de seguimiento en formato correspondiente, en forma cuatrimestral y envíalo al Departamento Estatal de Calidad.						
161.	Gestor de Calidad/Coordinadora	Da seguimiento a las acciones para mejorar el trato digno en el Hospital plasmadas en la carta compromiso.						
162.	Gestor de Calidad	Recaba evidencias de las acciones de mejora para supervisiones Estatales y o Federales. Fin de programa Relación con Aval Ciudadano						
Etapas Los riesgos y/o eventos adversos								
163.	Apoyo en el área de calidad	Ser reportan al depto. De calidad los riesgos y/o eventos adversos (Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión, iatrogénica) complicación no intencional consecuencia del cuidado de la salud y que produce prolongación del estancia hospitalaria, necesidad de reinternación, secuela transitoria.						
164.	Coordinador de Calidad	Verifica que los reportes cumplan con los datos requeridos para su seguimiento.						
165.	Coordinador de Calidad	Aplica folio a los formatos de acuerdo al número progresivo del Formato de Registro de Riesgos y Eventos Adversos y se registra en el mismo						
166.	Coordinador de Calidad	Determina qué tipo de evento adverso se trata						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Qué tipo de evento adverso?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infecciones nosocomiales, Evento Quasi-falla</td> <td>Aplica actividad 168</td> </tr> <tr> <td>Evento centinela</td> <td>Aplica siguiente Actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Qué tipo de evento adverso?	Entonces	Infecciones nosocomiales, Evento Quasi-falla	Aplica actividad 168	Evento centinela	Aplica siguiente Actividad.
		¿Qué tipo de evento adverso?	Entonces					
Infecciones nosocomiales, Evento Quasi-falla	Aplica actividad 168							
Evento centinela	Aplica siguiente Actividad.							
167.	Coordinador de Calidad	Se invita a junta extraordinaria del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. 1.- Se cita a los involucrados en el Evento Reportado 2.- Se presenta el reporte fidedigno y el análisis del caso 3. - Se elabora causa-raíz del evento reportado con los involucrados 4.- Se generan compromisos a seguir						
168.	Coordinador de Calidad	Registran en el Sistema de Registro de Eventos Adversos de la Dirección General de Calidad.						



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
169.	Gestor de Calidad	Verifica el reporte y se indica al apoyo en el área de calidad a que servicio irán dirigidas las solicitudes de gestión y resolución.						
170.	Apoyo en el área de calidad	Recibe la información y elaboran oficios con solicitudes de gestión a los responsables de los eventos y entrega de los mismos.						
171.	Jefes de servicio	Recibe oficio con la solicitud de gestión entrega la respuesta al coordinador de calidad.						
172.	Apoyo en el área de calidad	Espera la respuesta de los responsables de servicios a la solicitud de gestión.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Contestan?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>Aplica siguiente Actividad</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>Aplica actividad 174</td> </tr> </tbody> </table>	¿Contestan?	Entonces	NO	Aplica siguiente Actividad	SI	Aplica actividad 174
		¿Contestan?	Entonces					
		NO	Aplica siguiente Actividad					
SI	Aplica actividad 174							
173.	Coordinador de Calidad	Se elabora solicitud nuevamente para que se implementen estrategias para la resolución de estas problemáticas.						
174.	Coordinador de Calidad	Recibe contestación: Se elabora informe de las respuestas hechas entrega al gestor de calidad para presentarse en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en reunión programada ordinaria.						
175.	Coordinador de Calidad y Gestor de Calidad	Elaboración de informe sobre las estrategias que se implementaron en los servicios que se vieron involucrados en los reportes y presentarlas en reunión ordinaria de COCASEP.						
176.	Coordinador de Calidad	Se generan las graficas del Sistema de Registros y Eventos Adversos y se plasman en una presentación, posteriormente se presentan los resultados en una reunión ordinaria del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)						
177.	Gestor de Calidad	Dar seguimiento directo a las estrategias que se implementan en los servicios por parte de los jefes involucrados. Fin de Etapa de Los riesgos y/o eventos adversos Fin del procedimiento del área de calidad.						



7.- Colaboradores:

PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ		
Asesorado por:	C.PA. Carmen Lucina Sánchez Gutiérrez	
PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN		
DRA. SILVIA RODRÍGUEZ GUERRERO		

8. Definiciones

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Usuario	Individuo que requiere y obtiene el producto o servicios del prestador dentro del proceso de atención medica
Aval Ciudadano	Miembros de la comunidad reconocidos y capacitados para desarrollar esta actividad, para que constate el apego a la normatividad y la transparencia en el manejo de los recursos
Atención directa al usuario	Conjunto de servicios que el participante proporciona en forma personal y bajo su responsabilidad al paciente o usuario con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.
Calidad del desempeño	Atención Médica con efectos positivos y trato digno
Catalogo de evidencias	Listado en que se describen los documentos oficiales que deben presentarse para sustentar la calificación del personal participante de acuerdo a la institución y disciplina.
Cédula de evaluación del desempeño	Formato concentrador de las evidencias para otorgar el puntaje por criterio del personal participante del programa
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de calidad en salud, es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud.
COCASEP	Comité de calidad y seguridad del paciente. Órgano Colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y seguridad del paciente
MANDE.	Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones
Criterio de valuación 1.1	Participa en el desarrollo de las recomendaciones generadas de su unidad de adscripción para la implementación de programas y acciones de mejora en los servicios que se otorgan (calidad, ética, investigación etc.)
Criterio 1.7	Se han documentado quejas de superiores, compañeros, pacientes y/o aval ciudadano por la prestación de sus servicios.



8. Definiciones

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Criterio 2.1	Participa activamente en los programas de capacitación en temas relacionados con calidad y seguridad del paciente como docente o alumno
criterio 4.4	Hay evidencia comprobable de que sus aportaciones y su compromiso han contribuido al mejoramiento de la prestación de los servicios.
PECD-12	Cedula que se elabora en el área de calidad para la Evaluación
metodología de la Ruta de la Calidad	Aplicar un sistema de control de calidad que se aplique a todos los departamentos considerando cuatro pasos, planear, hacer, verificar, actuar
DGCES.	Dirección general de calidad y educación en salud, es responsable de conducir la política nacional de la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

9.- Documentos de Referencia:

Código	Documento
DOM-OG093-HM1_003	Manual de Organización Hospital General de Occidente.
DOM-OE114-HM1_002	Manual de Organización Específico División de Enseñanza e Investigación Hospital General de Occidente.

10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
N/A	Anexo 01 Formato de recolección de datos de infecciones nosocomiales
N/A	Anexo 02 Formato de recolección de datos Surtimiento de medicamentos
N/A	Anexo 03 formato de recolección de datos Cesáreas
N/A	Anexo 04 Indicador de trato digno en consulta externa
N/A	Anexo 05 Medición de tiempo de espera en consulta externa de primer nivel y del servicios de Urgencias de segundo nivel
N/A	Anexo 06 Convocatoria (COCASEP)
N/A	Anexo 07 Minuta de sesión del comité de calidad y seguridad del paciente
N/A	Anexo 08 Acta de Instalación del comité de calidad y seguridad del paciente



10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
N/A	Anexo 09 Calendarización de Sesiones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
N/A	Anexo 10 Seguimiento-Difusión de acuerdos del COCASEP
N/A	Anexo 11 Contenido mínimo de la memora anual del COCASEP
N/A	Anexo 12 Formato para supervisión a nivel estatal o jurisdicción sanitaria
N/A	Anexo 13 Formato para supervisión a nivel establecimiento de salud
N/A	Anexo 14 Bitácora de seguimiento de solicitud de atención
N/A	Anexo 15 Solicitud de quejas, sugerencias, felicitaciones
N/A	Anexo 16 Constancia de participación en capacitación
N/A	Anexo 17 Cedula de evaluación formato PCD12
N/A	Anexo 18 Guía para la evolución de presupuesto de mejora PCD-128
N/A	Anexo 19 Formato solicitud de ingreso y constancia de información PECD-01
N/A	Anexo 20 Formato Inconformidad PECD-04
N/A	Anexo 21 Formato proyecto de mejora primera etapa
N/A	Anexo 22 Formato proyecto de mejora segunda etapa propuestas
N/A	Anexo 23 Formato proyecto de mejora segunda etapa plan de acción
N/A	Anexo 24 Formato proyecto de mejora tercera etapa ejecución y seguimiento.
N/A	Anexo 25 Formato proyecto de mejora tercera y cuarta seguimiento medición de resultados.
N/A	Anexo 26 Formato Sugerencias De Mejora F2 TD/02)
N/A	Anexo 27 Formato Guía de Cotejo para el Monitoreo Ciudadano Formato F2-AC/03
N/A	Anexo 28 Formato Notificación de riesgo y eventos adversos
N/A	Anexo 29 Formato riesgo y eventos adversos causa-raíz

11.- Descripción de Cambios

PROCEDIMIENTO PARA CALIDAD

NIVEL: II
 CLAVE: HM1
 VERSIÓN: 001



CÓDIGO: DOM-P320-HM1_001
 DOCUMENTACIÓN: 14 DE MAYO DEL 2012
 FECHA ACTUALIZACIÓN: 01 DE ABRIL DEL 2017

No.	Fecha del Cambio	Referencia del cambio	Breve Descripción del Cambio
1.			
2.			
3.			
4.			



