



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



SS
Secretaría
de Salud

**VERA
CRUZ**
ME LLENA DE ORGULLO



2024

CALIDAD EN ACCIÓN

Dirección General de Servicios de Salud de Veracruz.
Coordinación de Calidad en Salud.

Esta revista nace pensando en ustedes, Gestores (as) de Calidad y profesionales de la salud comprometidos con la mejora continua, tiene el propósito de difundir conocimientos actualizados y estrategias que permitan elevar los estándares de atención y servicios en sus respectivos Establecimientos de Salud.

A través de los artículos y reportajes que aquí encontrarán, destacaremos las experiencias y logros de aquellos que han transformado e impactado de manera positiva sus entornos de trabajo, mediante la implementación de estrategias efectivas de gestión de calidad.

Queremos inspirar y motivar a todos nuestros lectores a seguir avanzando en el camino hacia la excelencia en la calidad de los servicios de salud, promoviendo un entorno de colaboración y hacer la diferencia en la vida de nuestros pacientes y en el bienestar de nuestras comunidades.

Deseo que disfruten y aprovechen al máximo el contenido de nuestra revista **"CALIDAD EN ACCIÓN"**.

Dra. Guadalupe Díaz del Castillo Flores
Secretaria de Salud y Directora General
de Servicios de Salud de Veracruz





DRA. GUADALUPE DÍAZ **DEL CASTILLO FLORES**

**SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL DE
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**



01

Proactividad en la Calidad de Atención a Pacientes Mediante una Actitud de Servicio.

L.T.S. Gabriela Mendoza Presas
Gestora del Hospital Regional de Poza Rica de Hidalgo.

PAG. 05

02

Difusión de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el Hospital General de Tarimoya.

L.T.S. Sofía Tenorio Velásquez.
Gestora del Hospital General de Tarimoya.

PAG. 07

03

La Notificación de Eventos Adversos: Un compromiso del Profesional de Salud en el Hospital de la Comunidad de Naolinco.

Lic. Uriel Pérez Cambambia.
Gestor del Hospital de la Comunidad de Naolinco.

PAG. 11

04

Historia de un COCASEP. Principios de la implantación de una Cultura de Calidad en Establecimientos de Salud Ambulatorios.

Dra. Margarita Pérez Fuentes.
Gestora de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII - Veracruz.

PAG. 15



CONTENIDO

05

**Aval Ciudadano
en el Hospital
Regional de
Xalapa.**

Dra. María Inés
Méndez Guzmán.
Gestora de
Calidad del
Hospital Regional
de Xalapa.

PAG. 23

06

**Concurso:
Día Mundial de
Higiene de
Manos.**

Dra. María José
Pérez García.
Responsable
Estatad del
Programa
Seguridad del
Paciente.

PAG. 27

07

**Creación de la
Coordinación de
Calidad en
Salud.**

Mtra. María
Dolores Carrasco
Zamora
Coordinadora de
Calidad en Salud
de Servicios de
Salud de Veracruz.

PAG. 29

08

Amenidades.

Dra. María José
Pérez García.
Responsable
Estatad del
Programa
Seguridad del
Paciente.

PAG. 33

PROACTIVIDAD

EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES MEDIANTE UNA ACTITUD DE SERVICIO

L.T.S. GABRIELA MENDOZA PRESAS

DEFINICIÓN DE ACTITUD:

“Disposiciones según las cuales la persona queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser”, “Grado en que una persona alberga sentimientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia un objeto o persona” (Blanco 2006, Alcántara 1983).

“Manifestación externa del estado de ánimo del individuo ante determinados estímulos. Por lo tanto, pueden ser positivas o negativas” (Glosario del Modelo Único de Evaluación de la Calidad CRITERIOS Y ESTÁNDARES. HOSPITALES 2023).

Haciendo reflexión sobre el tema de actitud, dirigida al personal de salud, la forma de utilizarla, y de aplicarla para mejorar mi entorno laboral y la calidad en la atención con mis pacientes, siendo proactivo para lograr asegurar una satisfacción en los usuarios y en el personal de salud.

A simple vista se podría visualizar un tema algo imposible de lograrlo, por el simple hecho de nuestra diversidad cultural, creencia religiosa, valores, política, perspectiva de la vida etc... sin embargo, al centrarme en que la actitud es algo que está a mi alcance, ya que no se necesita de una infraestructura dura y crítica para brindar lo mejor de mi como servidor público, sino un valor que solo yo como parte de la infraestructura blanda de mi unidad hospitalaria puedo realizar.

CALIDAD



Eso mi querido personal de salud... es una expectativa que me dirige al enfoque de los sistemas del Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC), trabajando en equipo con el personal de salud enfatizando que tengo, que tenemos una gran labor que es indispensable para coadyuvar al cumplimiento de los Estándares de Calidad de la atención Centrada en el Paciente... impactando a través de mi labor profesional a mis pacientes, generando un cambio positivo en ellos, aún en la dificultad de salud en la que se encuentre el paciente y su familiar, recordarle y enseñarle que tiene derecho a una mejor calidad de vida, e incluso se apertura una posibilidad de ayudarles a ser proactivos en su salud e incluso en las futuras generaciones familiares.

Finalizo con esto, cuando nosotros nos permitimos sentir nuestras emociones y saber canalizarlas con una buena actitud de servicio, podemos alcanzar cualquier estándar, criterio, objetivo que se nos plantee, si somos conscientes que una buena actitud tiene el poder de lograr el cambio en mí, y con todos los que me rodean, ya que el próximo paciente puedo ser yo, ¿cómo me gustaría que me atendieran?... eso mi querido compañero... eso solo lo conseguimos mirando a través de los ojos de los demás, siendo resilientes y teniendo una actitud positiva de servicio, anticipándome, siendo proactivo, y no reactivo.

¡Te ánimo a que juntos nos
cohesionemos para lograr vivir para
servir!.

Gracias por tu amable atención.
Atentamente tu compañera:
Gaby Mendoza P.

PROACTIVA

DIFUSIÓN DE LAS ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL *HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA*

L.T.S. SOFÍA TENORIO VELÁSQUEZ

Con la finalidad de reforzar las **8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente** entre el Personal de Salud en el Hospital General de Tarimoya, se realizan actividades tales como: difusión en las Áreas de Servicio, revisión de las notas médicas del Expediente Clínico para verificar el cumplimiento con la Acción Esencial 1A, 1B, 1C, identificando al paciente previa realización de procedimiento, para la ministración de medicamentos, y así con ello evitar un evento adverso.

Las acciones de mejora que se están llevando a cabo son: que el personal adscrito deberá estar en todo momento supervisando al personal becario que se encuentra en formación para garantizar que sea el paciente correcto con medicamento o procedimiento correcto.



La difusión de las **8 Acciones Esenciales** para la Seguridad del Paciente en el Área de Hospitalización a los pacientes y familiares, se lleva a cabo mediante la Acción Esencial 1: Identificando al paciente con su nombre completo, fecha de nacimiento y sexo, para la Acción Esencial 2: Mejorando la información correcta de los pacientes y familiares con la finalidad de tener la información correcta y veraz mientras son atendidos para mejorar su estado de salud, la Acción Esencial 5: Con la Higiene de Manos antes de encontrarse con su paciente, al utilizar algún equipo de apoyo, así como también la Acción Esencial 6: Evitando el riesgo de daño a los pacientes por causa de caídas.

Las acciones de mejora realizadas son: que, en su pase de visita, a los familiares se les capacita en la Técnica correcta de Lavado de Manos, entregando folletos de difusión informativos; así como también se brinda plática, en la correcta técnica de Higiene de Manos a los familiares que tienen pacientes en hospitalización, también se les otorga un gafete con las 8 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, y en el membrete de cabecera se identifica al paciente y al familiar que se capacitó.

DIFUSIÓN DE LAS ACCIONES ESENCIALES

Todo esto con la finalidad de que se fomente la difusión de las Acciones Esenciales para el beneficio de proteger tanto al Personal de Salud, como a los pacientes y familiares que acuden a nuestra Institución.

AESP

SERVICIOS DE SALUD DE VERAGRUZ · HOSPITAL GENERAL TARIMOYA

Guía Técnica para la Aplicación de
Las OCHO Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

1

Identificación del paciente



1A. Identificación general del paciente. Nombre y apellidos, Fecha de nacimiento (dd/mm/aa), Sexo (hombre o mujer)

1B. Identificar al paciente previa realización de documentos. Comprobar los datos de identificación antes de realizar cualquier procedimiento, además deberá agregar grupo sanguíneo



2

COMUNICACIÓN EFECTIVA



2A. Prescripción de medicina y anotación de documentos. Letra legible, Colocar siempre un espacio suficiente entre: Nombre, Sustancia Activa y Dosis, Prescripción específica y sin abreviaturas. Se debe contar con una bitácora específica para el registro de los órdenes verbales y/o telefónicos, la bitácora se encontrará en el área de enfermería del hospital.

2B. Notificación de valores críticos. Personal de Laboratorio o Gabinete notifica resultados de estudio al personal médico a cargo del paciente. Se plasmará dirección y teléfono del usuario en toda solicitud de estudios de gabinete.

3

Seguridad en el PROCESO DE MEDICACIÓN



3A. Abastecimiento de medicamento de alto riesgo. Etiquetados con un círculo del color correspondiente y en las condiciones.

3B. Prescripción Médica. Se debe escribir la prescripción médica en el expediente del paciente y en la receta médica con letra legible, sin abreviaturas ni tachaduras. Deberá regularse de acuerdo a la normativa.

3C. De la Administración. Interrogar alergias, si correcta de ministración y administración de medicamentos, antecedentes adversos.

3D. De los medicamentos con aspecto o nombre parecido a (LASA). Colocar alertas visuales si los nombres de los medicamentos son parecidos por ejemplo (DICCUNA-DICLINA).

3E. Doble verificación durante la preparación y antes de la administración de insulina y biológicos. Realizar la doble verificación por dos personas antes de administrar el medicamento de alto riesgo. En caso de presentar un evento adverso, estabilizar al paciente y reportar el evento adverso.

3F. De las notificaciones inmediatas de los eventos adversos, eventos adversos y sucesos fallidos relacionados con la medicina. Realizar análisis causa raíz de todos los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos.



