



VERACRUZ  
GOBIERNO  
DEL ESTADO

VERA  
CRUZ  
ME LLENA DE ORGULLO

# DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ. COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD.

## MANUAL DE GESTORES (AS) 2023.





# DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ



COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD  
**MANUAL DE GESTORES (AS)**

# NORMATIVA

## **NORMATIVIDAD APLICABLE PARA LAS UNIDADES DE SALUD EN PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL.**

La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de garantizar a la población en general el cumplimiento del derecho a la protección de la salud que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Por esta razón, es necesario que emita y mantenga vigentes las disposiciones regulatorias que le permitan contar con un marco de referencia que haga posible homogeneizar criterios y homologar diversas y complejas características mínimas de organización, funcionamiento, infraestructura, recursos humanos y tecnológicos, así como mobiliario y equipo de los establecimientos de atención a la salud de la población en general.

En este contexto, los hospitales juegan un factor fundamental para que el Sistema Nacional de Salud pueda resolver la creciente demanda de Servicios de Atención Médica, toda vez que, en estos establecimientos regularmente se atienden pacientes con padecimientos de mayor gravedad y complejidad, que requieren de atención cada vez más especializada con un enfoque integral.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que las características de la infraestructura física, instalaciones, mobiliario y equipamiento con que cuentan los hospitales y consultorios para la atención médica especializada a los que se refiere la norma, se constituyen en elementos básicos para que los prestadores de servicios para la atención médica de los sectores público, social y privado puedan ofrecer a los usuarios calidad, seguridad y eficiencia, ya que, a través del aseguramiento de estas acciones, la autoridad sanitaria puede garantizar el derecho a la protección de la salud.

No obstante que el uso de tecnologías de punta para la atención de los usuarios del Sistema Nacional de Salud depende de la disponibilidad de recursos financieros de las instituciones y establecimientos para la atención médica, hospitalaria y ambulatoria de los sectores público, social y privado, en la presente norma se establecen las características y criterios mínimos necesarios de infraestructura y equipamiento que garanticen a la población demandante, servicios homogéneos con calidad y seguridad.

### **1. OBJETIVO**

Las normas tienen por objeto establecer las características mínimas de infraestructura y equipamiento para los hospitales, así como para los consultorios de atención médica especializada.

NORMATIVA

# NORMATIVA

## 2. CAMPO DE APLICACIÓN

Las normas son de observancia obligatoria para todos los establecimientos hospitalarios de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación, que tengan como finalidad la atención de pacientes que se internen para su diagnóstico, tratamiento médico, quirúrgico o rehabilitación; así como para los consultorios de atención médica especializada de los sectores mencionados.

### Para Unidades de Primer Nivel y Segundo Nivel (Infraestructura)

NORMA Oficial Mexicana **NOM-005-SSA3-2018**, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Publicada en el Diario Oficial de la federación el 09 de Julio de 2020.

NORMA Oficial Mexicana **NOM-016-SSA3-2012**, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Publicada en el Diario Oficial de la federación el 08 de Enero de 2013.

### Para Unidades de Primer y Segundo Nivel.

NORMA Oficial Mexicana **NOM-087-ECOL-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Publicada en el Diario Oficial de la federación el 01 de Noviembre de 2001.

NORMA Oficial Mexicana **NOM-030-SSA3-2013**, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la federación el 12 de Septiembre de 2013.

Durante los Procesos de Acreditación y derivado de la aplicación de la Cédula de Evaluación para establecimientos de Primer, Segundo y Tercer Nivel efectuados por los Evaluadores enviados por la Federación (de 2019 al 2022) en el rubro de Infraestructura, Mantenimiento y Servicios Generales nos siguen observando los siguientes puntos:

- Inventarios.
- Bitácora de Mantenimiento de Infraestructura.
- Bitácora de Mantenimiento de Equipos Médicos, Mobiliario y Casa de Máquinas.
- Bitácora de Limpieza Rutinaria y Exhaustiva.
- Bitácora de los Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos.
- Bitácora de Extintores.

## OTROS

- Extintores con recarga caduca.
- Almacenamiento y distribución de agua potable.
- Señalización no actualizada.
- Programa de Contingencias.
- Hospital Seguro.

Desde 2020 a la fecha se ha dado capacitación con respecto al manejo de las bitácoras, infraestructura y hospital seguro.

Se puede consultar información sobre toda la normatividad aplicable a las Unidades de Primer, Segundo y Tercer Nivel, la cual, se encuentra vigente en la página de SESVER, en el micrositio de esta Coordinación de Calidad en Salud en el área de Infraestructura.

**MICROSITIO:**



NORMATIVA

# CONTENIDO DEL TABLERO DE CORCHO

NOMBRE DE LA UNIDAD CON CLUES VIGENTE.

SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN (SUG).

AVAL CIUDADANO.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE TRATO ADECUADO Y DIGNO (ESTAD).

TABLERO INFORMATIVO MENSUAL.

CONCENTRADOS O REPORTE EMITIDO POR LA PLATAFORMA FEDERAL (ÚLTIMO CUATRIMESTRE PUBLICADO).

SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD (INDICAS II).

INDICADOR SURTIMIENTO DE RECETAS.

INDICADOR TIEMPO DE ESPERA.

ATENCIÓN MÉDICA EFECTIVA.