ANEXOS



ANEXO 06: CONVOCATORIA (COCASEP)

Anexo 11.1

CONVOCATORIA.

PARA PARTICIPAR EN EL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (COCASEP).

Nombre del establecimiento de salud.

El (nombre del establecimiento de salud) se complace en invitarte a ti Profesional de la Salud a formar parte del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) con el objetivo de analizar los problemas y avances en relación con calidad percibida, la calidad técnica y seguridad en el paciente de este establecimiento de salud.

El COCASEP es un Órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente.

¿Qué se logra con el COCASEP?

Con la creación del COCASEP se **favorece el trabajo en equipo** y se crea el **compromiso** de los directivos y profesionales de la salud **por la mejora continua** a favor de la calidad y la seguridad de los pacientes.

Ven y participa con nosotros!!!

Para mayores informes comunícate con:

Atentamente.

Nombre del Director del establecimiento de salud



ANEXO 07: MINUTA DE SESIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

MINUTA DE SESION DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (COCASEP).

(Nombre del Establecimiento de Salud)

Convoca: _____ Lugar de la Reunión _____

Fecha: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Término: _____ Minuta N° _____

TEMA GENERAL:

OBJETIVO DE LA SESIÓN DEL COMITÉ:



ORDEN DEL DIA:

--

SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DE LA SESIÓN ANTERIOR:

N°. DE ACUERDO	N°. DE MINUTA	ASIGNACIÓN O TAREA	ESTADO ACTUAL

ACUERDOS DE LA SESIÓN:

N°. DE ACUERDO	ASIGNACIÓN O TAREA	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE



EVIDENCIAS DOCUMENTALES ENTREGADAS:

--

PROXIMA SESION:

FECHA: _____	HORA: _____	LUGAR: _____
--------------	-------------	--------------

FIRMA DE ASISTENTES A LA SESIÓN DEL COCASEP.

NOMBRE	CARGO	FIRMA
	PRESIDENTE	
	SECRETARIO TÉCNICO DEL COCASEP	
	VOCAL	
	VOCAL	
	VOCAL	

ESTA ÚLTIMA PAGINA CORRESPONDE A LA ___ MINUTA DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (COCASEP), DE FECHA _____.



ANEXO 08: ACTA DE INSTALACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Anexo 11.2

SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DE SECTOR SALUD
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
Nombre del estado

ACTA DE INSTALACION DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL (nombre del establecimiento de salud).

En la Ciudad _____ del estado de _____ siendo las _____ horas
de _____
del _____ del mes _____ del _____ En las instalaciones del
día _____ de _____

con domicilio _____

Se reúnen previa invitación del Director (del establecimiento de Salud)

con clave CLUES _____ para

Conformar el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

Ante el Dr. _____ Director General del (nombre del establecimiento de salud) y Presidente de este comité, los vocales integrantes y el Secretario Técnico otorgan protesta correspondiente, declarando formal y materialmente instalado el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en el (Nombre del Establecimiento de Salud), exhortándolos, a realizar su mejor esfuerzo, dando la bienvenida a los integrantes del mismo, estableciendo en la integración de éste el objeto que es fungir como un *Órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente*, además de proponer y recomendar al equipo directivo del Establecimiento de Salud, acciones en favor de la mejora continua.

Funciones a desarrollar por los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) en los establecimientos médicos de salud:

- Elaborar y proponer a la dirección del establecimiento médico, el Plan de Mejora Continua para la Calidad y la Seguridad del Paciente (PMC), realizando el seguimiento de las acciones contenidas en éste y actualizando sus contenidos y metas. A todos los efectos el PMC constituirá el programa de trabajo del COCASEP.
- Coordinar los diferentes subcomités de calidad (Mortalidad, Prevención de Muerte Materna, Seguridad del Paciente, Expediente Clínico, Tumores y Tejidos, etc.) existentes en el establecimiento médico, cuando la complejidad del establecimiento médico lo aconseje, formulando recomendaciones para la mejora de la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad de los pacientes al equipo directivo y personal de salud.

- De manera especial, el COCASEP tendrá la responsabilidad de constituir y efectuar el seguimiento de los lineamientos establecidos para el sector salud que garanticen un expediente clínico integrado y de calidad.
- Promover la adhesión, asociación y participación del establecimiento médico a las líneas de acción e iniciativas institucionales y sectoriales, destinadas a mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes.
 - Adoptar iniciativas destinadas a difundir y actualizar el conocimiento de la normativa aplicable en materia de calidad, especialmente las Normas Oficiales Mexicanas.
 - Analizar y formular recomendaciones sobre los principales procesos asistenciales del centro, promoviendo medidas correctoras para la mejora de la satisfacción de los usuarios y sus familias.
 - Asegurar la atención basada en evidencias, mediante la incorporación a la práctica profesional de las Guías de Práctica Clínica (GPC) y los Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE).
 - Apoyar al establecimiento médico para lograr la acreditación y certificación, realizando el seguimiento en el seno del COCASEP de los avances e incumplimientos observados.
 - Desarrollar las propuestas contenidas en el Programa de Seguridad del Paciente e incluidas en el PMC de la unidad, fomentando el registro de los eventos adversos, generando una cultura de seguridad del paciente y el desarrollo de las acciones recomendadas a nivel nacional e internacional por el programa en los diferentes niveles de atención.
 - En colaboración con el Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN), articular desde el COCASEP un modelo de gestión de riesgos destinado a prevenir y reducir la infección nosocomial en la unidad.
 - Difundir los resultados anuales del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño para el Personal de Salud en el componente de calidad, proponiendo medidas para mejorar las evidencias presentadas y destacar las buenas prácticas profesionales.
 - Analizar con regularidad las propuestas de mejora que formula el Aval Ciudadano del establecimiento y el grado de cumplimiento de la Carta Compromiso suscrita entre la dirección del centro y el aval ciudadano. Asimismo, corresponde al COCASEP considerar la casuística de las quejas y sugerencias que los pacientes y familiares formulan en la propia unidad, a nivel institucional o en la CONAMED.
 - Promover la realización de encuestas regulares para la medición de la confianza de los pacientes y sus familias en la unidad médica, analizando sus resultados en el COCASEP.
 - Cuando en la unidad médica esté constituido el Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT), trabajar en estrecha coordinación en la prevención e identificación de los principales errores de medicación y reportes de Farmacovigilancia que en cumplimiento de la NOM 220-SSA1-2002 notifique la unidad.
 - Animar a la participación del establecimiento médico en las convocatorias de Premio de Calidad y Premio a la Innovación en Calidad, proyectos de capacitación en calidad, mejora de indicadores de calidad y jornadas técnicas de calidad y seguridad del paciente propio del establecimiento o de forma conjunta con otras unidades.
 - Apoyar la difusión, reconocimiento y publicación de experiencias exitosas desarrolladas en el establecimiento médico para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
 - Proponer mejoras a los programas docentes que se imparten en el establecimiento médico en pregrado y postgrado a futuros profesionales de las ciencias de la salud, en los contenidos de calidad y seguridad del paciente.
 - Elaborar en el primer trimestre del año la Memoria Anual del COCASEP como informe de actividades, que se recomienda sea presentado en acto público a todo el personal del establecimiento médico.