GUÍA TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN DE LAS 8 ACCIONES ESENCIALES (ACCIÓN ESENCIAL 01 A LA ACCIÓN ESENCIAL 03)

MATERIAL DE APOYO PARA EL PERSONAL (CARTEL ACCIONES ESENCIALES 01)

AESP

4

SEGURIDAD DE LAS PRS PROCEDIMIENTOS



4A. Marcar el sitio quirúrgico. Realizar el marcado del sitio quirúrgico con tinta indeleble, anotando las iniciales del personal que realizará el procedimiento y en presencia de un familiar si el paciente presenta algún tipo de incapacidad. Se omitirá en caso de lesiones evidentes, zonas difíciles o que el paciente no acepte que se le marque la piel.

4B. Tiempo para procedimientos fuera del quirófano. Confirmar paciente, sitio y procedimiento correcto, verificar estudios de diagnóstico antes de iniciar el procedimiento. Revisar fechas y métodos de esterilización de equipo e instrumental a utilizar. Proporcionar información clara al paciente.

5

REDUCCIÓN DE RIESGO DE CONTAMINACIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA A LABORIO



5A. Reducir el riesgo de adquirir infecciones asociadas a la Atención de la Salud. Impartir capacitación continua en el personal de salud y usuarios sobre la importancia y la técnica adecuada de la higiene de manos. Realizar inspecciones para su práctica y mantener la calidad del agua.

5B. Del programa integral de higiene de manos. Aplicar los 5 momentos, evitar uñas largas y adornos en manos. Uso correcto de guantes mediante técnica adecuada de asepsia y antiseptia. Supervisar y evaluar anualmente la adherencia al programa de higiene de manos. Informar avances al personal y cuerpo de gobierno. Verificar adecuadamente de insumos y control de la calidad del agua. Todo el personal de salud deberá contar con el curso de lavado de manos.

6

REDUCCIÓN DE RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSAS DE CAÍDAS



6A. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caída. Informar al paciente o familiar sobre los riesgos de caídas por mareos, debilidad, hipotensión. El paciente será movilizado por dos personas si aplica, siendo responsable el personal de salud. Se analizará la infraestructura, barandas, sistemas de apoyo, pisos sucios, u obstáculos que sean causa de riesgo de caídas.

7

REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS Y ANALISIS



7A. Registro y análisis de eventos adversos, sucesos adversos y sucesos fallidos. Todos los eventos se deben de reportar de forma inmediata al Comité de CA en el formato correspondiente. En todos los eventos adversos se debe realizar el análisis causa-raíz. Los resultados de registros de eventos adversos se presentan en el COCASEP y cuerpo directivo.

8

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



8A. Cultura de seguridad del paciente. Medir de forma anual la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de salud, de manera que los resultados fomenten las pautas para emitir acciones que permitan mejorar la seguridad del paciente.

GUÍA TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN DE LAS 8 ACCIONES ESENCIALES (ACCIÓN ESENCIAL 04 A LA ACCIÓN ESENCIAL 08)

MATERIAL DE APOYO PARA EL PERSONAL (CARTEL ACCIONES ESENCIALES 02)

AESP05

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO
SS Secretaría de Salud
SESVER 2021 / 200 AÑOS DEL MÉXICO INDEPENDIENTE
VERA CRUZ
HELENA DE BRULLO

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL GENERAL TARIMOYA

LOS 5 MOMENTOS para la Higiene de las Manos

Prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Está en tus manos

Lávate con agua y jabón
Durante toda la atención
No: 30 segundos

Desinfectante con alcohol gel
Durante la consulta y procedimiento
No: 30 segundos

1. Antes de tocar al paciente
2. Antes de una procedimiento
3. Después de cada procedimiento
4. Después de tocar al paciente
5. Después de tocar la superficie del entorno

Moja con agua y aplica suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos. Cada acción debe repetirse 5 veces.

1. Frota las palmas de las manos entre sí.
2. Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, envolviendo los dedos y yunqueal.
3. Frota la palma de la mano izquierda contra el dorso de la mano derecha, envolviendo los dedos y yunqueal.
4. Frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
5. Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrando los dedos.
6. Frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Envuélvete las manos con agua, usa una toalla desechable para secarte, cambia con el guño.

Una vez secas, tus manos son seguras

Área Blanca
Área de mayor restricción, comprende la sala de operaciones

Área Gris
Zona semirrestringida requiere condiciones de asepsia controlada para el ingreso, se requiere portar el uniforme completo (pijama de algodón, cubre pelo, cubre bocas y botas)

Área Negra
Zona no restringida, de circulación general, que se encuentra fuera de la unidad quirúrgica.

IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL 05 EN:

- *ÁREA BLANCA
- *ÁREA GRIS
- *ÁREA NEGRA

AESP03

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO
SS Secretaría de Salud
SESVER 2021 / 200 AÑOS DEL MÉXICO INDEPENDIENTE
VERA CRUZ
HELENA DE BRULLO

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL GENERAL TARIMOYA

SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

De la adquisición de electrolitos concentrados

- Color azul: Bicarbonato de sodio 7.5%. Solución inyectable en ampollita con 10ml.
- Color verde: Sulfato de magnesio 10%. Solución inyectable en ampollita con 10ml.
- Color amarillo: Gluconato de calcio 10%. Solución inyectable en ampollita con 10ml.
- Color rojo: Cloruro de potasio 14.9%. Solución inyectable en ampollita con 10ml.
- Color naranja: Fosfato de potasio 15%. Solución inyectable en ampollita con 10ml.
- Color blanco: Cloruro de sodio 19.7%. Solución inyectable en ampollita con 10ml.

De la prescripción

La receta debe contener:

1. Impreso el nombre y domicilio del establecimiento.
2. El nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe.
3. Fecha de elaboración.
4. Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
5. Nombre genérico del medicamento.
6. Dosis y presentación del medicamento.
7. Frecuencia y vía de administración.
8. Duración del tratamiento.
9. Indicaciones completas y claras para su administración.
10. No debe de tener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico.
11. No se deben utilizar abreviaturas en dosis, diagnósticos e indicaciones.

El personal de enfermería transcribirá en la hoja de enfermería los medicamentos y las indicaciones médicas sin modificar la prescripción original.

Enfermería solicitará el medicamento a farmacia hospitalaria, para los pacientes hospitalizados. Esta solicitud debe ser clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras.

De la administración

No se administrarán medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando no sean legibles.

Verificar presencia de alergias y daros en el identificador del personal y la ficha de identificación del paciente, antes de la administración de un medicamento o hemocomponente.

El personal de salud que administre los medicamentos debe verificar:

- Paciente correcto.
- Medicamento correcto.
- Dosis correcta.
- Vía correcta.
- Horario correcto.
- Registro correcto.

IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL 03:

- *DE LA ADQUISICIÓN DE LOS ELECTROLITOS CONCENTRADOS
- *DE LA PRESCRIPCIÓN
- *DE LA ADMINISTRACIÓN

MATERIAL DE APOYO PARA EL PERSONAL
(CARTEL ACCIONES ESENCIALES 03)

MATERIAL DE APOYO PARA EL PERSONAL
(CARTEL ACCIONES ESENCIALES 04)

AESP01

**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL GENERAL TARIUMBA**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento en que este solicita la atención. Todos los documentos que se generen durante el proceso de atención, incluyendo el expediente clínico, recetas médicas, solicitudes y resultados de estudios de gabinete y laboratorio, etc. deben contener el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento.

Tarjeta de cabecera se debe colocar en la cabecera de la cama de los pacientes, en este se registran los datos de identificación del paciente, al igual que el grupo sanguíneo y factor Rh, alergias, edad y la escala de Valoración de Riesgo de Caídas.

Debe colocarse una pulsera en la extremidad superior derecha o en el dedo índice por sus condiciones físicas o tratamiento no sea posible, se debe colocar en la extremidad superior izquierda o en cualquiera de los tobillos con los indicadores utilizados (nombre completo, fecha de nacimiento).

Las pulseras en los Recién Nacidos debe colocarse inmediatamente después del parto. Se colocará de manera individual en la muñeca derecha y otra en el tobillo izquierdo, con los datos de la madre (Datos de identificación de la madre y la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido).

El personal de salud debe comprobar los datos del paciente previa a la realización de procedimientos.

Identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos. El personal de salud debe registrar en los membretes de las soluciones intravenosas los datos de identificación del paciente, además del nombre de la solución y/o componentes, frecuencia de administración, fecha y hora de inicio y término, y nombre completo de quien instaló.

En sondas y catéteres de los pacientes, se debe colocar un membrete con los datos de identificación, fecha y hora de instalación y nombre completo de quien instaló.

Las solicitudes de laboratorio deben contar con los datos de identificación del paciente, además de la fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.

IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL 01:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

MATERIAL DE APOYO PARA EL PERSONAL
(CARTEL ACCIONES ESENCIALES 05)

AESP04

**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL GENERAL TARIUMBA**

SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS

Del marcado del Sitio Quirúrgico

- El marcado debe de realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la anestesia y antisepsia.
- El médico responsable de la atención debe marcar el sitio quirúrgico, cuando el procedimiento se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.
- El marcaje se realizará en presencia de un familiar en el caso de que el paciente no se encuentre consciente, sea menor de edad o que tenga alguna discapacidad.
- Se debe utilizar una señal tipo diamante y fuera del círculo mayor las iniciales del cirujano en procedimientos oftalmológicos el marcado se realizará con un punto arriba de la ceja del lado correspondiente).
- Está permitido realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel.
- Se puede omitir en lesiones visibles, como tumores evidentes.

Del tiempo fuera para procedimientos fuera del quirófano

- Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis).
- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, prescripción médica, filtro correcto al se tienen contraindicaciones y autorización al uso: evaluación del tiempo de acceso y valores de los accesos vasculares).
- Procedimientos odontológicos.
- Celestación: retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intratestales, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.

Del tiempo fuera para procedimientos fuera del quirófano

- Confirmar que en el paciente correcta, procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, en caso de órganos bilaterales, marcar derecha e izquierda, según correspondiente, en pies de estructura múltiple especificar el nivel a operar y la posición correcta del paciente.
- Verificar que se cuente con los estudios de imagen que se requieren.
- Preparar aseo crítico, verificando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Promover que el paciente y/o cuidador reciba información completa y satisfactoria.
- Significar el sitio de acceso quirúrgico y los riesgos que conlleva.

Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía

La lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía es un instrumento que se utiliza para asegurar que se cumplan los requisitos de seguridad antes de la cirugía.

En el momento de iniciar los estudios de seguridad, se preparan los instrumentos, incluyendo la lista de verificación de seguridad en el tiempo que se requiere los estudios de seguridad de la cirugía.

IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN ESENCIAL 04 EN:

- *DEL MARCAJE QUIRÚRGICO
- *DEL TIEMPO FUERA PARA PROCEDIMIENTOS DE QUIRÓFANO
- *DEL TIEMPO FUERA PARA PROCEDIMIENTOS FUERA DE QUIRÓFANO

MATERIAL DE APOYO PARA EL PERSONAL
(CARTEL ACCIONES ESENCIALES 06)

LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

UN COMPROMISO DEL PROFESIONAL DE SALUD EN EL HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO.

LIC. URIEL PÉREZ CAMBAMBIA

Los Eventos Adversos (EA) son acontecimientos que producen daño a los pacientes y son el producto de la prestación de servicios de atención sanitaria en los Establecimientos, estos representan un problema para la Salud Pública y un gasto en salud pocas veces cuantificables. De acuerdo con (Luengas, 2009) un Evento Adverso: “es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base”.

En el Hospital de la Comunidad de Naolinco se han presentado y registrado 74 EA desde el año 2018. Aunque a la fecha existe aún resistencia a reportar o registrar dichos eventos, sin embargo, se han empleado diferentes estrategias para facilitar al personal el reporte, enfatizando que la finalidad no es ser punitivos.

En el año 2021, se creó un formato de Registro de Eventos Adversos, adaptado de la plataforma de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para el análisis de los EA y se implementó en ese mismo año, adaptado por la M.E. Iris Rubí Sánchez Hernández y el Lic. Uriel Pérez Cambambia, con el cual se puede dar seguimiento a los EA y conocer las causas probables que contribuyeron al mismo. Se incluyó un apartado para que el personal de manera consciente pueda escribir su compromiso con la Seguridad del Paciente, el cual ha tenido buena respuesta.

Se presenta en la **tabla 1**, el avance en el registro de los EA en el Hospital de la Comunidad de Naolinco.



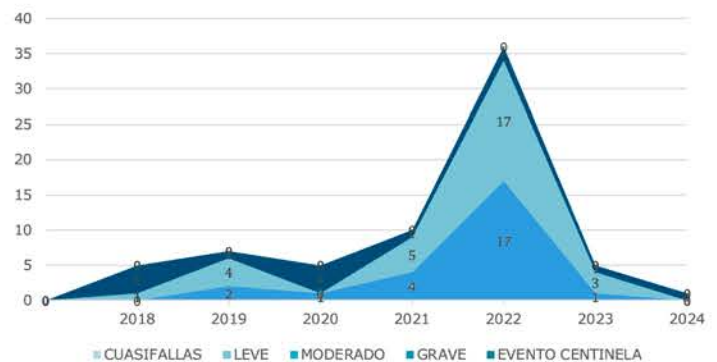
Eventos Adversos Registrados en la Comunidad de Naolinco **TABLA 01**

Cuasifallas		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Eventos Adversos	Leve	0	2	1	4	17	1	0
	Moderado	1	4	0	5	17	3	0
	Grave	4	1	4	1	1	1	3
Evento Centinela		0	0	0	0	0	0	0
Totales		5	7	4	10	36	5	3
Análisis Causa-Raíz		0	0	0	0	1	0	0

Fuente: Plataforma de Dirección General de Calidad y Educación en Salud para el Registro de Eventos Adversos 2024

Durante el año 2022, se registraron 36 EA, lo cual se logró gracias a que se tomó la iniciativa de capacitar en relación con una Acción Esencial para la Seguridad del Paciente (AESP) por mes, aunado al trabajo sobre todo del Personal de Enfermería en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM 2018, para la Certificación del Consejo de Salubridad General (CSG).

EVENTOS ADVERSOS Y SU PREVALENCIA 2018-2024



Memoria Anual del 2023 COCASEP

El reforzar los temas de Seguridad del Paciente, de forma paulatina, ha permitido que se implante cada vez más la Cultura de Seguridad del Paciente con una política saludable y ética con el paciente.

TABLA 02: RESULTADO DE ENCUESTA DE CULTURA DEL SEGURIDAD DEL PACIENTE.

PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE					
RANGO	2019	2020	2021	2022	2023
RANGO ALTO	10	10	10	10	10
RANGO PROMEDIO	8.27	7.84	8.36	7.96	8.86
RANGO BAJO	5	3	5	0	8

Plan de Cultura y Seguridad del Paciente 2023.



Capacitación en Seguridad del Paciente al personal del Hospital de la Comunidad de Naolinco.

No.	Nombre del evento	Lugar del evento	Fecha	Número de personas capacitadas
1	AESP.1	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO	Enero	52
2	AESP.2		Febrero	72
3	AESP.3		Marzo	80
4	AESP.4		Abril	119
5	AESP.5		Mayo	53
6	AESP.6		Junio	115
7	AESP.7		Julio	97
8	AESP.8		Agosto	53

Plan de Cultura y Seguridad del Paciente 2023.

A continuación se presenta el Proceso para el Análisis Causa-Raíz de los EA en el Hospital de la Comunidad de Naolinco:

Proceso de la AESP.7 del Hospital de la Comunidad de Naolinco.

Procedimiento

Nombre: 7.5. Procedimiento para el análisis Causa-Raíz de los eventos adversos.

Objetivo: Definir las causas de los eventos adversos con objetivo de identificar las acciones preventivas y/o correctivas del plan de mejora.

Frecuencia: Cada que se detecte un evento centinela.

Normas y políticas de Operación

Normas o políticas:

- El Gestor (a) de Calidad es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- Los Eventos Centinela deben ser reportados al Gestor (a) de Calidad al momento que se suscite el evento.
- El Gestor (a) de Calidad y colaboradores deben poseer una conducta ética y de tacto profesional tanto para con los pacientes como para el personal que labora en el Hospital de la Comunidad de Naolinco, en cumplimiento con el Código de Ética.
- El Gestor (a) de Calidad será el responsable de: difundir, capacitar, dirigir y evaluar la notificación. Además de dar seguimiento y resiliencia del proceso de reporte de incidentes de salud.
- El Análisis Causa-Raíz deberá estar conformado por: Gestor (a) de Calidad, Director (a) del Hospital, Administrador (a) del Hospital, Jefe (a) del Departamento de Enfermería y Jefes (as) de Área que tuvo relación con el Evento Adverso.
- Los integrantes del equipo que llevará a cabo el Análisis Causa-Raíz deberán realizar los siguientes pasos:
 - Decidir el nivel de gravedad del Evento Adverso.
 - Recopilar información del Evento Adverso.
 - Elaborar mapas de los hechos para el Evento Centinela.
 - Diagrama de Ishikawa para el Evento Centinela.
 - Categorizar las causas y analizar las barreras para el Evento Centinela.
 - Realizar cronograma de actividades para elaborar estrategias de mejora y plan de acción para el caso de evento centinela.
 - Realizar el informe final y entregar el informe al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- Para realizar el Análisis Causa-Raíz se requiere de:
 - El Gestor (a) de Calidad y colaboradores conozcan el método de Análisis Causa Raíz (ACR).
 - Poseer recursos para llevar a cabo el análisis.
 - Acceso y fuentes de información que sea necesaria.
 - Personal que sea confiable, que resguarde los resultados obtenidos del Análisis Causa-Raíz.
 - Apoyo de la Dirección del Hospital para realizar las acciones de mejora que resulte del análisis.
 - Llevar a cabo una sesión informativa de los resultados del análisis a todo personal involucrado en el incidente.
- El Departamento de Calidad deberá de informar en un plazo máximo de **siete días hábiles** a partir de la notificación del evento centinela.
- El Gestor (a) de Calidad deberá elaborar en un plazo máximo de **treinta días hábiles**, a partir de la fecha de notificación del Evento Centinela, la solución al Análisis Causa-Raíz detectado y presentar al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- El Gestor (a) de Calidad será el responsable de integrar la base de datos primaria de los incidentes de salud, la cual se retroalimenta de la información de los diferentes servicios del Hospital.
- El Gestor (a) de Calidad deberá realizar un análisis de forma semestral con el Equipo de Gestión de Incidentes de Salud, sobre la moda y frecuencia de los incidentes de salud, con el objeto de generar líneas de acción en la prevención de riesgos.
- El Gestor (a) de Calidad deberá elaborar y enviar a todos los Jefes (as) de Servicio el reporte mensual de los incidentes de salud notificados.

Se muestra el formato denominado: "REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS AESP.7" de la Unidad, elaborado por la M.E. Iris Rubí Sánchez Hernández y el Lic. Uriel Pérez Cambambia.

FOLIO PLATAFORMA: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO
REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS AESP.7

No. FOLIO: HCN/AESP.7		Fecha: / /	Tiempo: / /	AESP.7-VII/2023
CLASIFICACIÓN DEL INCIDENTE				
De medicación		De diagnóstico y equipo médico		
De los documentos del expediente clínico		De procedimientos quirúrgicos o médicos		
De los SMI		De catéter		
De Hemodinámica		De Laboratorio		
De Nutrición		De Imagenología		
De Otro:				
TIPO DE INCIDENTE				
Cualitativo: falta o error que no ocurrió.		Evento Adverso: incidente que produce daño leve o moderado al paciente.		
		Evento Centinela: hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad.		
Nombre del paciente		Diagnóstico	Edad	Sexo
Nombre del personal involucrado		Punto	Atendimiento	
Médicos tratantes involucrados		Especialidad	Fecha y hora del incidente	
Incidente: Nombre de manera breve y concisa, que describa la situación actual del paciente, incluya datos clínicos relevantes.				
Gravedad				
Descripción				
Incidente que pudo causar daño, pero fue evitado o incidente que ocurrió pero no causó daño.				
Incidente que causó un daño mínimo al paciente.				
Incidente que causó un daño significativo, pero no permanente al paciente.				
Incidente que tiene como resultado un daño permanente al paciente.				
Incidente que ocasionó directamente la muerte del paciente.				
¿Considera que se pudo haber evitado el evento adverso y cómo?				
¿Qué acciones se emprendieron y se brindaron informes al paciente o familiar del incidente?				
Elaboró: / Fecha y hora:				

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO		SS	SESVER
Fecha	Síntesis acciones a las que se comprometen las partes responsables. Anote fecha, nombre y firma en cada nota de seguimiento.		
SEGUIMIENTO			
Cierre del incidente: Especifique el estado actual y los resultados que justifiquen el cierre.			
Nombre completo y firma: / Fecha:			
Todos los casos fallidos, eventos adversos y eventos centinela deben de ser analizados en el COCASEP.			