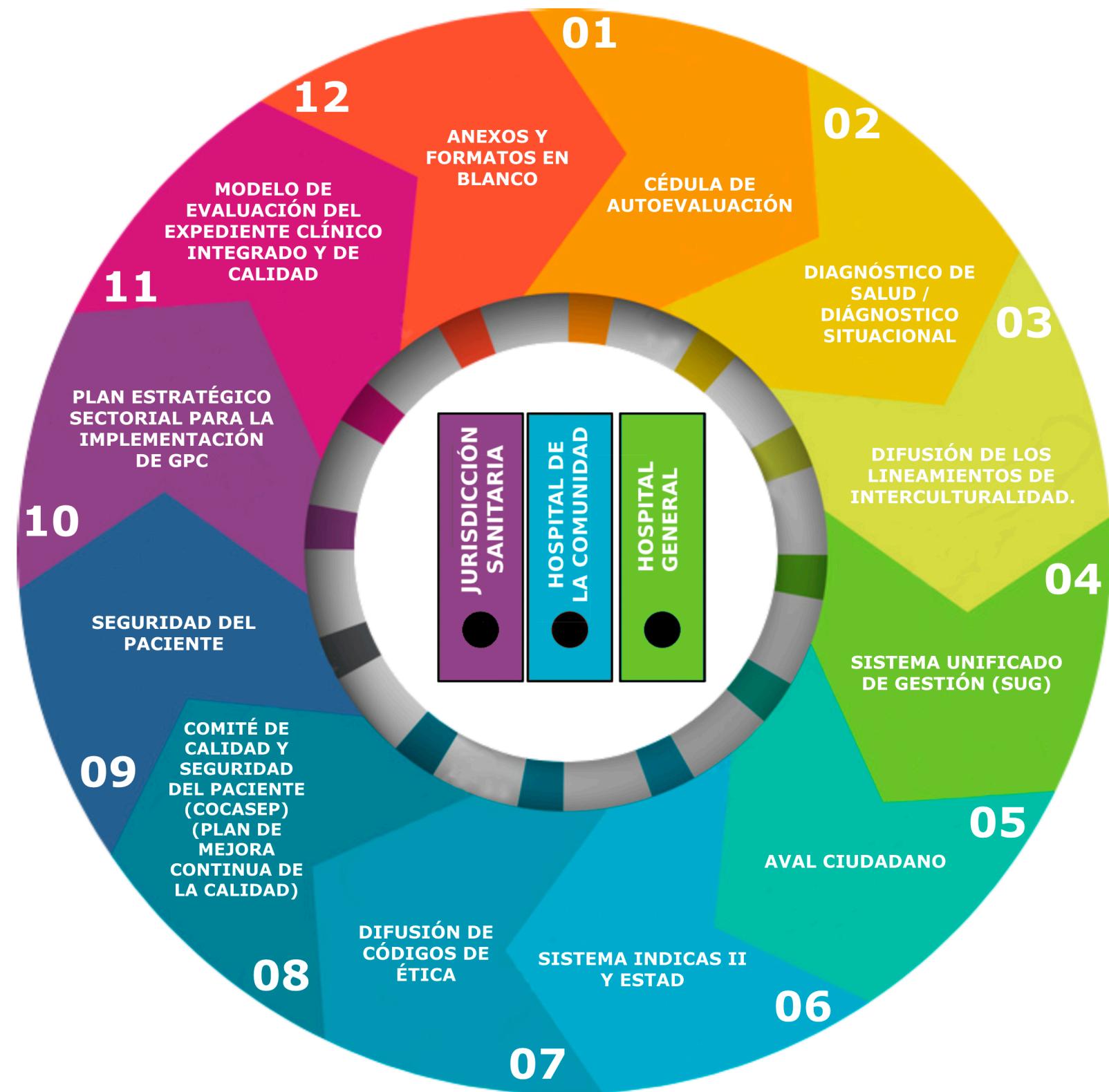
MODELO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO Y DE CALIDAD (MECIC).

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN GPC.

RESULTADOS POR DOMINIO DE LA EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.



# GUÍA DE INTEGRACIÓN DE LA CARPETA DE CALIDAD



**JURISDICCIONAL Y HOSPITALARIA**

# SUG

## 01



### **OBJETIVO GENERAL**

Incrementar con transparencia la capacidad resolutiva de los Establecimientos de Atención Médica, implantando canales de comunicación (Buzones y Módulos) entre los prestadores (as) de Servicios de Salud y la ciudadanía, garantizando la gestión efectiva de las Solicituds de Atención y la mejora continua de la calidad en la prestación de Servicios de Salud.

### **¿QUÉ FUNCIONES DESEMPEÑA EL GESTOR (A)?**

- Apertura de Buzones.
- Registrar Solicitud de Atención en Plataforma SUG.
- Clasificar e integrar Solicituds de Atención para su gestión y/o generando acuerdos en el COCASEP.
- Dar a conocer a los Usuarios el resultado de las gestiones o la propuesta de mejora en el Tablero de Calidad.
- Dar seguimiento a las Solicituds de Atención.

# **SUG**

## **DOCUMENTACIÓN**

¿Qué documentos/herramientas utilizo?

- Calendario de Apertura del Buzón del SUG.
- Minuta de Apertura de Buzón.
- Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA).
- Bitácora de Seguimiento de Solicitudes de Atención.
- Tablero Informativo SUG.
- Lista de Difusión del SUG a los (as) Usuarios (as).
- Plan de Implementación SUG.
- Plataforma SUG.



## **¿QUÉ FECHAS DEBO RECORDAR?**

- Del 1 al 31 de enero, enviar Calendario de Apertura de Buzón.
- Del 1 al 10 de cada mes, enviar evidencia digital de Minuta de Apertura del Buzón del SUG y del Número de Consultas del mes inmediato anterior.
- 90 días (máximo) para resolver quejas.
- 10 días (máximo) para notificar felicitaciones.
- Enviar en un periodo no mayor a 5 días después de la solicitud del Plan de Implementación.

**Micrositio:**



# COCASEP

## 02

### OBJETIVO GENERAL

Ser un foro de gestión en donde se permita la toma de decisiones enfocadas a la Mejora de la Calidad de la Atención a la persona, la seguridad del paciente y de los profesionales de la salud, mediante la articulación de políticas de calidad y seguridad.

### ¿QUIÉNES DEBEN SESIONAR?

#### MODALIDAD PRIMARIA

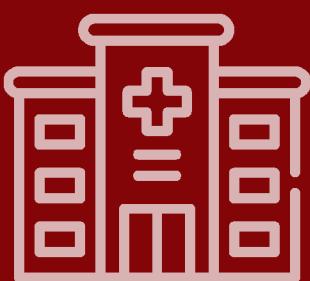
Centros de Salud de 5 o más Núcleos Básicos, Centros de Salud con Hospitalización, Centros de Salud con Servicios Ampliados, Jurisdicciones Sanitarias, Laboratorios Estatales y Centros Estatales de Transfusión Sanguínea.



Los Centros de Salud de 5 ó más Núcleos Básicos deberán integrar su propio COCASEP.

#### MODALIDAD HOSPITAL

Hospitales Integrales, Hospitales Comunitarios, Hospitales Generales, Hospitales de Especialidades, Hospitales Psiquiátricos e Institutos de Salud.