- Atender todas aquellas observaciones derivadas de los procesos de auditoría externa sobre procedimientos, desempeño, cumplimiento de metas, que los órganos fiscalizadores, legislativos, de derechos humanos y otros formulen al establecimiento médico; y que se refieran a deficiencias en la atención de calidad, trato digno y seguridad del paciente.
- Participar como órgano técnico permanente para el asesoramiento de la dirección de la unidad en temas de calidad y seguridad del paciente.

Se da por concluida la presente acta, a las _____ horas del día de la fecha antes señalada, firmando al calce los que en ella intervinieron.

Dr.
Director General Establecimiento de Salud.

Presidente

Dr.
Gestor de Calidad del Establecimiento de Salud.

Secretario técnico

Dr.
Subdirector Médico del Establecimiento de Salud.

Vocal

CP.
Subdirector administrativo del Establecimiento de Salud.

Vocal

Dr.
Responsable de Enseñanza e Investigación del Establecimiento de Salud.

Vocal

Dr.
Jefes de los diversos servicios que presta el Establecimiento de Salud.

Vocal

Lic.
Responsable de la Jefatura de Enfermería del Establecimiento de Salud.

Vocal

Lic.
Responsable de la Jefatura de Trabajo Social del Establecimiento de Salud.

Vocal

Dr.

Vocal



Responsable de Estomatología del Establecimiento de Salud.

**Dr.
Responsable de apoyo de diagnóstico del
Establecimiento de Salud.**

Vocal

HOJA DE FIRMAS DEL ACTA DE FECHA ____ DE ____ DE _____, DE LA CUAL SE CREA Y SE INSTALA EL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL (Establecimiento de Salud) DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE _____.



ANEXO 09: CALENDARIZACIÓN DE SESIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Anexo 11.3

Calendarización de Sesiones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

- 1.1. Elaborar y proponer a la dirección del establecimiento médico, el Plan de Mejora Continua para la Calidad y la Seguridad del Paciente (PMC), realizando el seguimiento de las acciones contenidas en éste y actualizando sus contenidos y metas. A todos los efectos el PMC constituirá el programa de trabajo del COCASEP.

Concepto	Tiempo / Meses												
										9	10	11	12
1ª. Sesión													
2ª. Sesión													
3ª. Sesión													

P: Programado

R: Realizado



ANEXO 10: SEGUIMIENTO-DIFUSIÓN DE ACUERDOS DEL COCASEP

Anexo 11.5



**SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE INTEGRACION Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD
COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

SEGUIMIENTO-DIFUSIÓN DE ACUERDOS DEL COCASEP

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CLUES

FECHA DE SESIÓN:

Minuta N°.

PLAN DE ACCIÓN / % DE CUMPLIMIENTO

NO. ACUERDO	ACUERDO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	Programación dd/mm/aa	Cumplimiento dd/mm/aa	RESULTADOS OBTENIDOS	OBSERVACIONES

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA





DIFUSIÓN DE ACUERDO, ACTIVIDADES Y RESULTADOS			
AREA	FORMA DE DIFUSIÓN	RESPONSABLE DE DIFUSIÓN	FECHA

PRESIDENTE DEL COMITÉ
NOMBRE Y FIRMA

SECRETARIO TÉCNICO
NOMBRE Y FIRMA



ANEXO 11: CONTENIDO MÍNIMO DE LA MEMORIA ANUAL DEL COCASEP

Anexo 11.6
**CONTENIDOS MÍNIMOS DE LA MEMORIA ANUAL DEL
COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La Memoria Anual del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, tiene como objetivo compartir y dar a conocer las iniciativas de calidad que emprenden los establecimientos médicos de las instituciones del sector, y de manera especial, como parte de la rendición de cuentas, por el propio personal de salud del establecimiento médico que debe conocer como se expresa la política de calidad en su propia unidad.

A petición de los Gestores de Calidad y con el fin de favorecer un tratamiento homogéneo en la elaboración de los contenidos recomendados que debe incluir la Memoria Anual del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, se recomienda que como mínimo contengan los siguientes capítulos:

- a) Profesionales que integran el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- b) Reseña de sesiones celebradas por el Comité y otros subcomités clínicos constituidos en el establecimiento médico.
- c) Contenido del Plan de Mejora Continua para la Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el Comité, o en su caso plan anual de trabajo.
- d) Temas relevantes relacionados con la calidad y la seguridad del paciente que hayan sido abordados en el Comité.
- e) Acuerdos y recomendaciones emitidas por el Comité o adoptadas por éste a petición de otros Subcomités Clínicos, incluido el CODECIN.
- f) Acciones de mejora que, como resultado de iniciativas analizadas o adoptadas por el Comité, hayan impactado en la mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente en el establecimiento de salud.

La coordinación de la elaboración de la Memoria Anual del Comité corresponderá al Gestor de Calidad en su carácter de secretario técnico.

De manera especial la Memoria Anual deberá señalar los esfuerzos, acciones e impacto emprendidos en el establecimiento médico para el logro de la acreditación, re acreditación o certificación del establecimiento médico.



ANEXO 12: FORMATO PARA SUPERVISIÓN A NIVEL ESTATAL O JURISDICCIÓN SANITARIA

Anexo 11.8

**SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN SALUD
COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUPERVISIÓN A NIVEL ESTATAL Y JURISDICCIONAL**

SEYJ/COCASEP/2013

**Datos
General
es De
Identific**

Delegación o Jurisdicción:

Municipio o Delegación: Localidad:

Nombre del Responsable Estatal de Calidad:

Nombre del Responsable Estatal o Jurisdiccional de COCASEP:

Fecha

1. CONOCIMIENTO GENERAL DEL PROYECTO COCASEP.	Si	No
1.1. ¿El Estado o Jurisdicción Sanitaria cuenta con el marco jurídico de actuación del COCASEP? Reglas de operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud, Lineamientos Técnico Operativos del COCASEP		
1.2. ¿El Estado o Jurisdicción Sanitaria cuenta con un programa de trabajo del Proyecto COCASEP?		
1.3. ¿El Estado o Jurisdicción Sanitaria cuenta con las Actas de Instalación de los COCASEP de su responsabilidad?		
1.4. ¿El Estado o Jurisdicción Sanitaria cuenta con una Base de Datos de los establecimientos de salud que cuentan con COCASEP?		
1.3. ¿Se ha capacitado a los integrantes de los diferentes COCASEP sobre la operatividad del mismo? Evidencias:		
2. EVIDENCIAS DE SEGUIMIENTO DEL COCASEP.	Si	No



2.1 ¿Se cuenta con una calendarización de Sesiones de los COCASEP?		
2.2 ¿Hay evidencia del cumplimiento de las sesiones del COCASEP Evidencias:		
2.3 Se Verifica el contenido de las minutas de sesiones, con temas en base a los Planes de Mejora Continua		
2.4 Se Verifica el cumplimiento de los acuerdos, recomendaciones y/o compromisos establecidos en los COCASEP.		
2.5 Se verifican las acciones de mejora que, como resultado de las iniciativas analizadas en el seno de los diferentes COCASEP, hayan impactado en la mejora de la calidad y seguridad del paciente. Evidencias:		
2.6 Se cuenta con evidencias de la existencia de los Planes de Mejora Continua para la Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el COCASEP.		
2.7 Se verifica la existencia de las Memorias Anuales de los diferentes COCASEP.		
3. SUPERVISIÓN DEL COCASEP.	Si	No
3.1. ¿Existen evidencias de que se ha cumplido con la supervisión del seguimiento de acuerdos de los COCASEP bajo su responsabilidad? Evidencias:		
3.2. ¿Se ha supervisado los COCASEP bajo su responsabilidad para la verificación de evidencias de las acciones de mejora plasmadas en la Memoria Anual? Evidencias:		
4. ¿QUÉ TIPO DE APOYO REQUIERE PARA LA OPERACIÓN DEL PROYECTO DE COCASEP POR PARTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD?		
5. FORTALEZAS DETECTADAS EN LA SUPERVISIÓN.	6. OPORTUNIDADES DETECTADAS EN LA SUPERVISIÓN.	
1. 2. 3.	1. 2. 3.	
7. COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA ENTIDAD O JURISDICCIÓN SANITARIA PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO DE COCASEP.		