ANVERSO

REVERSO

CONCLUSIÓN:

El Reporte de Eventos Adversos es muy importante para detectar áreas de oportunidad y elaborar el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente, Planes de Mejora Continua, disminuir las quejas, reducción de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), entre otras, ya que el contar con una base de datos nos ayuda a priorizar nuestras acciones con un enfoque proactivo, es decir prevenir de manera eficaz y eficiente los procesos haciéndolos más seguros.

Este reporte de Eventos Adversos aumentará en el momento en que el personal cambie la manera percibir a los Eventos Adversos, como algo negativo y punitivo, para percibirlo como la oportunidad de hacer las cosas mejor, y tener el compromiso de mejorar y no permitir que ocurra de nuevo. Las AESP son barreras que permiten detectar de manera oportuna que ocurran los Eventos Adversos, a mi manera de ver, el cambio de paradigma es personal, pero el favorecer la capacitación en la búsqueda de mejorar la Cultura de Seguridad del Paciente, nunca será trabajo desperdiciado sino una inversión para el futuro.



LA HISTORIA DE UN COCASEP

PRINCIPIOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CULTURA DE CALIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMBULATORIOS. (1RA. PARTE).

DRA. MARGARITA PÉREZ FUENTES

Nuestra Jurisdicción Sanitaria No. VIII-Veracruz, pertenece a los Servicios de Salud de Veracruz, es una de las once Jurisdicciones del Estado, dentro de su organización, cuenta con un Departamento de Calidad en Salud, desde el año 2001; en respuesta a las Políticas Nacionales del Sistema en Salud, inició con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, difundiendo y midiendo los Indicadores de Trato Digno, Organización de los Servicios y la Atención Médica Efectiva, con la herramienta gerencial INDICAS; además contaba con el Comité Jurisdiccional de Calidad de los Servicios de Salud, el cual en el año 2008, pasó a ser el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), secundario a la instrucción No. 117 emitida por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Desde este año en el seno del COCASEP Jurisdiccional, ha sido donde se han generado acuerdos en busca de la Mejora de la Calidad.

En este resumen compartiré como fuimos integrando los Programas de Calidad, qué temas tratamos en nuestras reuniones a lo largo de estos 12 años, quiénes han sido los Presidentes del Comité, cuáles han sido nuestros acuerdos, aciertos y desaciertos y las principales propuestas que se han implantado en nuestras Unidades de Salud Ambulatorias, en el seno del COCASEP.

2001

En el año 2001, Cuando dio inicio la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud; el Responsable de la Coordinación de Calidad a Nivel Estatal era el Dr. Saturnino Navarro Ramírez; y nuestra Jefa Jurisdiccional y Presidenta del Comité de Calidad Técnico, la (+) Dra. María Eugenia Alemán Ortega, la Subjefa y suplente la Dra. Patricia Josefa Marín Lozano, y la Secretaria Técnica y Responsable de Calidad Jurisdiccional la Dra. Rosa Elba Ramírez Castellanos; quienes dieron cumplimiento a las políticas de Salud en este periodo; difundiendo los índices para medir el Trato Digno, la Organización de los Servicios y los Indicadores de Atención Médica Efectiva, a través de la herramienta gerencial INDICAS, apoyadas por el staff jurisdiccional.

2008

En noviembre del año 2008, una servidora ingresa al Departamento de Calidad Jurisdiccional, año en el que el Comité Jurisdiccional de Calidad pasa a ser el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP); en este resumen como les comente hablaré de la historia lo largo de estos últimos 12 años; buscando reflejar que la calidad requiere dedicación, que no todas las buenas ideas, siempre dan resultado; que la historia se repite constantemente; que lograr una Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente, es difícil, por depender de los valores.

Empezamos en el año 2011, el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria y Presidente del COCASEP fue el Dr. Manuel Lila de Arce; este año tuvimos cuatro reuniones ordinarias; la primera el 27 de enero del 2011, en esta reunión se presentó la evaluación de los Programas de Aval Ciudadano, Sistema de Felicitaciones, Sugerencias y Quejas (FSQ), INDICAS y la memoria anual de COCASEP; se generaron tres acuerdos, y al cierre del año 2010, dos acuerdos pasaron a ser permanentes el Primero: Consistió en la difusión de la misión y visión en las reuniones de todos los programas, el Segundo: Informar mensualmente a la Coordinación de Atención Médica la situación de las felicitaciones, sugerencias y quejas (FSQ), en esta ocasión se cancelaron dos acuerdos, uno fue el de contar con cuadros con misión y visión, y el otro el de revisar la misión y visión por el Comité, esto secundario a la publicación por Nivel Estatal. Se generaron tres nuevos acuerdos:

Primero: Revisar el Manual de Felicitaciones, sugerencias y quejas (FSQ).

Segundo: Revisar las funciones del Comité.

Tercero: Enviar los avances por zona y unidad de salud del primer monitoreo del Aval Ciudadano a la Coordinación de Atención Médica.

Dos acuerdos no se cumplieron, el de Reintegrar el Subcomité del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (el cual se retomó nuevamente), el otro realizar un protocolo para el estudio de tiempos del médico en la Unidad de Salud Ambulatoria. Cabe mencionar que en el mes se concluyen los acuerdos del año, previo evaluando lo cumplido y no cumplido.

En la reunión del día 21 de julio del año 2011, se presentaron los avances de los Programas de Calidad. De los acuerdos, se canceló la reunión para revisar el Manual de FSQ, secundario a cambios del sistema a Nivel Federal, se cumplieron los pendientes y seguía en proceso la Reinstalación del Subcomité del Expediente Clínico Integrado y de Calidad.

El 29 de septiembre del mismo año, nuevamente se presentan los avances de los Programas de Calidad, el documento de la Reseña Anual con el que participamos en el premio a la Memoria Anual del COCASEP emisión para primer nivel, informando al Comité que fuimos ganadores de la Reseña Anual del COCASEP por la DGCES; destacando dentro de la reseña haber implantado la estrategia de COCASEP por zonas; y el acuerdo de este día fue: convocar a las reuniones al Responsable de las Farmacia de Genérico Intercambiable.

Y el día 24 de noviembre del 2011, se presentan además de los Programas mencionados, los resultados de la aplicación de la Cédula de Acreditación, y se generan dos acuerdos el Primero: Dar continuidad al reconocimiento de los acreedores de una felicitación, y el Segundo: Que se informe antes de los primeros cinco días después de la apertura del buzón, para otorgar oportunamente el reconocimiento; con esto concluimos nuestras reuniones

En el 2012 el (+) Dr. José Raúl Zamora Hernández Jáuregui, fue el Jefe de la Jurisdicción y Presidente del COCASEP Jurisdiccional, este año tuvimos cinco reuniones ordinarias y dos extraordinarias, la primera fue el día 24 de febrero, se presentan los resultados de los Programas de Calidad, y la reseña anual; los acuerdos se cumplen incluyendo la reintegración del Subcomité del Expediente Clínico, y los referentes al Sistema de FSQ; y se genera un compromiso el cual es recompensar a quien sea acreedor a tres felicitaciones con un día en el año.

Los días 30 de marzo y 25 de abril del mismo año, se realizan dos reuniones extraordinarias, secundarias al tema de acreditación, porque se nos pidió de nivel Federal, evaluar el impacto de la acreditación, en la primera, se presenta el plan para la medición y en la segunda los resultados. No se generaron acuerdos.

El día 26 de julio del año 2012, fue la segunda reunión ordinaria, en donde se presentaron los resultados de los Programas incluyendo el del MECIC por primera vez, secundario a que una servidora instaló un archivo local que concentraba la evaluación del apego a la NOM-004-SSA3-2012, y obteníamos resultados por unidad, por dominio, por zona, por municipio y jurisdiccional; surge de aquí una sola Hoja de Consentimiento Informado para nuestra Jurisdicción,



para homologar un formato que cumpliera en ese entonces con la NOM-168-SSA1-1998.

En esta reunión se generaron cinco acuerdos, el Primero: Enviar a los coordinadores los requisitos de la hoja frontal, la guía de integración del expediente y la hoja de consentimiento informado, el Segundo: Enviar a la Coordinación de Calidad el documento de consentimiento informado, el Tercero: Solicitar la validación del documento, el Cuarto: Replicar los avances de las líneas de acción por zona, y el Quinto: Presentar la evaluación en las sedes correspondientes (esto secundario a que a cada supervisor se le asignó sede, actualmente no existen).

El día 27 de septiembre de ese año, nuevamente se presentaron los resultados de los programas de calidad y se cumplen tres de los acuerdos previos en proceso dos de ellos. Y la última reunión del año fue el día 29 de noviembre, se presentan los cambios de la NOM-168-SSA1-1998 por la NOM-004-SSA3-2012, se generan tres compromisos, el Primero: Entregar la NOM-004-SSA3-2012 a Atención Médica para su difusión en las Unidades, el Segundo: Entregar la nueva norma a los directores y responsables de unidades, y el Tercero: Entregar las evidencias a Nivel Estatal de la difusión en el 100% de Unidades, se cumplen dos acuerdos pendientes de la reunión anterior.

En el año 2013, continuaba el (+) Dr. Zamora; este año tuvimos cinco reuniones ordinarias, la primera fue el día 31 de enero, se presentan los avances de los Programas de Calidad, en esta reunión se cumplió un acuerdo el de entregar la norma a la Coordinación de Atención Médica, estando en proceso concluir el de la entrega a los Directores de Unidades; se generan seis nuevos acuerdos, se retoma y es el Primero: Enviar a la Coordinación de Calidad Estatal las evidencias de la entrega de la NOM-004-SSA3-2012, el Segundo: Otorgar máximo 2 días en un año siempre y cuando no haya quejas, a los acreedores a felicitaciones; el Tercero: Las quejas de insatisfacción por cuotas se enviarán al Administrador, el Cuarto: Notificará en todas las áreas el Programa de Capacitación Jurisdiccional en el año, Quinto: Cada Coordinador, verificará el Programa de Capacitación Jurisdiccional, antes de hacer un compromiso con Nivel Estatal, Sexto: Notificar los cambios de Directores o Responsables de Unidades de inmediato a todas las Coordinaciones.

El día 21 de marzo del 2013, fue la segunda reunión del año; se presentó la Reseña Anual a la Memoria del COCASEP, y los avances de los Programas de Calidad, se cumplen seis acuerdos, y se genera uno nuevo, el cual consiste en enviar a las Unidades la propuesta de difusión del Tablero de Calidad como parte del Proyecto de Calidad.