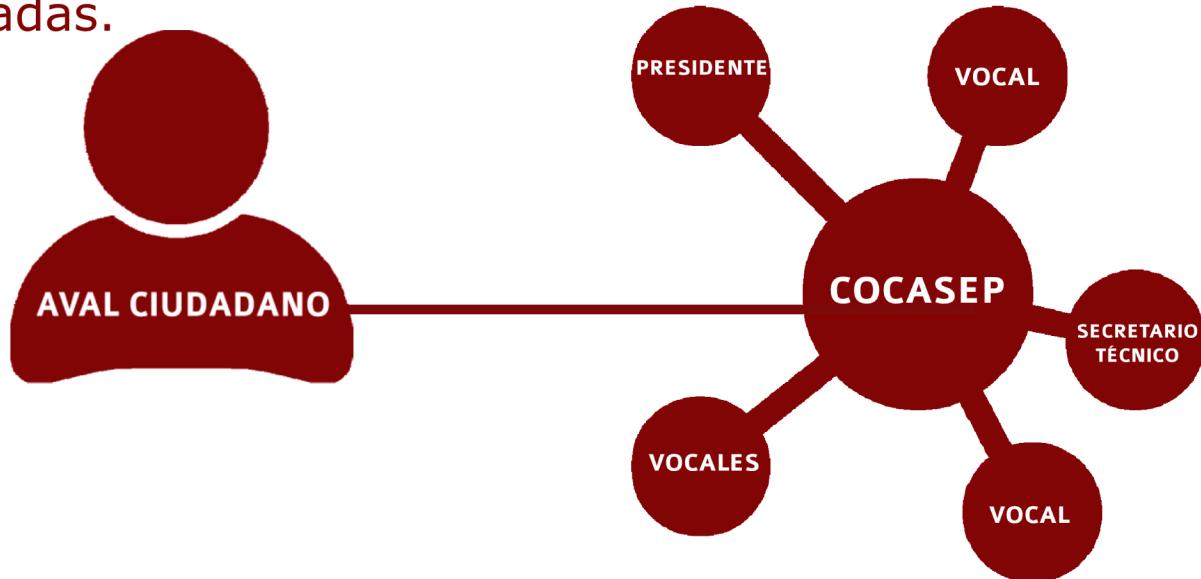


El COCASEP deberá sesionar de forma ordinaria, mínimo tres veces al año (convocar 5 días hábiles).

# COCASEP

## FUNCIONES DEL GESTOR (A)

- Proponer asuntos a tratar.
- Convocatorias.
- Convocar al Aval Ciudadano.
- Elaborar Actas y Minutas.
- Seguimiento de Acuerdos.
- Custodia de documentos generados en las sesiones.
- Distribuir las recomendaciones al personal y unidades afectadas.



## DOCUMENTOS EN LA CARPETA DE CALIDAD

- Acta de Instalación o reinstalación  
(En caso de haber cambio de presidente). (Anual)
- Formato de Calendario de Sesiones. (Anual)
- Formato de Minuta de Sesión. (Sesión Programada)
- Formato de Seguimiento de Acuerdos. (Sesión Programada)
- Formato de Plan de Mejora. (Anual)
- Memorial. (Anual)



MICROSITIO:

# ACREDITACIÓN

## 03

### ¿QUÉ ES ACREDITACIÓN?

Proceso de evaluación externa (Se realiza mediante visitas de evaluación y la aplicación de las Cédulas de Evaluación) cuyo propósito es evaluar criterios mínimos de **CALIDAD, CAPACIDAD INSTALADA** y **SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN**, en el marco de la normatividad aplicable, en la prestación de los servicios de atención que otorgan los Establecimientos a la población sin seguridad social.



### ¿QUÉ SON LAS CÉDULAS DE EVALUACIÓN?

- Instrumentos estandarizados utilizados para la Evaluación de los Establecimientos que contienen los requerimientos mínimos de **CALIDAD, CAPACIDAD INSTALADA** y **SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN**, en el marco de la normatividad aplicable.
- Las emite la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

MICROSITIO:

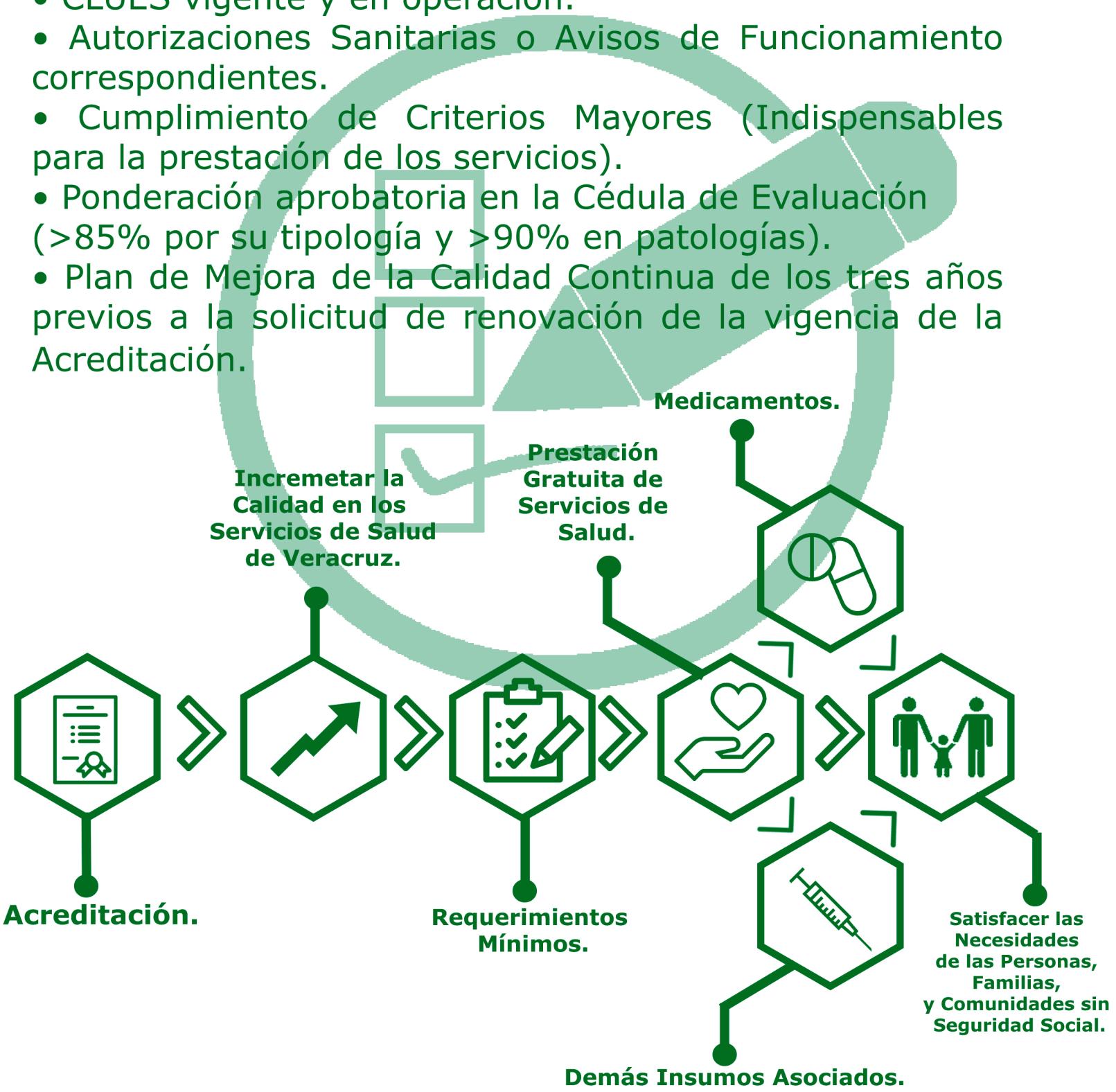


ACREDITACIÓN

# ACREDITACIÓN

## ¿ QUÉ REQUISITOS NECESITO PARA ACREDITAR UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

- CLUES vigente y en operación.
- Autorizaciones Sanitarias o Avisos de Funcionamiento correspondientes.
- Cumplimiento de Criterios Mayores (Indispensables para la prestación de los servicios).
- Ponderación aprobatoria en la Cédula de Evaluación (>85% por su tipología y >90% en patologías).
- Plan de Mejora de la Calidad Continua de los tres años previos a la solicitud de renovación de la vigencia de la Acreditación.



# PESIGPC

## 04

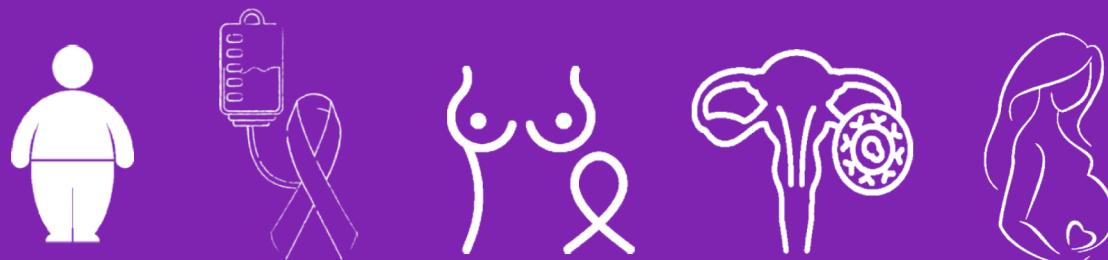


### OBJETIVO GENERAL

Establece los lineamientos para la difusión, capacitación e implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC), mediante los Algoritmos de Atención Clínica, con la finalidad de estandarizar los procesos de Atención Médica, fortalecer la competencia profesional y mejorar la Calidad de la Atención así como la Seguridad del Paciente, en los temas prioritarios de Salud Pública del país.

### PADECIMIENTOS NACIONALES PRIORITARIOS

- Infarto Agudo al Miocardio.
- Depresión.
- Diabetes Mellitus.
- Hipertensión Arterial Sistémica.
- Sobrepeso y Obesidad: Adultos, Adolescentes, menores de 2 años.
- Leucemia.
- Cáncer de Mama.
- Cáncer Cervicouterino.



# PESIGPC

## CICLOS DE IMPLEMENTACIÓN 2023

CICLOS	GPC	TEMA PRIORITARIO	2023											
			CICLO 1				CICLO 2				CICLO 3			
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
CICLO 1	DEPRESIÓN	DIFUSIÓN	1			30								
		CAPACITACIÓN	1			30								
		IMPLEMENTACIÓN												
	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	DIFUSIÓN	1			30								
		CAPACITACIÓN	1			30								
		IMPLEMENTACIÓN												
	DIABETES MELLITUS	DIFUSIÓN	1			30								
		CAPACITACIÓN	1			30								
		IMPLEMENTACIÓN												
CICLO 2	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DIFUSIÓN					1			30				
		CAPACITACIÓN					1			30				
		IMPLEMENTACIÓN												
	SOBREPESO Y OBESIDAD	DIFUSIÓN					1			30				
		CAPACITACIÓN					1			30				
		IMPLEMENTACIÓN												
	LEUCEMIA	DIFUSIÓN					1			30				
		CAPACITACIÓN					1			30				
		IMPLEMENTACIÓN												
CICLO 3	CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO	DIFUSIÓN									1			17
		CAPACITACIÓN									1			17
		IMPLEMENTACIÓN												
	CÁNCER DE MAMA	DIFUSIÓN									1			17
		CAPACITACIÓN									1			17
		IMPLEMENTACIÓN												
	EMBARAZO	DIFUSIÓN									1			17
		CAPACITACIÓN									1			17
		IMPLEMENTACIÓN												

## DOCUMENTACIÓN

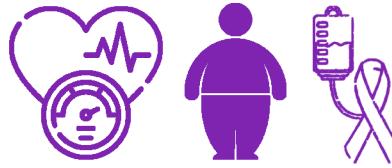
¿QUÉ REPORTAR?	¿DÓNDE REPORTAR?	PERÍODO
DIFUSIÓN	F1	CUATRIMESTRAL
CAPACITACIÓN	F2 Y F3	CUATRIMESTRAL
IMPLEMENTACIÓN	PLATAFORMA MECIC	CUATRIMESTRAL

LA EVIDENCIA SE REMITIRÁ A TRAVÉS DEL MICROSITIO DE LA COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

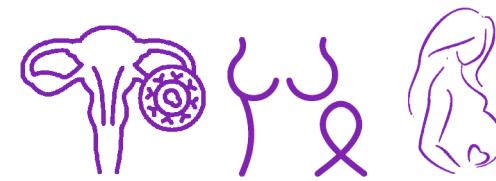
### CICLO 1



### CICLO 2



### CICLO 3



MICROSITIO:



# MECIC

## 05

### OBJETIVO GENERAL

- Analiza y verifica dentro del establecimiento los aspectos técnicos y administrativos relacionados con el cumplimiento a la normatividad en materia del Expediente Clínico.
- Establece estrategias que orienten a mejorar la calidad.
- Fomenta, monitorea y da seguimiento a los Proyectos de Mejora que el Comité propone.

MODELO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

INTEGRADO Y DE CALIDAD

### IMPORTANTE:

SESIONA UNA VEZ AL MES.