8. OBSERVACIONES (Comentarios, recomendaciones y felicitaciones)

Nombre y firma del Responsable Estatal
de Calidad

Nombre y firma del Responsable Estatal
de COCASEP

Nombre y firma del Gestor de Calidad

Nombre y firma del Representante a Nivel
Federal

Nombre y firma del Responsable Estatal
de Calidad

Nombre y firma del Responsable Estatal
de COCASEP

Nombre y firma del Gestor de Calidad

Nombre y firma del Representante a Nivel
Federal



ANEXO 13: FORMATO PARA SUPERVISIÓN A NIVEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Anexo 11.9

**SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN SALUD
COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
SUPERVISIÓN A NIVEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

SES/COCASEP/201

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN

Estado: Delegación o Jurisdicción:

Municipio o Delegación: Localidad:

Nombre del Establecimiento de Salud:

CLUES: Número de Núcleos Básicos (solo para primer nivel de atención)

Área: Rural Urbana Fecha de supervisión

Nombre del Responsable Estatal de Calidad:
Nombre del Responsable Estatal o Jurisdiccional de COCASEP:
Nombre de Responsable del Establecimiento de Salud:
Nombre del Gestor de Calidad:

1. CONOCIMIENTO GENERAL DEL PROYECTO COCASEP.	Si	No
1.5. ¿El establecimiento de salud cuenta con el Acta de Instalación del COCASEP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1.6. ¿El Acta se encuentra actualizada? Evidencia:		
1.7. ¿Cuántos Profesionales de la Salud integran el COCASEP?		
1.4. ¿Se ha capacitado a los integrantes del COCASEP sobre la operatividad del mismo? Evidencias:		
2. EVIDENCIAS DE SEGUIMIENTO DEL COCASEP.	Si	No
2.8. ¿Se cuenta con una calendarización de Sesiones de los COCASEP y otros subcomités? Comprobar el cumplimiento de las sesiones.		
2.9. ¿Hay evidencia del cumplimiento de las sesiones del COCASEP Evidencias:		
2.10. Verificar el contenido de las minutas de sesiones, con temas en base al Plan de Mejora Continua.		
2.11. Verificar los acuerdos, recomendaciones y/o compromisos que contribuyen a establecer acciones concretas y dirigidas con el objetivo de buscar la calidad y la seguridad del paciente.		
2.12. Verificar las acciones de mejora que, como resultado de las iniciativas analizadas en el seno del COCASEP, hayan impactado en la mejora de la calidad y seguridad del paciente. Evidencias:		
2.13. Verificar la existencia del Plan de Mejora Continua para la Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el COCASEP.		
2.14. Verificar la existencia de la Memoria Anual del COCASEP.		

3. FORTALEZAS DETECTADAS EN LA SUPERVISIÓN	4. OPORTUNIDADES DETECTADAS EN LA SUPERVISIÓN

5. COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA UNIDAD PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DE COCASEP.

6. OBSERVACIONES (Comentarios, Recomendaciones y felicitaciones)

PROCEDIMIENTO PARA CALIDAD

NIVEL: II
CLAVE: HM1
VERSIÓN: 001



CÓDIGO: DOM-P320-HM1_001
DOCUMENTACIÓN: 14 DE MAYO DEL 2012
FECHA ACTUALIZACIÓN: 01 DE ABRIL DEL 2017

Nombre y firma del Responsable Estatal
de Calidad

Nombre y firma del Responsable Estatal
de COCASEP

Nombre y firma del Responsable del
Establecimiento de Salud

Nombre y firma del Gestor de Calidad

Nombre y firma del Representante a Nivel
Federal

Nombre y firma del Representante a Nivel
Federal



ANEXO 15: SOLICITUD DE QUEJAS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES



SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Folio generado por la plataforma SUG. _____

Fecha: ____/____/____ Hora ____:____

PARA DAR SEGUIMIENTO A SU SOLICITUD POR FAVOR LLENE TODA LA INFORMACIÓN QUE SE PIDE

¿Cuenta con Seguro Popular? Si ____ No ____ Género M ____ F ____

Número de Póliza o Expediente: _____ Fecha de Nac. ____/____/____

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Calle	No. Interior	No. Exterior
Delegación o Municipio		Entidad Federativa

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Marque con una cruz el **Servicio** (lugar dónde le atendieron):

Consulta Externa	¿En qué consultorio?
Urgencias Adultos	
Urgencias Pediatría	
Urgencias Ginecología	
Hospitalización	¿En qué piso?
Quirófanos	
Trabajo Social	
Otro	Especifique dónde ocurrió:

Formato elaborado por: Aimée Lorelei Robles Esparza

Marque con una cruz la **Categoría**:

Queja		Sugerencia	
Felicitación		Solicitud de Gestión	

En el siguiente espacio describa de forma clara y precisa su solicitud incluyendo datos importantes como fechas, personas involucradas, lugares y hechos.

FIRMA O HUELLA DIGITAL

AVISO DE PRIVACIDAD

Sus datos personales serán protegidos en términos de lo dispuesto por la Ley en los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 16: CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN EN CAPACITACIÓN



JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO



BIENESTAR
MERECE ESTAR BIEN



Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

El Gobierno del Estado
a través de
la Secretaría de Salud,
otorga la presente

CONSTANCIA

a:

Por su participación como:

En:

Con una duración de hrs. y un valor curricular de créditos.

, Jalisco, a de de 201

Folio: **Nº 10942**



ANEXO 17: CEDULA DE EVALUACIÓN FORMATO PCD12



SECRETARIA DE
SALUD
SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL
SECTOR SALUD

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA EL ÁREA DE CALIDAD FORMATO PCD12

(ESTA CEDULA SE LLENA ÚNICAMENTE EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO, NO DEBE ANEXARSE AL EXPEDIENTE FÍSICO)

CRITERIO	2 DA ETAPA EVIDENCIA COMPROBABLE	3RA ETAPA EVIDENCIA COMPROBABLE
1.1 Participa en el desarrollo de las recomendaciones generadas por los comités de su unidad de adscripción para la implementación de programas y acciones de mejora en los servicios que se otorgan (calidad, ética, investigación, etc.		
1.7 Se han documentado quejas de superiores, compañeros, pacientes y/o aval ciudadano por la prestación de sus servicios		
2.1 PARTICIPA ACTIVAMENTE EN LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN EN TEMAS RELACIONADOS CON CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO DOCENTE O ALUMNO		
4.4 HAY EVIDENCIA COMPROBABLE DE QUE SUS APORTACIONES Y SU COMPROMISO HAN CONTRIBUIDO AL MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.		

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA





ANEXO 18: GUÍA PARA LA EVOLUCIÓN DE PRESUPUESTO DE MEJORA PCD-12B

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD.



PCD-12B

GUÍA PARA LA EVOLUCIÓN DE PRESUPUESTO DE MEJORA

(ESTE DOCUMENTO SE LLENA ÚNICAMENTE EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO, NO DEBE INTEGRARSE EN EL EXPEDIENTE FÍSICO)

La guía se aplicará a los proyectos que tengas una propuesta de mejora o plan de Mejora continua formulado al COCASEP y /u otros Comités ó como resultado de la participación en acciones realizadas que impulsen las líneas de acción del programa de calidad de la DGCES. Cédala de evaluación PECD-12, criterio 1.1 y 4.5. y señala los contenidos obligatorios que debe tener el proyecto para considerar válido en este proceso de evaluación

ELEMENTOS	CUMPLE SI	CUMPLE NO
1.Nombre del proyecto.		
2. Descripción del problema.		
3. Objetivo principal y específicos.		
4. Medición basal		
5. Meta y periodo temporal a considerar, señalar.		
6. Actores involucrados: personal que se involucra en el proyecto		
7. Áreas /o servicios de aplicación del proyecto.		