El 30 de mayo de ese mismo año, se realizó la Tercera Reunión y se presenta la estrategia de sedes para la instalación y capacitación de Avaes Ciudadanos, con los Responsables de Centros de Salud; se generan tres nuevos acuerdos el Primero: Enviar una relación donde no está funcionando el Aval Ciudadano a los integrantes del COCASEP que eran del Sindicato, Segundo: Los representantes sindicales visitaron como integrantes del COCASEP, las Unidades donde no funcionaba el Aval Ciudadano, y Tercero: Reunión con el Responsable de Primer Nivel y Zonales, para definir la fecha de capacitación Calidad Percibida para el personal responsable de Unidades que no asistieron, en fechas que fueron convocados, y se cumple un acuerdo que estaba pendiente.

El 25 de julio del mismo año, fue la Cuarta Reunión, se presentaron los avances de los Programas de Calidad, y el Dr. Andrés Figueroa Palencia presentó la estrategia de capacitación a distancia de las Guías de Práctica Clínica (GPC). En esta reunión de los tres acuerdos generados previamente dos se cumplen y uno está en proceso, y se generan nuevamente tres, el Primero: Retroalimentar con el listado de casos de EDAS, en el menor de 5 años, a la Coordinación de Atención Médica para la búsqueda intencionada de casos, y cotejo con fuentes primarias, el Segundo: Las observaciones, sugerencias o recomendaciones a las GPC,



serán por escrito y dirigidas al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria, con copia al Departamento de Calidad, anexando evidencias científicas y, Tercero: Los créditos de la capacitación médica continua en GPC, se concentrarán semestralmente y se enviarán a la Coordinación de Enseñanza para el registro y entrega de constancia.

El día 28 de noviembre del 2013, toma posesión el Dr. Lorenzo Castañeda Pacheco, como Presidente del COCASEP, en esta reunión se presentaron los avances de los Programas de Calidad, enfatizando en la Acreditación, la necesidad de capacitaciones y mejoras en la infraestructura, se cumplen dos acuerdos y dos continúan en proceso, se generan cuatro nuevos compromisos, el Primero: Apoyar con vehículo para realizar aperturas de buzón, el Segundo: Apoyar con insumos en los casos que aplique combustible para mantener funcionando el sistema MANDE, el tercero: Enviar cronograma de visitas a unidades de los tres equipos de supervisión del próximo año para coordinarse y mantener funcionando el MANDE y cuarto enviar oficio a las Unidades de Salud que cuenten con Trabajo Social para que se apegue a la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

En el 2014, continúa el Dr. Lorenzo Castañeda Pacheco, en este año hubo cuatro reuniones, la Primera Reunión fue el día 30 de enero; en esta reunión se presentaron los avances de las Líneas de Acción de Calidad, se destacan las funciones del COCASEP y la de los integrantes; se presentan los resultados de la encuesta RADAR, y los resultados del Proyecto de Educación Médica Continua a distancia de las Guías de Práctica Clínica (GPC), de las diez principales causas de morbilidad jurisdiccional, incluyendo la revisión de GPC de Dengue. En esta reunión se cumplen tres acuerdos del año previo que estaban pendientes y uno no se logra cumplir; se generan cuatro nuevos acuerdos, el Primero: Dar seguimiento a los oficios de las sugerencias del Aval Ciudadano, el Segundo: Enviar una semana antes de la reunión el acta preliminar a los integrantes del COCASEP Jurisdiccional; Tercero: Realizar observaciones y recomendaciones de la reunión correspondiente durante las 72 horas posterior a su envío, una vez que se cumpla el tiempo, se haya recibido o no observaciones, el acta quedará aprobada, y Cuarto: Dar seguimiento a las Unidades que no han cumplido con el Programa de Capacitación Médica continua a distancia de Habilidades para la consulta de las GPC para que se pongan al corriente en el proyecto.



El 27 de marzo del 2014, fue la Segunda Reunión del año, se presentó la Reseña de la Memoria Anual del COCASEP, y los Resultados de la Encuesta Nacional “La Voz de los Avaes Ciudadanos”; y se enfatiza en el tema de acreditación, se cumplen los acuerdos previos y se generan dos acuerdos, el Primero: Apoyar con el recorrido y visita a la zona de Zempoala y unidades cercanas para seguimiento al proyecto Aval Ciudadano y MANDE; el Segundo: Enviar copia de programación de capacitación al Departamento de Calidad en los temas que son obligatorios en la Acreditación.



El 30 de mayo de ese mismo año, se realiza la Tercera Reunión, se presentan los resultados de los Programas de Calidad, incluyendo ya los resultados de las GPC, y la Lic. Enf. Eduwiges Rodríguez Recio, presenta la “Hoja de Enfermería en Unidades Médicas”, con el objetivo de impulsar la profesionalización del personal de enfermería. En esta reunión se generaron tres nuevos acuerdos, el Primero: Autoevaluar el apego a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico a partir del 3er. Trimestre 2014;

el Segundo: Presentar sus resultados del MECIC en el seno del COCASEP, buscando oportunidades de mejora, y Tercero: No se integrarán los Subcomités en las Unidades de 5 Núcleos Básicos o más, este secundario que en los COCASEP de estas unidades se presentan los resultados de todos los Proyectos de Calidad, actualmente ya no es así por Lineamiento está instalado en todas las Unidades de 5 Núcleos Básicos o más.

El día 25 de septiembre del 2014, fue nuestra cuarta reunión, se presentaron los Resultados de los Proyectos de Calidad, haciendo mayor énfasis en el proyecto de Guías de Práctica Clínica (GPC), se generaron cuatro nuevos acuerdos, el Primero: Capacitar a los Avaes Ciudadanos de acuerdo a la integración de las sedes, el Segundo: Dar seguimiento a la evaluación del apego a la NOM-004-SSA3-2012, el Tercero: Concientizar a los directivos para que faciliten el acceso y el conocimiento de las GPC. Incluyendo en el Plan de Contingencia de la Unidad, y Cuarto: Dar seguimiento y evaluar el Plan y la integración de la carpeta específica de las guías de las diez principales demandas de atención, por los Equipos Zonales de Supervisión y la Coordinación de Calidad.

Así concluimos estos cuatro años del 2011 al 2014, se logró la Mejora de la Calidad implantando en los Proyectos Estrategias o Acciones, como en Acreditación se integraron los COCASEP de zonas; en MECIC se logró evaluar y agrupar la información con la realización de un archivo para concentrar las evaluaciones, además se inició la autoevaluación en las Unidades de 5 Núcleos Básicos y más la aportación de la Hoja de Consentimiento Informado;



en las Guías de Práctica Clínica (GPC) dio inicio la estrategia del curso a distancia de GPC de las principales causas de morbilidad jurisdiccional, incluyendo el tema de dengue, y se integró una de la carpeta con las principales GPC impresas para su consulta; se implantó el modelo del Tablero de Calidad para la difusión de los resultados de los Programas de Calidad; por parte de la Jefatura de Enfermería aportó la “Hoja de Enfermería de Unidad Médica”; además se reforzó constantemente el Programa de Aval Ciudadano y el Sistema de Felicitaciones, Sugerencias y Quejas, como pudieron ver en los acuerdos, fueron muchas acciones y constantes reuniones con el tema, hasta lograr un funcionamiento del Programa; en la herramienta gerencial INDICAS, desde estos años ya se insistía en la búsqueda intencionada de casos de EDAS en menores de cinco años, y a la fecha continuamos con este reto en nuestros Centros de Salud; con satisfacción les comparto que nuestro principal logro como Comité fue ganar el premio a la Memoria Anual del COCASEP, que otorgó la DGCEs en la categoría Jurisdicción Sanitaria; y ser ponente con este tema en el Foro Nacional e Internacional de Calidad, en la Cd. de México en el año 2011.

Uno de los desaciertos en esta etapa a mi punto de vista, fue que el Comité otorgará un día como reconocimiento por felicitaciones recibidas, a la fecha no se otorga este estímulo, actualmente cuando hay un reporte por felicitaciones, además de ingresar al Sistema Unificado de Gestión, se da un reconocimiento por escrito a través de un oficio por parte del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria. Continuaremos con los siguientes años...



AVAL CIUDADANO

EN EL HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA

DRA. MARÍA INÉS MÉNDEZ GUZMÁN

El Aval Ciudadano es un mecanismo de participación ciudadana que avala la transparencia de los resultados y la Mejora del Trato Digno en los Servicios de Salud, e impulsa la rendición de cuentas para recuperar la confianza ciudadana en las Instituciones de Salud.

Participar en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) cuando se incluyan en el orden del día aspectos que afecten a la participación ciudadana en salud.

Por lo consiguiente en el Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón se ha trabajado conjuntamente con el Aval Ciudadano desde el año 2007, de manera ininterrumpida, mismos que se encuentran avalados por su Acta de Instalación.



Los Avaless Ciudadanos no son trabajadores del Sector Salud, sin embargo son personas comprometidas con su sociedad, que dedican parte de su tiempo y esfuerzo de manera individual o grupal, para la mejora continua de sus Unidades Médicas, su misión es escuchar a los pacientes y a las familias, dentro de sus funciones se encuentran las siguientes:

Aplicación de encuestas a los usuarios de las Unidades Médicas y a los profesionales de la salud, para conocer la opinión de los usuarios en relación a la calidad percibida.

Difundir los Decálogos de Derechos de las y los Pacientes.

Durante todos estos años el Aval Ciudadano ha desarrollado actividades cuyas acciones van encaminadas a mejorar el Trato Digno de los servicios que brinda nuestra unidad, mismas que ha desarrollado de forma independiente y responsable para recuperar la confianza de la sociedad, con el propósito de formar un enlace entre la unidad y los usuarios que pueda mostrar su voz y opinión respecto a la calidad percibida de la atención, así como también mejorar la imagen, y las instalaciones de la Unidad Médica.

A continuación se mostrará como ha evolucionado la participación del Aval Ciudadano:

En el año 2007, se instaló por primera vez en el Hospital Regional de Xalapa, la figura del Aval Ciudadano, misma que no fue bien aceptada por el cuerpo de gobierno, ya que lo consideraban un ente extraño que no tenía la autoridad para sugerir situaciones relacionadas con el hospital, así pasaron varios años hasta que se fue posicionando, en el año 2012 participó en Proyectos de Mejora que se realizaron en el Hospital, avalando los recursos del proyecto que ganó el Hospital en el año 2013.