LAS UNIDADES MAYORES A 5 NÚCLEOS CUENTAN CON SU PROPIO COMITÉ.

LAS UNIDADES MENORES A 5 NÚCLEOS PERTENECEN AL COMITÉ JURISDICCIONAL.

MICROSITIO:



# MECIC

## CALENDARIO OPERATIVO 2023 PLATAFORMA MECIC

PERÍODOS	PERÍODO DE EVALUACIÓN Y CAPTURA DE EXPEDIENTES CLÍNICOS		PUBLICACIÓN DE REPORTES DEL PERÍODO
	INICIO	CIERRE	
PRIMER CUATRIMESTRE	20 DE ENERO	30 DE ABRIL	15 DE MAYO
SEGUNDO CUATRIMESTRE	15 DE MAYO	31 DE AGOSTO	18 DE SEPTIEMBRE
TERCER CUATRIMESTRE	18 DE SEPTIEMBRE	31 DE DICIEMBRE	15 DE ENERO DEL 2024

## ENTREGA DE INFORMACIÓN.

ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD
ENVIAR CALENDARIO 2023 Y ACTA DE INSTALACIÓN.	PRIMEROS 2 MESES
ENVIAR EVIDENCIA DE CAPTURA PARA PLATAFORMA.	CUATRIMESTRAL
ENVIAR ACUERDOS Y SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DE MEJORA.	MENSUAL
ENVIAR MINUTA DEL MES.	LOS PRIMEROS 15 DÍAS DEL MES SIGUIENTE
CAPTURA DE EXPEDIENTE EN PLATAFORMA MECIC.	CUATRIMESTRAL

LA EVIDENCIA SE REMITIRÁ A TRAVÉS DEL MICROSITIO DE LA COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD.



# AESP

## 06

### OBJETIVO GENERAL

Conjunto de estructuras, procesos y resultados organizacionales que reducen al máximo, y previenen la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud de los usuarios.

### ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Acción Esencial 1.  
Identificación del Paciente.



Acción Esencial 2.  
Comunicación Efectiva.



Acción Esencial 3.  
Seguridad en el Proceso de Medicación.



Acción Esencial 4.  
Seguridad en los Procedimientos.



Acción Esencial 5.  
Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.



Acción Esencial 6.  
Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Causa de Caídas.



Acción Esencial 7.  
Registro y Análisis de Eventos Centinelas, Adversos y Cuasifallas.



Acción Esencial 8.  
Cultura de Seguridad del Paciente.

# AESP

## ENTREGA DE INFORMACIÓN

Información a Reportar	Temporalidad	Reporte de Información
Cédula Única de Gestión de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), sólo Hospitales de + 60 camas.	Cuatrimestral.	ccalidadveracruz2020@gmail.com
Formato de Avances de Acciones de Seguridad del Paciente, sólo Hospitales de + 60 camas.	Trimestral	ccalidadveracruz2020@gmail.com
Encuesta Multimodal de Higiene de Manos.	Anual.	Plataforma de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DG CES).
Plan de Mejora de Higiene de Manos.	Anual.	ccalidadveracruz2020@gmail.com
Encuesta Cultura de Seguridad del Paciente.	Anual.	Plataforma de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DG CES).
Plan de Mejora de Cultura de Seguridad del Paciente.	Anual.	ccalidadveracruz2020@gmail.com



**MICROSITIO:**



ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

# CERTIFICACIÓN

## 07

### OBJETIVO GENERAL

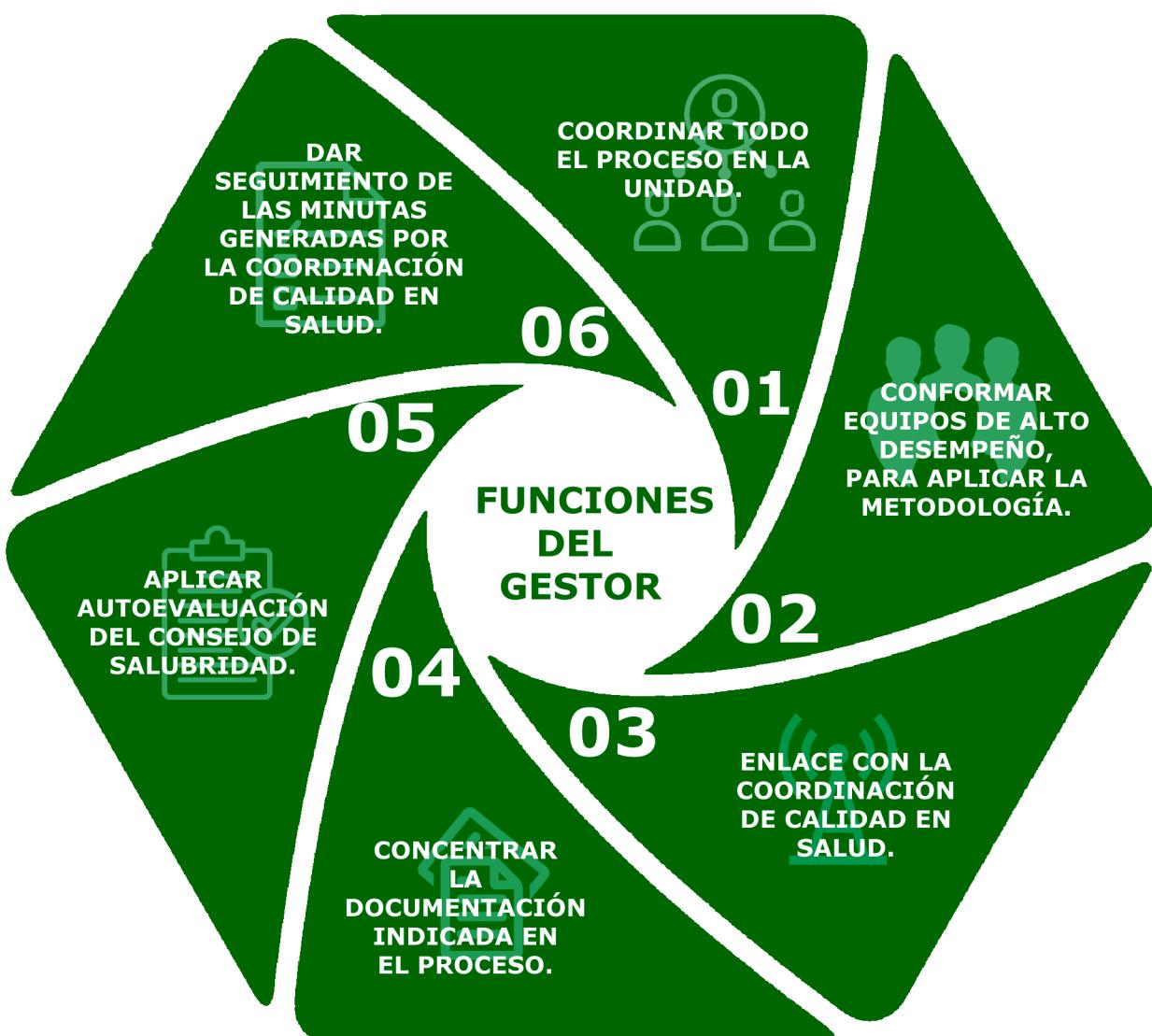
El proceso de certificación que tutela el Consejo de Salubridad General (CSG), tiene como propósito reconocer a los Establecimientos de Atención Médica (EAM), que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la Atención Médica y Seguridad a los Pacientes.