<p>8. Herramientas de calidad utilizadas para la identificación del problema o riesgo para la seguridad del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagrama de causa - efecto • Diagrama de Pareto. • Diagrama de árbol. • Otros 		
<p>9. Descripción externa del proyecto.</p>		
<p>10. Cronograma de las principales acciones que se pretenden realizar</p>		

Se deberá realizar cortes parciales de valoración de avances de acuerdos al programa establecido por el programa de Estímulos a la calidad del Desempeño del personal de salud en su etapa de seguimiento.



ANEXO 19: FORMATO SOLICITUD DE INGRESO Y CONSTANCIA DE INFORMACIÓN PECD-01



SECRETARÍA DE SALUD.
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD.
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD.
COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD.

SOLICITUD DE INGRESO Y CONSTANCIA DE INFORMACIÓN

ENTIDAD _____

DISCIPLINA

INSTITUCIÓN _____

No. PROGRESIVO.

FOLIO
PECD-01

NIVEL DE ATENCIÓN
1 2 3

DATOS GENERALES.

NOMBRE
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Completo (s)

DOMICILIO PARTICULAR (**CON C.P.**)

TELÉFONO (**CON LADA**) RFC (CON HOMOClave)

EDAD

SEXO

DATOS LABORALES

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN AÑO DE INGRESO A LA

DOMICILIO DE LA UNIDAD

SERVICIO DE ADSCRIPCIÓN



PUESTO

TELÉFONO

HORARIO

CÓDIGO

PRINCIPALES FUNCIONES QUE DESARROLLA.

DOCUMENTACIÓN QUE ENTREGA:
INSTITUCIÓN.

COPIA DE NOMBRAMIENTO O EQUIVALENTE DOCUMENTO QUE AVALE NIVEL MÁXIMO DE FORMACIÓN
COPIA DE TALÓN DE PAGO (ENERO 20__) ACADÉMICA.

Nombre y firma de la persona que cotejó con originales.

Fecha de entrega del expediente. _____

CONSTANCIA DE INFORMACIÓN

Hago constar que tengo información suficiente y satisfactoria sobre el objetivo, características y metodología del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, otorgando mi consentimiento para que sea evaluado mi desempeño Durante el periodo que abarca del 1 de enero al 15 de diciembre del 20__.

Acepto que ser seleccionado por la Comisión Local como participante del programa no implica que resultaré beneficiado del mismo, Aún cuando mi calificación se encuentre dentro de los rangos establecidos, debido a las limitantes presupuestales y porcentuales Que señala la normatividad correspondiente.

Me comprometo a revisar y conocer el catálogo de las evidencias requeridas para mi evaluación y a entregar en tiempo y forma la Documentación necesaria para conformar mi expediente completo a la Comisión Local de mi unidad de adscripción y a colaborar en La evaluación de mi desempeño de acuerdo con los lineamientos establecidos en la normativa del programa.

Tengo conocimiento que si entre la documentación que presente ante la Comisión Local de mi unidad de adscripción se Encontraran documentos apócrifos y/o alterados, se hará del conocimiento de las autoridades administrativas correspondientes Quienes determinarán las sanciones aplicables al caso



Nombre y firma del Candidato

Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de datos personales Incentivos, con fundamento en lo establecido por la Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental, y cuya finalidad es contar con la información necesaria de los participantes en las dependencias participantes para el seguimiento y en su caso pago del estímulo correspondiente de acuerdo con la normativa vigente, así como la evaluación y seguimiento de la operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, el cual fue registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx), y podrán ser transmitidos a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la finalidad de obtener la autorización para el ejercicio presupuestal correspondiente, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es Homero 213, piso 9, Col. Chapultepec Morales. Miguel Hidalgo, D.F., C.P. 11570. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.



ANEXO 20: FORMATO INCONFORMIDAD PECD-04



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD.
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD.

ENTIDAD _____

INSTITUCIÓN _____

INCONFORMIDAD

DISCIPLINA

ENTIDAD

PECD-04

FOLIO

DATOS GENERALES.

NOMBRE

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Completo (s)

TELÉFONO O CORREO ELECTRONICO RFC (CON HOMOCLEAVE)

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN

SERVICIO

PUESTO

DATOS LABORALES

HORARIO

CÓDIGO

MOTIVO DE LA INCONFORMIDAD.

Documentación que presenta: _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN PRESENTA LA INCONFORMIDAD.

Nombre, firma de quien recibe la inconformidad. Fecha y hora de recepción de la inconformidad.



ANEXO 21: FORMATO PROYECTO DE MEJORA PRIMERA ETAPA



PROYECTO DE MEJORA

PRIMERA ETAPA DEFINICION DEL PROBLEMA: PRIORIZAR LA PROBLEMÁTICA

PROBLEMA	MAGNITUD(TAMAÑO DEL PROBLEMA)	TRASCENDENCIA (RIEZGO QUE IMPLICA LA NO ATENCION DEL PROBLEMA)	VULNERABILIDAD (SUCEPTIBILIDAD DE RESOLUCION A TRAVÉZ DE INTERVENCIONES LOCALES)	FACTIVIDAD (POSIBILIDAD DE IMPLANTAR LA SOLUCION EN TERMINOS POLITICOS, LEGALES Y AMBIENTALES)	TOTAL DE PUNTOS

PMC/1 DGCS



ANEXO 22: FORMATO PROYECTO DE MEJORA SEGUNDA ETAPA PROPUESTAS



**PROYECTO DE MEJORA
SEGUNDA ETAPA DEFINICION DE PROPUESTAS**

PROBLEMA /O CAUSA DE MEJORA	OBJETIVOS	METAS COMPROMETIDAS

PMC/2 DGCS

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA





ANEXO 23: FORMATO PROYECTO DE MEJORA SEGUNDA ETAPA PLAN DE ACCIÓN



PROYECTO DE MEJORA
SEGUNDA ETAPA PLAN DE ACCION

NOMBRE DEL PROYECTO:
 NOMBRE DE LA PRIORIDAD:
 OBJETIVO DEL PROYECTO:

META DE MEJORA (PROPORCION EN QUE SE PREVE MEJORAR)	LINEA DE ACCION ACTIVIDADES	RESPONSABLE (NOMBRE Y CARGO)	FECHA DE INICIO Y DE TERMINO	ESTATUS/FECHA DE CUMPLIMIENTO

PMC/3 DGES



ANEXO 24: FORMATO PROYECTO DE MEJORA TERCERA ETAPA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO.



PROYECTO DE MEJORA

TERCERA Y CUARTA ETAPA EJECUCION DE ACCIONES Y SEGUIMIENTO

REPORTE DE AVANCES POR ETAPA:

ETAPA	FECHA DE INICIO PLANEADA	FECHA DE INICIO REAL	FECHA DE TERMINO PLANEADA	FECHA DE TERMINO REAL	AVANCES Y /O RESULTADOS POR ETAPA
PRIMERA ETAPA VENTANA DE OPORTUNIDAD DEFINICION DEL PROBLEMA					
PRIMERA ETAPA DEFINICION DEL PROBLEMA					
SEGUNDA ETAPA DEFINICION DE PROPUESTAS Y PLAN DE ACCION					
TERCERA ETAPA EJECUCION DE ACCION					
CUARTA ETAPA SEGUIMIENTO					
TERMINO DEL PROYECTO					

PMC/4 DGCES



ANEXO 25: FORMATO PROYECTO DE MEJORA TERCERA Y CUARTA SEGUIMIENTO MEDICIÓN DE RESULTADOS.