Su participación siempre ha sido muy activa en capacitaciones al personal, reuniones de trabajo para dar seguimiento a las sugerencias descritas en las Cartas Compromiso en relación al Tiempo de Espera, Trato Digno y Comunicación Efectiva, su mayor preocupación también se enfocó en que el personal y los usuarios identificaran la figura del Aval, continuando con sus actividades de difusión, y capacitación.

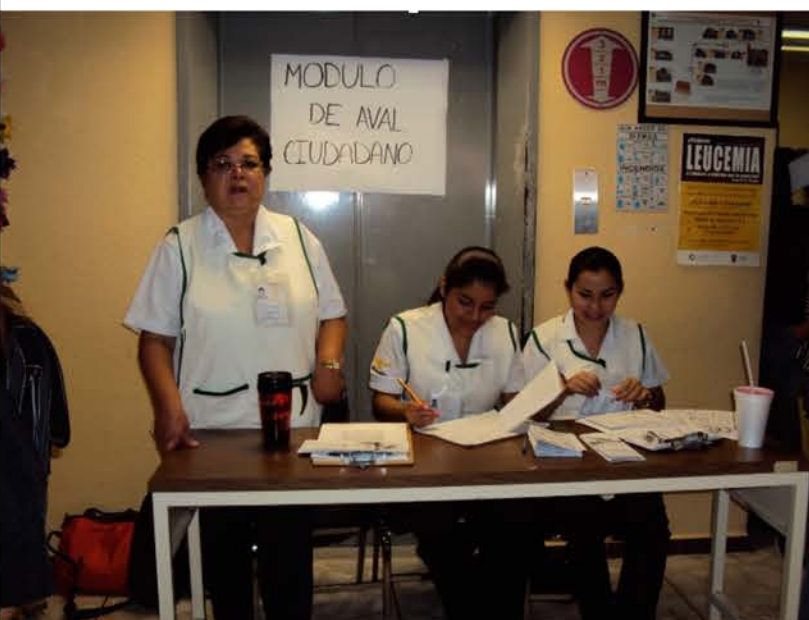
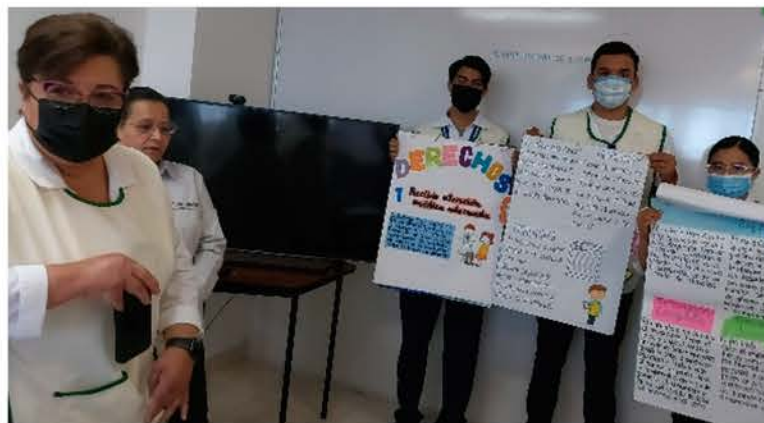


En el 2016 los Avaes Ciudadanos crearon un Programa de Trabajo donde incluyeron a los Estudiantes de Enfermería, para distribuir sus actividades como la Aplicación de Encuestas, la Difusión de los Derechos de los Pacientes, así como dar a los usuarios la ubicación de los buzones del SUG, en caso de identificar que quisieran realizar felicitaciones, quejas, o sugerencias, indicándoles la existencia de los formatos FUSA donde pueden elaborar sus Solicitudes de Atención, e incluso cuando identifican una situación en el que los usuarios requieren del apoyo de un directivo les indican donde esta ubicado el Módulo de Atención al Usuario y/o a la Coordinación de Calidad de la Unidad Médica para su apoyo.

En el 2015 los Avaes Ciudadanos, debido a que tanto el usuario como el personal no los identificaban, se dieron a la tarea de diseñar Mandiles con los colores que identificaban al Programa de Construir Ciudadanía en Salud e iniciaron con la colocación de un Módulo provisional para dar atención a la población que acudía al Hospital, así fue como los usuarios identificaron que los Avaes Ciudadanos eran las personas a las que podían hacer sus sugerencias, y quienes les informaban en relación a sus Derechos en las salas de espera.

Del 2016 al 2019, continuaron con actividades dentro de la Unidad, es importante señalar que en este período los Avaluos Ciudadanos ya eran reconocidos en el Hospital, y eran vistos como las personas que se involucraban en las actividades propias de la Unidad, para este tiempo todas las sugerencias realizadas en las Cartas Compromiso se fueron cumpliendo, como por ejemplo: mejorar la imagen exterior del Hospital con pintura para el exterior, mejorar las condiciones de los baños para pacientes, cambio de bancas de la sala de espera, colocación de Domo en la entrada de urgencias para que los familiares no se mojaran cuando era temporada de lluvias, rótulo para el área de Urgencias.

Es importante señalar que los alumnos de la Universidad Veracruzana de Enfermería elaboraron trípticos y algunos carteles para las pláticas en la Consulta Externa.



Durante el 2020 al 2022 en la Pandemia ante Covid-19, a pesar de que no era posible acudir a las instalaciones, para aplicar las encuestas, no dejaron de participar en las actividades de capacitación al personal y cuerpo de gobierno de manera virtual.



TRATO DIGNO CONSIDERA:

- El respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona.
- Que la información que se le proporciona al usuario sobre la situación por la que acude a los Servicios de Salud sea completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, usuario o acompañante.
- El trato amable hacia los usuarios de los Servicios de Salud para que la relación personal de salud - usuario sea de la máxima calidad humana.



AVAL CIUDADANO HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA



TRATO DIGNO SIGNIFICA:

- Que profesamos diferentes valores y costumbres que deben ser respetadas.
- Que somos individuos diferentes con derecho a pensar y reaccionar de acuerdo a nuestra manera particular.
- Que seguimos diversas ideologías, costumbres y religiones que deben ser respetadas.
- Que se debe comprender por el momento que está pasando el individuo que acude a los Servicios de Salud.

GUÍA OPERATIVA DEL AVAL CIUDADANO

Monitoreo Ciudadano como Método para Fomentar la Participación Ciudadana en la Transparencia y Mejora de la Calidad del Trato Digno

A finales del año 2022 los Avaes Ciudadanos con la finalidad de impactar más en el usuario, diseñaron material visual para explicar cuáles son las funciones de Aval Ciudadano, los Derechos de los Pacientes, ubicación de los buzones e incluso hasta la Cartera de Servicios del Hospital, de igual manera se dieron a la tarea de diseñar rotafolios para las pláticas en las salas de espera y áreas de hospitalización.

CONCURSO

DÍA MUNDIAL DE HIGIENE DE MANOS

DRA. MARÍA JOSÉ PÉREZ GARCÍA

La Coordinación de Calidad en Salud, lanzó la Convocatoria "Concurso Día Mundial de Higiene de Manos 2024", en su Primera Edición, dirigido a las 11 Jurisdicciones Sanitarias, 56 Unidades Hospitalarias, 5 CAPASITS y CETS, cuyo objetivo fue: Promover la Higiene de Manos como una medida eficaz y económica para prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) y a la diseminación de microorganismos multirresistentes. Esto con el fin de conmemorar y realizar actividades alusivas para la celebración del 05 de mayo de 2024, "Día Mundial de Higiene de Manos". En dicha convocatoria, se notificó que existían tres modalidades: cartel, video y Tik Tok, con sus respectivos requisitos.



Los trabajos se recibieron hasta el día 05 de mayo del año en curso, se contó con la participación de 8 Jurisdicciones Sanitarias y 24 Hospitales, con un total de 70 participantes. Se realizó la recepción de 85 trabajos, debido a que algunos Establecimientos de Atención Médica participaron en las tres modalidades, obteniendo:

- **31** Carteles.
- **21** Videos.
- **33** Tik tok.

C
A
R
T
E
L



MODALIDAD: TIK TOK:

Dr. Jorge Enrique Castellanos García, Lic. Ruth Noemí Domínguez Cervantes, Lic. Víctor Manuel García Cárdenas, Lic. Massiel Cruz Ambrosio, Dra. Rosalinda Colunga Escamilla y Lic. Marlen Ruiz Gómez, pertenecientes al Hospital de la Comunidad de Tempoal, Jurisdicción Sanitaria I - Pánuco.



GANADOR

DÍA MUNDIAL DE HIGIENE DE MANOS

El día 05 de julio de 2024, se realizó la premiación de los galardonados de manera física en la Segunda Sesión Ordinaria del Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS) 2024, donde se les hizo entrega de su Diploma, Reconocimiento y un premio sorpresa.



Asimismo, el día 09 de julio de 2024, se realizó la entrega física de los premios a los galardonados pertenecientes al Hospital de la Comunidad de Tempoal, Ver., que no pudieron acudir a dicho evento.

De igual forma, se les entregaron premios a los Gestores (as) de Calidad en Salud, pertenecientes a las Unidades Médicas ganadoras, por la excelente difusión de la convocatoria del concurso, felicitando a la L.N. Claudia Hernández Portela, M.S.P. Juan Edwin Armenta Mauricio y M.B.A. Melva Dennis Del Ángel Zumaya.



MODALIDAD CARTEL:

L.E. Zurisadai Mota Limón, perteneciente al Hospital General de Minatitlán, Jurisdicción Sanitaria XI – Coatzacoalcos.

MODALIDAD VIDEO:

M.P.S.S. Adonai Vargas Martínez, perteneciente al Centro de Salud Orizaba, Jurisdicción Sanitaria VII – Orizaba.

Es importante señalar que el día 08 de mayo de 2024, se llevó a cabo la publicación virtual de los ganadores en el Micrositio de la Coordinación de Calidad en Salud.

CREACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

MTRA. MARÍA DOLORES CARRASCO ZAMORA

En la 25ª Reunión Ordinaria de la Junta de Gobierno de Servicios de Salud de Veracruz, llevada a cabo el 4 de septiembre de 2003, se tomó el Acuerdo No. 230, que a la letra menciona lo siguiente: "Esta Junta de Gobierno, aprueba la creación de la Coordinación Estatal de Calidad y la Transición del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) a PRO-SALUD, en esta última se integran los Programas: PROCEDES, OPORTUNIDADES y SEGURO POPULAR; Así mismo, las modificaciones al Reglamento Interior en los términos planteados y en donde se incluyen estas Unidades, por lo que se remitirá a la Secretaría General de Gobierno para la publicación respectiva en la Gaceta Oficial del Estado. Se procede a la firma del organigrama que contempla la creación de esas áreas y se suprime la Coordinación del Programa de Ampliación de Cobertura; Por otra parte, deben adicionarse en los Manuales del Organismo las Nuevas Unidades".



El Acuerdo fue publicado en la Gaceta Oficial, el 7 de noviembre de 2003, es importante destacar que el Reglamento Interior de Servicios de Salud de Veracruz fue modificado mediante reforma, publicada en la Gaceta Oficial del Estado No. 174, de fecha 31 de agosto de 2004, reformándose los Artículos 2º Párrafos Segundo y Sexto; y 14, del Reglamento Interior de Servicios de Salud de Veracruz, en donde se enlistan 12 atribuciones a la Coordinación Estatal de Calidad.

Por lo anterior a partir de 2003 se cuenta en Servicios de Salud de Veracruz con la Coordinación Estatal de Calidad, siendo los titulares:

No.	Periodo	Secretario (a) de Salud y Director (a) General de Servicios de Salud de Veracruz	Periodo	Coordinador (a) Estatal de Calidad
1	1998-2004	Dr. Mauro Loyo Verela.	2003-2010	Dr. Saturnino Navarro Ramírez.
	2005-2009	Dr. Jon G. Rementería Sempté.		
	2009-2010	Fr. Luis Fernando Antiaga Tinoco.		
2	2010-2013	Dr. Jorge Pablo Anaya Rivera.	2010-2013	Dr. Oscar Martínez Uribe.
3	2013-2014	Lic. Juan Antonio Nemi Dib.	2013-2016	Dr. Gabriel Alonso Núñez.
	2014-2016	Dr. Fernando Benítez Obeso.		
4	2016-2018	Dr. Arturo Irán Suárez Villa.	2016-2018	Lic. Ana Luisa Bautista Villegas.
5	2018-2022	Dr. Roberto Ramos Alor.	2018-2024	Mtra. María Dolores Carrasco Zamora.
	2022-2023	Dr. Gerardo Díaz Morales.		
	2023-2024	Dra. Guadalupe Díaz del Castillo Flores.		

Al día de hoy el nombre oficial es Coordinación de Calidad en Salud, depende del Secretario (a) de Salud y Director (a) General de Servicios de Salud de Veracruz, las atribuciones se encuentran en el Artículo 12 del Reglamento Interior de Servicios de Salud de Veracruz, publicado en la Gaceta Oficial del Estado, Núm. Ext. 478, en el Tomo CXCV, el miércoles 30 de noviembre de 2016.

La Coordinación de Calidad en Salud tiene la responsabilidad de establecer, coordinar, conducir y asesorar las actividades inherentes al proceso de gestión de calidad dentro del marco de las políticas nacionales y estatales en materia de calidad de los Servicios de Salud y de seguimiento a los siguientes Programas implementados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud: Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC), Construyendo Ciudadanía en Salud “Aval Ciudadano”, Encuestas de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD), Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS II), Modelo de Gestión de Calidad en Salud (MGCS), Sistema Unificado de Gestión (SUG), Seguridad del Paciente, Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica mediante Algoritmos de Atención Médica (PESIGPC), Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS), Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), mismos que están alineados con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y el Consejo de Salubridad General (CSG), respectivamente.

Actualmente en la Coordinación de Calidad en Salud, existe un gran compromiso por la mejora de la calidad en salud, ya que se ha impulsado y reforzado el cumplimiento en la ejecución de

todos los programas de Calidad y Seguridad del Paciente, en los 56 hospitales, y 11 Jurisdicciones Sanitarias, realizando un diplomado, seminarios y cursos de capacitación, tanto presenciales como virtuales, dirigidos a Gestores (as) de Calidad, personal médico, personal paramédico y administrativo. Entre otras acciones no menos importantes, se encuentra la creación del Micrositio de Calidad el cual es una Guía de los Programas de Calidad, debido a que contiene la normatividad y formatos de los mismos, así mismo facilita la entrega de la documentación solicitada, se realizan supervisiones y asesorías de forma presencial a cada Gestor (a) de Calidad, lo cual impacta en la implementación idónea de cada programa.

Con el fin de garantizar la capacidad, seguridad y calidad de la atención en los Establecimientos de Salud de Servicios de Salud de Veracruz, se realizó asesoría para la Acreditación de Establecimientos de Salud, cerrando con 723 Unidades Médicas Acreditadas, es importante mencionar que derivado del DECRETO por el que se reforma,

adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar (Publicado en el DOF: 29/05/2023), donde se reformó el Artículo 77 Bis 9 de la Ley General de Salud, mediante el cual se estableció que a partir de su publicación quedó derogada la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica.



Coordinación de

CALI

Es a través del Comité Estatal de Calidad en salud (CECAS), en donde se tomaron acuerdos importantes en temas concernientes a la Calidad de la Atención Médica, en conjunto con personal del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), IMSS-BIENESTAR, Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, Hospital Naval de Antón Lizardo, ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), SEDENA (Secretaría de la Defensa Nacional), CODAMEVER (Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz), Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón Veracruz (CRIT).



El nivel de resolución del Sistema Unificado de Gestión (SUG, Quejas, Sugerencias, felicitaciones y/o Solicitudes de Atención), ha aumentado substancialmente, al resolver de forma oportuna cada solicitud y aplicando acciones de mejora en todos los Establecimientos, en cuanto al Programa de Aval Ciudadano, a la fecha se cuenta con 670 Avaless Ciudadanos.



IDAD

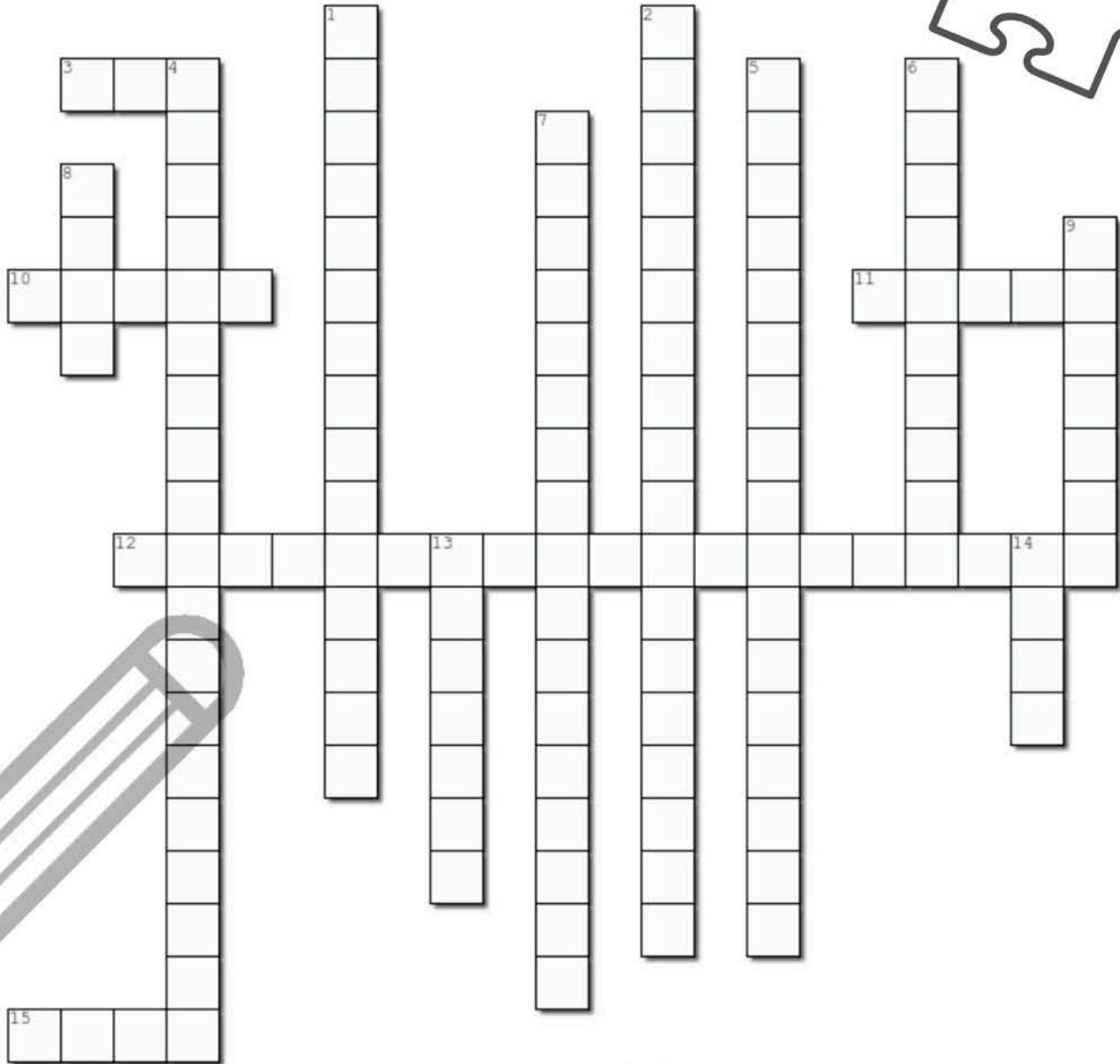
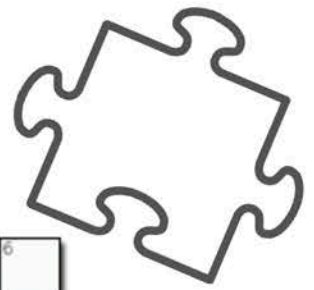
en Salud



La Seguridad del Paciente es un tema muy importante para la Coordinación de Calidad, por lo cual se ha implementado la aplicación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en cada Establecimiento de Salud, a través de capacitaciones presenciales y virtuales, asesorías para elaboración de Manuales de Procesos y Procedimientos, implementando en todo momento Barreras de Seguridad para evitar Eventos Adversos; así mismo a través de la conmemoración de los Días Internacionales de Higiene de Manos y de la Seguridad del Paciente, en donde cada Gestor (a) de Calidad ha coordinado, sensibilizado en la importancia de la Seguridad para nuestros pacientes a todo el personal de salud.