### ¿QUÉ DOCUMENTOS / HERRAMIENTAS NECESITO?

- Disposiciones Generales para el Proceso de Certificación 2023.
- Autoevaluación del Consejo de Salubridad General.
- Modelo de Seguridad del Paciente del SINACEAM. (Hospitales).
- Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades-CAPCE, (Centros de Salud).
- Plan de Calidad, SINACEAM, Edición 2017.
- Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo del Consejo de Salubridad General.

# CERTIFICACIÓN

## ¿QUÉ FUNCIONES DESEMPEÑO EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN?



MICROSITIO:



CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL:



# PEC

# 08

## OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la Calidad de los Servicios de Salud que se prestan a la población en las instituciones.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Inducir hacia un proceso de mejoramiento continuo del desempeño, la productividad y la superación del personal de salud.
- Contribuir a mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios y de los prestadores de los servicios de salud.
- Impulsar el reconocimiento institucional al personal de salud, estimular su participación en actividades de mejora de los Servicios de Atención a la población y la seguridad de los usuarios.

### ¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

Personal de Base Federal y códigos autorizados de:

Medicina | Enfermería | Odontología | Trabajo Social |  
Química | Psicología | Rehabilitación | Nutrición | Técnico.

**MICROSITIO:**



# PECD

DIFUSIÓN

VERIFICACIÓN

SEGUIMIENTO

PROGRAMA ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD

## COMITÉ LOCAL DEL PECD



Formará parte del Comité Local del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, y dará difusión al mismo.

## REVISIÓN DE EXPEDIENTES DE LOS PARTICIPANTES



Revisará el expediente de los participantes en total apego a la Guía de Evaluación con los criterios correspondientes exclusivos para Calidad en las tres etapas calendarizadas que emite la DGES, verificando que sea acorde al cumplimiento de los Programas de Calidad.

## LLENADO EN PLATAFORMA CÉDULA PECD-12



Realizará el llenado en la Plataforma del programa del formato PECD-12 "Cédula de Evaluación de Seguridad del Paciente y Compromiso con la Mejora Continua" y enviará evidencia con la documentación soporte de cada criterio, a través del micrositio de la Coordinación de Calidad en Salud.

## LLENADO EN PLATAFORMA CÉDULA PECD-12B



Requisitará en plataforma del Programa el formato PECD-12B la "Guía de Evaluación de Propuesta de Mejora", verificando que la Propuesta, Plan o Proyecto de Mejora este registrado y avalado a nivel estatal y enviará evidencia de la documentación soporte, a través del micrositio de la Coordinación de Calidad en Salud.

## EMISIÓN DE OFICIO DE NO QUEJAS



Verificará, notificará mediante oficio y coadyuvará con las distintas áreas, que el participante no presente quejas en el Sistema Unificado de Gestión (SUG), de superiores, compañeros, pacientes usuarios y a través del Aval o de algún Organismo Fiscalizador al interior del establecimiento por la prestación de sus servicios o la Institución.

## VERIFICAR EVIDENCIA DE APORTACIONES Y COMPROMISO



Validará y dará seguimiento a la evidencia de sus aportaciones y participación en Premios o Reconocimientos Nacionales, Plan de Trabajo Anual como Gestor (a) de Calidad y en los Programas INDICAS II, Aval Ciudadano, Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, revisión de Expedientes Clínicos con apego a las Guías de Práctica Clínica a través de MECIC, así como de la Propuesta, Plan o Proyecto de Mejora del participante, en las etapas solicitadas por el catálogo de evidencias.

## IMPORTANTE

Es responsabilidad de los Directivos (as) y del Gestor (a) de Calidad, la veracidad de las evaluaciones y los formatos que integran el Programa de Estímulos tanto en los expedientes electrónicos como en los físicos. En caso de presentar documentos apócrifos o alterados para comprobar algunos de los requisitos de participación o para sustentar su desempeño, se incurrirá en faltas graves, en éstos casos el Comité Local o Estatal hará de conocimiento a las autoridades administrativas y/o el Órgano Interno de Control.

# PREMIO Y RECONOCIMIENTOS NACIONALES A LA CALIDAD EN SALUD

# 09

## OBJETIVO GENERAL

Destinados a las personas integrantes de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), Universidades e Instituciones de Educación Media Superior y Superior, Sociedades Científicas, Agrupaciones de Profesionistas o Académicas, y a los Establecimientos de Salud que cuenten con Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), a participar por su mérito y que hayan destacado en las áreas de su competencia en Mejora Continua de la Calidad en Salud, con el objetivo de fortalecer una Cultura de Calidad en los Servicios de Salud.

## ¿QUIÉN CONVOCÁ?

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), con fundamento en lo dispuesto por el Art. 18, fracciones I y XIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, como un mecanismo para incentivar el desempeño del personal de Salud.