PROYECTO DE MEJORA
TERCERA Y CUARTA ETAPA EJECUCION DE ACCIONES Y SEGUIMIENTO MEDICION DE RESULTADOS

NOMBRE DEL INDICADOR								
VALOR DE MEDICION INICIAL	PORCENTAJE DE VARIACION CON EL ESTANDAR /META COMPROMETIDA	ESTANDAR /META COMPROMETIDA	1° MEDICION	2° MEDICION	3° MEDICION	4° MEDICION	5° MEDICION	MEDICIÓN OBTENIDA AL TÉRMINO DEL PROYECTO

PMC/5 DGCS



ANEXO 26: FORMATO SUGERENCIAS DE MEJORA F2 TD/02)

7.- SUGERENCIAS DE MEJORA: tomar en cuenta las sugerencias del apartado "4" del formato de trato digno (F2 TD/02), el apartado "4,5,6" de la guía de cotejo	
1	AREA O INDICADOR QUE SUGIERE QUE SE MEJORE
2	¿Cómo sugerir que se mejore?
4	
5	
6	



ANEXO 27: FORMATO GUÍA DE COTEJO PARA EL MONITOREO CIUDADANO FORMATO F2-AC/03

I. Requisitos para el llenado de la Guía de Cotejo para el Monitoreo Ciudadano Formato F2-AC/03

Para el llenado de este apartado, deberá basarse en el formato *F1-TD/02. Recolección de datos para indicadores de Trato Digno*. Los datos que no se encuentren en el formato deberá solicitarlos al responsable de la unidad médica. Escriba con letra de molde o máquina de escribir y no deje ningún dato sin llenar.

- a) Escriba el nombre de la Entidad Federativa a la que pertenece la unidad médica donde se realiza la aplicación de la Guía de Cotejo para el Monitoreo Ciudadano.
- b) Escriba el nombre y número de la delegación para la unidad médica del IMSS e ISSSTE o el número y nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad médica de la SSA
- c) Marque con una \surd , si la unidad ésta localizada en un área rural o urbana.

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA Y DEL AVAL CIUDADANO QUE REALIZA LA VISITA

ESTADO DELEGACIÓN/JURISDICCIÓN AREA URBANA RURAL

- d) Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) del municipio o delegación política en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
- e) Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) de la Localidad en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
- f) Registre con números arábigos y dos dígitos, el día, mes y año en que se realiza la visita para el levantamiento de los datos de la Guía de Cotejo de Aval Ciudadano. (Ejemplo: 05 /04 /04)

MUNICIPIO o DELEGACIÓN LOCALIDAD FECHA DE ELABORACIÓN

- g) Escriba el nombre completo de la Institución de procedencia de la unidad médica (SSA, IMSS, ISSSTE, otras: especifique).



h) Escriba el nombre completo de la unidad médica.

INSTITUCIÓN

NOMBRE DE LA UNIDAD

- a) En el caso de la Secretaría de Salud, utilice la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Favor de no omitir el dato; cuidar que no queden espacios vacíos.
- b) Marque con una \checkmark , si la unidad es de primer nivel, es decir brinda atención médica que no requiere hospitalización, como los centros de salud de la Secretaría de Salud, Clínicas Médicas del ISSSTE o las Unidades Médico Familiares IMSS; marque segundo nivel cuando la unidad brinda servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, como el Hospital General o Regional y en tercer nivel cuando la unidad da atención es alguna especialidad y realiza investigación, (por ejemplo los Institutos Nacionales o Estatales, El Hospital del Niño Morelense, etc.)

CLAVE DE LA UNIDAD/CLUES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NIVEL DE ATENCION

Primero

Segundo

Tercero

- a) Marque con una \checkmark , si la unidad médica ésta acreditada, no acreditada (para la Secretaría de Salud) o Certificada o No Certificada (ISSSTE, IMSS) o bien No aplica.

UNIDAD MÉDICA

Acreditada

No Acreditada

Certificada

No Certificada

- a) Marque con una \checkmark , si la unidad médica ésta inscrita en el Seguro Popular, pregunte al responsable de la unidad médica si se tiene este beneficio.

CON SEGURO POPULAR

SI

No

No Aplica

- b) Marque con una \checkmark , el turno en el cual se realiza el levantamiento de los datos de la Guía de Cotejo de Aval Ciudadano; se entiende por Jornada Especial los días sábados, domingos y festivos.

TURNO

Matutino

Vespertino

Nocturno

Jornada Especial

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



- c) Marque con una \surd , el nivel al que pertenece como Aval Ciudadano; es decir, si se instaló y cuenta con acta que lo formaliza a nivel estatal, jurisdiccional, municipal o local.

AVAL QUE REPRESENTA Local Municipal Jurisdiccional Estatal

- d) Marque con una \surd , si se lleva a cabo la recolección de los datos en servicio de consulta externa, urgencias u hospitalización.

SERVICIO

ii Consulta Externa
 Urgencias
 Hospitalización

- e) Marque con una \surd , el cuatrimestre al que pertenecen los resultados del monitoreo institucional de los indicadores de trato digno contenidos en el formato F2-TD/02 o electrónico de la unidad médica. Cerciórese de que los datos mostrados sean del bimestre anterior a la visita que realiza.

PERIODO QUE REVISAS

Ene-Abr Año _____
May-Ago Año _____
Sep-Dic Año _____

- f) Escriba el nombre completo de la organización a la que pertenece con letra clara y sin abreviaturas. Ejem: Universidad Autónoma de Aguascalientes, Fundación Regalo de Corazón. En el caso de los ciudadanos independientes, que no pertenezcan a ninguna organización, institución, etc, se registrará de la siguiente manera
- Un solo ciudadano independiente: Ciudadano de la Localidad de **El Fuerte (aquí va el nombre de la localidad a la que pertenece la unidad.)**
 - Dos o mas ciudadanos independientes: Agrupación Local de **El Fuerte ((aquí va el nombre de la localidad a la que pertenece la unidad)**

NOMBRES DE LA(S) ORGANIZACIÓN O DEL AVAL A TÍTULO INDIVIDUAL



1. Acceso a la información: Marque con una \surd , si el responsable de la unidad médica le proporcionó los resultados del monitoreo de los indicadores de trato digno del cuatrimestre anterior a la visita. Estos pueden estar en el formato manual *CONCENTRADO DE DATOS DE TRATO DIGNO F2-TD/02* o en forma electrónica en el Sistema INDICAS; si es así, solicite una impresión de éste.

1.- ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL MONITOREO/MEJORA DE TRATO DIGNO

.1.- ¿El Aval Ciudadano tiene acceso a los resultados de trato digno de la unidad médica registrados en el INDICAS del cuatrimestre anterior

Si No

2. Seguimiento de la Carta compromiso: En el caso de que se trate de la segunda visita en adelante, registrar el avance de los compromisos establecidos en los Carta compromiso, firmada en el cuatrimestre anterior.

- En la columna “Acuerdos establecidos en la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior” transcriba de la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior los compromisos de mejora.
- En la columna “Evidencia de que se cumplió el compromiso (ejemplo, oficios, fotos, listas)” registre las evidencias de que estos compromisos se han cumplido. Los avances deben contar con evidencias documentadas o físicas de acuerdo a lo establecido.



2.- SEGUIMIENTO DE LA CARTA COMPROMISO

2.1.- Revisar las evidencias documentadas o físicas que dan seguimiento a los acuerdos establecidos en la Carta Compromiso al Ciudadano del cuatrimestre anterior y anotarlas de manera breve.

Acuerdos establecidos en la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior	Evidencia de que se cumplió el compromiso (ejemplo, oficios, fotos, listas)
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10

3. Método de evaluación institucional y ciudadano: Se requieren seguir los siguientes pasos, tomando en consideración la información del concentrado manual de Trato Digno, tanto del Aval Ciudadano, como del que aplica la unidad médica.

3.- MÉTODO DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL Y CIUDADANO

3.1.- Registre en el cuadro UNIDAD MÉDICA el número de usuarios que encuestó la unidad y en el siguiente el total de encuestados por el AVAL CIUDADANO. Escriba la diferencia.



3.2.- Revise los resultados de los indicadores de trato digno del último cuatrimestre de la Unidad Médica y regístrelos en la columna A "VALOR DE LA UNIDAD". En la columna B "VALOR DEL AVAL" registre los datos que obtuvo en sus encuestas de trato digno. En la columna C "DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN" registre el resultado de restar la columna A con la columna B y escriba con un lápiz de color, cuando la diferencia sea igual o mayor al 20%. En la columna D registre en cada uno de los



indicadores "AVALADO" cuando la diferencia de percepción sea del 0 al 19 y en la columna E "NO AVALADO" cuando la diferencia sea de 20 en adelante.