El compromiso por la Calidad en Salud, en los Servicios de Salud de Veracruz, es evidente a través de la evolución que se presenta desde sus inicios en el año 2003, logrando alcanzar un nivel de madurez óptimo que impacta en el esfuerzo, involucramiento y compromiso de todo el personal de los Servicios de Salud de Veracruz, hacia la mejora continua de la calidad y la excelencia en sus servicios.



CRUCIGRAMA

HORIZONTAL

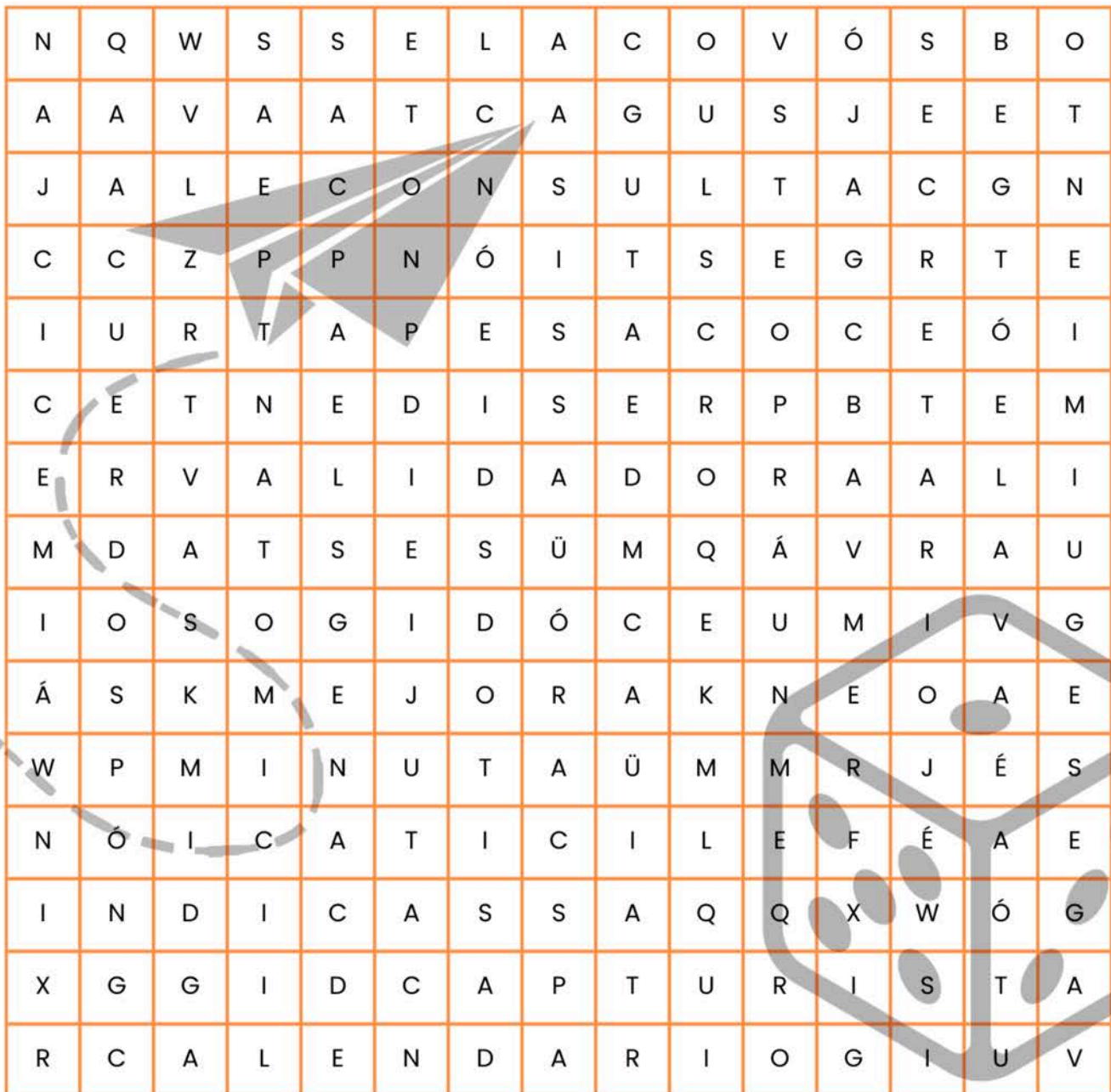
3. Es un canal de comunicación a través de buzones, módulos, que permite que los usuarios participen expresando su opinión sobre la calidad de los servicios otorgados.
10. Es un instrumento diseñado para evaluar la calidad de los registros en el Expediente Clínico.
11. ¿Cuántas fases se incluyen durante el proceso del MUEC?
12. ¿Cómo se llama la fase 2 del MUEC?
15. ¿Cómo se llama el documento que se encuentra en los Buzones del SUG para realizar su queja, felicitación o sugerencia?

VERTICAL

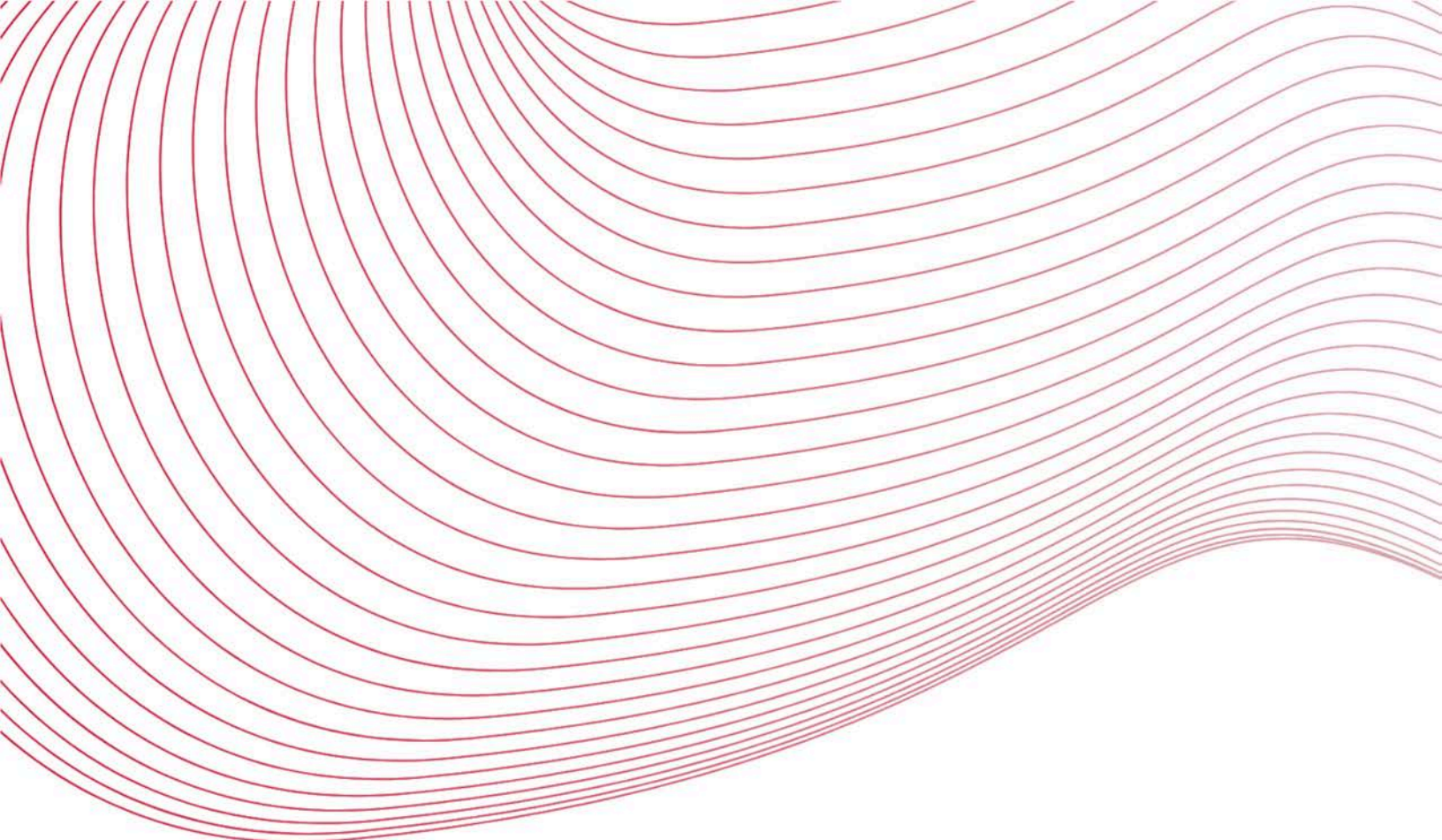
1. ¿Cómo se llama la fase 1 del MUEC?
2. Una de sus funciones es elaborar Acta de Instalación, y/o Minutas de las sesiones.
4. ¿Cómo se llama la fase 5 del MUEC?
5. ¿Cómo se llama la fase 3 del MUEC?
6. Su función es Vigilar el cumplimiento de los lineamientos que rigen el funcionamiento del Subcomité del Expediente Clínico.
7. ¿Cómo se llama la fase 4 del MUEC?
8. Es un proceso de evaluación de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los Establecimientos de Atención Médica (EAM).
9. Una de sus funciones es coordinar al interior del Establecimiento Médico la operación de la metodología para evaluar de manera periódica el apego a la normatividad del Expediente Clínico (MECIC).
13. ¿Cuál es la norma que contiene los requisitos para el Expediente Clínico?
14. ¿Cuántas fases se incluyen durante el proceso del MUEC?

PROGRAMAS DE CALIDAD EN SALUD

Instrucciones: Encuentra en la sopa de letras las palabras relacionadas con los Programas de Calidad (las palabras se pueden encontrar en cualquier dirección).



- FELICITACIÓN.
- QUEJA.
- GESTIÓN.
- VALIDADOR.
- CAPTURISTA.
- CONSULTA.
- PRESIDENTE.
- SECRETARIO.
- VOCALES.
- ACTA.
- CALENDARIO.
- SEGUIMIENTO.
- MINUTA.
- ACUERDOS.
- PLAN.
- MEJORA.
- COCASEP.
- AVAL.
- SUG.
- SESTAD.
- INDICAS.
- MECIC.
- MUEC.
- CÓDIGOS.



SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

DIRECCIÓN GENERAL
COORDINACIÓN DE CALIDAD EN SALUD
NOVIEMBRE 2024



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



SS
Secretaría
de Salud

**VERA
CRUZ**
ME LLENA DE ORGULLO