MICROSITIO

PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS NACIONALES

# PREMIO Y RECONOCIMIENTOS NACIONALES A LA CALIDAD EN SALUD

## CONVOCATORIAS ANUALES



PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

### RECONOCIMIENTOS:



RECONOCIMIENTO AL MÉRITO POR LA MEJORA CONTINUA



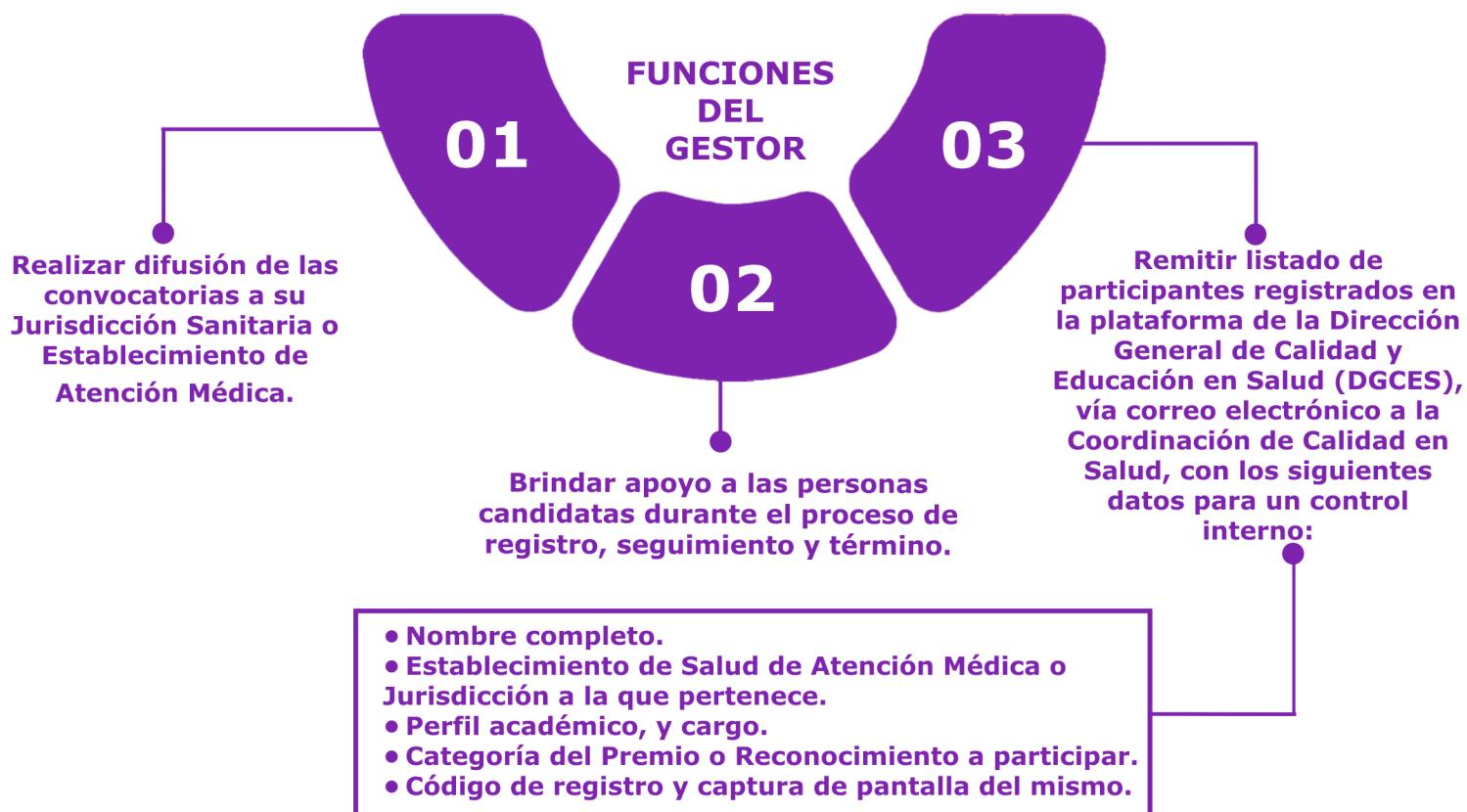
RECONOCIMIENTO NACIONAL A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD



RECONOCIMIENTO NACIONAL A LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD



RECONOCIMIENTO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



# AVAL CIUDADANO

## 10

Es un mecanismo de participación ciudadana encargado de evaluar la percepción de los usuarios respecto a la Atención Médica y del Trato otorgado por parte de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de coadyuvar en la mejora del Trato Digno y la Calidad en los servicios que brindan. En forma independiente y responsable contribuye a evaluar los Servicios de Salud, ayudando a las Instituciones a mejorar la confianza de los usuarios.

Los Avales Ciudadanos son los enlaces entre las Instituciones y los usuarios de los Servicios de Salud, esto genera un vínculo democrático, en donde la sociedad civil expresa su voz y opinión respecto a la Calidad interpersonal de la Atención y el Trato Digno.

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

Avalar la transparencia de la información que emite el Establecimiento de Atención Médica referente a la satisfacción, trato adecuado y digno, mediante la participación de la ciudadanía en la Evaluación y Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud.