N°	VARIABLES DE TRATO DIGNO	A	B	C	D	E
		VALOR DE LA UNIDAD	VALOR DEL AVAL	DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN	AVALADO	NO AVALADO
2	Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿quedó usted...?					
3	¿El Médico le permitió hablar sobre su estado de salud?					
4	¿El médico le explicó sobre su estado de salud?(diagnóstico)					
5	¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe seguir?					
6	¿El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?					
7	La información que le proporcionó el médico, ¿cómo la consideró usted?					
8	Con la cantidad de medicamentos que le entregaron, ¿quedó usted...?*					
9	¿El trato que recibió usted en esta unidad fue?					

Registre en la columna A, los datos contenidos en el CUADRO 1, formato manual F2-TD/02 de la unidad médica.

Registre en la columna B, los datos contenidos en el CUADRO 1, formato manual F2-TD/02 del Aval

Rellene con un lápiz de color naranja o rojo el porcentaje obtenido en la columna B "VALORES DEL AVAL CIUDADANO"

Al valor de la columna A, réstele el valor de la columna B de cada uno de los indicadores de trato digno y registre la

Registre ✓, en la columna D, AVALADO, si la diferencia de percepción es menos al

Registre ✓, en la columna E, NO AVALADO, si la diferencia de percepción es igual o mayor a 20%

Escriba en la línea si la Unidad está Avalada (si todos los indicadores están avalados, columna E o NO AVALADO si uno o más indicadores de la columna D están No Avalados)

Unidad Avalada o No Avalada _____

3.3 Clasificación de los usuarios entrevistados por el Aval Ciudadano

Dela columna "Género" del formato de Concentración de datos F2-TD/02 de Trato Digno, contabilice del total de los usuarios entrevistados, cuántos son hombres y

3.4. Clasificación de usuarios entrevistados por el Aval Ciudadano.

<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>Hombres</td><td style="width: 40px;"></td></tr> <tr><td>Mujeres</td><td></td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td style="background-color: #f4a460;"></td></tr> </table>	Hombres		Mujeres		TOTAL		→	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>Con Seguro Popular</td><td style="width: 40px;"></td></tr> <tr><td>Sin Seguro Popular</td><td></td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td style="background-color: #f4a460;"></td></tr> </table>	Con Seguro Popular		Sin Seguro Popular		TOTAL	
Hombres														
Mujeres														
TOTAL														
Con Seguro Popular														
Sin Seguro Popular														
TOTAL														

Dela columna "Usuario con Seguro Popular" del formato de Concentración de datos F2-TD/02 de Trato Digno, contabilice del total de los usuarios entrevistados, primero los que tienen Seguro Popular y a continuación los que no tiene.

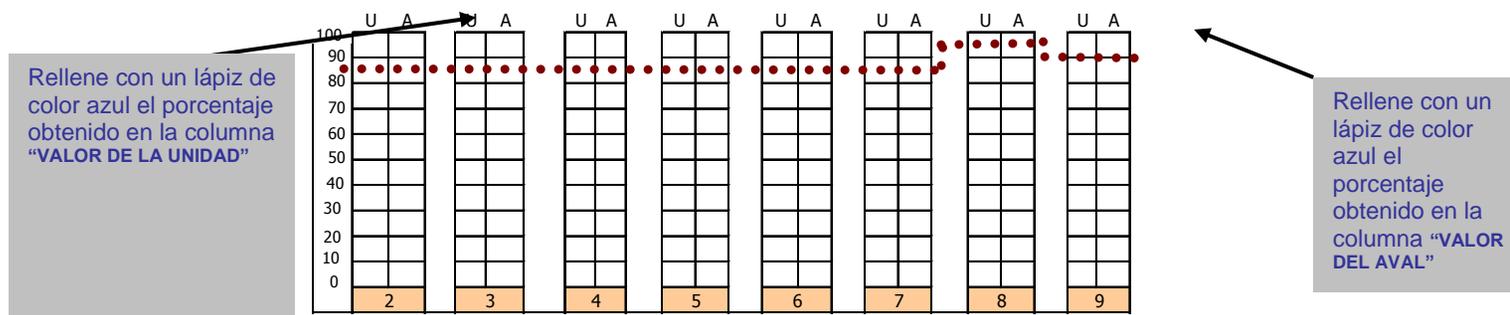
NOTA: En los dos casos el total, debe coincidir con el total de usuarios

entrevistados



registrados en el apartado 3.1 en Aval Ciudadano

3.4 Grafique en las columnas U y A los resultados de Trato Digno, la línea punteada representa el estándar institucional. El Gráfico contiene ocho barras del 2 al 9, cada una de ellas representa los indicadores de trato digno en porcentajes, se dividen en dos columnas: U para unidad médica y A para el Aval Ciudadano. La línea punteada señala el estándar o compromiso institucional.



4. Difusión de resultados de monitoreo. Pregunte mínimo a cinco integrantes del personal de salud de la unidad médica sobre los indicadores de trato digno y derechos de los pacientes, según corresponda. (En el caso de las unidades rurales entrevistar al personal con que se cuenta)

4. DIFUSIÓN DE RESULTADOS DE MONITOREO. Escriba SI o No según sea el caso.

4.1 PREGUNTE A 5 INTEGRANTES DEL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD MÉDICA.	1	2	3	4	5	Total de SI
4.1.1 Le han informado de los resultados de Trato Digno que obtuvo la Unidad Medica, del último cuatrimestre que evalúa SICALIDAD. (Tiempo de Espera, Abasto de Medicamentos, Trato e Información)						
4.1.2 Mencione 3 Derechos Generales de los Pacientes. Si menciona 3 Derechos conteste SI, en caso contrario conteste NO						
4.2 PREGUNTE A 5 USUARIOS DE LA UNIDAD MÉDICA						
4.2.1 ¿Le han informado en esta unidad, cuáles son los aspectos de Trato Digno que se están evaluando?						
4.2.2 Mencione 3 Derechos Generales de los Pacientes. Si menciona 3 Derechos conteste SI, en caso contrario conteste NO						



Escriba SI o No según sea el caso.

Registre el total de respuestas SI.

5. Sugerencias de los usuarios para conocer su opinión: Entreviste a usuarios de los servicios para conocer su opinión.

5.- SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS PARA MEJORAR EL TRATO DIGNO Y LAS INSTALACIONES

	¿Qué es lo que SI le gusta?	¿Qué es lo que NO le gusta?	¿Qué sugiere para mejorar?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Pregunte a cada persona ¿Qué es lo que... **SI** le gusta o **NO** le gusta del servicio que presta la unidad médica y que sugiere para que se mejore. Escriba el comentario tal como lo dice el entrevistado

6. índice de integridad, limpieza y comodidad. De acuerdo a la escala establecida, califique cada una de las tres áreas, Sala d espera, sanitarios y consultorios, asignando una calificación de 1, si se encuentran en mala estado, 2 si se encuentran en estado regular y 3 si están en buen estado. En seguida sume cada una de las filas y anote el total. Sume cada una de las columnas y anote el total. Tome en consideración el área con menor puntuación para realizar sugerencias al respecto.

La parte de Hospitalización, únicamente se deberá calificar cuando en la unidad, el aval y el personal estén monitoreando en esa área.

Observaciones sobre las instalaciones. Registrar lo encontrado durante el recorrido de las instalaciones y durante el monitoreo.

6.- ÍNDICE DE INTEGRIDAD, COMODIDAD Y LIMPIEZA. Califique de acuerdo con la siguiente escala: 1. Malo --> 2. Regular --> 3. Bueno

	DESCRIPCIÓN	SALA DE ESPERA	SANITARIOS	CONSULTORIOS	SALAS DE ESPERA DE URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN (entorno al paciente)	OBSERVACIONES SOBRE LAS INSTALACIONES
A. INTEGRIDAD	Superficies y pintura						
	Instalaciones						
B. COMODIDAD	Acceso al público						
	Ventilación						
	Iluminación						
	Privacidad						
	Señalización						
C. LIMPIEZA	Limpieza y orden						
TOTAL							

7. Sugerencias de Mejora: Tomar en cuenta las sugerencias del apartado "4" del formato de Trato Digno (F2 TD/02), el apartado "4,5,6" de la Guía de Cotejo. Trate de que éstas puedan traducirse en acciones concretas que ayuden a implementar acciones de mejora en la unidad médica y puedan llevarse a cabo.



7.- SUGERENCIAS DE MEJORA: Tomar en cuenta las sugerencias del apartado "4" del formato de Trato Digno (F2 TD/02), el apartado "4,5,6 " de la Guía de Cotejo

1	Area o Indicador que sugiere que se mejore	¿Cómo sugiere que se mejore?
2		
3		
4		
5		
6		

Una vez integrada y analizada la información de la Guía de Cotejo con el responsable de la unidad médica, firmarán ambas partes de común acuerdo.

Nombre y firma del aval ciudadano: Escriba el nombre completo con letra clara y de molde del Aval Ciudadano responsable del levantamiento de la información y firme en la línea correspondiente al término de la visita.

Nombre y firma del Responsable de la Unidad médica. Escribir el nombre completo del responsable de la unidad médica y solicite su firma al término de su visita.

Fecha de entrega: Solicite al responsable de la unidad médica que registre la fecha en la que se compromete a entregar la Carta Compromiso. NOTA: Deberá entregarse dentro de los siguientes 10 días naturales, respecto a la entrega de la Guía de Cotejo.



ANEXO 28: FORMATO NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y EVENTOS ADVERSOS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CALIDAD
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
NOTIFICACIÓN DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS

JALISCO
CONCALIDAD
Secretaría de Salud

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN: ___/___/___ FECHA DEL RIESGO O EVENTO: ___/___/___

EVENTO ADVERSO:		RIESGO:		TIPO DE EVENTO:		CUASIFALLA:		EVENTO CENTINELA:	
¿EN QUÉ LUGAR Y ÁREA OCURRIÓ EL EVENTO ADVERSO?									
Archivo Clínico	Hospitalización	Urgencias							
Caja	Imagenología y Rayos X	Consulta externa							
Cirugía	Laboratorio	Vigilancia							
Enfermería	Medicina Interna	UCIA							
Estacionamiento	Modulo de incapacidades	UCIN							
Farmacia	Pediatría	UCIP							
Gineco-obstetricia	Trabajo Social	OTRA ÁREA: (ESPECIFIQUE)							
¿EN QUÉ TURNO SE PRESENTO EL EVENTO?									
MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO		JORNADA ACUMULADA			
¿QUÉ PERSONAL ESTUVO DIRECTAMENTE INVOLUCRADO?									
MÉDICO:		ENFERMERO:		CAMILLERO:		TÉCNICO:			
PSICOLOGO:		TERAPISTA:		INTENDENTE:		OTRO: (ESPECIFIQUE)			
SEXO: FEMENINO: MASCULINO:									
EDAD: DE 0 A 11 MESES 1 A 2 AÑOS 3 A 6 AÑOS 7 A 12 AÑOS 13 A 18 AÑOS 19 A 59 AÑOS 60 AÑOS O MAS									
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:									
HORA:	REDACTE ESPECÍFICAMENTE LOS HECHOS:								NO. DE EXPEDIENTE:
___:___									
¿CUÁL FUE EL TIPO DE INCIDENTE?									
TIPO:					ESPECIFIQUE DETALLE:				
DE MEDICACIÓN:									
DE LOS DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:									
DE INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN MÉDICA:					TIPO DE INFECCIÓN:				
DE HEMODERIVADOS:					TIPO DE ORGANISMO:				
DE NUTRICIÓN:									
DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS:									
DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS:									
DE CAÍDAS:		LUGAR: (CAMA, CUNA, CAMILLA, BAÑOS, ESCALERAS, PASILLO, OTRO)			TIPO: (DESMAYO, PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO, RESBALÓN, TROPEZO, OTRO)				
GRAVEDAD DEL DAÑO:									
GRAVEDAD:		DESCRIPCIÓN:							
SIN DAÑO:		Incidente que pudo causar daño pero fue evitado o incidente que ocurrió pero no causó daño.							
BAJO:		Incidente que causo daño mínimo al paciente.							
MODERADO:		Incidente que causo un daño significativo pero no permanente al paciente.							
GRAVE:		Incidente que tiene como resultado un daño permanente al paciente.							
MUERTE:		Incidente que ocasiono directamente la muerte del paciente.							



ANEXO 29: FORMATO RIESGO Y EVENTOS ADVERSOS CAUSA-RAÍZ

¿CONSIDERA QUE SE PUDO HABERSE EVITADO EL EVENTO?		SI	NO
¿CÓMO CONSIDERA QUE PUDO HABERSE EVITADO?			
¿SE LE PROPORCIONO INFORMACIÓN AL PACIENTE O A SU FAMILIAR RELACIONADA CON EL EVENTO?			
SI		NO	
¿QUIÉN LA PROPORCIONO?			
MÉDICO:	CAMILLERO:	TRABAJO SOCIAL:	
ENFERMERA:	TÉCNICO:	OTRO: (ESPECIFIQUE)	
FACTORES DEL INCIDENTE:			
¿CUALES SON LOS FACTORES QUE CONTRIBUYERON AL INCIDENTE? (PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN)			
RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.			
RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DE LAS INDICACIONES, PROTOCOLOS, MANUALES, LINEAMIENTOS Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA.			
INDIVIDUALES ASOCIADAS CON LOS INTEGRANTES DE EQUIPO.			
RELACIONADOS CON EL TRABAJO EN EQUIPO.			
RELACIONADOS CON EL AMBIENTE DE TRABAJO Y ENTORNO.			
ORGANIZACIONALES DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA.			
INSTITUCIONALES O DEL AMBIENTE EXTERNO.			
OTRO: (ESPECIFIQUE)			
CAUSA-RAÍZ: (ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL DEPTO. DE CALIDAD)			
EN CASO DE DAÑO GRAVE O MUERTE: ¿SE REALIZO ANALISIS CAUSA-RAÍZ?		SI	NO
ACCIONES DE MEJORA: (ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL DEPTO. DE CALIDAD)			
¿SE REALIZO ALGUNA ACCION CORRECTIVA DESPUES DEL EVENTO ADVERSO?			
SI	NO	¿QUIÉN?:	
¿CUALES CON LAS ACCIONES DE MEJORA QUE SE REALIZARON? (ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL DEPTO. DE CALIDAD)			
CAPACITACION AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO Y ESTUDIANTES			
MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA			
GESTION DE LOS RECURSOS (HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES) ALINEADO A LA MEJORA CONTINUA			
FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE EL MODELO DE GESTION DE CALIDAD			
IMPULSO AL APEGO DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA.			
IMPLEMENTACION DE MECANISMOS DE SUPERVISION OPERATIVA PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ESTABLECIMIENTO			
CAPACITACION A PACIENTES Y FAMILIARES PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS			
OTRA: (ESPECIFIQUE)			
DEFINICIONES DE APOYO PARA EL LLENADO DE REPORTE			
EVENTO DE RIESGO:	Situación con probabilidad de causar daño.		
CUASIFALLA:	Acontecimiento que pudo haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo hizo, por casualidad o por la intervención oportuna.		
EVENTO ADVERSO:	Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención.		
EVENTO CENTINELA:	Evento inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente.		
NOTAS:			
- LE SOLICITAMOS LLENAR ESTE FORMATO DE MANERA HONESTA.			
- ESTE EJERCICIO NO ES PARA EVIDENCIAR NI PUNIFICAR.			
- RECUERDE QUE EL LLENADO CORRECTO Y COMPLETO DE ESTE FORMATO NOS AYUDARÁ A DETECTAR LAS ÁREAS DE OPORTUNIDAD PARA EVITAR INCIDENTES DESFAVORABLES A NUESTROS PACIENTES Y COMPAÑEROS DE TRABAJO.			
- ESTE RECURSO ES PARA APRENDER EN BENEFICIO DE NUESTROS PACIENTES Y DE NOSOTROS COMO PERSONAL DE SALUD.			
<small>FORMATO ELABORADO POR BASE EN EL ÚLTIMO DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (2014) DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD ELABORADO POR: ROSA DÍAZ, DAMIEN O. AGUIRRE, SOLEDAD NAZARA DEL DEPTO. DE CALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE</small>			
<p>SELO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>DOCUMENTO DE REFERENCIA</p> </div>		<p>NOMBRE Y FIRMA (OPCIONAL):</p> <hr/> <hr/> <hr/>	