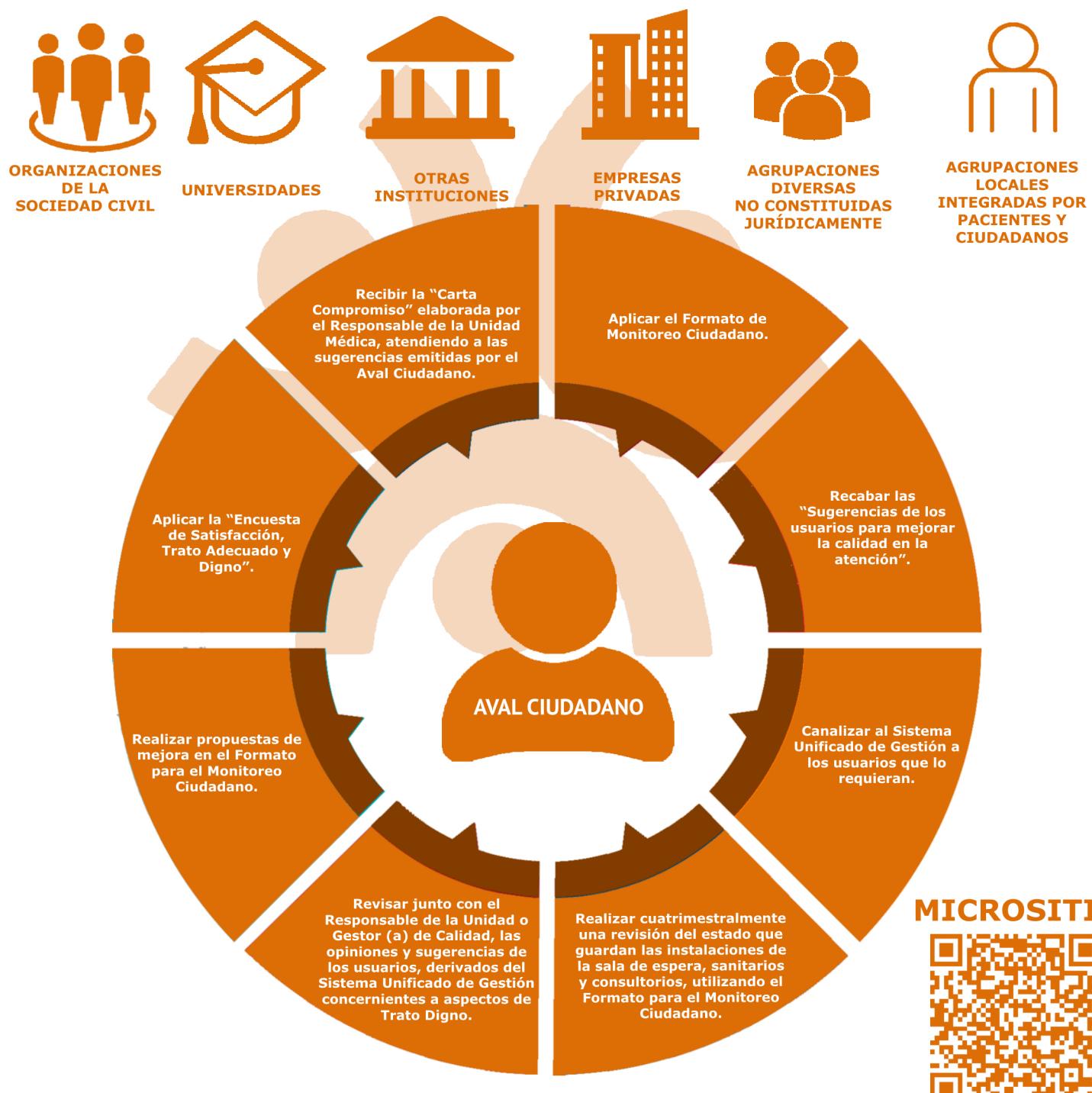
### **OBJETIVOS SENCUNDARIOS**

- Participar en la identificación de necesidades y expectativas de mejoras de Calidad de los Servicios de Salud para una mejor atención de los usuarios.
- Contribuir a generar transparencia de la información y resultados en materia de Trato Digno emitidos por las Instituciones de Salud.
- Participar con autoridades y personal de salud en la toma de decisiones, para mejorar el Trato Digno en las Instituciones Públicas de Salud.
- Contribuir a mejorar la confianza del paciente y la ciudadanía en las Instituciones de Salud.

# AVAL CIUDADANO

- Participar en la difusión de la información dirigida a los usuarios de los servicios y a la población en general, en materia de Trato Digno, de derechos y responsabilidades de los pacientes.
- Generar nuevas iniciativas que propicien una participación más amplia de la ciudadanía, en la búsqueda de la Calidad óptima de los Servicios de Salud.

## ¿QUIÉN O QUIÉNES PUEDEN SER AVAL CIUDADANO?



# INDICAS II

## 11

### INDICAS

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las Unidades de los Servicios de Salud. Además de darles seguimiento y la oportunidad de establecer comparaciones entre las Unidades de Atención Médica en el país.

### INDICAS OBJETIVO GENERALES:

Contar con un sistema integral de medición para el Sistema Nacional de Salud que integre evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión adecuado a las necesidades de información y evaluación de líneas de acción de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.



# INDICAS II



## SISTEMA INDICAS:



## MICROSITIO:



SISTEMA DE INDICADORES DE CALIDAD INDICAS II

# 12

El Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD) se encarga de medir la satisfacción de los usuarios, así como la calidad percibida del trato adecuado y digno recibido en los Establecimientos de Atención Médica. Se aplicará en el Sector Salud a través de los Avales Ciudadanos y el personal de salud, de esta forma se podrán comparar los resultados.

## MONITOREO CIUDADANO

Es la medición independiente, sistemática y planificada de la percepción ciudadana sobre el Trato Digno recibido en los Servicios de Salud con el objeto de tomar decisiones que permitan mejorarlos como parte del desarrollo de la cultura de Calidad de los Servicios de Salud.

Durante el Monitoreo Ciudadano los Avales "AVALAN" o "NO AVALAN" la transparencia de la información. Comparan los resultados de la Encuesta de Trato Digno que aplicó la Unidad Médica, contra los resultados que los Avales Ciudadanos obtuvieron en la aplicación de la misma.

## MONITOREO INSTITUCIONAL

Es la comprobación por parte del personal del Establecimiento de Atención Médica, de la satisfacción de los usuarios en términos de calidad percibida y organización de los servicios a través de las preguntas de la "Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno", las cuales están orientadas en 2 dimensiones: la Calidad Interpersonal (calidad percibida) y la Calidad en las Organizaciones (organización de los servicios en seis dominios:

**MICROSITIO:**



# ESTAD

## DOMINIOS

### TRATO DIGNO

Implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.

### ATENCIÓN OPORTUNA

Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de esta.

### COMUNICACIÓN

Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de tratamiento.

### AUTONOMÍA

Es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

### FINANCIAMIENTO

Se incluye el gasto de bolsillo.

### SATISFACCIÓN

Conocer si los servicios brindados cumplen con las expectativas del usuario.

TAMAÑO DE MUESTRA CUATRIMESTRAL *			
INSTITUCIÓN URBANA	INSTITUCIÓN RURAL	AVAL CIUDADANO URBANO	AVAL CIUDADANO RURAL
140	96	140	36

TIPO DE PERÍODO	NÚMERO DE PERÍODO	INICIO	TÉRMINO	PUBLICACIONES DE RESULTADO
CUATRIMESTRAL	1	01 MAYO	19 MAYO	26 MAYO
	2	01 SEPTIEMBRE	21 SEPTIEMBRE	29 SEPTIEMBRE
	3	03 ENERO	23 ENERO	30 ENERO

TIPO DE PERÍODO	NÚMERO DE PERÍODO	INICIO	TÉRMINO
BIMESTRAL	1	02 ENERO	24 FEBRERO
	2	01 MARZO	28 ABRIL
	3	01 MAYO	30 JUNIO
	4	02 JULIO	31 AGOSTO
	5	01 SEPTIEMBRE	31 OCTUBRE
	6	01 NOVIEMBRE	15 DICIEMBRE

\*El cálculo para el número de encuestas a realizar en las áreas de: Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias, se hace en relación al total de consultas externas, egresos hospitalarios y altas de urgencias obtenidas en el cuatrimestre inmediato anterior.

NÚMERO DE ENCUESTAS

APERTURA DEL SISTEMA

ALTAS Y MODIFICACIONES

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE TRATO ADECUADO Y DIGNO

**ABRIL 2023**  
**COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD**