



SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD

DICIEMBRE, 2024.

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten initials]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020

ÍNDICE		Pág.
INTRODUCCIÓN		1
I.	OBJETIVO DEL MANUAL	2
II.	MARCO JURÍDICO	3
III.	PROCEDIMIENTOS	9
1.	PROCEDIMIENTO PARA EL SISTEMA DE ATENCIÓN CIUDADANA (ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS USUARIAS Y GESTIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES).	9
2.	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS.	40
3.	PROCEDIMIENTO PARA EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	73
4.	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE LOS INCIDENTES DE SALUD.	90
5.	PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS.	116
6.	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	130

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020

7.	PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD (INDICAS).	140
8.	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS PARA VERIFICAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC).	155
9.	PROCEDIMIENTO PARA PROYECTOS DE MEJORA INSTITUCIONAL.	167
10.	PROCEDIMIENTO PARA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL INER.	181
IV.	AUTORIZACIÓN DEL MANUAL	189

✓




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020 Hoja 1 de 189

INTRODUCCIÓN

El presente documento integra el objetivo del manual, marco jurídico e información de los procedimientos, flujogramas y formatos a utilizar en el desempeño de actividades de las personas que laboran en el Departamento de Calidad con sustento en la Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad de Pacientes, su familia y personal del Instituto.

La integración de este manual ha sido realizada por el Departamento de Calidad, con la asesoría y sanción del Departamento de Planeación y autorizado por la Dirección General.

El presente manual se actualizará de acuerdo con los cambios en la normatividad aplicable, ante la necesidad de realizar revisiones que permitan mantenerlo actualizado y/o cuando así lo considere la Dirección General del Instituto.

La difusión del mismo estará a cargo del Departamento de Calidad, de forma que todas las personas adscritas al Instituto conozcan y lleven a cabo su correcta aplicación y permanecerá para su consulta en el portal institucional.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020 Hoja 2 de 189

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los lineamientos, políticas, normas y el desarrollo de las actividades que se llevan a cabo en el Departamento de Calidad, con la finalidad de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones de las personas que integran el área, dando cumplimiento a la normatividad aplicable en calidad, y en conjunto con los objetivos institucionales.

4/E

CP

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020 Hoja 3 de 189

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos.

DOF 05-02-1917. Última reforma publicada en el DOF 02-12-2024.

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

DOF 29-12-1976. Última reforma publicada en el DOF 28-11-2024.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

DOF 14-05-1986. Última reforma publicada en el DOF 08-05-2023.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

DOF 26-05-2000. Última reforma publicada en el DOF 11-05-2022.

Ley General de Protección Civil.

DOF 06-06-2012. Última reforma publicada en el DOF 21-12-2023.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

DOF 11-06-2003. Última reforma publicada en el DOF 01-04-2024.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

DOF 25-01-2017.

Ley General de Salud.

DOF 07-02-1984. Última reforma publicada en el DOF 07-06-2024.

[Handwritten mark]

[Handwritten marks: a vertical line, a large 'G' with a '#' inside, and a 'P' below it]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020 Hoja 4 de 189

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

DOF 04-08-1994. Última reforma publicada en el DOF 18-05-2018.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

DOF 18-07-2016. Última reforma publicada en el DOF 27-12-2022. Sentencia de la SCJN con declaratoria de invalidez del Decreto de reforma DOF 27-12-2022, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de noviembre de 2023.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

DOF 29-06-1992. Última reforma publicada en el DOF 01-04-2024.

Ley Federal de Austeridad Republicana.

DOF 19-11-2019. Declaratoria de invalidez de artículos por Sentencia de la SCJN notificada al Congreso de la Unión para efectos legales el 06-04-2022 y publicada DOF 02-09-2022.

Ley de Planeación.

DOF 05-01-1983. Última reforma publicada en el DOF 08-05-2023.

Ley General de Archivos.

DOF 15-06-2018. Última reforma publicada en el DOF 19-01-2023.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

DOF 02-08-2006. Última reforma publicada en el DOF 29-12-2023.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

DOF 01-02-2007. Última reforma publicada en el DOF 26-01-2024.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020 Hoja 5 de 189

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

DOF 25-06-2002. Última reforma publicada en el DOF 14-06-2024.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

DOF 30-05-2011. Última reforma publicada en el DOF 14-06-2024.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

DOF 09-05-2016. Última reforma publicada en el DOF 01-04-2024.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

DOF 04-05-2015. Última reforma publicada en el DOF 20-05-2021.

CÓDIGOS

Código Civil Federal.

DOF 26-05-1928. Última reforma publicada en el DOF 17-01-2024.

Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares.

DOF 07-06-2023. Última reforma publicada en el DOF 04-06-2024. Declaratoria de invalidez de artículos por Sentencia de la SCJN notificada al Congreso de la Unión para efectos legales el 14-08-2024.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

DOF 26-01-1990. Última reforma publicada en el DOF 23-11-2010.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020 Hoja 6 de 189

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

DOF 11-06-2003.

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

DOF 11-03-2008. Última reforma publicada en el DOF 14-03-2014.

Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

DOF 23-09-2013.

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.

DOF 13-05-2014. Última reforma publicada en el DOF 09-12-2015.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

DOF 05-04-2004, Última reforma publicada en el DOF 17-12-2014.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

DOF 30-11-2012.

ACUERDOS

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

DOF 06-07/2017.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020 Hoja 7 de 189

LINEAMIENTOS

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección; y los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.

DOF 18-08-2015.

Lineamientos para la creación y uso de Sistemas Automatizados de Gestión y Control de Documentos.

DOF 03-07-2015.

Lineamientos en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal.

DOF 18-09-2020.

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

DOF 12-07-2019.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

DOF 17-08-2020.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020 Hoja 8 de 189

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.

DOF 30-08-2019.

DOCUMENTOS NORMATIVOS

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
05-11-2020.

Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
17-10-2022.

WR 4/E

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 9 de 189

**1. PROCEDIMIENTO PARA EL SISTEMA DE ATENCIÓN CIUDADANA
(ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS USUARIAS Y GESTIÓN DE QUEJAS,
SUGERENCIAS Y FELICITACIONES)**





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 10 de 189

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Orientar, apoyar y asesorar a las personas usuarias sobre el uso de los servicios de salud que requieren, así como de la captación de quejas, sugerencias, felicitaciones o solicitudes de gestión de la atención de los servicios que le han sido proporcionados, a través de canales de comunicación eficientes y eficaces entre los/as prestadores/as de servicios de salud y ciudadanía, con el fin de mejorar la capacidad resolutoria de la atención que contribuya a la mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios.

2.0 ALCANCE

- 2.0 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas adscritas al Departamento de Calidad, en específico al personal asignado al Módulo de Atención al Usuario.
- 2.1 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a todas las personas de las áreas directas e indirectas que participan en los procesos de atención a las personas usuarias de servicios en el Instituto.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Departamento de Calidad, en colaboración con el personal adscrito deben mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad,

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 11 de 189

transparencia, evitando la duplicidad de funciones, con el fin de cumplir con las estrategias establecidas.

- 3.2 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.3 Las personas adscritas al Departamento de Calidad, deben capacitarse de forma regular en temas relacionados al trato y atención de las personas usuarias.
- 3.4 Las personas asignadas al Módulo de Atención de Usuarios son responsables de la atención a las personas usuarias en horario de 08:00 a 17:00 horas de lunes a viernes en días hábiles en cumplimiento al Sistema Unificado de Gestión (SUG), para la atención y seguimiento de las necesidades que presenten las personas usuarias, las cuales pueden ser:
 - 3.4.1 Quejas.
 - 3.4.2 Felicitaciones.
 - 3.4.3 Sugerencias.
 - 3.4.4 Gestiones de atención y/o información, que solicite el/la paciente o familiar responsable del/la paciente.
 - 3.4.5 Orientación y apoyo a los/las pacientes y/o familiares, con la colaboración y asesoría de las personas responsables de las diferentes áreas del Instituto, a través del equipo multidisciplinario e interinstitucional, utilizando los instrumentos de comunicación a su alcance y usando su criterio en el ámbito de la atención al público.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 12 de 189

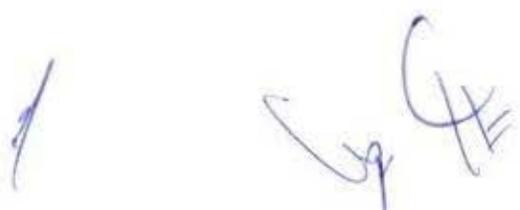
3.5 Los comentarios recabados respecto a quejas, sugerencias felicitaciones y/o solicitudes de gestiones pueden recibirse a través de las siguientes vías:

- 3.5.1 Verbalmente, por el/la paciente o familiar responsable de este.
- 3.5.2 Formato libre depositado en los buzones de atención a la persona usuaria.
- 3.5.3 Correo electrónico: calidad@iner.gob.mx
- 3.5.4 Atención telefónica en el número 55 5487 1700 ext. 5606
- 3.5.5 Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) INER-CALIDAD-04 entregado directamente en el Módulo de Atención al/la Usuario/a.

3.6 El personal del módulo de atención al/el usuario/a debe documentar todos los comentarios recabados vía verbal, telefónica y/o por escrito, transcribiendo la información en el Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) INER-CALIDAD-04.

3.7 El personal administrativo del Departamento de Calidad debe abastecer semanalmente o acorde a las necesidades los Formatos de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (INER-CALIDAD-04) en los buzones establecidos en los Centros de Información y Comunicación para el registro de los comentarios, así como verificar que los buzones se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento y cumplan con los lineamientos establecidos por los programas nacionales. Para esta acción el Instituto cuenta con 23 buzones distribuidos en las siguientes áreas:

- 3.7.1 Módulo de Atención a Usuario/as/Kiosko (cajas)
- 3.7.2 Sala de espera principal de admisión
- 3.7.3 Laboratorio Clínico



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 13 de 189

- 3.7.4 Sala de Espera del Servicio de Urgencias Respiratorias
- 3.7.5 Farmacia CIENI
- 3.7.6 Módulo de Preconsulta
- 3.7.7 Módulo Universal
- 3.7.8 Consulta Externa de Neumología Adultos
- 3.7.9 Consulta Externa de Neumología Pediátrica
- 3.7.10 Servicio Clínico de Neumología Pediátrica
- 3.7.11 CIENI
- 3.7.12 Departamento de Investigación en Tabaquismo y Epoc
- 3.7.13 Banco de Sangre
- 3.7.14 Servicios de Cuidados Intensivos Respiratorios
- 3.7.15 Servicio de Medicina del Sueño
- 3.7.16 Servicio de Cirugía de Tórax y Recuperación
- 3.7.17 Servicio Clínico 6 y Hospital de Día
- 3.7.18 Servicios Clínicos 3 y 4
- 3.7.19 Servicios Clínicos 1 y 2
- 3.7.20 Dirección General
- 3.7.21 Medicina Nuclear
- 3.7.22 Imagenología
- 3.7.23 Estomatología

3.8 La persona titular del Departamento de Calidad es responsable de elaborar el cronograma anual de trabajo, en conjunto con el aval ciudadano, para el recorrido semanal por los buzones de recolección de los formatos depositados en los mismos. Las fechas de apertura de los buzones debe documentarse en el calendario de apertura del Buzón SUG.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 14 de 189

- 3.9 La apertura de los buzones para la recolección de quejas, sugerencias y felicitaciones, debe realizarse por las personas asignadas al Módulo de Atención del/a Usuario/a en compañía del aval ciudadano autorizado o de la persona institucional de enlace del programa de gratuidad vigente, como mecanismo de transparencia.
- 3.10 El personal administrativo adscrito al Departamento de Calidad debe registrar las quejas, sugerencias y felicitaciones recabadas en la apertura de buzones, en el formato "Acta de apertura del buzón de atención ciudadana (Queja, Sugerencia y Felicitación) Institucional" y en la "Minuta de apertura del Buzón SUG" que correspondan en la plataforma electrónica de la Dirección General y Educación en Salud (DGCES), a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), así como en la base de datos electrónica del año correspondiente para su control, análisis, seguimiento y gestión en cumplimiento con los términos del SUG.
- 3.11 Las quejas, sugerencias y felicitaciones deben codificarse conforme a lo que establece la Codificación Buzón QFS.
- 3.12 Para dar trámite y gestión a los comentarios expresados por las personas usuarias, deben contener mínimo los siguientes datos y/o por lo menos el dato señalado como indispensable, de acuerdo con la instrucción 288/2011 Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (MANDE) y el Lineamiento para el uso de la herramienta "Sistema Unificado de Gestión Atención y Orientación al/ el Usuario/a de los Servicios de Salud (SUG)" que a continuación se enlistan:
- 3.12.1 Nombre (s) completo(s), primer apellido y segundo apellido.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 15 de 189

- 3.12.2 Número de expediente clínico.
- 3.12.3 Firma de la persona que realiza el comentario; paciente, familiar o representante legal.
- 3.12.4 Correo electrónico y/o número telefónico de la persona que desea conocer y/o recibir la notificación y resolución de la queja.
- 3.12.5 Ciudad/ Estado de origen.
- 3.12.6 Número telefónico (indispensable).
- 3.12.7 Servicio médico que utilizó.
- 3.12.8 Fecha en que se realiza el comentario.
- 3.12.9 Fecha en que utiliza el servicio.
- 3.12.10 Descripción de los eventos.

3.13 Las quejas, sugerencias y felicitaciones, deben ser validadas a través del medio de contacto que hayan registrado en el comentario y/o con la persona que pueda confirmar (sea paciente o familiar), para lo cual el personal debe realizar hasta 3 intentos para contactar a la persona usuaria en horarios y/o días diferentes. Durante la validación del mismo se le referirá a la persona el seguimiento que se le dará con el área correspondiente. Teniendo como evidencia el Formato de Validación INER-CALIDAD-05, el cual se adjunta al Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) INER-CALIDAD-04. Lo anterior en un plazo máximo de 9 días hábiles.

3.14 Los documentos improcedentes se registran en la base de datos del año corriente, sin que éstos sean gestionados, quedando registrado el motivo de la improcedencia de las quejas, sugerencias y felicitaciones que contengan:

- 3.14.1 Lenguaje soez, vulgar o prosaico.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 16 de 189

- 3.14.2 Exhibe tendencias a favor de personajes o instituciones político-partidistas.
 - 3.14.3 Solicitud de atención ilegible o poco clara en su descripción.
 - 3.14.4 Solicitud de atención cuyo contenido no corresponda a un servicio propio del INER.
 - 3.14.5 Temporalidad mayor a tres meses a partir de la fecha en que sucedió el hecho.
 - 3.14.6 Que no puedan ser validadas.
- 3.15 Los comentarios o solicitudes que no cumplan con lo requerido en la política 3.14 y que cuenten con una de las características del numeral 3.15 de este procedimiento se consideran improcedentes y/o no serán gestionados; solo serán capturados y reportados en el informe cuatrimestral:
- 3.15.1 Los comentarios que no cuenten con información suficiente para la identificación del/a usuario/a se consideran de carácter anónimo y se realizará su captura y reporte en el informe mensual y semestral. En estos casos, el comentario solo será gestionado si se trata de una cuestión significativa para la implementación de acciones de mejora.
- 3.16 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben realizar los oficios correspondientes a las áreas o servicios en los que se generó el comentario de queja, sugerencia, felicitación, a fin de que éstas elaboren acciones de mejora que contenga medidas preventivas o correctivas para evitar su recurrencia.






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 17 de 189

- 3.17 Los comentarios que no cuenten con información suficiente para la identificación de la persona usuaria se considerarán de carácter anónimo, estos deben ser capturados y reportados en el informe mensual y semestral, sin ser gestionados.
- 3.18 Los comentarios no validados o anónimos que sean de relevancia en la atención proporcionada a la persona usuaria se harán de conocimiento al área correspondiente en forma de notificación.
- 3.19 La persona titular del Departamento de Calidad debe autorizar y firmar los oficios generados conforme al numeral 3.16 para ser remitidos en un plazo máximo de 10 días hábiles a partir de la recepción del comentario (Queja, sugerencia y/o felicitación).
- 3.20 La persona titular del Departamento de Calidad debe solicitar la respuesta de la queja al área involucrada, en un periodo de resolución máximo de 10 días hábiles posteriores a la emisión del oficio mencionado en el numeral 3.19. En caso que el Departamento de Calidad no reciba respuesta de la queja pasado el plazo establecido, realizará un escalamiento de la misma a la jerarquía superior inmediata con copia a la persona titular de la Dirección de Área.
- 3.21 En caso de una queja de alto impacto, queja frecuente (ver glosario), la persona titular del Departamento de Calidad debe enviar en un máximo de 24 horas a partir de la fecha de recepción, la solicitud de análisis a las personas titulares de la Dirección y Subdirección de las áreas involucradas mencionados en los comentarios, con un periodo de resolución máximo de 5 días naturales y realizando envío de acciones de mejora implementadas para otorgar atención de calidad.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 18 de 189

- 3.21.1 En caso de una queja de alto impacto (ver glosario) vinculada con acciones que puedan tener consecuencias legales relacionadas con un proveedor de servicios específico del Instituto, se enviará vía correo electrónico notificación del oficio a las personas titulares de la Dirección General, el Departamento de Asuntos Jurídicos y Unidad de Transparencia, y la Subdirección de Recursos Humanos y Organización, además de las personas titulares de las áreas involucradas.
- 3.21.2 Las quejas, sugerencias o solicitudes de gestión que involucren incidentes de salud (ver glosario) se priorizan considerando las consecuencias para el/la paciente/usuario/a en caso de no atender inmediatamente la solicitud de atención, de acuerdo al grado de prioridad.
- 3.22 En caso de sugerencia, el Departamento de Calidad debe solicitar respuesta con la propuesta de las acciones de mejora en un plazo máximo de 15 días naturales. En caso de que el Departamento de Calidad no reciba respuesta de la sugerencia pasado el plazo establecido, realizará un escalamiento de la misma a la jerarquía superior inmediata.
- 3.23 Cuando las personas titulares de las Direcciones, de Servicio o área consideran que el contenido registrado en el Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) es de naturaleza grave y de ello se pueden derivar responsabilidades administrativas y/o implicaciones legales, deben dar conocimiento a las autoridades u órganos competentes, incluidas las personas titulares de la Dirección General, el Departamento de Asuntos Jurídicos y Unidad de Transparencia, y la Subdirección de Recursos Humanos y Organización, a fin de que se tomen las medidas correspondientes. (Instrucción 288/11, pág.11).

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten initials: G, R]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 19 de 189

3.24 En el caso de las felicitaciones no personalizadas, la persona titular del Departamento de Calidad debe notificar vía oficio a las personas titulares de Departamento, Servicio u Oficina a efecto de que éste lo haga extensivo a su personal de forma verbal y este a su vez entregue la copia del oficio con firmas de acuse de enterado del Departamento, Servicio u Oficina al Departamento de Calidad en un plazo máximo de 10 hábiles. En caso de que el comentario sea personalizado, la persona titular del Servicio debe entregar una copia al personal felicitado, enviando acuse del oficio entregado al personal felicitado al Departamento de Calidad en un plazo máximo de 5 días hábiles.

3.25 Es responsabilidad de las personas adscritas al Departamento de Calidad ponerse en contacto con las personas usuarias (paciente o responsable legal, indicado en su expediente) que expresaron sus quejas o sugerencias y enviar los comentarios de resolución o acciones implementadas, en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a las propuestas recibidas por las áreas, Departamentos o Servicios por este Departamento; dicha información se hará de conocimiento a la persona usuaria a través de correo electrónico, telefónico o presencial, acudiendo el/la paciente o familiar responsable al Módulo de Atención del Usuario por la respuesta escrita. Lo anterior se considerará a elección del emisor.

3.25.1 En el caso de las notificaciones presenciales, se utilizará el Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención (FURSA), en el cual, se reportará en lenguaje simple y comprensible para la persona usuaria la respuesta y acciones implementadas según sea el caso. Tras su entrega, la persona usuaria debe firmar de notificado y una copia debe archivar en el Departamento de Calidad.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 20 de 189

- 3.26 El Departamento de Calidad debe documentar la realización y entrega de los FURSA y respuestas conforme a la Codificación de fin de procesos de SUG (FURSA).
- 3.27 Los datos personales otorgados por las personas usuarias que manifiesten sus comentarios, deben ser resguardados con entera confidencialidad como lo establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- 3.28 Si un área, Servicio o Departamento solicita el comentario que dio origen a la queja, sugerencia o felicitación (copia del documento), debe solicitar de manera escrita a la persona titular del Departamento de Calidad, describiendo el uso que se le dará a esta información solicitada.
- 3.29 En caso de que la persona usuaria, paciente o familiar solicite acuse de recibido del Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) (INER-CALIDAD-04), el Módulo de Atención al Usuario hará entrega de la copia del documento acusando de recibido.
- 3.30 Las personas asignadas al Módulo de Atención del Usuario resguardarán el Formato Unificado de Solicitud de Atención INER-CALIDAD-04 y el Formato de Validación INER-CALIDAD-05, los acuses de recibido de los oficios de notificación a los servicios involucrados, las respuestas emitidas por los Servicios y el Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención en original, tanto en archivo físico, como en electrónico. En el caso del archivo físico, los formatos originales se encontrarán engrapados en conjunto con el acuse del oficio de notificación oficial al Servicio responsable (sellado con fecha, hora y nombre de personal que

[Handwritten signatures]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 21 de 189

recibe) y la respuesta original del mismo Servicio. En el caso del archivo electrónico, los acuses de recepción deben de ser escaneados y organizados en carpetas por mes del año correspondiente, utilizando como nombre del archivo el folio del oficio enviado, seguido de la letra Q en caso de Queja, la letra N en caso de Notificación y la letra F en caso de Felicitación, seguido del nombre del Servicio involucrado (ejemplo: "INER DC CHE 13 2023 Q Urgencias". Las respuestas se guardarán con el mismo nombre del archivo correspondiente al acuse seguido de la palabra "RESPUESTA" (ejemplo: "INER DC CHE 13 2023 Q Urgencias RESPUESTA").

3.31 El Departamento de Calidad debe realizar la publicación mensual del Tablero del SUG para dar a conocer a las personas usuarias los resultados de las acciones preventivas y correctivas con base en las Solicitudes de Atención de los Usuarios, a fin de que la ciudadanía y personas usuarias conozcan las actividades emprendidas para la mejora de la calidad. Este será colocado fuera del Módulo de Atención al Usuario y en áreas estratégicas para la visibilidad y consulta de las personas usuarias para su consulta. El tablero consta de la siguiente información:

3.31.1 Número total de Solicitudes de Atención recibidas en las que se incluirán:

- 3.31.1.1 Quejas.
- 3.31.1.2 Sugerencias.
- 3.31.1.3 Felicitaciones.
- 3.31.1.4 Solicitud de Gestión.
- 3.31.1.5 Solicitudes de Atención anónimas.
- 3.31.1.6 Orientaciones.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 22 de 189

- 3.31.2 Sugerencias recibidas durante el mes reportado.
 - 3.31.3 Inconformidades (Quejas) recibidas durante el mes reportado.
 - 3.31.4 Felicitaciones recibidas durante el mes reportado
 - 3.31.5 El número de solicitudes resueltas corresponderá a:
 - 3.31.5.1 Quejas y sugerencias en las que se haya obtenido una respuesta con acciones de mejora consecuentes.
 - 3.31.5.2 Felicitaciones entregadas a las áreas correspondientes.
 - 3.31.5.3 Solicitudes de gestión atendidas.
 - 3.31.5.4 Orientaciones realizadas.
 - 3.31.5.5 Solicitudes anónimas notificadas.
 - 3.31.6 Las atenciones notificadas a la persona usuaria que corresponde al número de Formatos Unificados de Respuesta a la Solicitud de Atención (FURSA) entregados o informados vía electrónica y/o telefónica.
 - 3.31.7 Orientaciones, las cuales corresponden a información dada en el módulo al usuario, por ejemplo, ubicación de áreas específicas, informes sobre agendado de citas, documentación y horarios, etc.
 - 3.31.8 Solicitudes de Servicio, las cuales corresponden a acompañamientos realizados por el personal del Módulo de Atención al Usuario, o bien, aquellos que hayan sido redirigidos a la Oficina de Apoyo Técnico de la Dirección Médica.
- 3.32 Corresponde al personal adscrito del Departamento de Calidad:

A





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 23 de 189

- 3.32.1 Emitir el reporte mensual, previa validación de la persona titular del Departamento de Calidad y autorización de la Dirección General.
- 3.32.2 Entregar el informe a las Direcciones de área del Instituto, durante los primeros cinco días hábiles de cada mes y al Departamento de Informática para que la información sea anexada en la página Web del Instituto.
- 3.32.3 Llevar a cabo la captura de la información correspondiente, en la Plataforma del SUG para el registro, seguimiento y control de las solicitudes de atención recibidas a través del SUG para promover acciones de mejora y dar seguimiento al proceso de gestión de dichas solicitudes. El registro será realizado de acuerdo con las indicaciones vigentes establecido por la Dirección General de Información en Salud en su página oficial y/o en lo dispuesto en sus capacitaciones y oficios. Para llevar a cabo estas acciones el Departamento de Calidad es responsable de:
- 3.32.4 Llevar el registro de la bitácora de seguimiento de solicitud de atención vigente.
- 3.32.5 Asignar los perfiles de personas usuarias necesarios (capturista, validador y consulta) para la captura de la información.
- 3.32.6 La persona capturista y validador(a) son responsables de capturar, registrar y cambiar la semaforización de las solicitudes en la plataforma de acuerdo con su estatus de resolución.






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 24 de 189

- 3.33 El informe de quejas, sugerencias y felicitaciones, debe elaborarse de forma semestral y presentarse en el seno del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), por la persona titular del Departamento de Calidad.

✓

✓

✓
C
R
H

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 25 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Paciente, familiar y/o persona usuaria	1	Formula su queja, sugerencia y/o felicitación a través de las vías autorizadas y lo deposita en el buzón, cuando así corresponda. (Formato Unificado de Solicitud de Atención FUSA, Escrito libre, correo electrónico, llamada y/o mensaje telefónico, presencial)	FUSA INER-CALIDAD-04. Escrito libre. Correo electrónico. Llamada y/o mensaje telefónico.
Personas adscritas al Departamento de Calidad	2	Recolecta los formatos del buzón en presencia de la persona Aval Ciudadana o personal institucional de enlace del programa de gratuidad vigente.	Quejas, Sugerencias Felicitaciones
	3	Captura de forma consecutiva el contenido de los comentarios/formato en la base de datos, asignando número consecutivo de captura.	Base de datos
	4	Clasifica el comentario conforme a la Codificación buzón QSF origen, tipo, dirección, servicio, personal, turno donde se originó la Queja, Sugerencia y/o Felicitación y registra en el formato de validación	Codificación QSF INER-CALIDAD-05
	5	Clasifica las quejas, sugerencias y felicitaciones de acuerdo con su categoría y evalúa el impacto.	Evaluación

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 26 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
		¿Es de alto impacto y de carácter anónima la opinión expresada?	
	6	No. Continúa con la clasificación de acuerdo con su categoría para integrarse en el reporte. Termina el procedimiento.	
	7	Si. Inicia la gestión inmediata y registra la opinión en la base de datos. Buzón (año correspondiente), utilizando la lista de Codificación QSF, con la categoría de anónima.	
	8	Integra información, esquematizando los resultados en tablas y en forma gráfica referente a los comentarios expresados el mes anterior.	Tablas Gráficas
	9	Elabora informe por servicio generador, personal involucrado y categoría.	Informe
Titular del Departamento de Calidad	10	Recibe informe y firma oficio dirigido a la persona titular del servicio o área con copia a sus titulares superiores inmediatos, solicitando acciones preventivas y/o correctivas para su ejecución.	Oficio
Personal adscrito al Departamento de Calidad	11	Gestiona entrega del informe y oficio con cada área.	





Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Titular del Servicio o área	12	Recibe el documento y procede a realizar las acciones preventivas y correctivas.	Oficio
	13	Envía vía oficio las acciones implementadas a la persona titular del Departamento de Calidad para su revisión	
Titular del Departamento de Calidad	14	Recibe las acciones preventivas, correctivas o de mejora y verifica el análisis realizado por los Servicios o áreas. ¿Los Servicios o áreas cumplen con los tiempos para ejecución de las acciones preventivas y correctivas propuestas?	Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención
	15	No. Solicita a la persona titular del área complementar los puntos que no fueron considerados en las acciones preventivas y/o correctivas o de mejora. Regresa a la actividad 10.	
	16	Sí. Da seguimiento a las acciones preventivas, correctivas y de mejora. Continúa en la actividad 16.	
	17	Notifica a la persona usuaria la respuesta y acciones de mejora por la vía preferente del/la usuario/a.	





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 28 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
	18	Elabora reporte mensual del seguimiento de las acciones implementadas y de aquellas quejas que no se tenga respuesta.	Reporte mensual
	19	Envía mediante correo electrónico el reporte a las personas titulares de las áreas que implementaron acciones y los que no implementaron.	Reporte
	20	Entrega copia del informe a la persona titular de la Dirección General, con copia a las Direcciones de área, a través de oficio en un reporte electrónico vía correo electrónico.	Informe Oficio Correo electrónico
	21	Presenta el informe a la Dirección General y en las sesiones del COCASEP.	Informe
		Termina procedimiento	

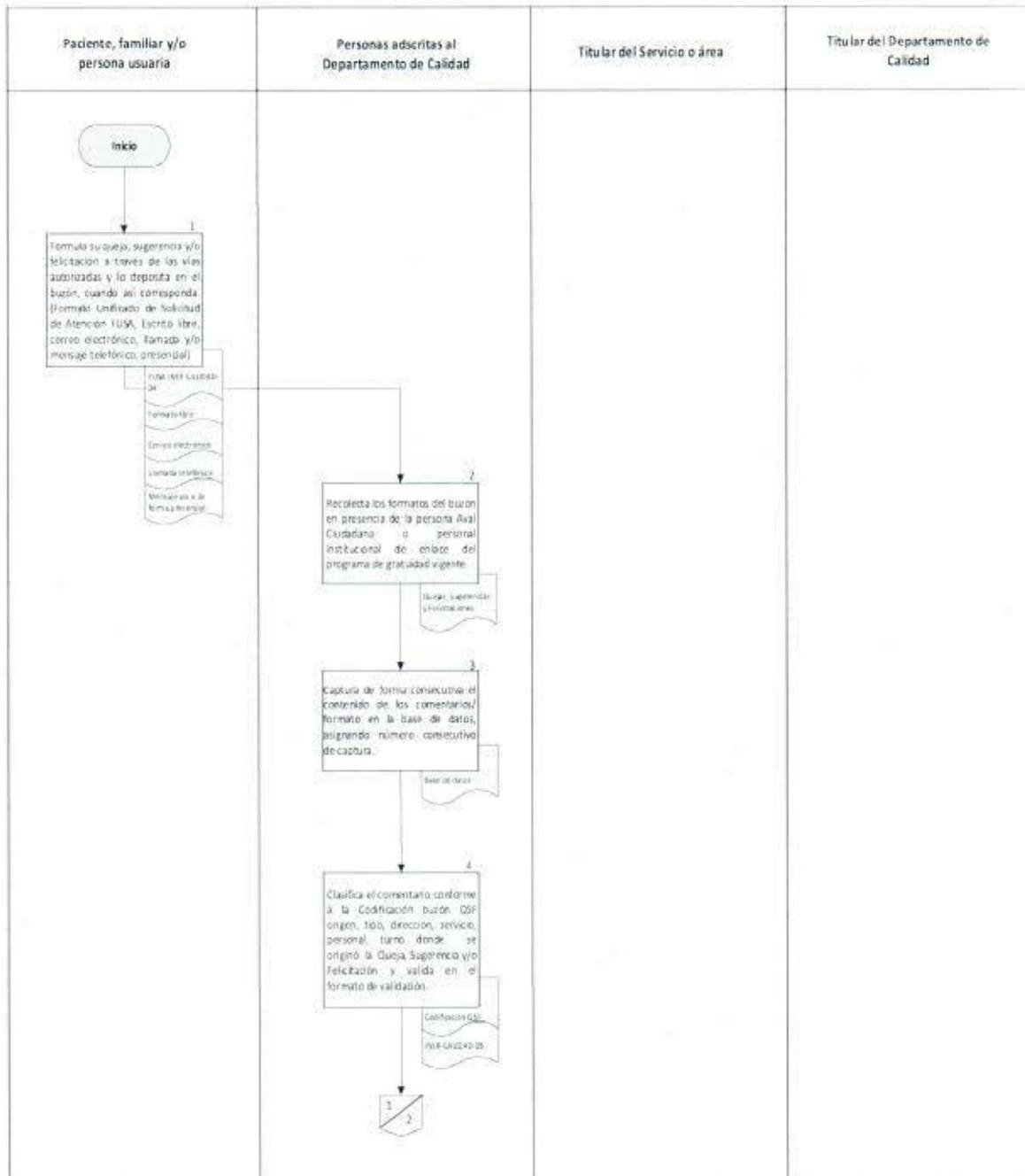
4

[Handwritten mark]

[Handwritten initials: CA, R]

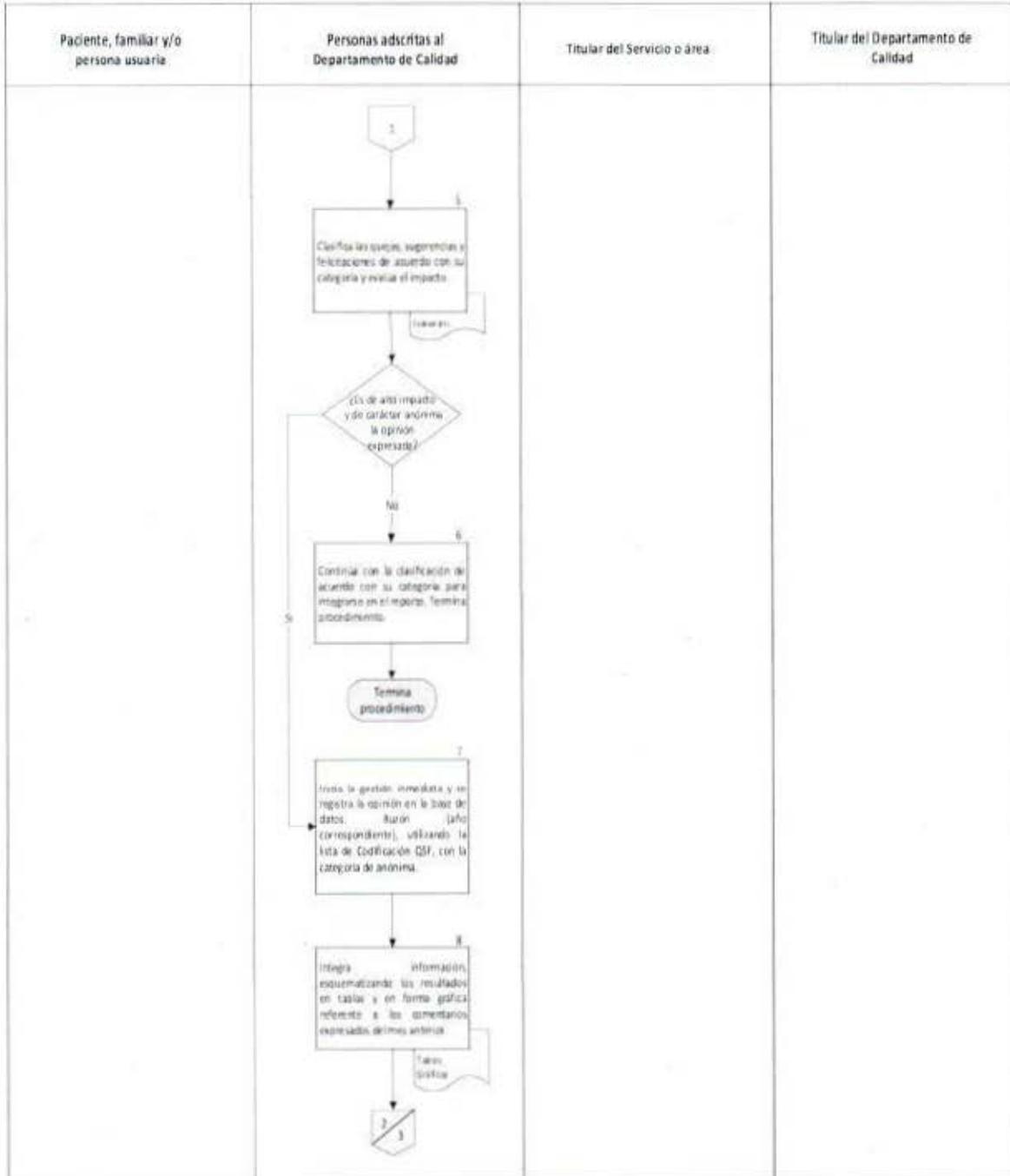


5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



[Handwritten signature]

[Handwritten signatures]



A

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE CALIDAD

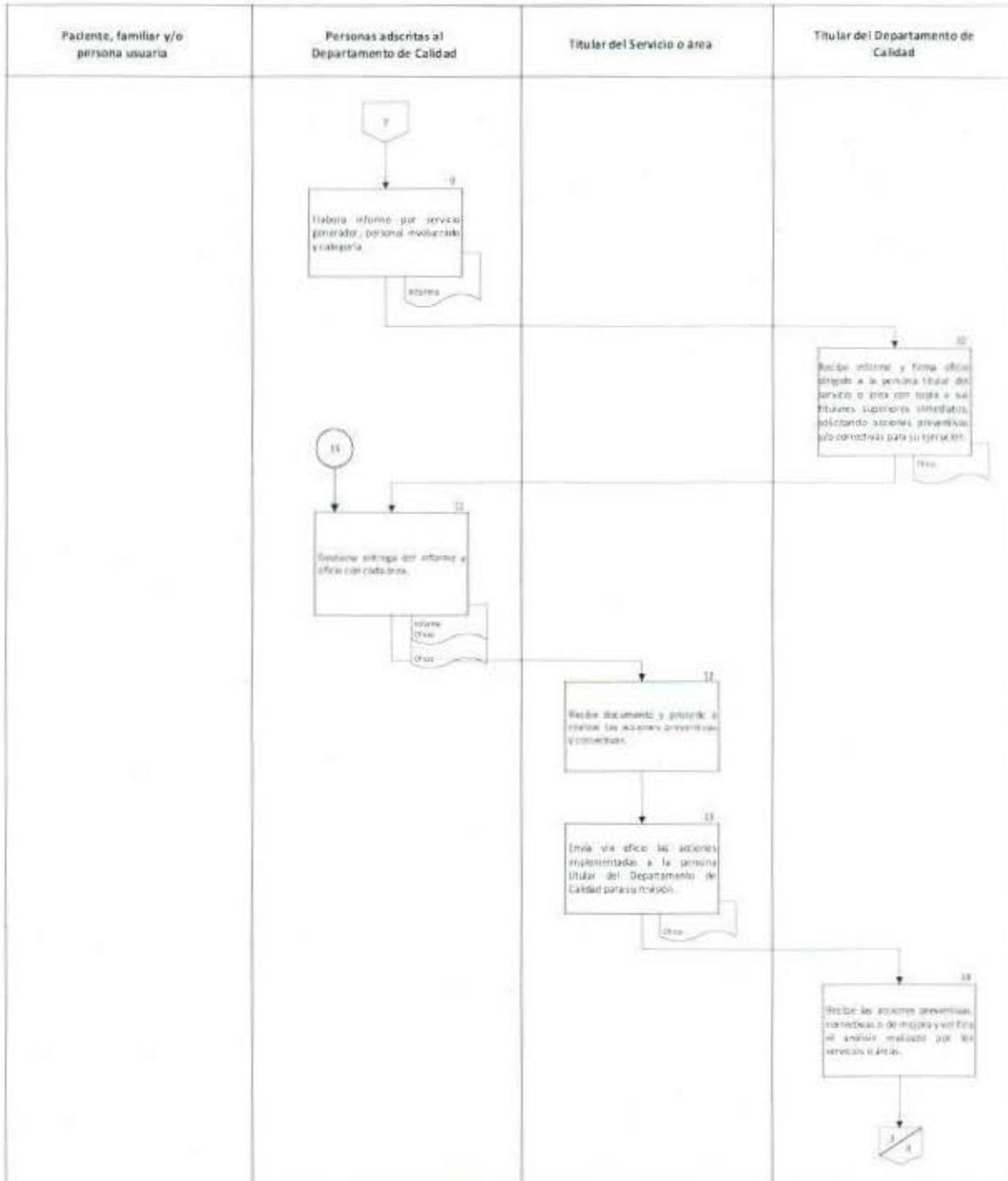
1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).



Rev. 5

Código:
NCDPR 020

Hoja 31 de
189



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE CALIDAD

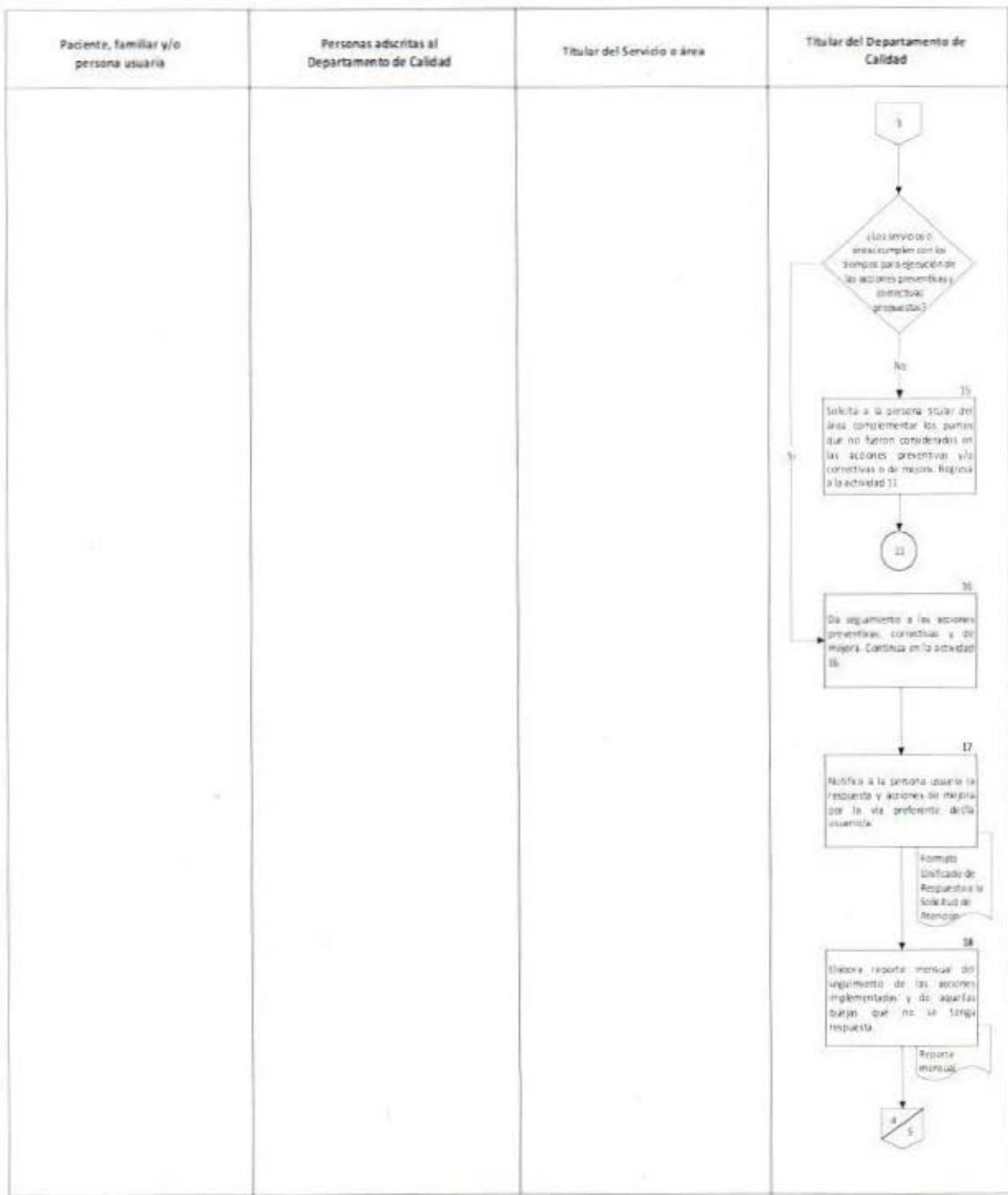
1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).



Rev. 5

**Código:
NCDPR 020**

**Hoja 32 de
189**



A

✓

GR



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE CALIDAD

1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).



Rev. 5

Código:
NCDPR 020

Hoja 33 de
189

Paciente, familiar y/o persona usuaria	Personas adscritas al Departamento de Calidad	Titular del Servicio o área	Titular del Departamento de Calidad
			<pre> graph TD 4{{4}} --> 19[19 Envía mediante correo electrónico el reporte a las personas titulares de las áreas que implementaron acciones y las que no implementaron.] 19 -- Reporte --> 20[20 Entrega copia del informe a la persona titular de la Dirección General, con copia a las Direcciones de Área, a través de oficio, en un reporte electrónico vía correo electrónico.] 20 -- Informe Oficio Correo electrónico --> 21[21 Presenta el informe a la Dirección General y en las sesiones del CDCASR.] 21 -- Informe --> End([Termina procedimiento]) </pre>

Handwritten signatures and initials in blue ink.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 34 de 189

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P
6.2 Instrucción 288/2011 SICalidad "Recomendaciones para la implantación del modelo de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones (MANDE), en los establecimientos médicos del sector salud".	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA)	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-04
7.2 Formato de Validación	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-05
7.3 Codificación Buzón QSF	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.4 Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención (FURSA)	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.5 Base de datos	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.6 Informe	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.7 Reporte mensual	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.8 Oficio	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.9 Correo electrónico	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 36 de 189

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.9 Formato Unificado de Respuesta a la Solicitud de Atención	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.10 Tablero del SUG	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acciones Correctivas:** Acciones definidas para eliminar la causa de una inconformidad detectada u otra situación no deseable por parte del usuario de los servicios de salud.
- 8.2 Acciones preventivas:** Acciones elegidas para prevenir la presencia de factores de inconformidad al usuario u otra situación potencial no deseable.
- 8.3 Aval Ciudadano:** Grupos y organizaciones civiles con representatividad social, prestigio y credibilidad entre la población, que visitan unidades de salud para avalar las acciones en favor del trato digno que en ellas se llevan a cabo, y garantizar que los informes emitidos por las instituciones de salud se apeguen a la realidad.
- 8.4 Lenguaje prosaico:** Es un tipo de escritura que no tiene rima, repetición poética ni métrica, a diferencia del verso.
- 8.5 Lenguaje soez:** Es un tipo de expresión lingüística que se caracteriza por ser grosero, vulgar, maleducado, o con el propósito de ofender a otra persona.

[Handwritten signatures and initials]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 37 de 189

8.6 Lenguaje vulgar: Es un conjunto de palabras, giros y frases que se consideran impropios, groseros, de mal gusto o soeces dentro de una comunidad lingüística

8.7 Queja de Alto impacto: aquellas inconformidades relacionadas con un daño directo a la atención médica adecuada o vida del/la paciente, expresiones de acoso o abuso de cualquier índole a usuarios y/o visitantes, maltrato físico y/o psicológico a pacientes y/o acompañantes, así como comentarios de quejas o sugerencias de pacientes hospitalizados el mismo día de la emisión del comentario.

8.8 Queja Frecuente: Son aquellas inconformidades que se presentan en tres o más ocasiones en un mismo periodo mensual, o que representen 20% o más de las inconformidades registradas en el mismo periodo.

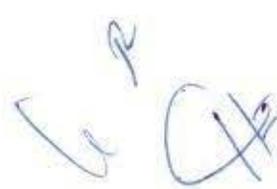
8.9 SUG: Sistema Unificado de Gestión, Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	8/abril/2019	Actualización de Políticas y Procedimientos.
5	23/diciembre/2024	Actualización del procedimiento.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1** Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) INER-CALIDAD-04
- 10.2** Formato de Validación INER-CALIDAD-05

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 38 de 189

**10.1. Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA)
(Anverso) INER-CALIDAD-04**



Departamento de Calidad

QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES



Queremos escuchar tu opinión

En el INER estamos comprometidos en brindarte un mejor servicio, por lo que si tienes alguna queja, sugerencia o felicitación para nuestro personal, te solicitamos llenes este formato y lo deposites en el buzón correspondiente.

El formato llegará al Departamento de Calidad donde será analizado y se emitirá al área responsable, para que podamos dar respuesta a tus necesidades de atención y servicio.

Ayúdanos a mejorar

FOLIO

Para poder dar respuesta, es muy importante que nos proporciones los siguientes datos:

* Nombre de paciente: _____

* Nombre de quien comenta: _____

* No. de Expediente: _____ Firma: _____ * Teléfono: _____

* Correo electrónico: _____

* Ciudad/Estado de procedencia: _____

*tenido indispensable para dar seguimiento a tu opinión

¿Dónde sucedió el evento? _____ ¿Cuándo sucedió el evento? _____

Paciente
 Acompañante o Familiar
 Otro: _____

Queja
 Sugerencia
 Felicitación

Este formulario tiene validez de uso en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos y no es aplicable en el extranjero.

El presente formulario es propiedad del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Secretaría de Salud, México. Queda permitida la reproducción total o parcial del contenido del mismo, siempre y cuando se cite la fuente de donde se tomó. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad o parcialmente.

INER-CALIDAD-04-V02024



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	1. Procedimiento para el sistema de atención ciudadana (orientación a las personas usuarias y gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones).		Hoja 39 de 189

10.1. Formato de Validación INER-CALIDAD-05

		FORMATO DE VALIDACIÓN	
		DIRECCIÓN GENERAL DEPARTAMENTO DE CALIDAD	

FECHA:	HORA:		
Nombre de la persona que confirma:		Parentesco:	
Estuvo presente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Felicitación <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Sugerencia			
Información relevante: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:			
Número de expediente:		Número telefónico:	
Servicio que usó y/o tratamiento recibido:		Realizó verificación:	

INER-CALIDAD-05 (12.2024)







	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 40 de 189

2. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS

A

P

G
P

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 41 de 189

1.0 PROPÓSITO

- 1.1. Analizar, registrar y emitir propuestas de mejora, mediante la implementación de mecanismos internos, con el fin de elevar la percepción de la satisfacción de las personas usuarias con respecto a la atención recibida en el Instituto, considerando los resultados para mejora de los procesos clínicos, administrativos y de gestión dentro del Instituto.

2.0 ALCANCE

- 2.1. A nivel interno; el procedimiento es aplicable a todas las personas adscritas al Departamento de Calidad.
- 2.2. A nivel externo; el procedimiento es aplicable a las personas adscritas a las siguientes áreas: Cirugía, Departamento de Investigación y EPOC, los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos, Servicios Clínicos de Hospitalización, Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Departamento de Rehabilitación Pulmonar, Servicio de Anestesiología y Clínica del Dolor, Servicio de Medicina del Sueño y cualquier otro servicio que evalúe la satisfacción de las personas usuarias.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben mantener actualizado este manual, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia,

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 42 de 189

economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.

- 3.2 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.3 La aplicación de las encuestas de satisfacción se debe realizar a pacientes que recibieron atención médica especializada en el Instituto, incluyendo a las siguientes áreas:
- 3.3.1 Servicio de Cirugía de Tórax
 - 3.3.2 Departamento de Investigación en Tabaquismo y EPOC
 - 3.3.3 Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos.
 - 3.3.4 Servicios Clínicos de Hospitalización.
 - 3.3.5 Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas.
 - 3.3.6 Departamento de Rehabilitación Pulmonar.
 - 3.3.7 Servicio de Medicina del Sueño.
 - 3.3.8 Servicio de Consulta Externa.
 - 3.3.9 Servicio de Urgencias Respiratorias.
 - 3.3.10 Resto de áreas que proveen atención a pacientes.
- 3.4 El tamaño de la muestra mensual por servicio para la aplicación de las encuestas de satisfacción se determina en función a las metas establecidas por el Departamento de Calidad, teniendo en cuenta que la muestra debe ser representativa de personas usuarias atendidas en el servicio a evaluar, así mismo,

Handwritten signature/initials

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 43 de 189

la obtención de la muestra debe ser metodológicamente definida por el Departamento de Calidad a través de datos confiables y oficiales.

- 3.5 El tamaño de muestra debe ser enviado a las personas titulares de los Departamentos, Servicios o áreas respecto a las metas a cumplir, para su conocimiento e implementación.
- 3.6 Las personas adscritas al Departamento de Calidad, deben emitir reportes mensuales, previa validación de la persona titular del Departamento de Calidad y se entregará a las Direcciones de Área del Instituto, durante los primeros cinco días hábiles de cada mes.
- 3.7 Los informes mensuales deben publicarse a través de posters o medios digitales institucionales de forma periódica, máximo cada trimestre.
- 3.8 La persona titular del Departamento de Calidad debe presentar el Informe trimestral de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción recabadas, en el seno del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- 3.9 Derivado de las áreas de oportunidad de mayor impacto en la Atención y Seguridad del paciente identificadas en el COCASEP se solicitará al área o áreas involucradas la elaboración de un proyecto de mejora, mismo que será presentado y aprobado en el mismo COCASEP para su implementación y mejora de los procesos institucionales.
- 3.10 Los resultados globales de las encuestas se publican de forma trimestral en medios oficiales de la Institución y se envían a la Dirección de área para su difusión dentro de la misma.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 44 de 189

- 3.11 Las encuestas se recaban a través de las siguientes modalidades;
- 3.11.1 Encuesta presencial en formato físico o electrónico.
 - 3.11.2 Encuesta telefónica en formato físico o electrónico.
 - 3.11.3 Encuestas de forma remota (contestado por el usuario a través de códigos QR).
- 3.12 Las encuestas aplicadas de forma presencial o telefónica se llevan a cabo a través de una persona asignada de las áreas o del mismo personal del Departamento de Calidad que realizará la función de encuestador/a.
- 3.13 La persona encuestadora (personal asignado para la realización de cuestionarios) debe tomar las medidas preventivas en caso de contacto con personas portadoras de enfermedades emergentes y/o en caso de pandemia, con el fin de garantizar su seguridad y la de los/as pacientes.
- 3.14 La persona encuestadora debe presentarse con la persona usuaria y solicitar su autorización para la aplicación del instrumento (cuestionario de satisfacción).
- 3.15 Todas las áreas de atención médica deben dar las facilidades para que la persona encuestadora recabe la información requerida en la aplicación de las encuestas de satisfacción.
- 3.16 La persona titular del Departamento de Calidad debe enviar durante el último trimestre de cada año la encuesta de satisfacción a los servicios involucrados para su actualización, o en su caso ratificación del contenido de la misma.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 45 de 189

- 3.16.1 Las actualizaciones deben realizarse de acuerdo a las necesidades de cada Departamento y cuando así, se requiera.
- 3.17 Es responsabilidad de las personas adscritas al Departamento de Calidad mantener actualizada diariamente la base de datos en la cual se capturan las encuestas de satisfacción.
- 3.18 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben integrar en los reportes de resultados mínimo los siguientes elementos:
- 3.18.1 Porcentajes de satisfacción percibida.
 - 3.18.2 Gráficos.
 - 3.18.3 Número de personas usuarias entrevistadas.
 - 3.18.4 Quejas, Sugerencias y Felicidades emitidas por las personas usuarias entrevistadas.
 - 3.18.5 Propuestas de solución sugeridas.
- 3.19 El Departamento de Calidad es responsable de medir y reportar la Satisfacción de las personas usuarias y la calidad percibida por medio de los procedimientos, tanto institucionales como nacionales de acuerdo a la calendarización específica para cada uno, estos procedimientos corresponden respectivamente a:
- 3.19.1 Matriz de Indicadores para Resultados (MIR indicadores 3 y 8)
 - 3.19.2 Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno (SESTAD)
- 3.20 Para realizar el reporte de la MIR Indicador 8 "Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos porcentuales", el Departamento de Calidad debe utilizar la



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 46 de 189

información obtenida del concentrado de las respuestas de la "Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios Clínicos de Hospitalización".

- 3.21 Para realizar el reporte del MIR Indicador 3 "Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos porcentuales", el Departamento de Calidad debe utilizar la información obtenida del concentrado de las respuestas de la "Encuesta de Satisfacción del Usuario de Consulta Externa" realizadas por personal capacitado por el Departamento de Calidad.
- 3.22 El Departamento de Calidad, debe diseñar, actualizar y aplicar las encuestas correspondientes para las mediciones de la MIR indicadores 3 y 8, de acuerdo a las necesidades previamente identificadas y las metas muestrales establecidas oficialmente.
- 3.23 Para la medición de la MIR indicadores 3 y 8, el Departamento de Calidad debe estructurar un mecanismo de medición en una escala de 1 a 100 puntos porcentuales para medir la satisfacción total para cada encuesta, definiendo la satisfacción de la calidad de la atención como:
- 3.23.1 Superior: Mayor o igual a 80 puntos porcentuales.
- 3.23.2 Inferior: Menor a 80 puntos porcentuales.
- 3.24 La periodicidad de mediciones de la MIR indicadores 3 y 8 se realizan de forma mensual en la plataforma institucional durante los primeros 3 días del mes. El reporte del conglomerado se lleva a cabo de manera cuatrimestral. Para realizar el reporte el Departamento de Calidad debe contar con la siguiente información:

Handwritten signature and initials

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 47 de 189

- 3.24.1 Variable 1: Número absoluto de encuestas con calificación de la satisfacción superior.
- 3.24.2 Variable 2: Número absoluto de encuestas aplicadas durante el mes evaluado.
- 3.25 Para realizar el reporte del SESTAD, el Departamento de Calidad debe utilizar la información obtenida del concentrado de las respuestas de la "Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios Clínicos de Hospitalización", la "Encuesta de Satisfacción del Usuario de Consulta Externa" y la "Encuesta de Satisfacción del Usuario de Urgencias".
- 3.26 La periodicidad de las mediciones para la SESTAD es cuatrimestral acorde a las fechas estipuladas en la calendarización publicada en la página principal de la plataforma del sistema. El personal adscrito al Departamento de Calidad debe realizar el reporte y captura en la plataforma de acuerdo a lo estipulado por la Dirección General de Información en Salud en su documento "Lineamientos para el Monitoreo Institucional de la Encuesta Satisfacción, Trato Adecuado y Digno"
- 3.27 El Departamento de Calidad se encarga de recibir y contabilizar las respuestas de las encuestas para la medición del SESTAD realizadas por el Aval Ciudadano ("Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Servicios Clínicos de Hospitalización", "Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Consulta Externa" y "Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Urgencias"), junto con sus concentrados.
- 3.28 La verificación, debe incluir la firma de la persona Aval Ciudadana, de las personas titulares de la Dirección General, del Departamento de Calidad, de los Servicios de Hospitalización y del Servicio de Urgencias Respiratorias.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 48 de 189

- 3.29 El personal del Departamento de Calidad, debe entregar estos documentos a que se refiere el numeral anterior, a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) para su captura.
- 3.30 El personal del Departamento de Calidad en colaboración con el Aval Ciudadano y las personas titulares de las áreas involucradas, son responsables de analizar las opiniones y sugerencias de las personas usuarias derivados del Sistema Unificado de Gestión y de las encuestas concernientes a aspectos de Trato Digno. Esta información debe ser empleada por el Aval Ciudadano para realizar propuestas de mejora establecidas en el Formato para el monitoreo ciudadano (sugerencias de mejora y seguimiento a carta compromiso).
- 3.31 El Departamento de Calidad es responsable de cumplimentar el Formato para el monitoreo ciudadano en su apartado "Sección VI: Establecimiento de Compromisos" una vez que el Aval Ciudadano haga entrega de éste con sus sugerencias de mejora. Estas propuestas serán analizadas por el Departamento de Calidad, en colaboración con las áreas involucradas, para establecer compromisos con metas que puedan ser cumplidas dentro del cuatrimestre siguiente. Los acuerdos serán establecidos por el Departamento de Calidad en la "Carta Compromiso", atendiendo a las sugerencias emitidas por el Aval Ciudadano.
- 3.32 El Departamento de Calidad debe presentar avances bimestrales a la persona Aval Ciudadana hasta el cumplimiento de las actividades comprometidas de acuerdo a las fechas establecidas, por medio de evidencia física.
- 3.33 La persona Aval Ciudadana debe realizar el seguimiento de los compromisos establecidos en la "Carta Compromiso" para verificar su cumplimiento de manera cuatrimestral hasta su cumplimiento.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 49 de 189

- 3.34 El personal adscrito al Departamento de Calidad, es responsable de entregar el reporte de los resultados a la persona titular del Departamento de Calidad de manera mensual y este a los laboratorios certificados dentro de la norma ISO 9001:2008 y al resto de los servicios conforme a las disposiciones oficiales o lineamientos establecidos por el Departamento de Calidad. Asimismo, presentarlo de manera cuatrimestral en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- 3.35 El personal adscrito al Departamento de Calidad debe resguardar las encuestas de satisfacción de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.36 Para el caso de las encuestas remotas (a través de códigos QR), se realizan de forma autodidacta a través códigos QR colocados en los diferentes Servicios de atención a los/las pacientes.
- 3.37 Las personas titulares de los Servicios deben concientizar a sus equipos de trabajo a efecto de que estos, a su vez informen sobre la elaboración de encuestas a través de códigos QR, colocados en sus áreas de atención.
- 3.38 Las respuestas recibidas por el personal asignado al Módulo de Atención al Usuario a través de medios electrónicos son resguardadas por el Departamento de Calidad conforme a los plazos establecidos en el catálogo de disposición documental.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 50 de 189

- 3.39 Las personas asignadas del Departamento de Calidad, deben realizar el análisis semanal de la información recibida para el envío a las personas titulares de los Servicios (previa validación de la persona titular del Departamento de Calidad), respecto a los resultados de las encuestas y el total de estas recibidas contra las proyectadas, en el calendario anual de tamaño de muestra establecido.

A

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 51 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personas adscritas al Departamento de Calidad	1	Analiza información del número de personas usuarias atendidas en el mes anterior como universo y determina la muestra mensual por servicio para aplicar las encuestas de satisfacción tomando como referencia la tabla muestral para los indicadores de trato digno y organización.	Tabla muestral
	2	Acude a las áreas y solicita autorización a las personas usuarias para aplicar una encuesta de satisfacción que permitirá conocer y mejorar la atención en el servicio otorgado.	Encuesta de Satisfacción
	3	Entrevista a la persona usuaria y registra los resultados en el formato de Encuesta de Satisfacción.	Encuesta de Satisfacción
	4	Integra y actualiza la base de datos referente a los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción.	Base de datos
	5	Realiza análisis de los resultados.	
	6	Integra en el reporte los resultados obtenidos.	Reporte
	7	Elabora gráficas de resultados y comentarios en versión digital y entrega a la persona titular del Departamento de Calidad con copia a la Dirección General del INER.	Gráficas






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 52 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Titular del Departamento de Calidad	8	Envía reporte de resultados de satisfacción de personas usuarias, vía correo electrónico a las personas titulares de las Direcciones y áreas de atención.	Reporte de resultados Correo electrónico
Titulares de las Direcciones y áreas de atención	9	Confirma de recibido vía correo electrónico.	
Personas adscritas al Departamento de Calidad	10	Controla y valida la entrega de información.	
	11	Publica con la validación de la persona titular del Departamento de Calidad y de manera mensual en cada servicio los resultados obtenidos en posters impresos y en digital en la página institucional.	Posters impresos Página institucional
Titular del Departamento de Calidad	12	Presenta el informe a la Dirección General y en las sesiones del COCASEP.	Informe
		Termina procedimiento	

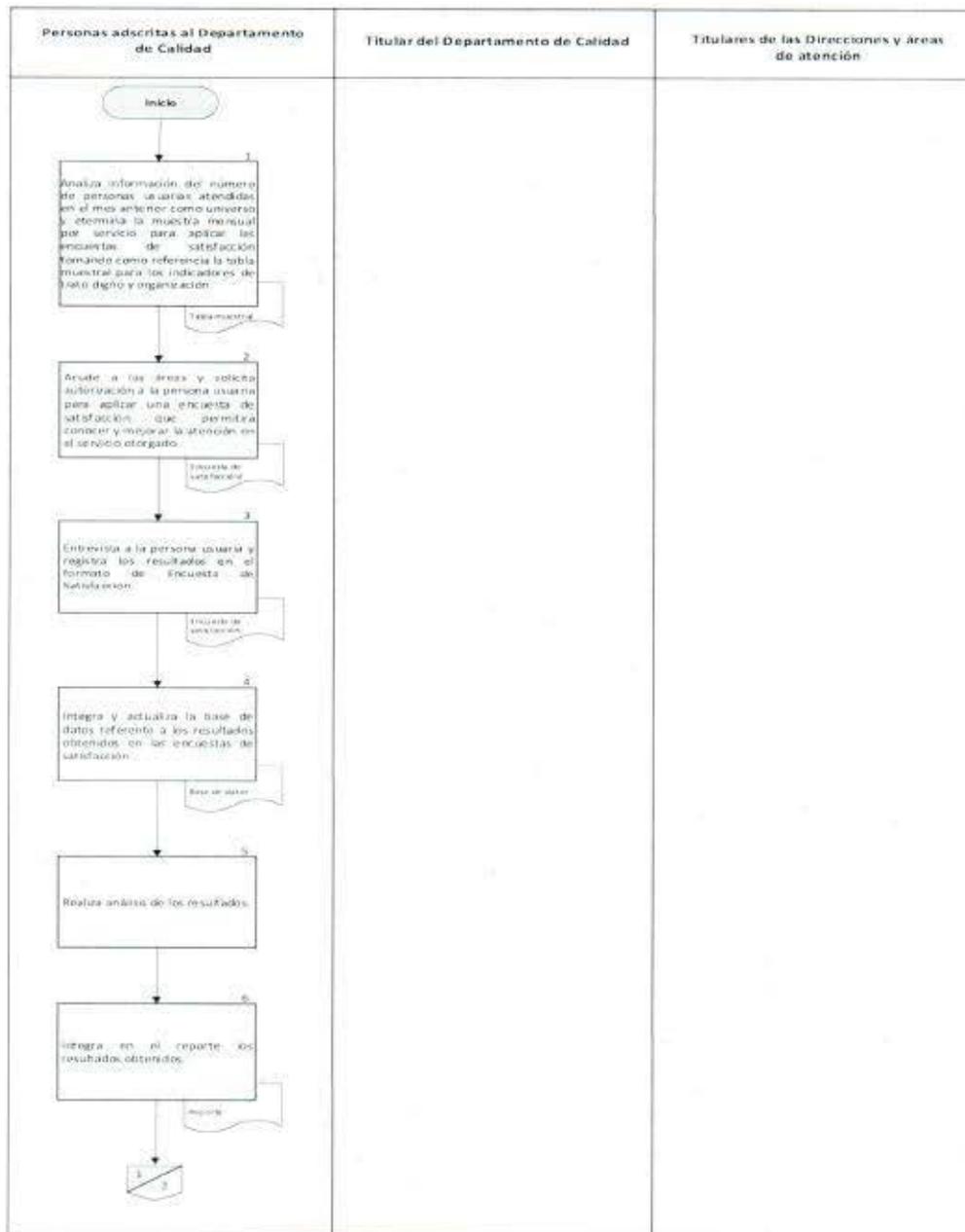
f

f

GP

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 53 de 189

4.0 DIAGRAMA DE FLUJO



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE CALIDAD

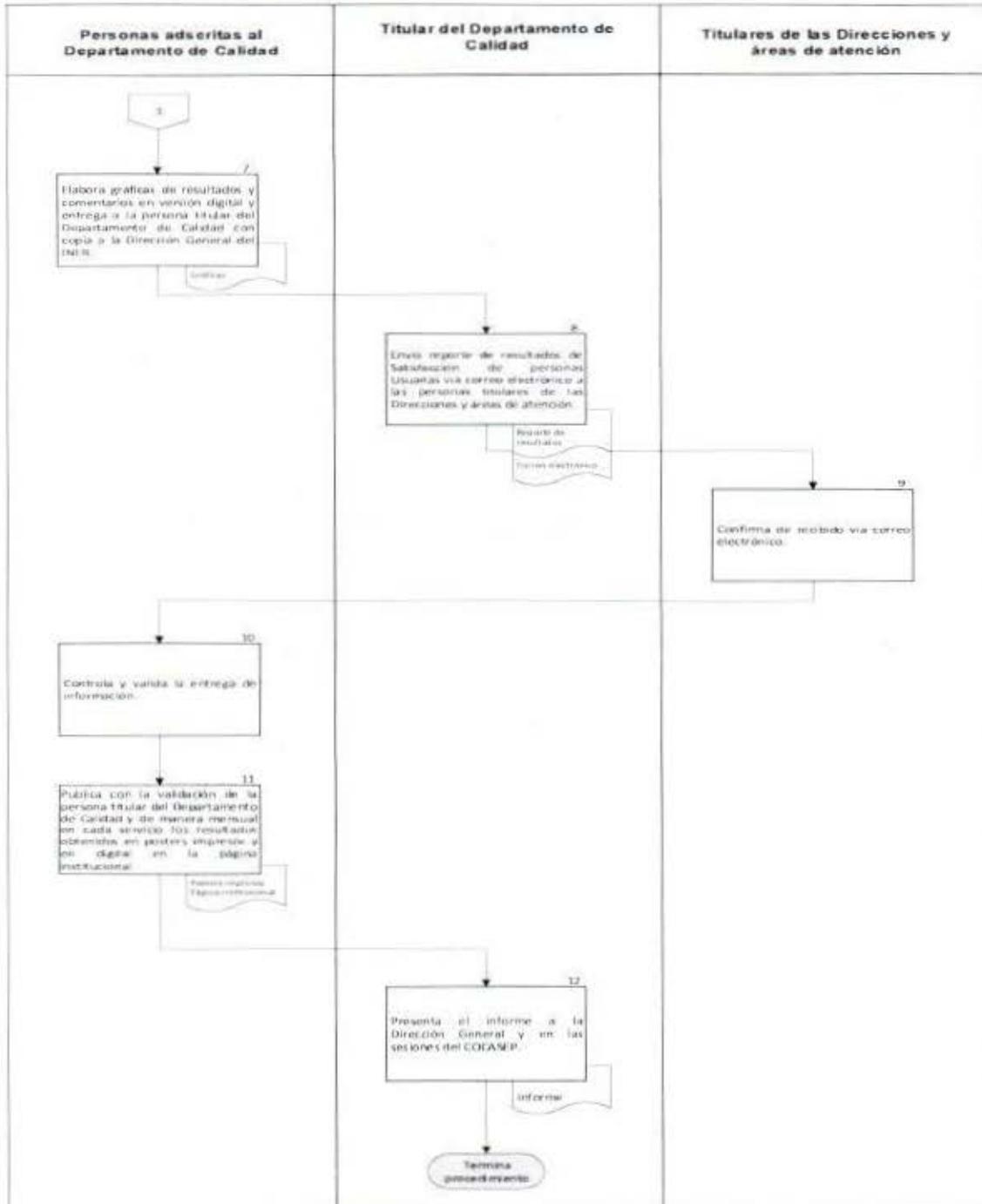
2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.



Rev. 5

Código: NCDPR 020

Hoja 54 de 189



Handwritten signature/initials

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 55 de 189

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P
6.2 Cuadernillo Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS 2013)	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Tabla muestral	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/A
7.2 Reporte	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/A
7.3 Gráficas	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/A

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom right of the page.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 56 de 189

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.4 Reporte resultados de	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/A
7.5 Correo electrónico	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/A
7.6 Poster impreso	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/A
7.7 Página institucional	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	N/A	N/A
7.8 Informe	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/A



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 57 de 189

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.9 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de Servicios Clínicos de Hospitalización.	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-08
7.10 Encuesta de Satisfacción de la Atención Hospitalaria	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-14.
7.11 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de la Clínica para dejar de Fumar.	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-06
7.12 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-07
7.13 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Servicio de Medicina del Sueño.	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-11

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 58 de 189

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.14 Encuesta de Satisfacción de los usuarios de Cirugía	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-02
7.15 Encuesta de Satisfacción de los usuarios del Departamento de Rehabilitación Pulmonar	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-09
7.16 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Servicio de Anestesiología y la Clínica del Dolor.	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-10
7.17 Encuesta de Satisfacción de las personas Usuarías del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-13

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Encuesta de Satisfacción:** Estudio empírico basado en la observación y la percepción para determinar el grado de satisfacción del usuario.
- 8.2 **Evaluar:** Señalar el valor de algo.

Handwritten signature/initials

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 59 de 189

- 8.3 **Satisfacción:** Acción y efecto de satisfacer/Confianza o seguridad del ánimo.
- 8.4 **Tamaño de la Muestra:** Es el tamaño del grupo objeto de estudio, número de pacientes a evaluar en los diferentes servicios del Instituto.
- 8.5 **Usuario/a:** Toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- 8.6 **Validar:** Dar fuerza o firmeza a algo, hacerlo válido.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	8/abril/2019	Actualización de políticas y procedimientos.
5	23/diciembre/2024	Actualización del procedimiento.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios Clínicos de Hospitalización INER-CALIDAD-08
- 10.2 Encuesta de Satisfacción de la Atención Hospitalaria INER-CALIDAD-14.
- 10.3 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de la Clínica para dejar de Fumar INER-CALIDAD-06.
- 10.4 Encuesta de Satisfacción de Usuario/as de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos INER-CALIDAD-07.
- 10.5 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Servicio de Medicina del Sueño INER-CALIDAD-11.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 60 de 189

- 10.6 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de Cirugía INER-CALIDAD-02.
- 10.7 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Departamento de Rehabilitación Pulmonar INER-CALIDAD-09.
- 10.8 Encuesta de Satisfacción de las personas Usuaris del Servicio de Anestesia y Clínica del Dolor INER-CALIDAD-10.
- 10.9 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas INER-CALIDAD-13.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 61 de 189

10.1 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios Clínicos de Hospitalización INER-CALIDAD-08



Salud
Secretaría de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE REPOSICIÓN DE LA SALUD
INER

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS CLÍNICOS DE HOSPITALIZACIÓN



DIRECCIÓN GENERAL DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Servicio Clínico _____ Cama _____ Fecha: / /

Lugar de Origen: Ciudad de México Estado de México Otro Estado

Género: Femenino Masculino Edad _____ años Diagnóstico: _____

No. de Expediente _____ Tipo de ingreso: Urgencias Consulta Externa

Días estancia _____

Señale cómo le pareció la atención recibida en los siguientes servicios:

INGRESO	1. Los trámites para ingresar le parecieron: <input type="checkbox"/> Geniales <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Complicados* *Por qué _____
	2. ¿Cuánto tiempo esperó para la asignación de su cama? _____ Noche
	3. Ese tiempo le pareció: <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> No sabe
	4. ¿Tiene credencial su espacio de identificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5. Firmó usted o su familiar el Consentimiento informado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
	6. ¿El médico le explicó los riesgos y beneficios de la atención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
ESTANCIA	7. ¿Cómo considera la limpieza del servicio? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala* *Por qué _____
	8. ¿Cómo considera la ubicación de nuestros instalaciones? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala*
	9. ¿Cómo considera la Atención? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala* *Por qué _____
	10. La explicación que el (la) médico (a) le dio sobre su padecimiento le pareció: <input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Confusa* *Por qué _____
	11. ¿Con cuánto calificaría el trato y atención del personal?

Personal	Calificación										Calificación menor a 8. Explorar por qué
Médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Trabajo Social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Cambiería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Técnico (a) de Rayos X	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Técnico (a) de Laboratorio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Nutriólogo (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Terapeuta Respiratoria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Casa de Ingreso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Intendencia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____
Vigilancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

INER-CALIDAD-08 (15/2014)





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 63 de 189

10.2 Encuesta de Satisfacción de la Atención Hospitalaria INER-CALIDAD-14.



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA



FECHA APLICACIÓN		NOMBRE		PACIENTE INER SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EDAD	GÉNERO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	ESTADIENTE		FECHA DE REGISTRO	TIPO DE INCIDENCIA URGENCIA <input type="checkbox"/> CIRÚJICA <input type="checkbox"/> C. INTERNA <input type="checkbox"/>
ESCOLARIDAD (C/COM/GRADUADO/OTRO)		NIVEL SOCIOECONÓMICO		LUGAR DE RESIDENCIA	
SC1 <input type="checkbox"/> SC2 <input type="checkbox"/> SC3 <input type="checkbox"/> SC4 <input type="checkbox"/> UTEM <input type="checkbox"/> PEDIATRÍA <input type="checkbox"/> CIRUGÍA <input type="checkbox"/>		ESPECIALIDAD (Escriba la especialidad)	DEPARTAMENTO (Escriba el departamento)	DEPARTAMENTO DE (Escriba el departamento)	TELEFONO (Escriba el teléfono)

ATENCIÓN RECIBIDA ADMISIÓN						
	Excelente (5)	Buena (4)	Regular (3)	Mala (2)	Muy mala (1)	NO/NO/NO
Personal de vigilancia						
Personal de ventanilla al tomar sus datos						
Personal de trabajo social (entrevista)						
Comentarios						

CONSENTIMIENTO INFORMADO						
	SI (1)	NO (0)	NO/NO/NO (9)			
1. Durante su ingreso le hicieron firmar algún papel de consentimiento informado (procedimientos, intubación, hospitalización, cirugía, transfusión)						
2. ¿Recurrió al personal médico le explicó los riesgos y beneficios descritos en el consentimiento informado?						

HOSPITALIZACIÓN						
	Excelente (5)	Buena (4)	Regular (3)	Mala (2)	Muy mala (1)	NO/NO/NO
3. El tiempo que espero para la asignación de cama (cómo lo considera?)						
4. Tiempo aproximado que usted recuerda						
5. ¿Cómo percibe la atención que recibió de los turnos durante su hospitalización?						
MATUTINO						
VESPERTINO						
NOCTURNO						
DÍAS DE SEMANA						
6. ¿Cómo percibió la limpieza de las instalaciones?						

	SI (1)	NO (0)	NO/NO/NO
7. Se presentaron con usted todo el personal con el que tuvo contacto			
8. Lo llamaron por su nombre completo al brindarle cualquier tipo de atención			
9. El personal se dirigió hacia usted con amabilidad y respeto			
10. Cuando tuvo preguntas que hacer a algún personal médico ¿recibió usted respuestas claras o fáciles de entender?			
11. Cuando tuvo preguntas que hacer a algún personal de enfermería ¿recibió usted respuestas claras o fáciles de entender?			
12. Se proporcionaron información diaria de su estado de salud			
13. Si la hora de darle algún tipo de información sobre su estado de salud ¿lo hicieron en general con delicadeza?			
14. Su opinión fue tomada en cuenta para tomar decisiones respecto a sus tratamientos			
15. Siente que usted fue prioridad para nosotros			
16. En general se sintió satisfecho con la comunicación que hubo durante su hospitalización			
Comentarios			

INER-CALIDAD-14 (12/2024)

A

CP

CP

CP

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 64 de 189

ENCUESTA HOSPITALARIA						
	SI (1)	NO (2)	NO/NA/99			
23. ¿El médico le avisó con 24/48 horas de anticipación sobre su alta?						
24. ¿El médico le avisó a su familiar con 24/48 horas de anticipación sobre su alta?						
25. ¿Le proporcionaron información relacionada a su alta?						
26. ¿Fue comprensible la información que su médico tratante le dio respecto a su tratamiento y pago?						
27. ¿Está conforme con los resultados obtenidos con relación a su recuperación?						
28. ¿Si algún familiar o amigo tuviera que recibir atención médica ¿recomendaría el hospital?						
Comentario:						
29. En general ¿cómo calificó su estancia durante su hospitalización?	Excelente (1)	Buena (2)	Regular (3)	Mala (4)	Muy mala (5)	NO/NA/99
Comentario:						
30. Desee realizar algún comentario que nos ayude a mejorar el servicio	FELICITACION [SUGERENCIA [QUEJA]	
Comentario: Foto						
31. El médico al darme su tratamiento ¿tomo en cuenta sus necesidades y preferencias?						
32. Durante su visita a este hospital ¿fue atendido? Si su respuesta es si, por favor a pregunta 37						
33. ¿Se dio el servicio?						
34. ¿El tiempo de espera para conseguir una especialista es de 4 semanas o más? ¿cuánto para pacientes con estancia mayor a 4 semanas?						
35. ¿Durante su visita a la unidad lo atendieron con respeto?						
36. ¿En algún momento dejó de realizarse estudios o cumplir con su tratamiento (cirugía, rehabilitación, medicamentos) por no poder pagarlo?						
37. En relación a los medicamentos que necesitó durante su hospitalización	Le dieron todos los que necesitó	Le pidieron comprar alguno y lo compró	Le pidieron comprar alguno y			
38. ¿Qué medicamento fue el que tuvo que comprar a falta?						

Nombre completo encuestador	Firma

CR
 CH

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 65 de 189

**10.3 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de la Clínica para dejar de Fumar
INER-CALIDAD-06.**



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA PARA DEJAR DE FUMAR



DIRECCIÓN GENERAL DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Su opinión es importante para mejorar el servicio que se le brinda, usted puede ayudarnos respondiendo a las siguientes preguntas. Al terminar por favor deposite este cuestionario en el buzón, gracias.

Lugar de Origen: <input type="checkbox"/> Ciudad de México <input type="checkbox"/> Estado de México <input type="checkbox"/> Otros Estados
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Edad: _____ Escolaridad: _____
Grupo número: _____ Concluyó la terapia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona Terapeuta: _____

Señale como le pareció la atención recibida en los siguientes servicios:

SERVICIO DE APOYO

	Excelente	Buena	Regular	Mala
1. Vigilancia en la entrada principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Módulo de información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Caja de pago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta de la 4 a la 8 Responder solo en caso de ya haberse realizado los estudios

4. Cardiología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Espirometría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Laboratorio Clínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rayos X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Limpieza de las batas en Rayos X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATENCIÓN EN LA CLÍNICA

	Excelente	Buena	Regular	Mala
9. Atención en la recepción de la Clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Información recibida sobre los Servicios de la Clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Departamento de Trabajo Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Limpieza de la sala de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Limpieza de los sanitarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El tiempo de espera para realizar el trámite de inscripción le pareció:	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Mucho	




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 67 de 189

10.4 Encuesta de Satisfacción de Usuario/as de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos INER-CALIDAD-07.




ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS Y PARAMÉDICOS



DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Número de Expediente: _____

Área de atención: _____ Fecha: ____/____/____
DD MM AAAA

Entrevistado: Paciente Familiar o acompañante Donante

Marque con una "X" como considera la atención recibida

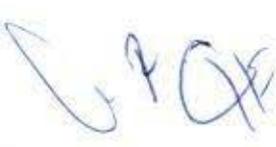
	Muy Bueno	Bueno	Regular	Mala	Muy mala
1. ¿Cómo considera las instalaciones físicas del servicio?	<input type="radio"/>				
2. ¿Cómo considera la limpieza del servicio?	<input type="radio"/>				
3. ¿Cómo considera la atención en recepción?	<input type="radio"/>				
4. ¿Los medios para programar su cita son?	<input type="radio"/>				
5. ¿La información que recibió sobre como debía venir preparado para el estudio fue?	<input type="radio"/>				
6. ¿El tiempo que esperó desde que entregó su solicitud en recepción hasta la realización del estudio le pareció?	<input type="radio"/>				
7. ¿La persona que verificó su nombre y la fecha de nacimiento estuvieran correctamente escritos, lo realizó de manera?	<input type="radio"/>				
8. ¿Cómo considera el trato de la persona que le tomó su muestra o estudio?	<input type="radio"/>				
9. ¿El servicio brindado fue?	<input type="radio"/>				
<i>Calificación</i>	10	9-8	7-6	5-3	2-0

10. Marque con una "X" el comentario que le gustaría dejar y describe en las líneas inferiores tus comentarios.

Queja
Sugerencia
Felicitación

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 68 de 189

10.5 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Servicio de Medicina del Sueño INER-CALIDAD-11.



Salud

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO



DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Su opinión es importante para mejorar el servicio que se le ofrece, usted puede ayudarnos respondiendo de siguientes preguntas. La información es confidencial. Al terminar de responder por favor depositarla en el buzón junto a la puerta o entréuela en la recepción de este Servicio.

Entrevistado: Paciente Familiar Género: Femenino Masculino

Educación: _____ Escolaridad: _____

Lugar de Residencia: Ciudad de México Estado de México Otro _____

Marque con una "X" como considera la atención que se le proporcionó en cada uno de los siguientes servicios:

Responda solo a los servicios que utilizó.

TRÁMITE PARA ACCEDER AL SERVICIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA DEL SUEÑO

En general cómo calificaba la atención de:

	Excelente	Buena	Regular	Mala
1. Atención de vigilancia en la puerta del INER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Atención en el módulo de citas (programación consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Atención en el módulo de convenios (programación consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Atención en caja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La información que se le ofreció sobre los Servicios de la Unidad de Medicina del Sueño fue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATENCIÓN DURANTE LA CONSULTA DE VALORACIÓN

6. ¿El (La) médico (a) le permitió que usted explicara su estado de salud?	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿El (La) médico (a) le explicó claramente sobre su estado de salud?	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. ¿El (La) médico (a) lo (la) examinó?	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. ¿El (La) médico (a) lo (la) trató de manera íntima?	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10. ¿El (La) médico (a) le explicó el tratamiento que debe seguir?	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11. ¿El (La) médico (a) le explicó los cuidados que debe seguir?	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12. Considera que el médico (a) le dedicó el tiempo necesario en la consulta	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En general cómo calificaba la atención de:

	Excelente	Buena	Regular	Mala
13. Atención por parte de los médicos (as) del Consulta Externa del Servicio de la Unidad de Medicina del Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INER-CALIDAD-11 (2016)

C R H

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 69 de 189

10.6 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de Cirugía INER-CALIDAD-02.

	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CIRUGÍA		DIRECCIÓN GENERAL DEPARTAMENTO DE CALIDAD		
Fecha _____ Entrevistado: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Compañero/a <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/>					
Datos del/a paciente: Cama _____ Cirugía realizada _____					
Nombre _____		Expediente _____			
Edad _____ Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Ingreso: <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Unidad de Urgencias					
1. ¿El(a) médico(médica) que realizó su cirugía se presentó con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
2. ¿El(a) médico(médica) que realizó su cirugía le explicó con claridad los riesgos y beneficios de la cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No					
3. ¿El personal médico le pidió autorización por escrito para realizarle la cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
4. ¿Le marcaron con plumbón la parte del cuerpo donde realizarían la cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA					
5. ¿El(a) médico(médica) que le aplicó la anestesia se presentó con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
6. ¿El(a) médico(médica) que le aplicó la anestesia le explicó con claridad los riesgos y beneficios de la anestesia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
7. ¿El(a) médico(médica) que le aplicó la anestesia le pidió autorización por escrito para aplicarle la anestesia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
8. ¿Le preguntaron su nombre en el quirófano antes de la cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
9. ¿El personal de enfermería le preguntó la parte del cuerpo donde se haría la cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
10. ¿Posterior a su cirugía el personal médico le explicó claramente los cuidados que debe tener? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
11. ¿Le han solicitado que compre algún medicamento o insumo durante su estancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
12. ¿Se le pospuso o canceló previamente su cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Por qué? _____		¿Cuántos días? _____			
Marque con una "X" como considera la atención recibida de:					
	Excelente	Buena	Regular	Mala	No Aplica
13. El(a) médico(médica) que realizó su cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El personal Médico Residente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El(a) médico(médica) que le aplicó la anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Personal de Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Personal de Camillera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Con cuánto calificaría la atención brindada en Cirugía? _____					
19. Desea hacer alguna aportación que nos permita mejorar el servicio brindado					
Tipo: <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Sugerencia <input type="checkbox"/> Felicitación					




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 70 de 189

10.7 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Departamento de Rehabilitación Pulmonar INER-CALIDAD-09.

	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR	 DIRECCIÓN GENERAL DEPARTAMENTO DE CALIDAD							
Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small style="margin-left: 100px;">Día</small> <small style="margin-left: 40px;">Mes</small> <small style="margin-left: 40px;">Año</small>									
Entrevistado: Paciente <input type="checkbox"/> Familiar o acompañante <input type="checkbox"/> Servicio: Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/>									
Marque con una "X" como considera la atención recibida:									
		Excelente	Buena	Regular	Mala				
1. ¿Cómo considera las instalaciones físicas del Departamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Cómo considera la limpieza del Departamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Cómo considera la atención en recepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Tuvo algún problema con la programación de su cita?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Cual* _____						
5. ¿Recibió información clara acerca de como debía venir preparado para su terapia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
6. El día de la cita ¿cuánto tiempo esperó desde que entregó su solicitud en recepción hasta la realización de su terapia?									
_____ minutos	7. ¿Ese tiempo le pareció?	Mucho <input type="checkbox"/>	Adecuado <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/>					
8. ¿La persona que le realizó la terapia verificó el nombre y la fecha de nacimiento del paciente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
9. ¿La persona que le realizó la terapia le explicó claramente el procedimiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
10. ¿Tuvo algún problema durante su terapia de rehabilitación?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Cual* _____						
11. ¿Cómo considera el trato de la persona que le realizó su terapia?	Excelente <input type="checkbox"/>	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>					
12. ¿Con cuánto calificaría el servicio que recibió? (en una escala de 1 a 10) _____									
13. ¿Desea realizar algún comentario que nos ayude a mejorar el servicio?	_____								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Tipo</td> <td style="width: 30%;">Queja <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;">Sugerencia <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">Felicitación <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						Tipo	Queja <input type="checkbox"/>	Sugerencia <input type="checkbox"/>	Felicitación <input type="checkbox"/>
Tipo	Queja <input type="checkbox"/>	Sugerencia <input type="checkbox"/>	Felicitación <input type="checkbox"/>						
INER-CALIDAD-09 (03.2019)									





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 71 de 189

10.8 Encuesta de Satisfacción de los usuarios del Servicio de Anestesia y Clínica del Dolor INER-CALIDAD-10.

		<p align="center">ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ANESTESIA Y CLÍNICA DEL DOLOR</p>				
			DIRECCIÓN GENERAL DEPARTAMENTO DE CALIDAD			
			Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small> Dia Mes Año</small>			
Entrevistado: Paciente <input type="checkbox"/> Familiar o acompañante <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Visita a domicilio <input type="checkbox"/>						
Marque con una "X" como considera la atención recibida						
1.	¿El (la) médico (a) del Servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos le preguntó su nombre y fecha de nacimiento antes de atenderlo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
2.	¿El (la) médico (a) del Servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos le explicó claramente su estado de salud?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
3.	¿El (la) médico (a) del Servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos le explicó el tratamiento que debe seguir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
4.	¿El médico del Servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos le explicó sobre los cuidados que debe seguir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
5.	¿Cómo considera la información que le proporcionó el médico?	<input type="checkbox"/> Muy clara	<input type="checkbox"/> Clara	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Confusa	<input type="checkbox"/> No recibí info.
6.	¿El trato del personal médico del Servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos le pareció?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo	
7.	¿El trato de la (e) enfermera (o) del Servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos le pareció?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo	
8.	¿Con cuánto calificaría la atención que recibió? (en una escala de 1 a 10) _____					
9.	¿Desea realizar algún comentario que nos ayude a mejorar el servicio?					

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	2. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias.		Hoja 72 de 189

10.9 Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas INER-CALIDAD-13.



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN
ENFERMEDADES INFECCIOSAS



DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Fecha

Entrevistado: Paciente Familiar o acompañante

Marque con una "X" como considera la atención recibida

	Excelente	Buena	Regular	Mala
1. ¿Cómo considera las instalaciones físicas del servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cómo considera la limpieza del servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cómo considera la atención en recepción del Laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El día de la cita (el día que se presentó al laboratorio) ¿cuánto tiempo esperó desde que entregó su solicitud en recepción (del laboratorio) hasta la realización del estudio? _____ Minutos				
5. ¿Ese tiempo le pareció? Mucha <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/>				
6. ¿La persona que le realizó el estudio o recibió su muestra verificó que el nombre y la fecha de nacimiento del paciente estuvieran escritos correctamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
7. ¿Tuvo algún problema durante la toma de muestra o estudio? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Causa: _____				
8. ¿Cómo considera el trato de la persona que tomó su muestra o estudio? Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>				
9. ¿Con cuánto calificó al servicio? (en una escala de 1 a 10) _____				
10. ¿Desea realizar algún comentario que nos ayude a mejorar el servicio?				

Tipo Queja Sugerencia Felicitaciones Ninguno

INER-CALIDAD-13 (12/2024)

✓

✓

✓
G#

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 73 de 189

3. PROCEDIMIENTO PARA EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]
[Handwritten mark]
[Handwritten mark]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 74 de 189

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Contar con un sistema de notificación y análisis institucional, a través de los diferentes medios que ha implementado el Departamento de Calidad, con el objeto de identificar, controlar y recopilar información de aquellas áreas o actividades donde se presenten incidentes de salud (eventos) que ocasionan un daño al paciente.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas adscritas al Departamento de Calidad.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a todo el personal de salud que labore en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, que tenga contacto de manera directa o indirecta con pacientes, incluyendo el personal en etapa de formación o práctica.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Departamento de Calidad son responsables de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.

Handwritten signature/initials: C. R. G. H.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 75 de 189

- 3.2 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.3 En caso de detectar un incidente de salud ocurrido en atención y apoyo al/la paciente, el personal que labora en el Instituto debe notificar a través de los diferentes medios que ha implementado el Departamento de Calidad: en el formato Notificación de Incidentes en Salud Cuasi-Fallas, Eventos Adversos y Centinelas INER-CALIDAD-01 o por medio del código QR distribuido en las capacitaciones continuas al personal del Instituto y cursos de inducción al personal de nuevo ingreso sobre dicho sistema, o colocados en alguno de los módulos de atención, con la finalidad de que el Departamento de Calidad genere líneas de acción para la mejora y prevención de la seguridad del/a paciente.
- 3.4 El personal del Instituto (indistintamente del nivel jerárquico) que labora en los Servicios de atención y apoyo al paciente, se debe involucrar en el proceso de prevención, detección, notificación, control y seguimiento de incidentes de salud.
- 3.5 Las notificaciones de incidentes de salud no serán punitivas para el personal involucrado y guardarán la confidencialidad de la información y del informante, el fin de esta notificación es fomentar la mejora continua.
- 3.6 Toda cuasi-falla, debe incluir medidas para reducción de riesgos y deberán ser enviadas con evidencias documentadas al Departamento de Calidad para la verificación de la implementación de medidas de reducción de riesgos propuestas.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 76 de 189

- 3.7 Los eventos adversos deben ser tratados con prontitud, salvaguardando la integridad del/la paciente reportándose a las instancias correspondientes (Subdirección de Atención Médica de Neumología y Departamento de Calidad), implementando acciones de mejora, para reducir riesgos posteriores. Así mismo, se debe enviar al Departamento de Calidad evidencias de las acciones que respalden el incremento en la resiliencia del área o servicio.
- 3.8 Todo evento centinela, debe ser notificado a las instancias correspondientes de forma inmediata en que se suscite (Dirección Médica, Subdirección de Atención Médica de Neumología y Departamento de Calidad). En caso de existir un evento centinela, en el cual se involucró un profesional de la salud (segunda víctima) y como consecuencia del incidente le resulte en un daño emocional y profesional.
- 3.9 El personal médico y de enfermería asignados por la persona titular del Departamento de Calidad deben conformar en un plazo máximo de siete días hábiles, al Equipo Flexible de Incidentes de Salud (EFIS) y convocar al Equipo de Gestión de Incidentes de Salud (EGIS) (ver glosario) para realizar el Análisis Causa Raíz, que valore los rangos de severidad, causas potenciales de la falla y rangos de detección del evento centinela como evento adverso o cuasifalla.
- 3.10 El Equipo de Gestión de Incidentes de Salud (conformado por personal del Departamento de Calidad) debe elaborar a partir de la fecha de notificación del evento centinela, la solución al Análisis Causa Raíz detectado y presentar la solución analizada en las sesiones ordinarias o extraordinarias del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) e inicio de implementación de acciones de mejora aprobadas en el COCASEP.

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 77 de 189

- 3.11 El personal adscrito al Departamento de Calidad debe realizar un análisis semestral 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.
- 3.12 La persona titular del Departamento de Calidad debe realizar un informe de manera semestral de las cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela y presentarlo en las sesiones ordinarias del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- 3.13 La notificación de incidentes de salud, debe ser realizada en apego a la siguiente clasificación, con el fin de facilitar su análisis:
- 3.13.1 Administración Clínica.
 - 3.13.2 Proceso/procedimiento clínico.
 - 3.13.3 Documentación.
 - 3.13.4 Infección asociada a la Atención Sanitaria.
 - 3.13.5 Medicación/ líquidos para la administración I.V.
 - 3.13.6 Sangre/Productos sanguíneos.
 - 3.13.7 Nutrición.
 - 3.13.8 Oxígeno / Gases / Vapores.
 - 3.13.9 Dispositivos / Equipo médicos.
 - 3.13.10 Comportamiento.
 - 3.13.11 Acciones de los/as pacientes.
 - 3.13.12 Infraestructura / locales / instalaciones.
 - 3.13.13 Recursos / Gestión de la organización.
- 3.14 Los incidentes de salud que se hayan reportado por medio de los formatos de Notificaciones de Incidentes en Salud Cuasi-Fallas, Eventos Adversos y Centinelas

✓

✓

✓

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 78 de 189

INER-CALIDAD-01 por el área de enfermería, entre otras, y que hayan sido recolectados por su personal, deben ser entregados en formato original al Departamento de Calidad en un plazo de 3 a 5 días hábiles posterior a la fecha de realización de los mismos, para la integración y captura en las bases de datos correspondientes.

- 3.15 Los formatos para el registro de las notificaciones de incidentes de salud, serán otorgados por los/as jefes/as de enfermería y de servicio de cada área.
- 3.16 El personal adscrito al Departamento de Calidad asignado a la revisión de los incidentes, debe registrar las Notificaciones de Incidentes en Salud Cuasi-Fallas, Eventos Adversos y Centinelas INER-CALIDAD-01, en la base de datos primaria de Incidentes de Salud para su control, análisis y gestión.
- 3.17 La revisión de la base de datos de los Incidentes en Salud recolectados a través del código QR se debe realizar de forma diaria.

[Handwritten mark]

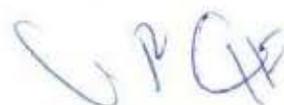
[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 79 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal del Instituto	1	Detecta y notifica al Departamento de Calidad el tipo de incidente de salud, mediante el formato Notificación de Incidentes en Salud Cuasi-Fallas, Eventos Adversos y Centinelas o haciendo uso del código QR diseñado para tal fin.	INER-CALIDAD-01
Personas adscritas al Departamento de Calidad	2	Recolecta y revisa los formatos de Notificación de Incidentes en Salud Cuasi-Fallas, Eventos Adversos y Centinelas de los buzones Institucionales de forma semanal y del Departamento de Enfermería de forma diaria y de los incidentes a través del código QR.	INER-CALIDAD-01
	3	Registra los formatos en la base de datos primaria de Incidentes de Salud para su control, análisis y gestión.	Base de datos
	4	Clasifica de acuerdo con el tipo de incidente de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Cuasi-falla • Evento adverso • Evento centinela 	
	5	Realiza análisis de patrones y tendencias de incidentes para generar líneas de acción que permitan implementar barreras de seguridad para prevención de riesgos y presenta	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 80 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
		reporte de forma semestral en las sesiones ordinarias del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).	
Titular del Departamento de Calidad	6	Convoca a reunión a los Equipos de Gestión de Incidentes de Salud (EGIS), y Flexible de Incidentes de Salud (EFIS) para llevar a cabo el análisis causa raíz.	
	7	Notifica al COCASEP los resultados del análisis de la reunión.	Resultados del análisis
COCASEP	8	Revisa y aprueba las acciones de mejora que se notificaron para difundirlas durante las reuniones ordinarias o extraordinarias del Comité, quedando documentadas en las minutas.	Minutas
Titular del Departamento de Calidad	9	Supervisa y evalúa la asignación de las acciones preventivas y/o correctivas de los riesgos, para cada Evento centinela.	
		Termina procedimiento	

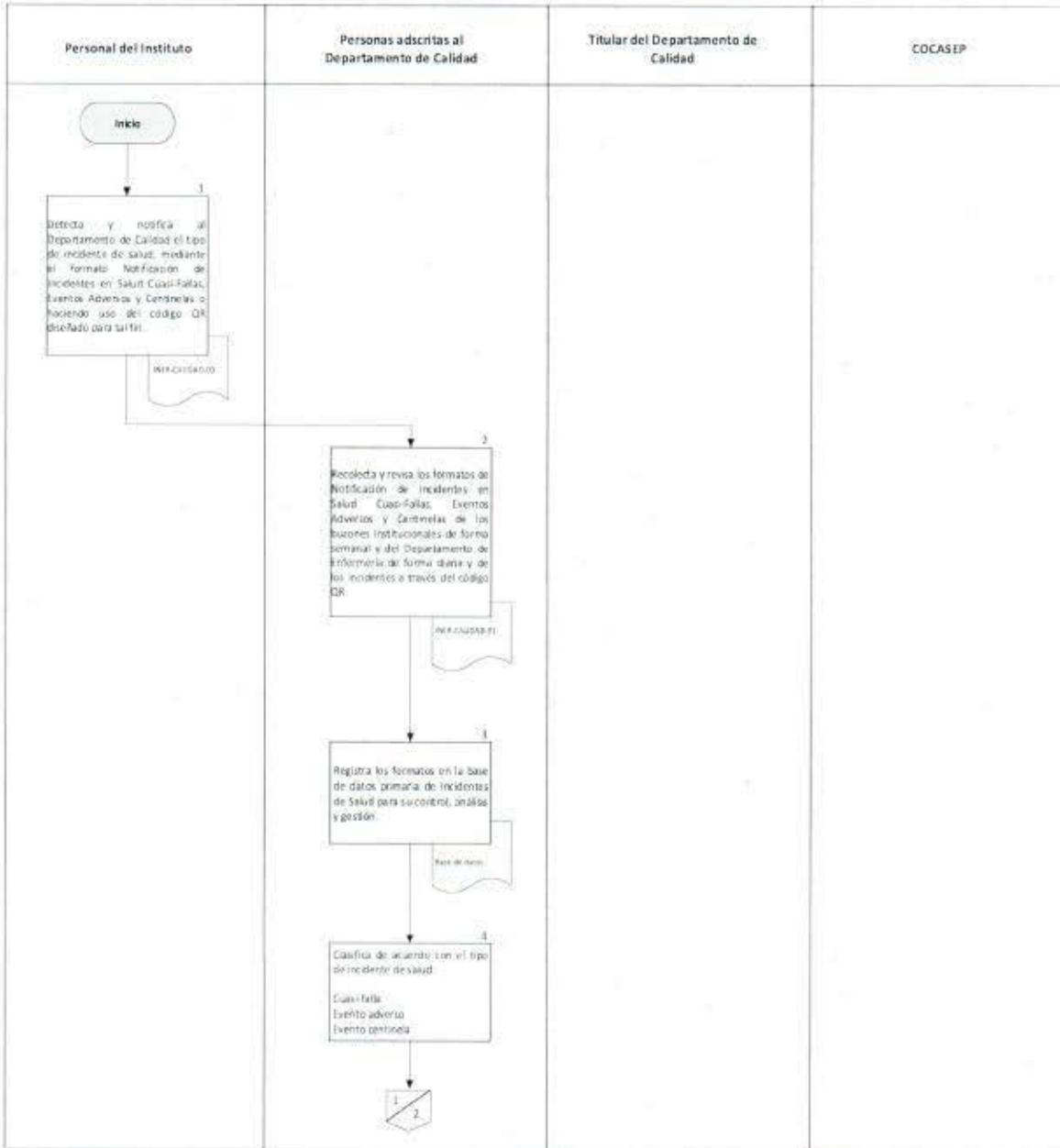
Handwritten mark

Handwritten mark

Handwritten signature/initials

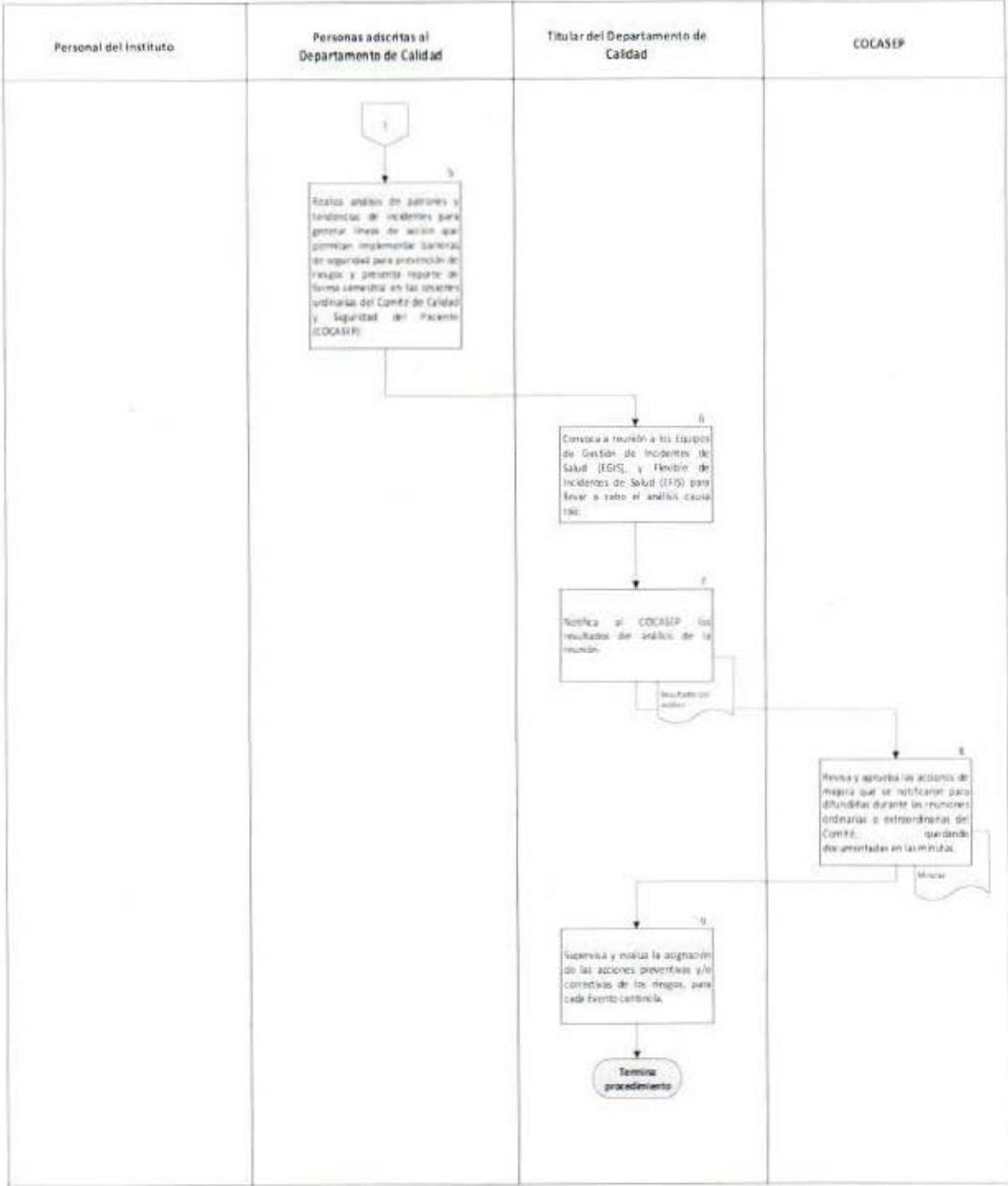
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 81 de 189

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 82 de 189



G
R
#

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 83 de 189

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Notificación de Incidentes en Salud Cuasi-Fallas, Eventos Adversos y Centinelas.	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-01
7.2 Base de datos	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.3 Reporte	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.4 Resultados del análisis	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 84 de 189

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.5 Minutas	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Agente:** Sustancia, objeto o un sistema que actúa para producir cambios.
- 8.2 **Análisis Causa Raíz:** Es una metodología de confiabilidad que emplea un conjunto de técnicas o procesos, para identificar factores causales de falla.
- 8.3 **Atención Sanitaria:** Servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
- 8.4 **Barreras de Seguridad:** Acción específica para la prevención de riesgos, ejecutada de manera correcta y en el momento oportuno, de tal forma que ayude a reducir el error durante el proceso de atención.
- 8.5 **Clasificación:** Conjunto de conceptos vinculados entre sí por relaciones semánticas. Ofrece una estructura para organizar información destinada a utilizar con muchos fines.
- 8.6 **Cuasifalla:** Es un hecho, omisión, evento o circunstancia que pudo dar origen a un daño o lesión sin llegar al paciente debido a una intervención oportuna.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 85 de 189

- 8.7 **Daño asociado a la atención sanitaria:** Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- 8.8 **Detección:** Consiste en una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
- 8.9 **EGIS:** Equipo de Gestión de Incidentes en Salud.
- 8.10 **Evento adverso:** Hecho, omisión, evento o circunstancia inesperados de forma no intencionada y no relacionados con la historia natural de la enfermedad, que produce daño(s), lesión(es) o complicación(es) no permanente(s), durante la atención en salud.
- 8.11 **Evento centinela:** Hecho, omisión, evento o circunstancia inesperados no intencionados y no relacionados con la historia natural de la enfermedad, que produce(n) daño(s), lesión(es) físicas y/o psicológicas, complicación(es), permanente(s) o muerte durante la atención en salud. Se denominan así porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediata.
- 8.12 **Evento:** Lo que le ocurre a un paciente o que le atañe.
- 8.13 **Grado de daño:** Es la gravedad, duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.
- 8.14 **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado y ocasionó un daño innecesario a un paciente.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 86 de 189

8.15 **Medidas de mejora:** Medida adaptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.

8.16 **Paciente:** Persona que recibe atención sanitaria.

8.17 **Probable evento centinela:** Incidente de salud notificado que no ha sido sesionado con el EGIS para determinar su clasificación, sin embargo, por la indagatoria de los hechos, pareciera que se puede definir como evento centinela.

8.18 **Punitivo:** Relación al castigo.

8.19 **Resiliencia:** Es el grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.

8.20 **Segunda Víctima:** Profesional de salud, que participan en un incidente de salud a consecuencia de lo cual, queda emocional y profesionalmente traumatizado.

8.21 **Seguridad del paciente:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento.

8.22 **Seguridad:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable.

8.23 **Sistema:** Conjunto de elementos interdependientes (personas, procesos, equipos) que interactúan para lograr un objetivo común.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	3. Procedimiento para el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		Hoja 87 de 189

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	08/abril/2019	Actualización de Políticas y Procedimientos.
5	23/diciembre/2024	Actualización de procedimientos.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1.** Notificación de Incidentes en Salud Cuasi-Fallas, Eventos Adversos y Centinelas.
INER-CALIDAD-01.

L

L

CRQ

PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIAS PARA MANEJO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE con base en el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente					
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	TIEMPO ESTIMADO	RECURSOS	INDICADORES	NOTAS
1. Recepción de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	1.1. Recepción de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	1.1.1. Recepción de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	1.1.1.1. Recepción de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	1.1.1.1.1. Recepción de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	1.1.1.1.1.1. Recepción de la notificación de un evento de seguridad del paciente.
2. Análisis de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	2.1. Análisis de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	2.1.1. Análisis de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	2.1.1.1. Análisis de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	2.1.1.1.1. Análisis de la notificación de un evento de seguridad del paciente.	2.1.1.1.1.1. Análisis de la notificación de un evento de seguridad del paciente.
3. Implementación de acciones correctivas.	3.1. Implementación de acciones correctivas.	3.1.1. Implementación de acciones correctivas.	3.1.1.1. Implementación de acciones correctivas.	3.1.1.1.1. Implementación de acciones correctivas.	3.1.1.1.1.1. Implementación de acciones correctivas.
4. Seguimiento de las acciones correctivas.	4.1. Seguimiento de las acciones correctivas.	4.1.1. Seguimiento de las acciones correctivas.	4.1.1.1. Seguimiento de las acciones correctivas.	4.1.1.1.1. Seguimiento de las acciones correctivas.	4.1.1.1.1.1. Seguimiento de las acciones correctivas.
5. Cierre del proceso de notificación y análisis de eventos.	5.1. Cierre del proceso de notificación y análisis de eventos.	5.1.1. Cierre del proceso de notificación y análisis de eventos.	5.1.1.1. Cierre del proceso de notificación y análisis de eventos.	5.1.1.1.1. Cierre del proceso de notificación y análisis de eventos.	5.1.1.1.1.1. Cierre del proceso de notificación y análisis de eventos.






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 90 de 189

4. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE LOS INCIDENTES DE SALUD

✓

✓

GR

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 91 de 189

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Analizar y determinar las causas de los incidentes de salud, mediante la recopilación de información y evaluación, con la finalidad de identificar e implementar acciones de mejora en pro de incrementar la seguridad de los/as pacientes.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas adscritas al Departamento de Calidad.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a todo el personal de salud que labore en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, que tengan contacto de manera directa o indirecta con los pacientes, incluyendo el personal en etapa de formación o práctica.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben cumplir y mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de 




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 92 de 189

Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.

- 3.3 Las personas adscritas al Departamento de Calidad son responsables de difundir, capacitar, dirigir y evaluar la notificación, seguimiento y resiliencia del proceso de notificación de incidentes de salud.
- 3.4 El Análisis Causa Raíz debe estar conformado por los siguientes equipos:
- 3.4.1 **Equipo de Gestión de Incidentes de Salud:** dirige el Análisis Causa Raíz (ACR), y se integra por personal del Departamento de Calidad, la persona titular de la Subdirección de Atención Médica de Neumología y la persona titular del Departamento de Enfermería.
- 3.4.2 **Equipo Flexible de Incidentes de Salud:** Conformado por personal que tuvo relación con el incidente de salud (Departamentos de Intendencia, Departamento de Farmacia Hospitalaria, Alimentación y Nutrición, de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Subdirección de Recursos Humanos y Organización y de la Coordinación de Protección Civil Institucional y Gestión Ambiental, etc.).
- 3.5 Los equipos deben llevar a cabo los siguientes siete pasos para el Análisis Causa Raíz:
- 3.5.1 Determinar el nivel de gravedad del incidente de salud.
- 3.5.2 Recopilar información del incidente de salud.
- 3.5.3 Elaborar mapa de los hechos (se elaborará si aplica al incidente de salud a analizar).

Handwritten signature or initials in blue ink, possibly reading "C. R. G. H."

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 93 de 189

- 3.5.4 Diagrama de Ishikawa (se elaborará si aplica al incidente de salud a analizar).
 - 3.5.5 Categorizar las causas y analizar las barreras (se elaborará si aplica al incidente de salud a analizar).
 - 3.5.6 Propuesta de cronograma de actividades para elaborar estrategias de mejora y plan de acción.
 - 3.5.7 Realizar el informe final y compartir las lecciones aprendidas en un lapso no mayor de 30 días, así como entregar el informe al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- 3.6 Para realizar el Análisis Causa Raíz se requiere lo siguiente:
- 3.6.1 Personal que conozca el Análisis Causa Raíz (ACR).
 - 3.6.2 Disponer de los recursos para realizar el análisis.
 - 3.6.3 Acceso a la información requerida.
 - 3.6.4 Personal confiable, que resguarde los resultados obtenidos del análisis Causa Raíz.
 - 3.6.5 Apoyo de las personas titulares de las Direcciones del Instituto para realizar las acciones de mejora que resulte del análisis.
 - 3.6.6 Realizar una sesión informativa de los resultados del análisis a todo el personal involucrado en el incidente.
- 3.7 Todo incidente de salud considerado como probable evento centinela, debe ser notificado al Departamento de Calidad en el preciso momento en que se suscite.
- 3.8 El personal médico y de enfermería asignados por la persona titular del Departamento de Calidad deben conformar en un plazo máximo de siete días hábiles a partir de la notificación del evento centinela, a los Equipos de Gestión (EGIS) y Flexible (EFIS) de Incidentes de Salud para realizar el análisis Causa Raíz.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 94 de 189

- 3.9 Las personas adscritas al Departamento de Calidad son responsables de integrar la base de datos primaria de los incidentes de salud, la cual se retroalimenta de la información de los diferentes Servicios, Departamentos o áreas del Instituto.
- 3.10 El Departamento de Calidad debe realizar un análisis semestral con el EGIS, sobre la moda y frecuencia de los incidentes de salud, con el objeto de generar líneas de acción en la prevención de riesgos.
- 3.11 El Departamento de Calidad debe elaborar y enviar a las personas titulares de los Servicios el reporte mensual de los incidentes de salud notificados.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 95 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personas adscritas al Departamento de Calidad	1	Identifica el evento adverso: <ul style="list-style-type: none"> • Centinela (se analiza en el momento de la notificación) • Adverso Recurrente (se analiza de manera bimestral) • Cuasifalla recurrente (se analiza de manera bimestral) 	
Equipos de Trabajo Flexible (EFIS) y de Gestión (EGIS) de Incidentes de Salud	2	Define y convoca a los equipos de trabajo Flexible y de Gestión de incidentes de salud para realizar el análisis causa raíz (ACR).	Análisis de causa raíz
	3	Realiza resumen de lo ocurrido, integrando los resultados en formato de herramienta para el Análisis Causa Raíz de Incidentes de Salud.	INER-CALIDAD-03
	4	Define el incidente "en una oración" que sea clara y concisa para todos.	
	5	Recopila información del incidente de salud mediante: <ol style="list-style-type: none"> a) Entrevista con personal involucrado en el incidente de salud. b) Evidencia física y visita del lugar donde ocurrió el incidente. c) Evidencia documental. d) Presentación del profesional de API con personal involucrado. 	




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 96 de 189

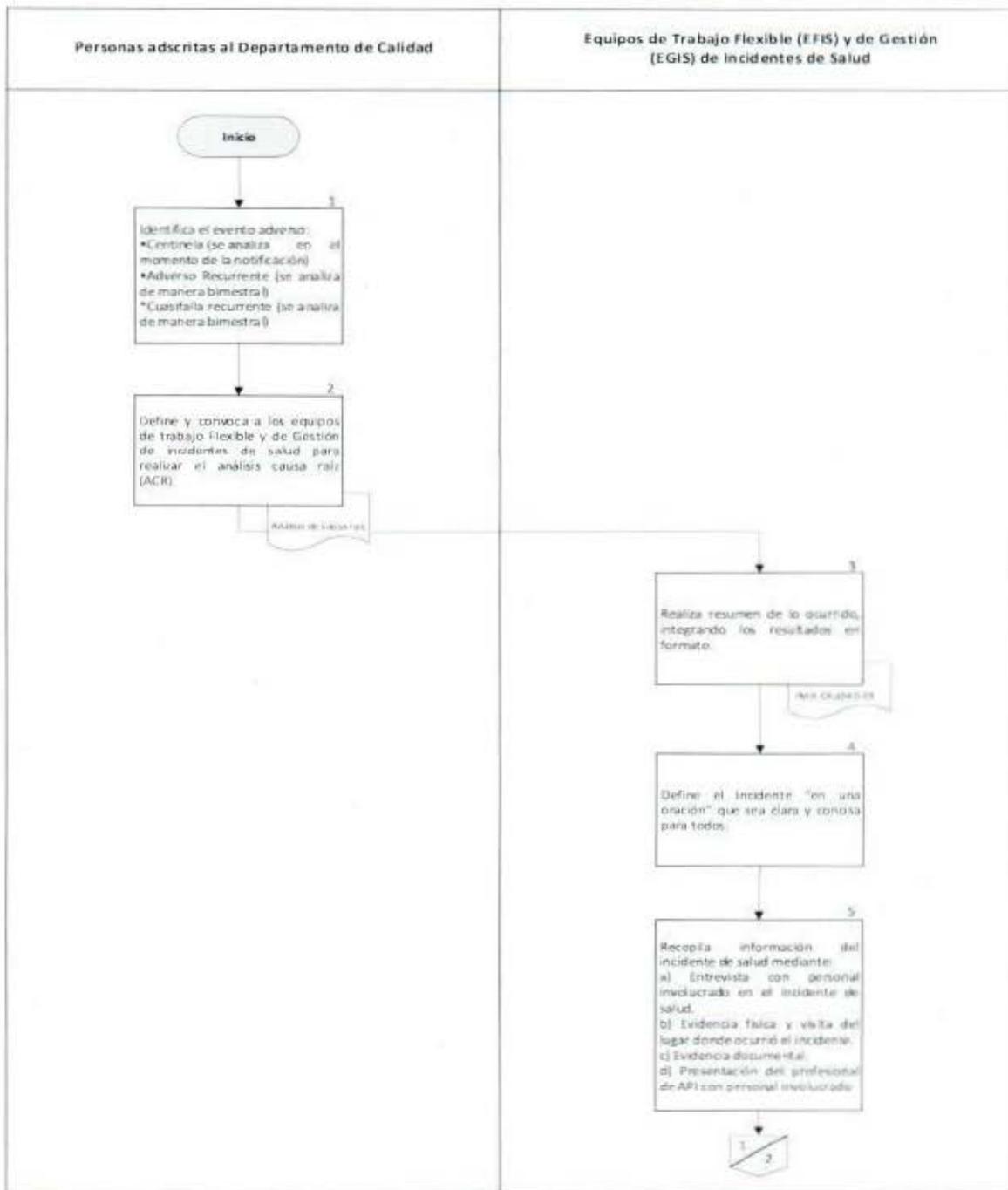
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Equipos de Trabajo Flexible (EFIS) y de Gestión (EGIS) de Incidentes de Salud	6	Elabora los acontecimientos del incidente de salud mediante: a) La cronología narrativa. b) Línea del tiempo. c) Herramienta de los cinco ¿Por qué?, para identificar el fallo.	
	7	Analiza y esquematiza la información del incidente de salud.	
	8	Clasifica las causas que provocaron el evento adverso y analiza las barreras de seguridad mediante: a) Análisis de barreras b) Diferenciación de causa-raíz y causa contribuyente con el apoyo de la herramienta de los cinco ¿Por qué?	
	9	Elabora estrategias de mejora y plan de acción para disminuir los riesgos que provoca el incidente de salud.	Plan de acción.
	10	Realiza el informe final a las personas titulares de la Dirección General, Departamento de Calidad respecto a los hallazgos encontrados en la investigación y presenta ante el COCASEP.	Informe final de los hallazgos
		Termina procedimiento	





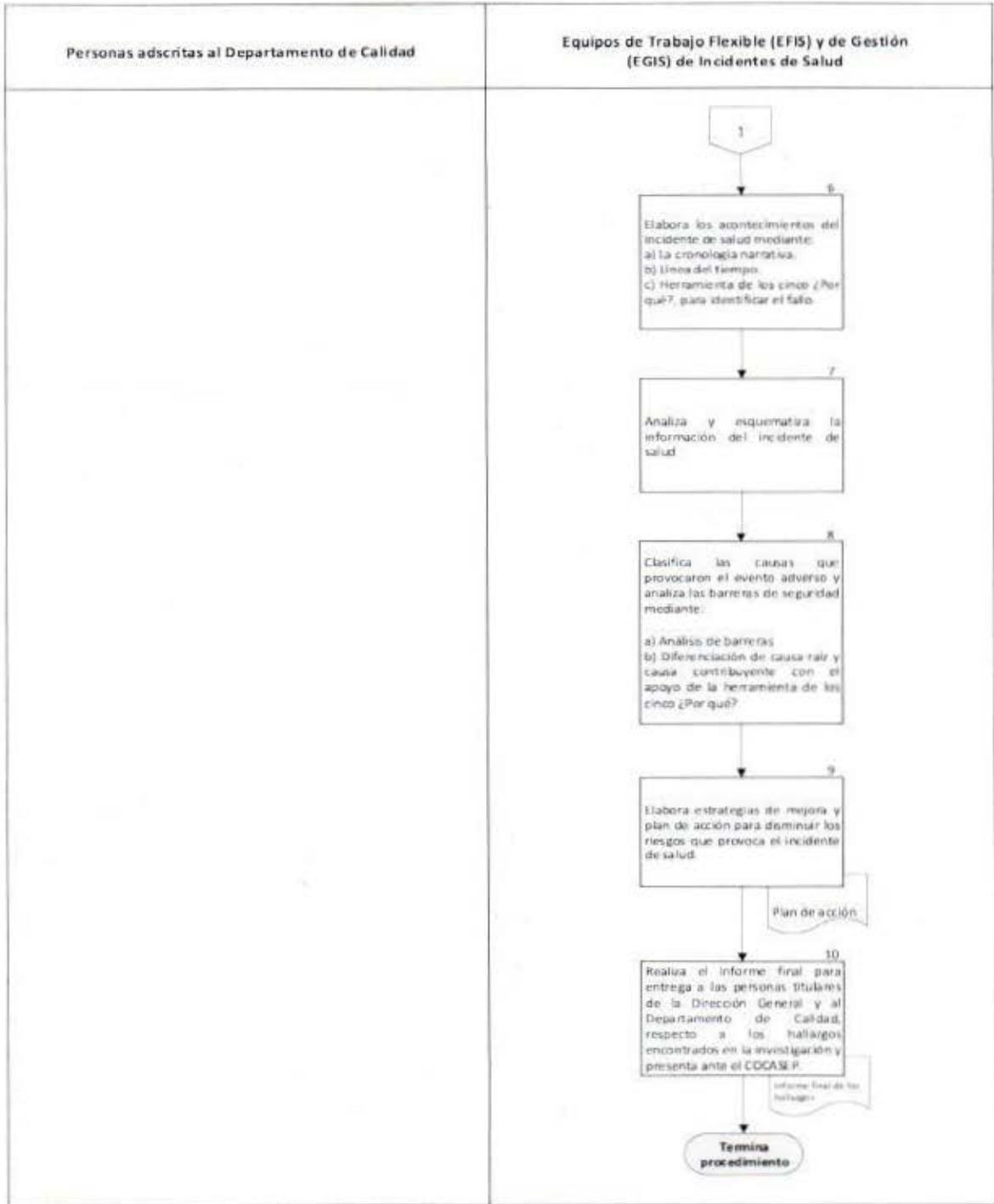
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 97 de 189

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 98 de 189



[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 99 de 189

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Herramientas para el Análisis Causa Raíz de Incidentes de Salud	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-03
7.2 Plan de acción	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Departamento de Calidad	N/P
7.3 Informe final de los hallazgos	De acuerdo a la clasificación archivística y Catálogo de disposición documental	Departamento de Calidad	N/P

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Análisis Causa Raíz:** Es una metodología de confiabilidad que emplea un conjunto de técnicas o procesos, para identificar factores causales de falla.
- 8.2 **Barreras de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de que ocurra un incidente o evento adverso.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 100 de 189

- 8.3 **COCASEP:** Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- 8.4 **Cronograma:** Herramienta básica de organización de las funciones y tareas que se lleven a cabo en un tiempo estipulado y bajo condiciones que garanticen la optimización del tiempo.
- 8.5 **Cronología narrativa:** Herramienta para vincular los hechos en el tiempo que ocurrieron (minutos, horas, días).
- 8.6 **Cuasifalla:** Es un hecho, omisión, evento o circunstancia que pudo dar origen a un daño o lesión sin llegar al paciente debido a una intervención oportuna.
- 8.7 **Diagrama de barras:** Gráfica utilizada para representar la distribución de frecuencia de una variable cualitativa y cuantitativa discreta. Se puede graficar en forma horizontal o vertical.
- 8.8 **Diagrama de Ishikawa:** Herramienta para identificar las causas que produjeron cierto efecto / problema.
- 8.9 **Entrevista personal:** Método clave para recolección de información sobre lo sucedido donde se toman los testimonios de las personas involucradas.
- 8.10 **Equipo central de gestión:** Es la columna vertebral del análisis causa raíz, y que está constituido por personal del Departamento de Calidad, Enfermería y Subdirección Médica.
- 8.11 **Equipo flexible:** Todo personal que estuviera directamente involucrado con un evento centinela.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 101 de 189

- 8.12 **Evento adverso:** Hecho, omisión, evento o circunstancia inesperados de forma no intencionada y no relacionados con la historia natural de la enfermedad, que produce daño(s), lesión(es) o complicación(es) no permanente(s), durante la atención en salud.
- 8.13 **Evento centinela:** Hecho, omisión, evento o circunstancia inesperados no intencionados y no relacionados con la historia natural de la enfermedad, que produce (n) daño(s), lesión(es) físicas y/o psicológicas, complicación(es), permanente(s) o muerte durante la atención en salud. Se denominan así porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediata.
- 8.14 **Evidencia física:** Elemento para identificar las fallas del proceso vinculadas al incidente de salud.
- 8.15 **Frecuencia:** Repetición menor o mayor de un suceso que permite hacer referencia a la cantidad de veces que un proceso periódico se repite por unidad de tiempo.
- 8.16 **Herramienta de los cinco ¿por qué?:** Determina las causas principales del evento adverso.
- 8.17 **Línea del tiempo:** Herramienta utilizada para registrar y ordenar datos cronológicos como fechas y periodos de tiempo, facilitando el estudio de los procesos.
- 8.18 **Moda:** Valor observado que tiene mayor frecuencia.
- 8.19 **Problema:** Asunto o cuestión que requiere una solución.
- 8.20 **Riesgo:** Probabilidad de que se produzca un incidente.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 102 de 189

8.21 **SREA:** Sistema de Reportes de Eventos Adversos.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	8/abril/2019	Actualización de Políticas y Procedimientos
5	23/diciembre/2024	Actualización de procedimientos.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1. Herramienta para el Análisis Causa Raíz de Incidentes de Salud. INER-CALIDAD-03.

✓

✓

GR

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 103 de 189

10.1 Herramienta para el Análisis Causa Raíz de Incidentes de Salud.

INER-CALIDAD-03




HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE INCIDENTES DE SALUD



DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

NIVELES DE GRAVEDAD DEL INCIDENTE DE SALUD

Nombre del incidente de salud: _____

Fecha del incidente: _____

Hora del incidente: _____

Gravedad del incidente de salud: _____

Fecha de reunión: _____

Lista de asistencia

Nombre	Departamento/Servicio	Puesto/categoría	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 104 de 189



HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE INCIDENTES DE SALUD



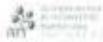
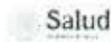
DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Marque la opción que corresponda al nivel de gravedad del incidente de salud a analizar (cuasifallas y eventos adversos se analizarán según la moda y frecuencia de manera bimestral).

Tipo de Incidente de salud	Definición Conceptual
Incidente de Salud relacionado con la seguridad del paciente	Hecho, omisión, evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasiona daño, lesión o complicaciones innecesarias a un paciente durante los procesos de su atención.
Cuasifalla	Es un hecho, omisión, evento o circunstancia que pudo dar origen a un daño o lesión sin llegar al paciente debido a una intervención oportuna.
Evento adverso	Hecho, omisión, evento o circunstancia inesperados de forma no intencionada y no relacionados con la historia natural de la enfermedad, que produce daño(s), lesión(es) o complicación(es) no permanente(s), durante la atención en salud.
Evento centinela	Hecho, omisión, evento o circunstancia inesperados no intencionados y no relacionados con la historia natural de la enfermedad, que produce (n) daño(s), lesión(es) físicas y/o psicológicas, complicación(es), permanente(s) o muerte durante la atención en salud. Se denominan así porque visan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediata.

Handwritten signature and initials in blue ink.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 107 de 189



HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE INCIDENTES DE SALUD



Registro de incidentes Folio:

2) Evidencia documental

Documentación del paciente.

Colocar los datos del paciente que describen el estado de salud y su proceso de atención (historia clínica, indicaciones médicas, resultados de laboratorio de análisis patológicos).

Documentación del Instituto.

Colocar las políticas, procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, manuales de procedimientos, regamentos de la institución, que se hayan evaluado a caber de una manera correcta.

Documentación de recursos humanos.

Conclusión de desempeño del profesional de salud involucrado en el incidente o la evaluación de sus competencias.

Documentación asociada al proceso de atención.

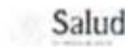
Estadístico del servicio sobre los procesos de atención o recursos involucrados al evento que se analiza.

Documentación asociada al mantenimiento de los equipos.

Manuales de funcionamiento del equipo, protocolos de trabajo para los responsables de mantenimiento; documentos de verificación de la realización de los controles y mantenimiento de los equipos.

ANEXOS (1/10)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 108 de 189



HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE INCIDENTES DE SALUD



DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Registro de incidentes
Folio:

MAPA DE LOS HECHOS

a) Cronología Narrativa

No.	Fecha	Hora	Lugar	Descripción de los hechos	Persona entrevistada (puesto)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					

INER-CALIDAD-09 (12.2004)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 109 de 189

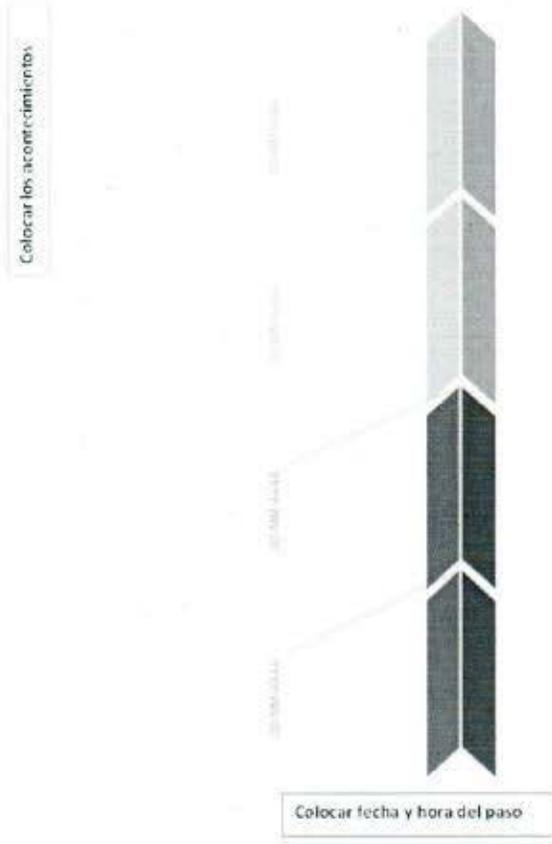


HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE INCIDENTES DE SALUD



Registro de incidentes
Folio:

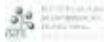
b) Línea del tiempo



INER-CALIDAD-01 (11.2014)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 111 de 189



HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE INCIDENTES DE SALUD

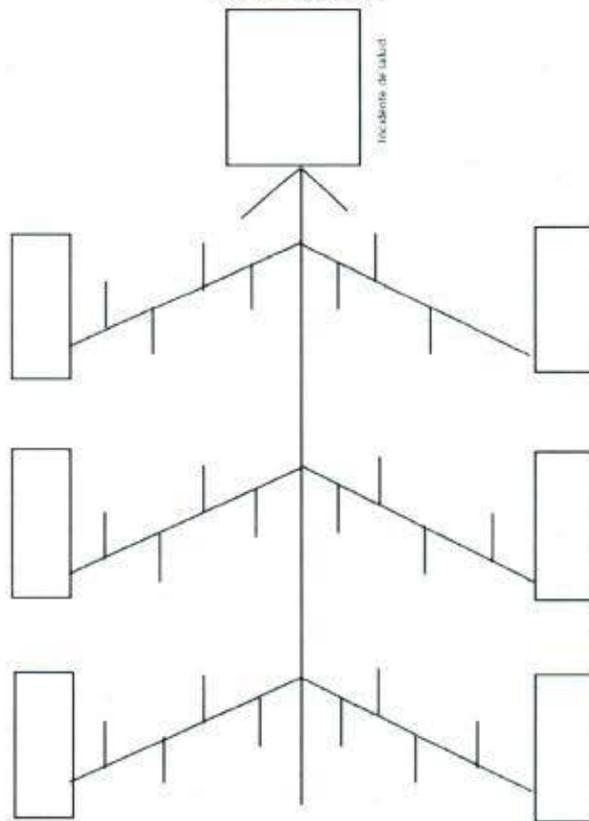


DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Registro de incidentes:

Folio:

DIAGRAMA DE ISHIKAWA



WEB-CALIDAD 01/11/2014

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

a) Formato de análisis de barreras.

Riesgos	Barreras existentes	Impacto en la seguridad del paciente	Existe alguna barrera adicional para su mejora	Impacto en la seguridad del paciente	Responsable (quien)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

✓

✓

GR

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 113 de 189

b) Diferenciación de causa raíz y causa contribuyente.

CAUSA NO.	CAUSA NO.
1. Si causa # _____ no hubiera estado presente, ¿habría ocurrido el incidente? No _____ Si _____	1. Si causa # _____ no hubiera estado presente, ¿habría ocurrido el incidente? No _____ Si _____
2. Si causa # _____ es removida o solucionada, ¿se repetirá el incidente? NO _____ SI _____	2. Si causa # _____ es removida o solucionada, ¿se repetirá el incidente? NO _____ SI _____
3. Si causa # _____ es removida o solucionada, ¿reaparecerá, las condiciones que favorecieron la ocurrencia del incidente? NO _____ SI _____	3. Si causa # _____ es removida o solucionada, ¿reaparecerá, las condiciones que favorecieron la ocurrencia del incidente? NO _____ SI _____

CAUSA NO.	CAUSA NO.
1. Si causa # _____ no hubiera estado presente, ¿habría ocurrido el incidente? No _____ Si _____	1. Si causa # _____ no hubiera estado presente, ¿habría ocurrido el incidente? No _____ Si _____
2. Si causa # _____ es removida o solucionada, ¿se repetirá el incidente? NO _____ SI _____	2. Si causa # _____ es removida o solucionada, ¿se repetirá el incidente? NO _____ SI _____
3. Si causa # _____ es removida o solucionada, ¿reaparecerá, las condiciones que favorecieron la ocurrencia del incidente? NO _____ SI _____	3. Si causa # _____ es removida o solucionada, ¿reaparecerá, las condiciones que favorecieron la ocurrencia del incidente? NO _____ SI _____

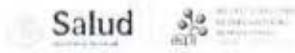
Causa raíz: Cuando 3 respuestas negativas en las 3 preguntas indica la presencia de una Causa subyacente. Cuando 1 respuesta por lo menos es afirmativa.

/

/

/

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 114 de 189



HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE INCIDENTES DE SALUD



Registro de incidentes
Folio: _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA ELABORAR ESTRATEGIAS DE MEDIDA Y PLAN DE ACCIÓN

MESES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ACTIVIDADES												
INDICADORES												
RECURSOS												
RESPONSABLES												
OTROS												

C. P. R.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	4. Procedimiento para el análisis causa raíz de los incidentes de salud.		Hoja 115 de 189




HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE INCIDENTES DE SALUD



DIRECCIÓN GENERAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

Registro de incidentes

Folio:

INFORME FINAL DEL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ

El grupo de ACR (Análisis de Causa Raíz) debe realizar un resumen de los hallazgos encontrados en la investigación, deben ser presentados en el COCASXP, se debe omitir la identidad del personal involucrado en el incidente, debe ser un foro de aprendizaje.

/

/

COCASXP

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 116 de 189

5. PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 117 de 189

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Identifica los riesgos y problemas en los procesos de atención a las personas usuarias, a través de la priorización y análisis de barreras de seguridad, con el fin de que se minimice su impacto y mejorar los procesos institucionales.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas adscritas al Departamento de Calidad.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a todas las personas servidoras públicas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Departamento de Calidad son responsables de cumplir y mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 118 de 189

- 3.3 El proceso de Identificación de Riesgos y Problemas debe realizarse una vez al año coordinado por la persona titular del Departamento de Calidad.
- 3.4 La persona titular del Departamento de Calidad es responsable de presentar al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) la identificación de los riesgos a través del análisis de los incidentes de salud, con el fin de ser aprobadas y ser enviadas a las áreas pertinentes para su colaboración, con propuestas de mejora.
- 3.5 La implementación de nuevos procesos o mejoras, deben ser apoyados por el personal del Instituto y el Departamento de Calidad, presentados ante el COCASEP y autorizados por la persona titular de la Dirección General del Instituto, para su implementación en un plazo no mayor de 3 meses.
- 3.6 Los proyectos de mejora deben contar con indicadores de estructura, proceso y resultado para su medición y seguimiento de la mejora continua.
- 3.7 La priorización de riesgos y problemas debe llevarse a cabo a través de herramientas de calidad con metodologías.

✓

✓
WRG

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 119 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico y de enfermería adscrito al Departamento de Calidad	1	Realiza recorrido por las áreas sustantivas de atención al/la paciente, solicitando al personal cumplimentar el formato Identificación de Riesgos y Problemas.	INER-CALIDAD-12
Personas adscritas al Departamento de Calidad	2	Recolecta los formatos para identificación de Riesgos y Problemas.	
Personal médico y de enfermería adscrito al Departamento de Calidad	3	Captura en base de datos, e integra al inventario institucional de riesgos y problemas.	Base de datos
Personas adscritas al Departamento de Calidad	4	Realiza taller de capacitación de unificación de criterios para la identificación, priorización y análisis de riesgos.	
	5	Solicita el inventario de riesgos a las personas líderes de los grupos de trabajo.	Inventario de riesgos
	6	Integra los inventarios de riesgos y problemas al Inventario Institucional.	Inventario de riesgos Institucional
	7	Coordina la evaluación para la priorización de los riesgos identificados en el inventario de riesgos y problemas institucionales.	





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 120 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Equipo multidisciplinario	8	Coordina el análisis de los riesgos y problemas identificados como prioritarios.	Plan de Calidad
	9	Define los riesgos prioritarios para la Institución.	
	10	Establece barreras de seguridad para minimizar el impacto de los riesgos prioritarios.	
Persona titular del Departamento de Calidad	11	Presenta a la Dirección General y en el COCASEP los riesgos y problemas prioritarios, así como las barreras de seguridad para minimizar su impacto.	
COCASEP	12	Aprueba los riesgos y problemas prioritarios.	
Persona titular del Departamento de Calidad	13	Integra al Plan de Calidad los riesgos, problemas prioritarios y las barreras de seguridad para minimizar su impacto.	
	14	Coordina el seguimiento a la implementación de las barreras de seguridad y reporte de indicadores.	
		Termina procedimiento	

✓

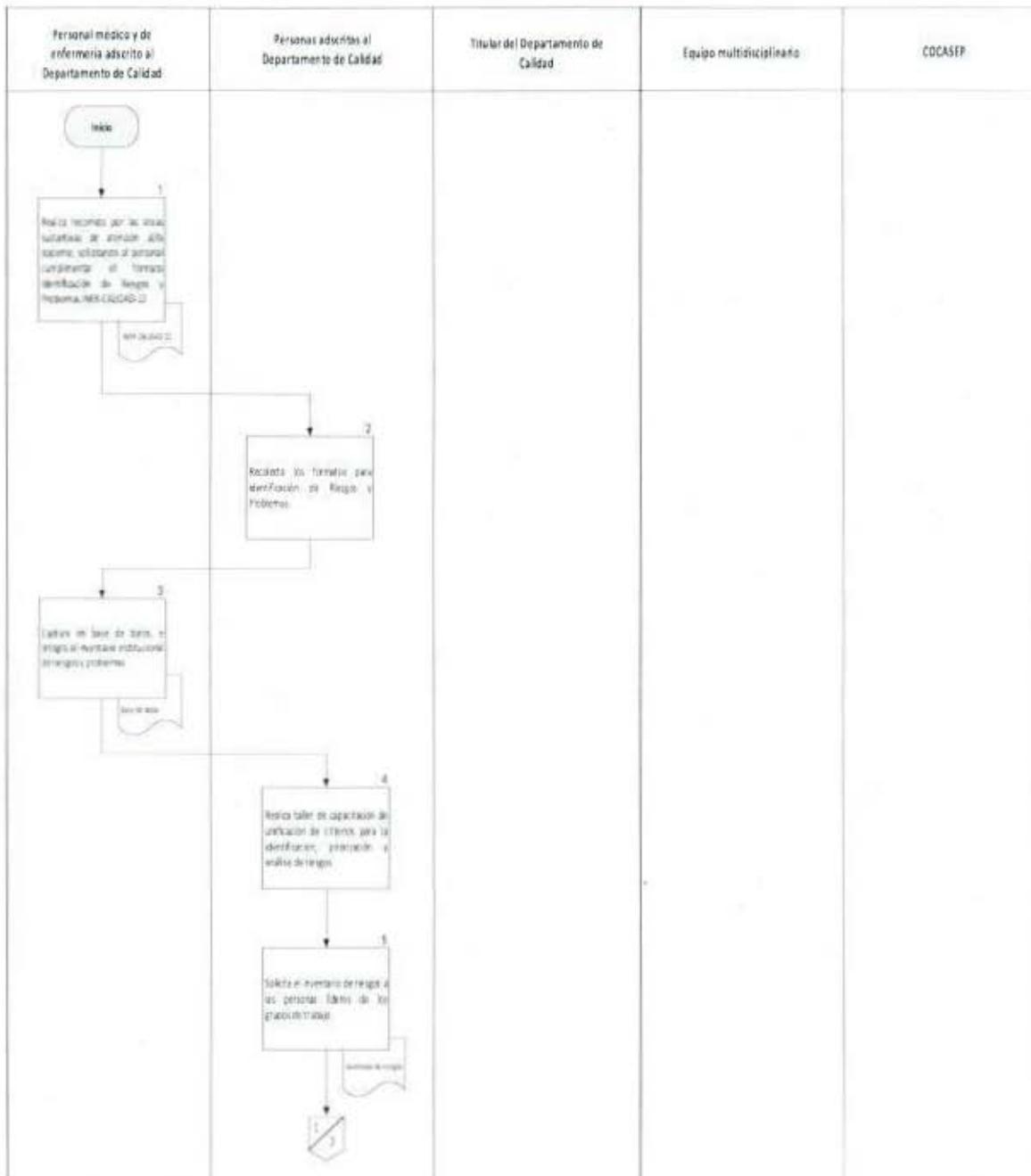
✓



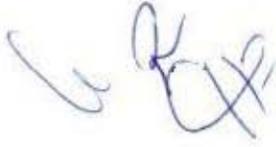


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 121 de 189

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO









MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE CALIDAD

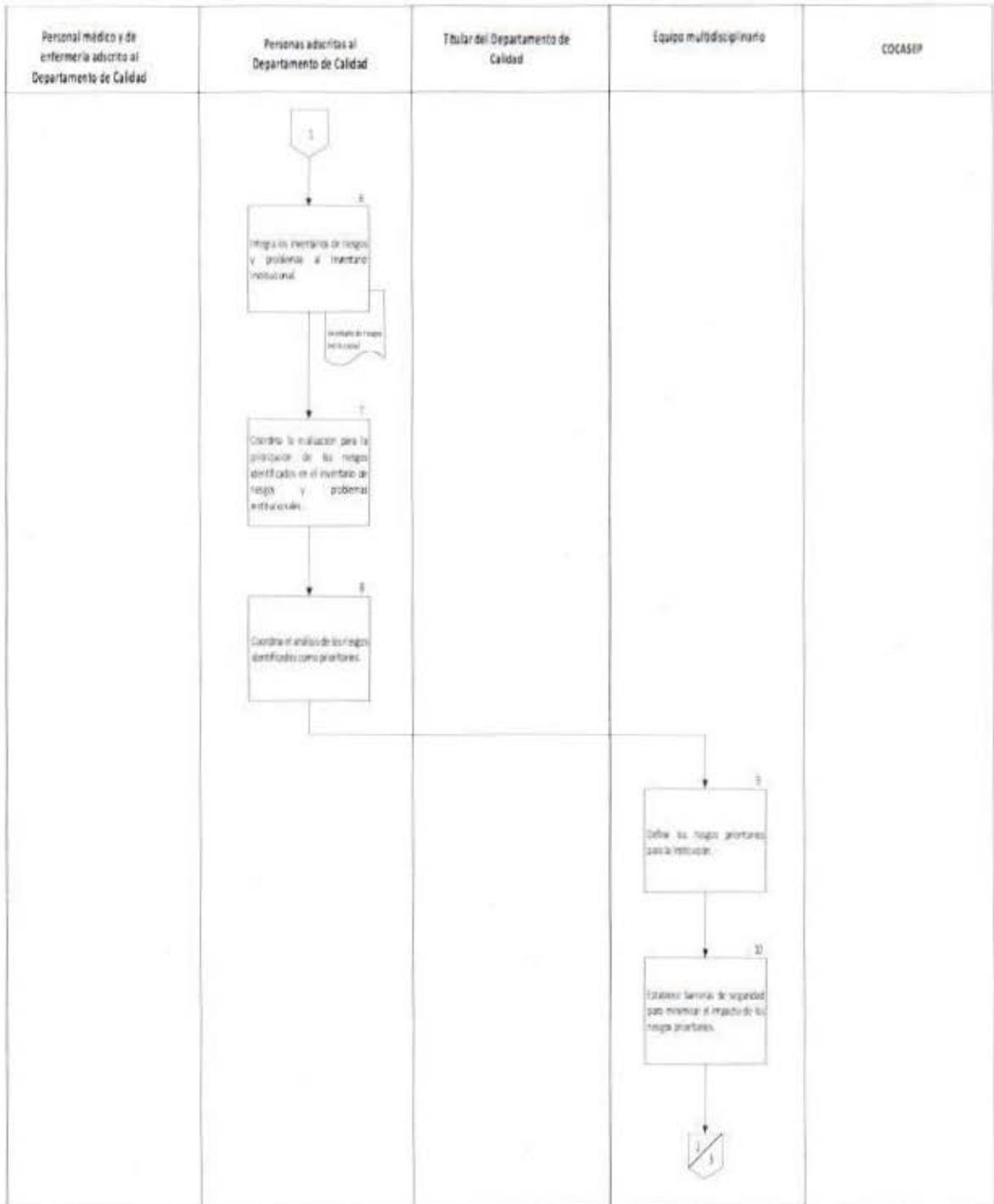
5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas

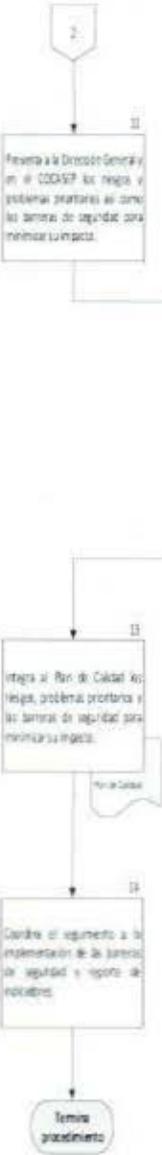


Rev. 5

Código:
NCDPR 020

Hoja 122 de
189



Personal médico y de enfermería adscrito al Departamento de Calidad	Personas adscritas al Departamento de Calidad	Titular del Departamento de Calidad	Equipo multidisciplinario	COCASIP
		 <pre> graph TD Start([2]) --> B1[Revisa la Dirección General y en el COCASIP los riesgos y problemas prioritarios así como los niveles de seguridad para minimizar su impacto.] B1 --> B2[Integra al Plan de Calidad los riesgos, problemas prioritarios y los niveles de seguridad para minimizar su impacto.] B2 --> B3[Coordina el seguimiento a la implementación de la política de seguridad y reporte de incidentes.] B3 --> End([Termina procedimiento]) B1 --> B4[Actualiza los riesgos y problemas prioritarios.] B4 --> B2 </pre>		

[Handwritten mark]

[Handwritten initials: CR and a signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 124 de 189

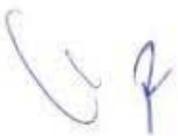
6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Identificación de Riesgos y Problemas	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	INER-CALIDAD-12
7.2 Inventario de riesgos	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.3 Plan de Calidad	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 125 de 189

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Barreras de seguridad:** Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de que ocurra un incidente o evento adverso.
- 8.2 **Ciclo de Mejora:** Secuencia de acciones enmarcadas dentro de un periodo de tiempo en el que se desarrolla algún proceso identificado sujeto a ser mejorado aplicando las etapas de planear-hacer-verificar-actuar (Ciclo Deming).
- 8.3 **Diseño:** La identificación y organización de los elementos necesarios para estructurar un proceso que arroje los resultados esperados dentro de un sistema.
- 8.4 **Efectividad:** La prestación de servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse, y la abstención de la prestación de servicios a los que no pueden beneficiarse.
- 8.5 **Eficacia:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. Hacer lo correcto con apego a normas y procedimientos.
- 8.6 **Eficiencia:** Evitar malgastar recursos, incluido el desperdicio de equipo, suministros, ideas y energía.
- 8.7 **Enfoque:** Se refiere al diseño del sistema en que deben definirse estructura y organización.
- 8.8 **Estadística:** Conjunto de técnicas cuyo propósito es, a partir de una colección de datos numéricos que presentan variabilidad, describir el proceso que los generó.

✓

✓

✓
P
G

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 126 de 189

8.9 **Estándar:** Valor o rango de valores aceptable en relación a los resultados esperados en un sistema o proceso. Medida de desempeño esperado utilizado para evaluar o comparar acciones realizadas.

8.10 **Indicador:** Los indicadores son expresiones numéricas de la propiedad que se pretende medir. En el contexto de la Administración Pública Federal (APF) son parámetros para medir el logro de los objetivos de los programas gubernamentales o actividades institucionales a través de los cuales las dependencias y entidades dan cumplimiento a su misión. Es la relación entre dos o más variables que intervienen en un mismo proceso. Existen varias definiciones de indicador de la salud: según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es una medida de la administración clínica y resultado de la atención. Por su parte, el Australian Council on Health Care Standards, lo define como una medida cuantitativa de un aspecto de la atención. No obstante, el indicador no es una medida directa de la calidad, es un tamiz o una señal que indica las áreas donde se requiere un análisis detallado, según la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations.

Se clasifican tres tipos de indicadores:

1. Indicadores de desempeño: Muestran el comportamiento de los procesos.
2. Indicadores de efectividad: Para medir el funcionamiento de los procesos en función de los resultados esperados.
3. Indicadores de eficiencia: Para medir el aprovechamiento de los recursos utilizados para alcanzar los objetivos de los procesos, así como los ahorros logrados.

8.11 **Mejora continua:** Método para la gestión de la calidad que se apoya en el aseguramiento de la misma, haciendo hincapié en los sistemas y procesos de organización, en la necesidad de contar con datos objetivos que permitan mejorar los

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 127 de 189

procesos, y en la idea de que los sistemas y el desempeño siempre pueden mejorar aun cuando se han satisfecho los estándares, patrones o normas más altas.

- 8.12 **Meta:** Un enunciado que describe una situación a lograr en el futuro, especificando su magnitud y cuándo debe alcanzarse.
- 8.13 **Modelo de administración por calidad total:** La adopción de un sistema de administración por calidad total de una organización representa una nueva manera de dirigir, basándose en el desarrollo de procesos que, en un programa de mejora continua, permiten alcanzar los atributos de calidad que satisfagan los requerimientos del cliente-usuario.
- 8.14 **Modelo de calidad:** Descripción de la interacción de los principales elementos del sistema de administración de la organización. Se refiere al esquema predeterminado de referencia que define los sistemas y prácticas de calidad de la organización, congruentes con los principios y valores de calidad.
- 8.15 **Nivel de satisfacción:** Es una medida que permite describir de manera cualitativa la percepción de un bien o servicio otorgado y se representa a través de una escala numérica.
- 8.16 **Nivel:** Grado alcanzado por una magnitud en comparación con un valor que se toma como referencia.
- 8.17 **Oportunidad:** Factores externos que facilitan el logro de las metas y los objetivos.
- 8.18 **Riesgos potenciales del entorno:** Es la combinación de las oportunidades y amenazas del entorno de la organización visualizadas por los directivos que impulsan o restringen el logro de la misión o la visión, y en las cuales la organización no tiene influencia.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 128 de 189

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	08/abril/2019	Actualización de políticas y procedimientos
5	23/diciembre/2024	Actualización de procedimientos.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Identificación de Riesgos y Problemas INER-CALIDAD-12

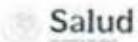
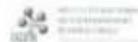
✓

✓


 A

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	5. Procedimiento para la identificación de riesgos y problemas		Hoja 129 de 189

10.1 Identificación de Riesgos y Problemas INER-CALIDAD-12

		IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS	 DIRECCIÓN GENERAL DEPARTAMENTO DE CALIDAD		
Servicio _____	Fecha	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Turno _____		
Describa el Riesgo o Problema:					
Desde su punto de vista ¿qué tan frecuente es este riesgo o problema?					
a) Aun no ha ocurrido	b) Sucede al menos una vez cada 5 meses	c) Sucede al menos una vez al mes	d) Sucede al menos una vez cada semana	e) Sucede al menos una vez cada día	f) Muy frecuente sucede casi todo el tiempo
INER-CALIDAD-12 (12.2024)					




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 130 de 189

6. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES.

A






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 131 de 189

1.0 PROPÓSITO

- 1.1. Promover el compromiso del personal institucional, mediante el conjunto de valores, a fin de implementar la cultura de seguridad del paciente, encaminada a reducir incidentes de salud y la mejora continua.

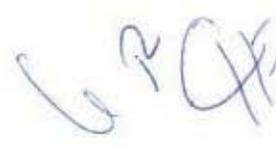
2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a todas las personas adscritas al Departamento de Calidad.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a todas las personas servidoras públicas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben cumplir y mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 132 de 189

- 3.3 El fin de este procedimiento es promover el compromiso del personal institucional para generar un conjunto de valores que posicionan la seguridad como un objetivo común a seguir en los ámbitos de la investigación, enseñanza y asistencia, que permitan satisfacer las necesidades del/la paciente.
- 3.4 Las mediciones de la cultura de seguridad del paciente se llevan a cabo anualmente por el Departamento de Calidad y el apoyo de las personas titulares directivas del Instituto, quienes son responsables de procurar la participación del personal asignado a su cargo para la aplicación del cuestionario, para una acción de mejora del Instituto. Su análisis contribuirá en la estructuración del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud (PMCCS) y de trabajo del Departamento de Calidad de forma anual.
- 3.5 El instrumento que se utilizará para la evaluación es el Cuestionario sobre Cultura de Seguridad de los/as pacientes en Hospitales de México, desarrollado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), dependiente de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud con el cual se hará el diagnóstico de la Cultura de seguridad del paciente, a fin de analizar las mejoras que se generen en la institución. Con datos de la siguiente índole: turno laboral, género, grado académico y tipo de contratación, asegurando la confidencialidad de los datos obtenidos.
- 3.6 Para determinar la muestra, se utilizará como universo al total del personal de atención directa al/la paciente en los Servicios Clínicos de Hospitalización, Departamento de Áreas Críticas y Hospital de Día en los diferentes turnos, información proporcionada por la Subdirección de Recursos Humanos y Organización para posterior a ellos obtener la muestra de forma metodológica.

AK

GR

A

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 133 de 189

- 3.7 Los resultados obtenidos de la encuesta se difundirán en la primera reunión del año siguiente del COCASEP, para generar recomendaciones y se incluirán en la minuta de la sesión. Se informará al personal de salud involucrado.
- 3.8 La información generada de la aplicación de la encuesta permanecerá bajo el resguardo del Departamento de Calidad y será utilizada sólo para fines de elaboración de planes de trabajo y proyectos de mejora.

✓

✓

P G #

G

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 134 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Persona adscrita al Departamento de Calidad	1	Solicita a la persona titular de la Subdirección de Recursos Humanos y Organización el número de empleados/as que constituyen su universo.	
	2	Realiza la muestra y la distribución de personal en los diferentes turnos y servicios a participar en la recolección de datos.	
	3	Envía a las personas titulares de los Servicios los cuestionarios de Cultura de la seguridad de los/as pacientes en Hospitales de México para realizar su distribución con el personal que se requiere que realice la encuesta.	Cuestionario
Personas titulares de los Servicios	4	Distribuye el cuestionario y una vez realizado, lo entrega al Departamento de Calidad en el tiempo marcado por este último.	Cuestionario
Persona adscrita al Departamento de Calidad	5	Analiza la información, compara con los resultados previos y presenta a la Dirección General del INER y al COCASEP el reporte con las sugerencias de acciones de mejora que se incluirán en el Plan de Calidad Anual.	Reporte
Persona titular del Departamento de Calidad	6	Integra al Plan de Calidad las acciones de mejora continua y se	Plan de Calidad Anual

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 135 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
		asegura su implementación en los diferentes servicios hospitalarios, coordinando su seguimiento.	
		Termina procedimiento	

[Handwritten mark]

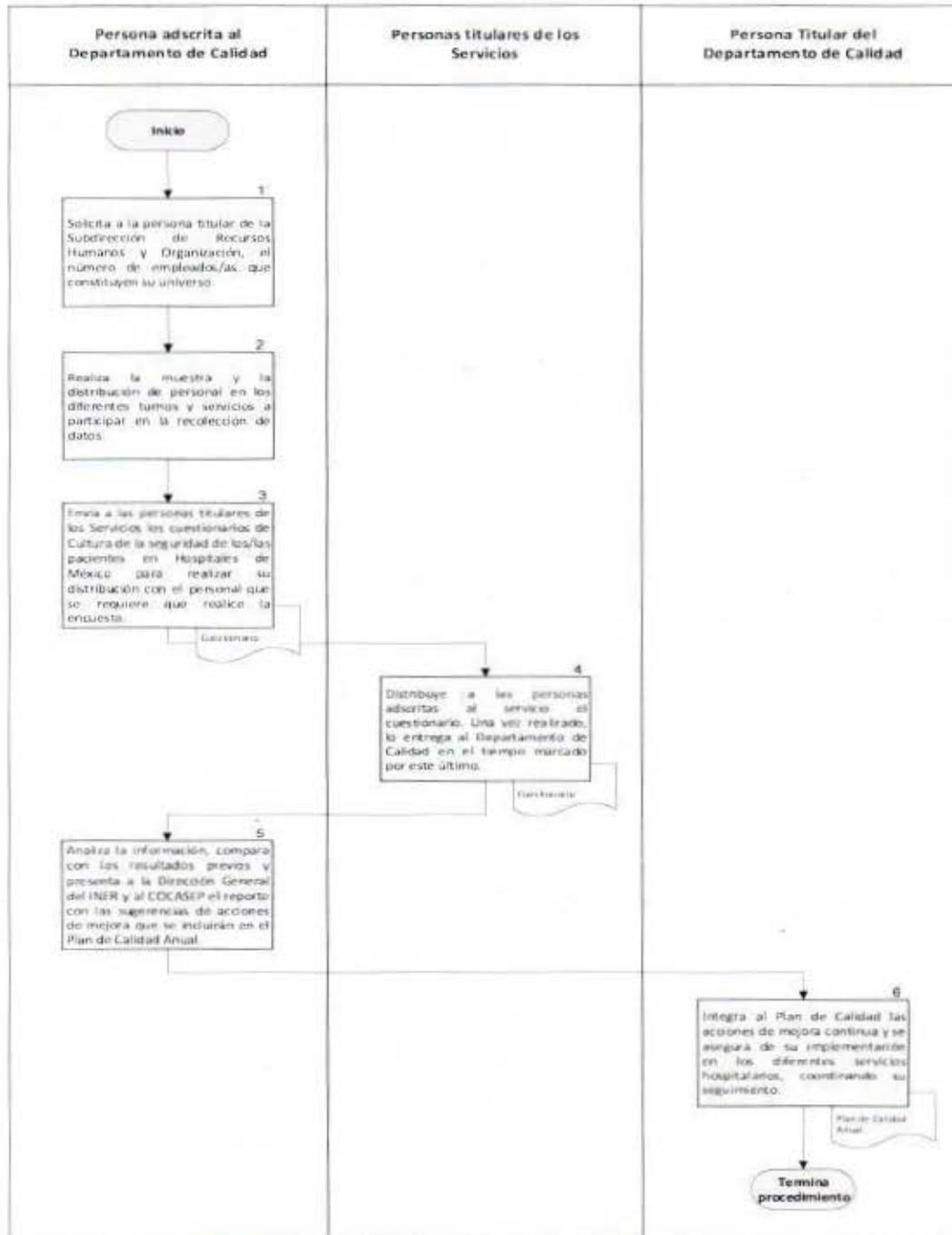
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 136 de 189

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 137 de 189

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimiento de la Secretaría de Salud	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Cuestionario de Calidad de la seguridad de los pacientes en Hospitales de México	La que determine el catálogo de disposición de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.2 Plan de Calidad	La que determine el catálogo de disposición de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Calidad:** Es el grado en el que los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados en salud y son consistente con los conocimientos profesionales actualizados, ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo, utilizando los medios disponibles.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 138 de 189

- 8.2. **Cultura de Seguridad de los/as pacientes:** se refiere al conjunto de valores y normas de un individuo y de una organización, con el fin de disminuir los riesgos o daños que le puedan ocurrir al paciente, especialmente en un hospital.
- 8.3. **Cultura organizacional:** Conjunto de comportamientos, lenguaje, símbolos y actividades que representan la forma de ser de una organización; de tal manera que se facilite el bienestar y la motivación del personal.
- 8.4. **Enfoque:** Se refiere al diseño del sistema en que deben definirse estructura y organización.
- 8.5. **Medición:** Aplicación de una metodología estructurada para conocer el grado de avance en la implantación de acciones de mejora.
- 8.6. **Modelo de calidad:** Descripción de la interacción de los principales elementos del sistema de administración de la organización. Se refiere al esquema predeterminado de referencia que define los sistemas y prácticas de calidad de la organización, congruentes con los principios y valores de calidad.
- 8.7. **Programa de capacitación:** Es la definición de objetivos de aprendizaje, los contenidos temáticos y la estrategia didáctica para lograrlos.
- 8.8. **Proyecto:** Es un proceso finito, en el cual un conjunto de actividades y recursos se aplican por única vez, para un fin específico. Los resultados característicos de la implantación de un proyecto son: un producto nuevo, un servicio nuevo, un nuevo sistema o un proceso continuo.





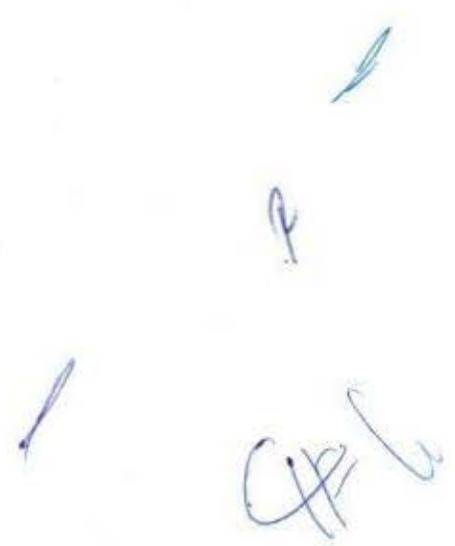
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	6. Procedimiento para la evaluación de la cultura de seguridad de pacientes		Hoja 139 de 189

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	08/abril/2019	Actualización de políticas y lineamientos
5	23/diciembre/2024	Actualización de procedimientos,

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 140 de 189

7. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD (INDICAS).





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 141 de 189

1.0 PROPÓSITO

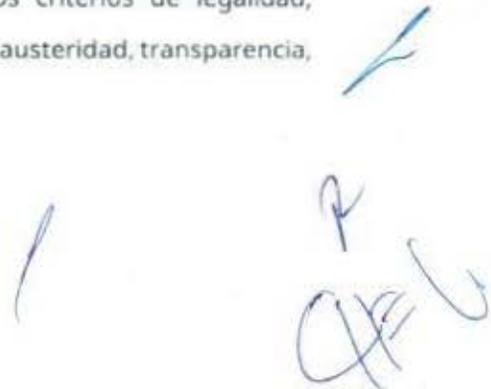
- 1.1 Describir los pasos para alimentar el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) de la Secretaría de Salud, a través de un instrumento de apoyo en la toma de decisiones para gestión de la calidad y mejora continua del Instituto, con el fin de registrar y monitorear indicadores de calidad, integrando evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las áreas en las cuales se desarrollan y monitorean los indicadores de calidad dentro del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. (Urgencias, Subdirección de Cirugía, Departamento de Enfermería y la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica).
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Departamento de Calidad son responsables de cumplir y mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 142 de 189

- 3.2 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.3 Las personas adscritas al Departamento de Calidad son responsables de coordinar la operación interna del programa a través de la calendarización que es emitida por la plataforma de DGCEs, INDICAS II de manera cuatrimestral en el siguiente link: <https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php>
- 3.4 Para que el monitoreo de los indicadores sea el óptimo, es necesario utilizar un tamaño de muestra estadísticamente representativo. Por tal razón, antes de realizar la revisión de expedientes el Departamento de Calidad debe determinar el tamaño de la muestra propuestos por el cuadernillo.
- 3.5 La información debe ser solicitada vía correo electrónico a las áreas responsables con un mes de anticipación, quienes realizarán la captura de la información de manera semanal, con la finalidad de realizar los registros durante todo el cuatrimestre y contar con el concentrado de la información antes de que éste concluya.
- 3.6 Los servicios o departamentos de: Urgencias, Departamento de Tecnologías de la información y Comunicaciones, Subdirección de Cirugía, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Departamento de Enfermería, deben generar información con periodicidad cuatrimestral de indicadores de calidad como:
- Tiempo de Espera en los Servicios de Urgencias
 - Diferimiento quirúrgico



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 143 de 189

- Infecciones Nosocomiales
- Ministración de medicamentos Vía Oral
- Prevención de Infecciones de Vías Urinarias en pacientes con Sonda Vesical
- Prevención de Caídas en pacientes hospitalizados/as
- Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada
- Prevención de Úlceras por Presión en pacientes hospitalizados/as
- Registros clínicos y notas de enfermería

Lo anterior, para la toma de decisiones y mejorar los servicios dentro del INER.

3.7 El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, participa con los siguientes indicadores:

3.7.1 Organización de los Servicios Urgencias.

- Tiempo de espera en Urgencias.
- Porcentaje de Usuarios que Esperan Tiempo Estándar para Recibir Consulta.

3.7.2 Atención Médica Efectiva.

- Diferimiento Quirúrgico en Cirugía General.
- Tasa de Infecciones Nosocomiales.

3.7.3 Atención de Enfermería

- Trato Digno en Enfermería
- Ministración de Medicamentos Vía Oral (MMVIO).
- Prevención de Infección Nosocomial en Vías Urinarias (PIVUPSVI).
- Prevención de Caídas a Pacientes Hospitalizados (PCPH).
- Vigilancia y Control de Venoclisis Instalada (VCVI).
- Prevención de Úlceras por Presión a Pacientes Hospitalizados (PUPPPH)





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 144 de 189

3.7.4 Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

- Tasa de Neumonías Nosocomiales Asociadas a Ventilación Mecánica.
- Tasa de Infección de Vías Urinarias Asociada a Uso de Sonda Vesical.
- Tasa de Bacteriemias Asociadas a Uso de Catéter Venoso Central.
- Tasa de Infección de Sitio Quirúrgico.

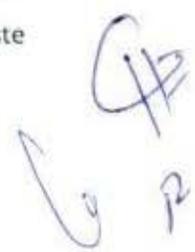
3.8 El personal adscrito, con la supervisión de la persona titular del Departamento de Calidad debe coordinar la captura de los Indicadores correspondientes a enfermería, en conjunto con el Departamento de Enfermería.

3.9 La información proporcionada por las áreas responsables como el Servicio de Urgencias Respiratorias, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Subdirección de Cirugía será capturada por el personal del Departamento de Calidad y en el caso del Departamento de Enfermería se verificará la información registrada en la plataforma del sistema INDICAS, en las fechas establecidas por el programa y será enviada a través de la misma en los tiempos que estipule.

3.10 La información obtenida por medio de la plataforma de INDICAS de los resultados del cuatrimestre evaluado, debe compartirse con las personas titulares de los Departamentos y Servicios cada cuatrimestre.

3.11 De manera cuatrimestral se presentan los resultados de INDICAS en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) por la persona titular del Departamento de Calidad.

3.12 El Departamento de Calidad, a través del personal adscrito debe enviar los resultados a las áreas responsables mencionadas en el numeral 3.6 de este



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 145 de 189

procedimiento para su conocimiento, análisis e implementación de acciones de mejoras.

- 3.13 Es responsabilidad de las personas titulares de los Departamentos y/o Servicios hacer llegar los resultados de manera cuatrimestral al personal operativo a su cargo, generando evidencia de los resultados transmitidos a su personal, misma que debe ser enviada al Departamento de Calidad.
- 3.14 Es responsabilidad de las personas titulares de los Departamentos y/o Servicios, definir las acciones de mejora, así como su implementación acorde a los resultados emitidos por la DGCES por cada cuatrimestre.
- 3.15 Corresponde a la persona titular del Departamento de Calidad hacer de conocimiento en el COCASEP, la información de aquellas acciones de mejora implementadas para conocimiento y reforzamiento de las mismas.
- 3.16 Los resultados de las acciones de mejora implementadas por las personas responsables de cada área son reportados por el Departamento de Calidad, a través de su titular.

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten initials/signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 146 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Persona adscrita al Departamento de Calidad	1	Solicita cuatrimestralmente vía correo electrónico la información a las áreas responsables con base a la calendarización emitida por la DGCES. en su plataforma.	Correo electrónico
	2	Concentra la información con una muestra representativa como lo propone el cuadernillo de encuestas, en las fechas establecidas acorde con la programación de la DGCES.	
	3	Coordina la captura de los indicadores correspondientes a Enfermería y a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.	
	4	Captura los indicadores, por medio del sistema INDICAS de manera local, en las fechas establecidas acorde con la calendarización programada.	
	5	Envía la información a nivel federal, por medio del registro WEB con la validación de la persona titular del Departamento de Calidad.	
	6	Verifica la información electrónica capturada en la página WEB, para descartar un fallo de envío.	

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 147 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personas Titulares de Servicios	7	Realiza un histórico cuatrimestral de los datos capturados, y anexa la información, así como capturas de pantalla a la carpeta de INDICAS, como evidencia.	Histórico de datos. Capturas de pantalla.
	8	Realiza el análisis por medio de la publicación en la plataforma del sistema INDICAS.	
	9	Envía los resultados emitidos por la plataforma mediante vía electrónica a las personas responsables del área, previa validación de la persona titular del Departamento de Calidad.	Resultados
	10	Analiza la información de los resultados emitidos en conjunto con el equipo multidisciplinario y genera acciones de mejora.	
	11	Difunde los resultados de manera cuatrimestral al personal operativo a su cargo, generando evidencia de los resultados transmitidos.	Resultados
Persona adscrita al Departamento de Calidad	12	Comparte las acciones de mejora definidas al Departamento de Calidad previo a su implementación.	
	13	Revisa las acciones de mejora y devuelve al área responsable para la implementación de las mismas.	

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

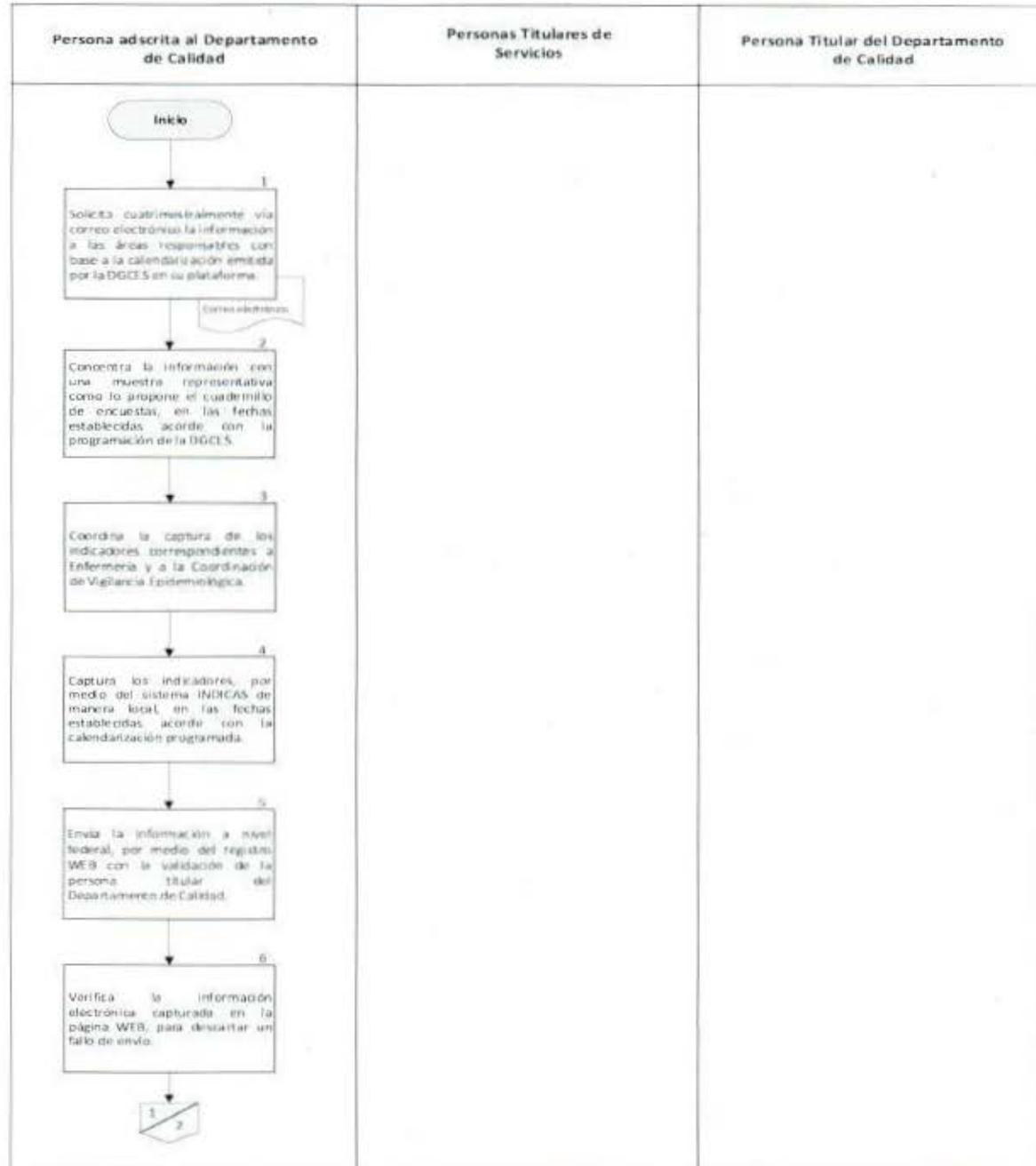
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 148 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Persona Titular del Departamento de Calidad	14	Recibe el avance de las acciones de mejora de cada responsable de área como evidencia para su conocimiento y seguimiento.	
	15	Emite cartel informativo con los resultados de las acciones de mejora, para su publicación.	Cartel informativo
	16	Elabora informe con la validación de la persona titular del Departamento de Calidad.	Informe
	17	Presenta el informe a la Dirección General y en las sesiones del COCASEP y se asientan las minutas correspondientes.	Minuta
		Termina procedimiento	


 R

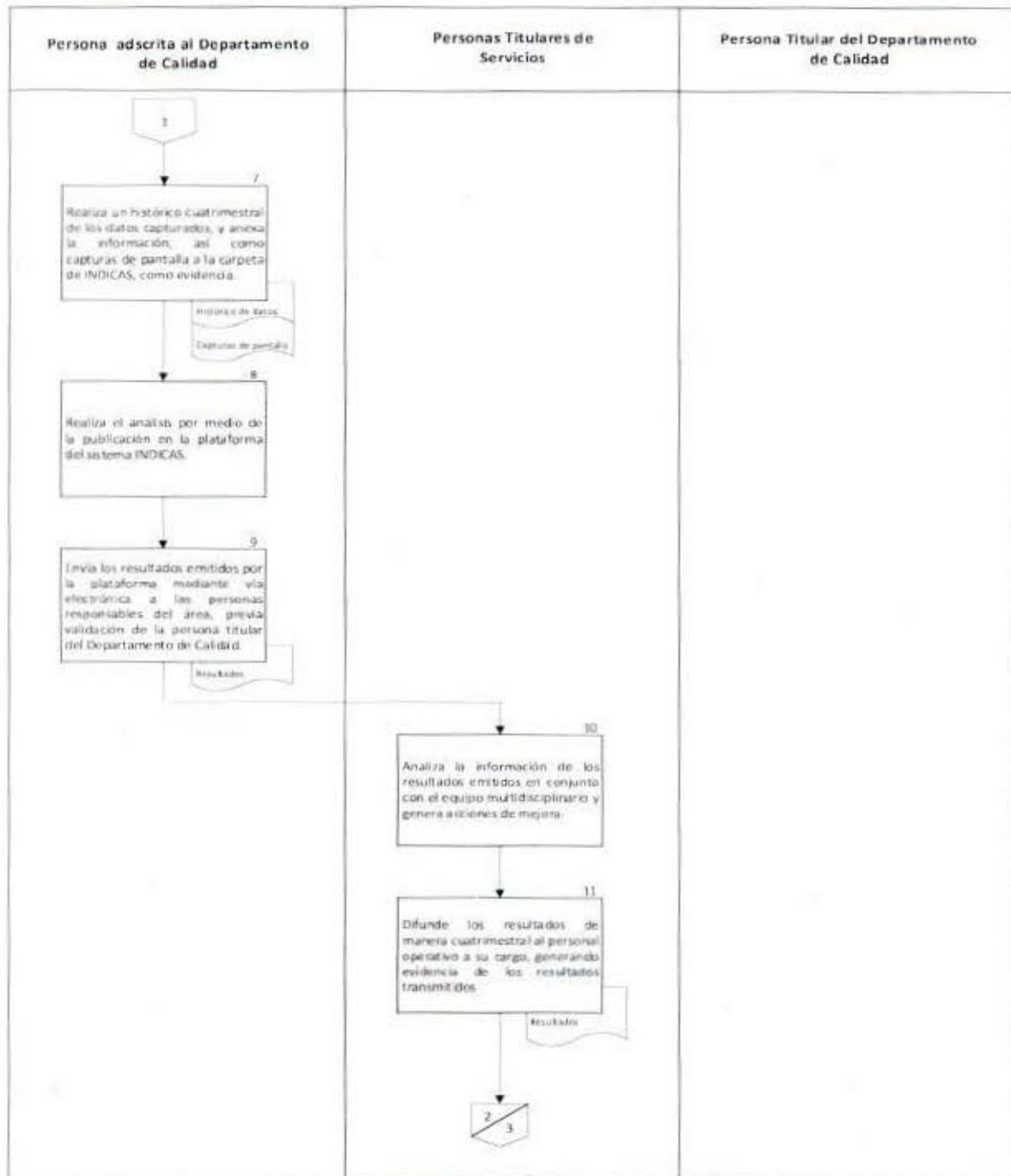
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 149 de 189

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 150 de 189



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE CALIDAD

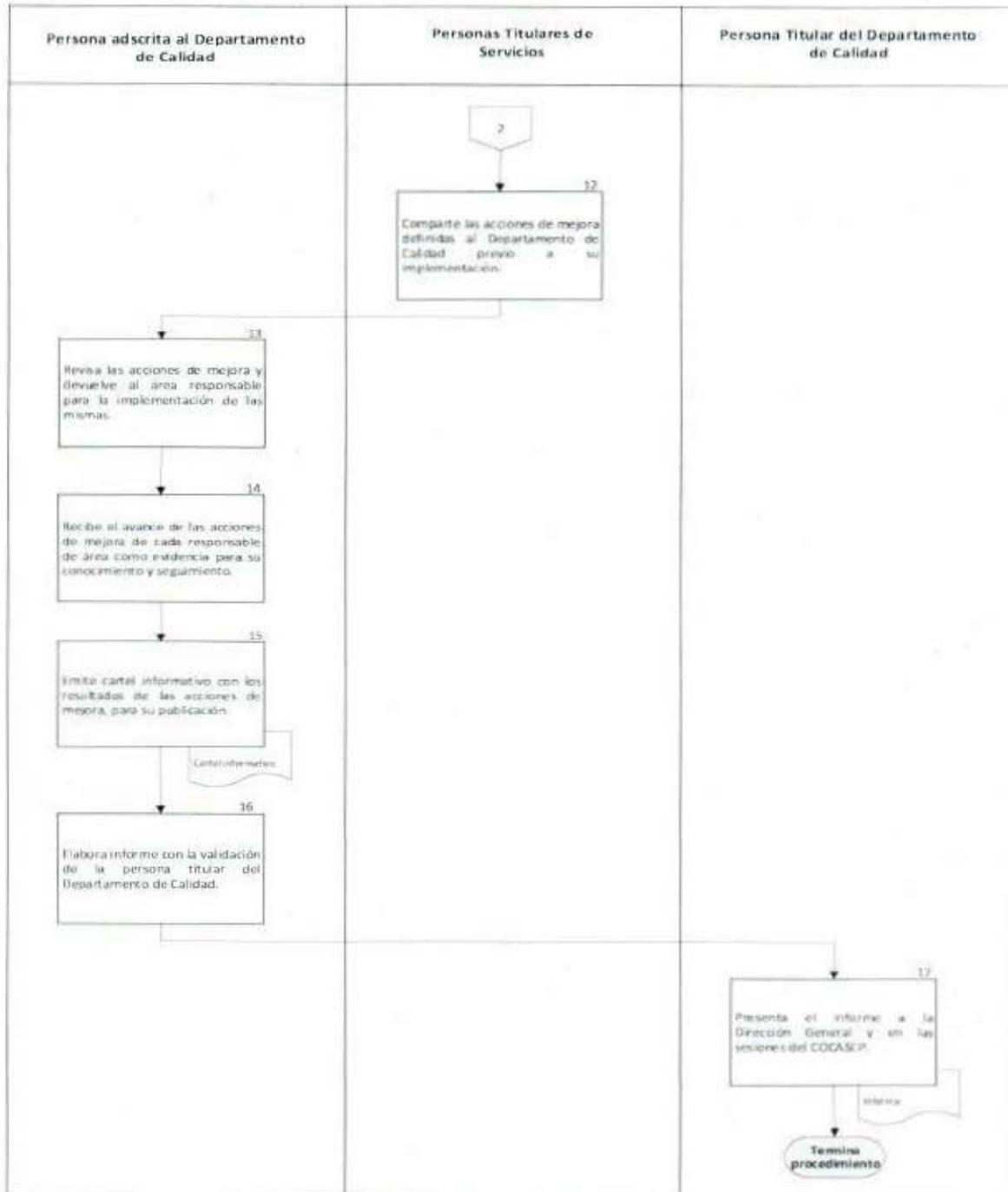
7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)



Rev. 5

Código:
NCDPR 020

Hoja 151 de
189



[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten initials/signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 152 de 189

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Correo electrónico	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.2 Histórico de datos	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.3 Capturas de pantalla	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

Handwritten initials and signatures in blue ink.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 153 de 189

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.4 Resultados	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.5 Cartel informativo	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.6 Informe	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.7 Minuta de COCASEP	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Indicador de salud:** medida que representa el resumen de la captura de información relevante sobre los distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del

Handwritten notes and signatures in blue ink, including a checkmark and the initials 'RQH'.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	7. Procedimientos para el registro del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)		Hoja 154 de 189

desempeño del sistema de salud evaluado, que permiten comprender cómo funciona la calidad del sistema.

- 8.2. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS):** Herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	08/abril/2019	Actualización de políticas y lineamientos
5	23/diciembre/2024	Actualización de procedimientos.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos

✓

✓

✓

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 155 de 189

8. PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS PARA VERIFICAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC)





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 156 de 189

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Realizar auditorías internas de calidad, a través de políticas establecidas por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, con el objetivo de verificar que el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) se lleve a cabo conforme a la normatividad aplicable en la materia.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas adscritas al Departamento de Calidad.
- 2.1 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a todas las personas servidoras públicas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Departamento de Calidad son responsables de cumplir y mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.9 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de

✓

✓

✓

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 157 de 189

Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.

- 3.2 El Departamento de Calidad es responsable del programa de auditorías de calidad, haciendo llegar esta programación a las áreas involucradas en las sesiones del COCASEP.
- 3.3 El Programa Anual de Auditorías de Calidad debe ser aprobado por el COCASEP para su implementación, tomando en cuenta la importancia de los procesos a auditar en las diferentes áreas, emitiendo los resultados de las auditorías previas y los cambios que afectan a la organización del Instituto.
- 3.4 Las personas auditoras internas de calidad serán designadas por la persona titular del Departamento de Calidad, pudiendo o no incluir a observadores de las diferentes áreas involucradas.
- 3.5 Los criterios de la auditoría, serán tomados de los diferentes lineamientos técnicos y reglamentarios relacionados con la atención a las personas usuarias de hospitales, así como aquellos que dictan la lógica como el orden, el control y la planeación.
- 3.6 La auditoría interna abarca todos los niveles del Instituto y los procesos del Sistema de Gestión de Calidad que determine el Departamento de Calidad, con base en los resultados de las auditorías previas y considerando los cambios en la organización.
- 3.7 Para el proceso de auditoría, el Departamento de Calidad asignará un/a auditor/a líder, quien se reunirá con las áreas a auditar e indicará las acciones que se llevarán a cabo durante la auditoría, realizando minuta de dicha reunión. En esta,

[Handwritten signature and initials]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 158 de 189

participarán además el equipo auditor asignado, la persona titular del Departamento de Calidad y cada una de las personas responsables del área a auditar.

- 3.8 La auditoría se conducirá con base en una lista de cotejo elaborada previamente por el equipo auditor y verificada por la persona titular del Departamento de Calidad, donde se obtendrán los datos generales del área auditada, el fundamento legal que la rige, objetivos y metas, políticas, sistemas y procedimientos.
- 3.9 Los/as auditores/as deben contar con evidencias en la formación y actualización de los elementos que desean auditar.
- 3.10 Los informes de las auditorías de calidad contendrán todas las observaciones y hallazgos que debieron ser expresadas de forma verbal en el momento de la auditoría por la persona titular o responsable del servicio auditado, en una reunión de cierre de auditoría. En esta reunión se comunicarán las acciones correctivas que el servicio se compromete realizar para solventar las observaciones y/o recomendaciones encontradas, incluyendo las fechas de solventación, para que esta información se incluya en el informe.
- 3.11 La persona titular del Departamento de Calidad en conjunto con las personas adscritas a ese Departamento, son responsables de dar seguimiento a las observaciones y/o recomendaciones encontradas en las fechas acordadas durante la reunión de cierre y que fueron anexadas al informe. Posterior a la última fecha acordada para solventar las observaciones y/o recomendaciones, se programará una auditoría interna adicional para dar cumplimiento a las acciones definidas y cerrar la auditoría. En caso de continuar con observaciones y que no se hayan llevado a cabo acciones de mejora para el caso de las recomendaciones, el/la





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 159 de 189

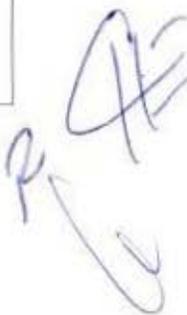
auditor/a líder elaborará un nuevo informe de auditoría, haciendo mención de las observaciones y/o recomendaciones que continúan en seguimiento y le asignará un número de seguimiento para llevar la constancia.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 160 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Titular del Departamento de Calidad	1	Realiza cronograma de auditorías internas planeadas y asigna a los/as líderes auditores/as que se harán cargo de cada una de ellas.	Cronograma
Persona designada adscrita al Departamento de Calidad	2	Reúne al equipo auditor para realizar las listas de cotejo a emplear en cada auditoría considerando los objetivos planteados para la misma.	Listas de cotejo
Titular del Departamento de Calidad	3	Comunica a la persona titular del servicio o responsable del área asignada los objetivos de la misma, las fechas programadas, y solicita su apoyo a fin de facilitar su realización.	
Titular y persona designada adscrita al Departamento de Calidad	4	Solicita al equipo auditor y al líder auditor se presente en el área con la lista de cotejo e inicie la revisión, registrando en la lista de cotejo las observaciones y/o recomendaciones encontradas durante la visita.	
Titular del Departamento de Calidad	5	Reúne al/la líder auditor/a una vez concluida la auditoría, con todas las observaciones y/o recomendaciones encontradas y organiza la reunión de cierre de auditoría con la persona titular del servicio o departamento auditado para dar a conocer las observaciones y/o recomendaciones encontradas y establecer en conjunto la fecha para recibir las acciones para resolver las mismas.	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 161 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Titular del Servicio o Departamento	6	Establece las acciones de mejora que solventará las observaciones y/o recomendaciones presentadas durante la auditoría y las envía a la persona titular del Departamento de Calidad, quien las compartirá con el/la líder auditor/a.	
Persona designada adscrita al Departamento de Calidad	7	Realiza la minuta de la auditoría, añadiendo las acciones de mejora enviadas por la persona titular del Servicio o Departamento, y concretando las fechas en las que se resolverán las observaciones y/o recomendaciones.	Minuta
Titular del Departamento de Calidad	8	Programa la fecha de la auditoría interna adicional y la da a conocer a la persona titular del Servicio o Departamento auditado para mantener el seguimiento de la implementación de las acciones de mejora.	
	9	Realiza y da seguimiento a las acciones. ¿Fueron atendidas todas las observaciones y/o recomendaciones?	
	10	No. Regresa a la actividad 5.	
	11	Si. La persona líder auditora da cierre a la auditoría.	





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 162 de 189

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
	12	Comunica el resultado de las auditorías internas realizadas en caso de ser relevantes para la organización, a la Dirección General y en las reuniones ordinarias del COCASEP, para que sean del conocimiento del SGC.	
		Termina procedimiento	

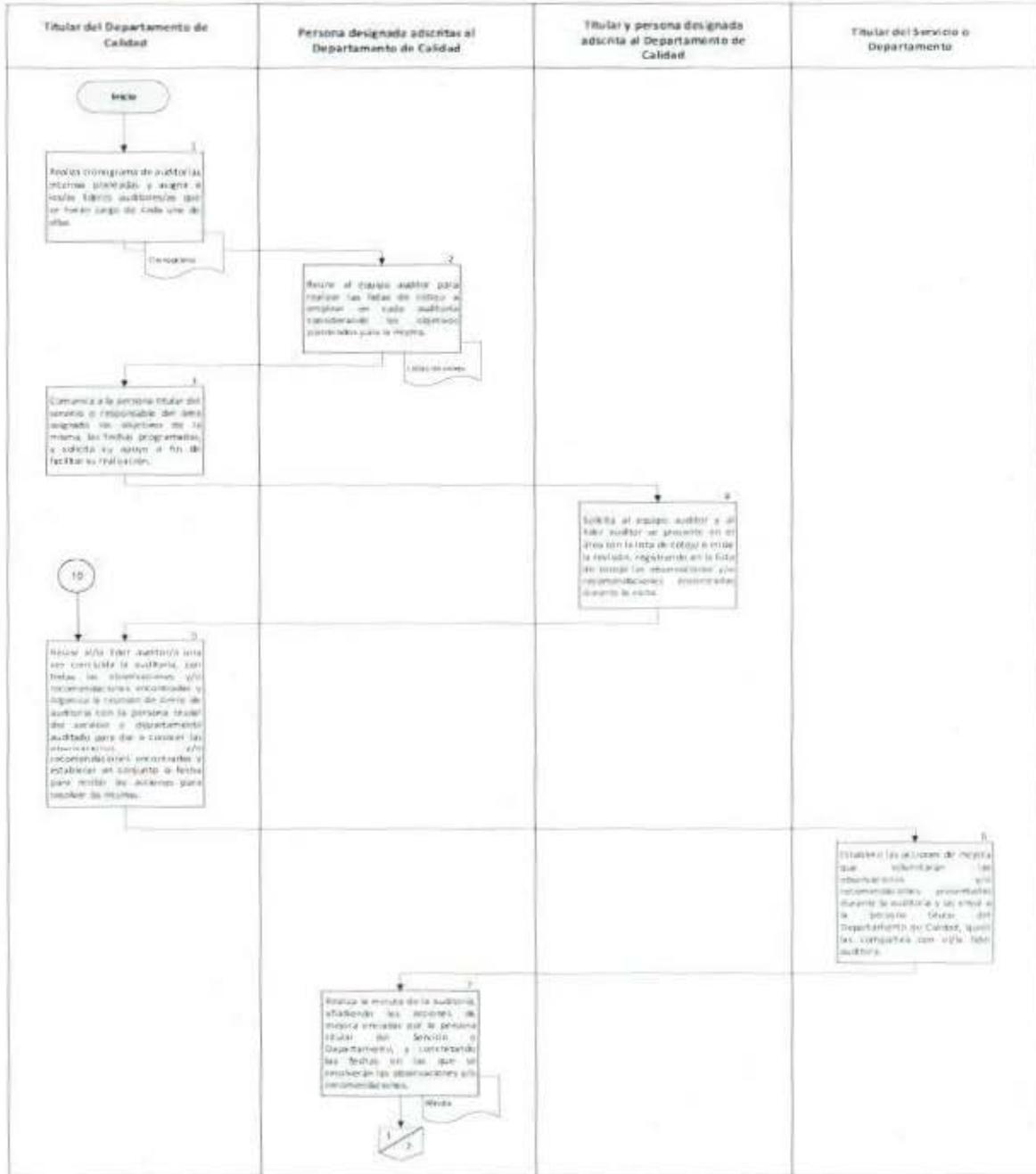
[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 163 de 189

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 164 de 189

Titular del Departamento de Calidad	Persona designada adscrita al Departamento de Calidad	Titular y persona designada adscrita al Departamento de Calidad	Titular del Servicio o Departamento
<pre> graph TD 1((1)) --> 2[2. Fijamos la fecha de la auditoría interna ad-hoc y la da a conocer a la persona física del Servicio o Departamento auditado para mantener el cumplimiento de los objetivos previstos.] 2 --> 3[3. Realiza el seguimiento a las acciones.] 3 --> 4{4. ¿Determinamos todas las observaciones y recomendaciones?} 4 -- No --> 10[10. Registra la actividad.] 10 --> 5((5)) 5 --> 11[11. Se termina labor auditoría de campo al auditor.] 11 --> 12[12. Comunica el resultado de las auditorías internas realizadas en caso de ser relevantes para la organización a la Dirección General y en las reuniones ordinarias del COGAP, para dar base al mejoramiento del SGC.] 12 --> End([Termina procedimiento]) </pre>			

Handwritten mark

Handwritten initials and marks

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 165 de 189

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Cronograma de auditorías internas	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.2 Lista de cotejo	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.3 Minuta	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'R' and a signature that appears to be 'G. J. P.'.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	8. Procedimiento de Auditorías Internas para verificar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)		Hoja 166 de 189

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Observación:** proceso mediante el cual se revisa si un servicio cumple con el requisito que se establece en la lista de cotejo de la auditoría, pudiendo estar presente pero incompleto o en desacuerdo con los lineamientos y políticas marcados por el SGC.
- 8.2. **Recomendación:** propuestas para mejorar los conflictos, solventar necesidades y mantener las soluciones establecidas para la mejora continua.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	08/abril/2019	Actualización de políticas y lineamientos
5	, 2024	Actualización de procedimientos.

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos.

[Handwritten mark]

[Handwritten initials and marks]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 167 de 189

9. PROCEDIMIENTO PARA PROYECTOS DE MEJORA INSTITUCIONAL

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 168 de 189

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Disponer de un modelo a seguir para desarrollar las diferentes propuestas de mejora, mediante medidas preventivas y/o correctivas propuestas, con el objetivo se medir las necesidades que se observan en los diferentes servicios de atención médica, y como apoyo al Programa Anual de Estímulos a la Calidad del desempeño del personal de salud.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas adscritas al Departamento de Calidad.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a todas las personas servidoras públicas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Departamento de Calidad son responsables de cumplir y mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de

✓

✓ R G

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 169 de 189

Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.

- 3.3 El Departamento de Calidad es responsable del programa de la revisión de los proyectos de mejora institucional, haciendo sugerencias a los mismos en apego a los lineamientos y normas institucionales
- 3.4 Los proyectos de mejora propuestos dentro del marco del Programa Anual de Estímulos a la Calidad del desempeño del personal de salud, servirán como apoyo al Programa Anual de Mejora del Departamento de Calidad, de acuerdo con la selección de proyectos de mejora críticos para la atención a las personas usuarias del Instituto, el inicio de entrega de anteproyectos es a inicios de cada año para su sesión en COCASEP, su implementación, ejecución y medición de mejora, para que al finalizar los registros las personas colaboradoras que integren proyectos de mejora cuéntame con proyectos de impacto y que propicien la mejora continua.
- 3.5 Los proyectos de mejora deben derivar de resultados tangibles de indicadores medidos por la institución o por cada Departamento, con el fin de buscar áreas de oportunidad que fijen estrategias que puedan implementarse en el Instituto y ayuden a mejorar la calidad de la atención de la persona usuaria.
- 3.6 El proyecto de mejora debe formularse, como mínimo, con los siguientes elementos:
- 3.6.1 Título del proyecto.
 - 3.6.2 Descripción del problema.
 - 3.6.3 Objetivo principal y específico(s).
 - 3.6.4 Medición basal.
 - 3.6.5 Meta y periodo temporal a considerar.
 - 3.6.6 Personal involucrado(s).

/

/

C P

G H

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 170 de 189

- 3.6.7 Áreas o servicios donde se realizará el proyecto.
- 3.6.8 Herramientas de calidad usadas para el análisis de la causa del problema.
- 3.6.9 Desarrollo del proyecto.
- 3.6.10 Cronograma.

- 3.7 El cronograma de trabajo del proyecto de mejora, estará a cargo de la persona responsable del mismo, teniendo como objetivo que pueda realizar entregas de sus avances al Departamento de Calidad de forma mensual, y así poder dar seguimiento al cumplimiento de los objetivos proyectados en la propuesta.
- 3.8 Corresponde a la persona titular del Departamento de Calidad reportar al COCASEP los avances de los proyectos que forman parte del programa anual de mejora dos veces al año dentro de las sesiones ordinarias del Comité.
- 3.9 El fin principal de los proyectos de mejora, tiene por objeto aplicar las medidas preventivas y/o correctivas propuestas, por lo que se debe de realizar el análisis de factibilidad de estas para medir la efectividad de las soluciones planteadas y poder realizar una revisión de las actividades de mejora de la calidad previo a su implementación.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 171 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Titular del Departamento de Calidad	1	Recibe anualmente los proyectos de mejora que se generan en el marco del Programa Anual de Estímulos a la Calidad del Desempeño del personal de salud y realiza revisión de los mismos con base en la Guía para la Evaluación de Propuestas de Mejora PECD-12B, emitida por el Comité Nacional de Desempeño de la Secretaría de Salud.	Proyecto de mejora
Persona designada adscrita al Departamento de Calidad	2	Integra los proyectos propuestos por las áreas junto con los propios del Departamento de Calidad, al Programa Anual de Mejora.	
Titular del Departamento de Calidad	3	Organiza al equipo de mejora o grupo de la calidad, compuesto por personal del Departamento de Calidad y, en su caso, por el personal del Instituto que realiza la propuesta de mejora, para llevar a cabo el estudio preliminar del proceso.	
Persona líder del proyecto	4	Establece el nivel de desempeño actual y desarrolla evidencias objetivas de los fallos encontrados.	Resultados de indicadores. Encuestas o entrevistas





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 172 de 189

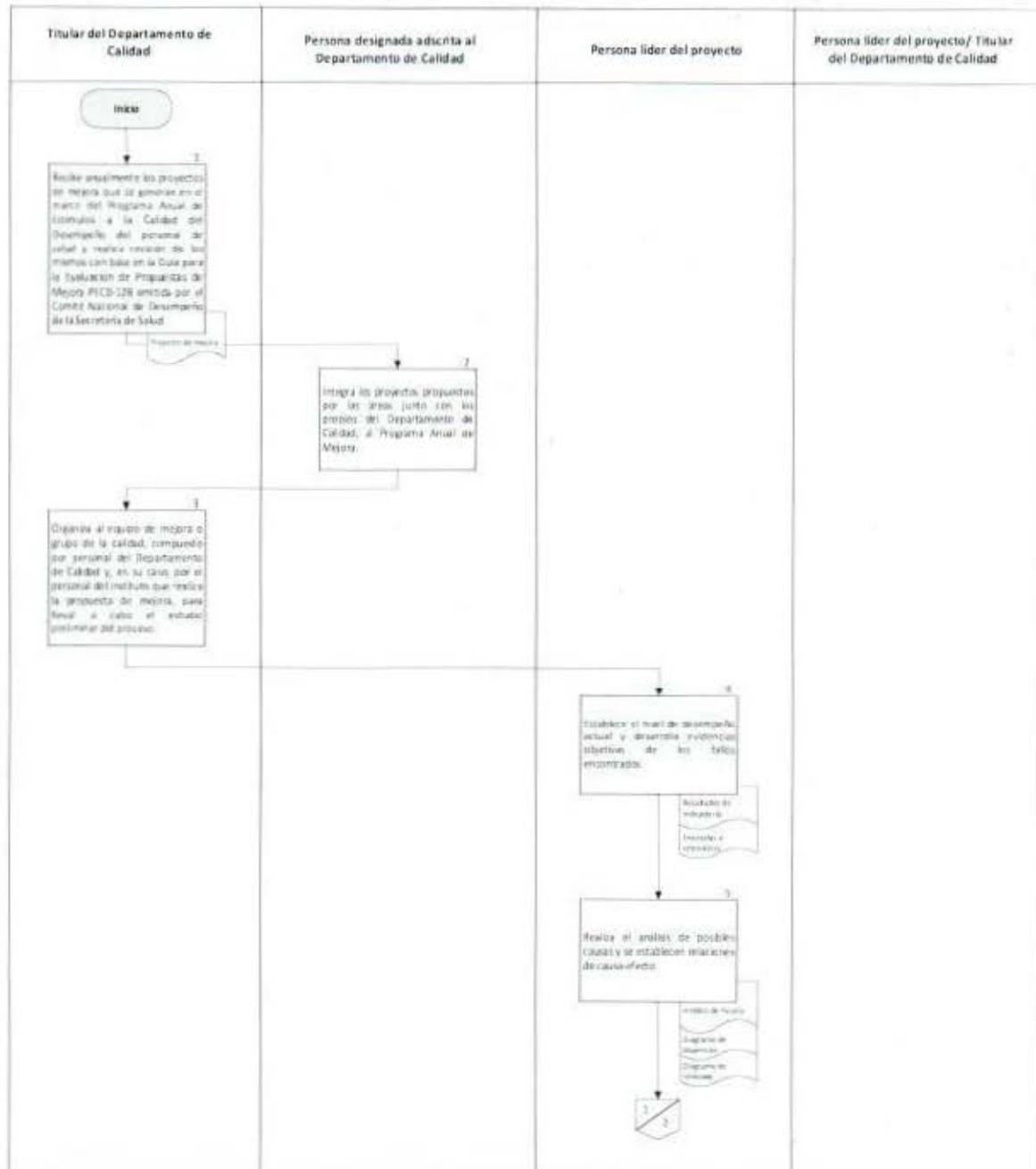
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Persona líder del proyecto/ Titular del Departamento de Calidad	5	Realiza el análisis de posibles causas y se establecen relaciones de causa-efecto.	Análisis de Pareto. Diagrama de dispersión. Diagrama de Ishikawa
	6	Evalúa las posibles soluciones y proponen medidas preventivas y correctivas, realizando el análisis de factibilidad.	Gráficos. Matriz de acciones correctivas. Gráficas de Gantt
Titular del Departamento de Calidad	7	Revisa las actividades propuestas para la mejora continua conforme al cronograma propuesto por cada proyecto de mejora.	
Persona líder del proyecto	8	Reporta de forma mensual los avances del proyecto al Departamento de Calidad.	Reporte de avances de proyectos
Titular del Departamento de Calidad	9	Reporta avances de los proyectos y su resolución a la Dirección General y al COCASEP.	Reporte de avances de proyectos
		Termina procedimiento	

[Handwritten mark]

[Handwritten initials/signature]

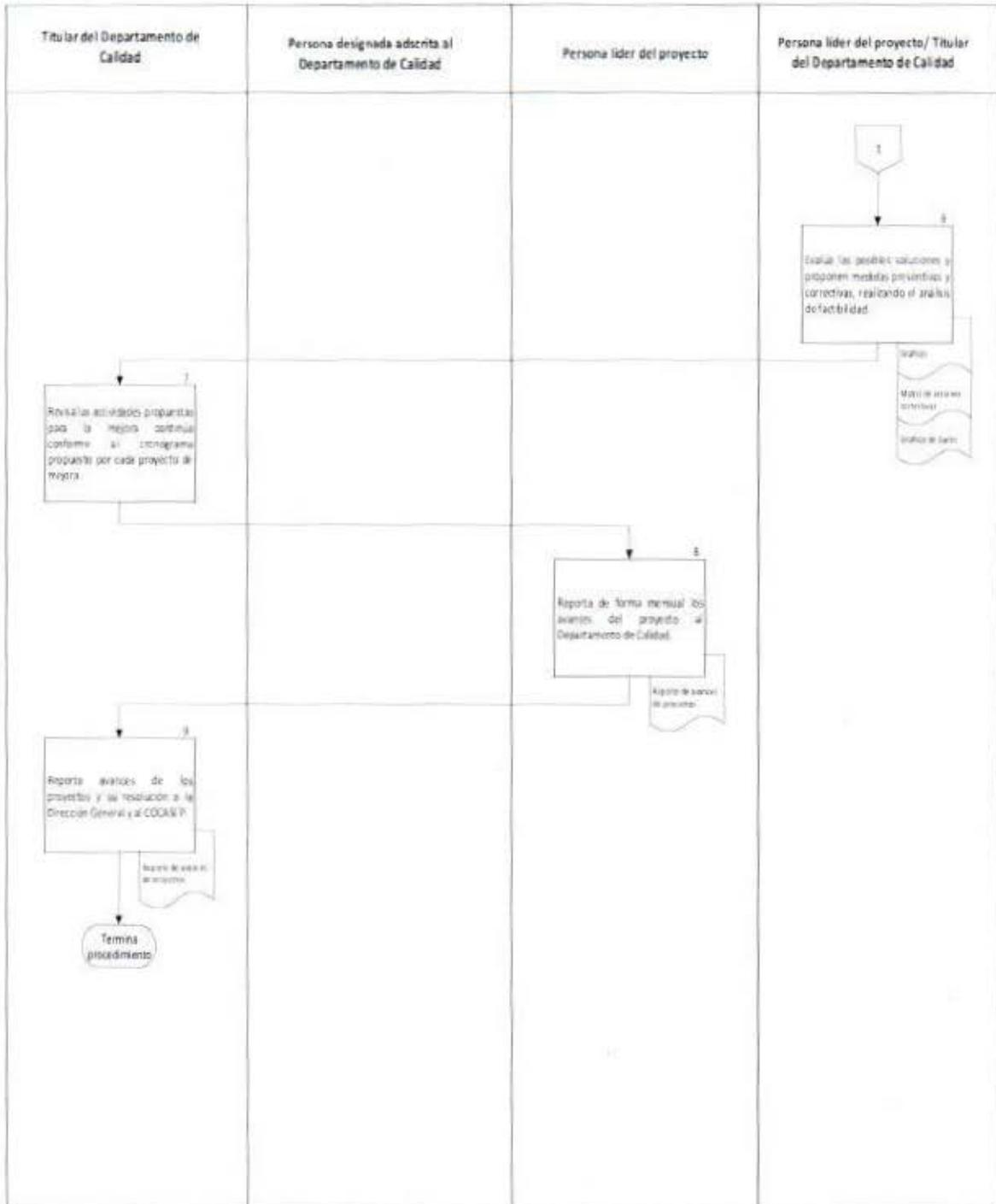
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 173 de 189

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 174 de 189




 G
 P

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 175 de 189

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P
6.2 Guía para la Evaluación de Propuestas de Mejora del Comité Nacional de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud de la Secretaría de Salud.	PECD-12B

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Resultados de indicadores	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.2 Encuestas o entrevistas	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.3 Análisis de Pareto	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom right of the page.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 176 de 189

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.4 Diagrama de dispersión	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.5 Diagrama de Ishikawa	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.6 Gráficos	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.7 Matriz de acciones correctivas	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P
7.8 Gráficas de Gantt	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

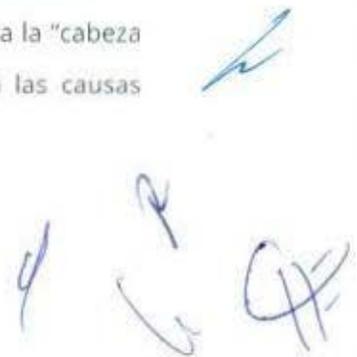



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 177 de 189

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.9 Reporte de avances de proyectos	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación.	Departamento de Calidad	N/P

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. Análisis de factibilidad:** Herramienta analítica que permite evaluar la viabilidad de un proyecto, así como la capacidad de una organización para su cumplimiento. Estos estudios estiman la probabilidad de éxito en el emprendimiento de un objetivo y sirven para llevar a cabo acciones correctivas para alcanzar las metas trazadas.
- 8.2. Análisis de Pareto:** Es un gráfico que clasifica aspectos de un problema en un orden de mayor a menor frecuencia.
- 8.3. Diagrama de dispersión:** También conocido como gráfico de dispersión o gráfico de correlación, consiste en la representación gráfica de dos variables para un conjunto de datos, donde se analiza la relación entre dos variables, conociendo qué tanto se afectan entre sí o qué tan independientes son una de la otra.
- 8.4. Diagrama de Ishikawa:** Conocido también como **espina de pescado**, **diagrama de pescado**, **gráfico de causa y efecto**. Consiste en la representación de las causas en torno a un problema o situación específica, donde el problema representa la "cabeza del pescado", de la que emerge una espina central donde se derivan las causas mayores, y las espinas pequeñas, conocidas como las causas menores.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 178 de 189

- 8.5. Encuestas:** Representación en la que se emplea la entrevista como herramienta para su estructuración. Es un muestreo en el que la población responde interrogantes y sus opiniones se añaden a una categoría en específico, con el fin de arrojar un porcentaje total y varios segmentos en los que se denota cada uno de los focos de interés del problema a investigar.
- 8.6. Entrevistas:** Diálogo entablado entre dos o más personas donde el entrevistador formula preguntas y el entrevistado las responde.
- 8.7. Gráficas de Gantt:** Es una herramienta de gestión que sirve para planificar y programar tareas a lo largo de un período determinado. Permite la visualización de las acciones previstas, realizar el seguimiento y control del progreso de cada una de las etapas de un proyecto y, además, reproduce gráficamente las tareas, su duración y secuencia, además del cronograma general del proyecto.
- 8.8. Gráficos:** Representación de datos numéricos por medio de una o varias líneas que hacen visible la relación que esos datos guardan entre sí.
- 8.9. Matriz de acciones correctivas:** se trata de la representación gráfica de las acciones correctivas presentadas como una propuesta de mejora, como consecuencia de haber estudiado la causa de una no conformidad detectada en la organización.
- 8.10. Resultados de indicadores:** Miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.



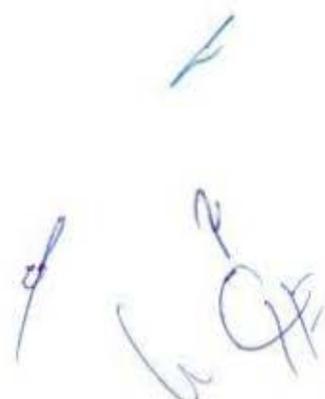
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	9. Procedimiento para proyectos de mejora institucional		Hoja 179 de 189

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	08/abril/2019	Actualización de políticas y lineamientos
5	23/diciembre/2024	Actualización de procedimientos

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	10. Procedimiento para implementación del sistema de Gestión de Calidad en el INER		Hoja 180 de 189

10. PROCEDIMIENTO PARA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL INER

A

g *GA* *R*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	10. Procedimiento para implementación del sistema de Gestión de Calidad en el INER		Hoja 181 de 189

1.0 PROPÓSITO

- 1.1. Implementar y coordinar el sistema de Gestión de la Calidad del INER a través de los diferentes Modelos de Calidad pertinentes a la áreas de Servicios que conforman el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, conforme a las disposiciones oficiales a nivel nacional e internacional en sus diversos enfoques, como son el Modelo de Calidad el Consejo de Salubridad, Normas Oficiales Mexicanas, ISOS, acreditaciones, certificaciones específicas, distintivos de Calidad, premios y reconocimientos de Calidad, con el objetivo de la mejora continua de la calidad institucional.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a las personas adscritas al Departamento de Calidad, líderes de calidad y coordinadores de calidad de las diferentes áreas de la institución
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento es aplicable a todas las personas servidoras públicas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las personas adscritas al Departamento de Calidad son responsables de cumplir y mantener actualizado este procedimiento, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia, evitando la duplicidad de funciones.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	10. Procedimiento para implementación del sistema de Gestión de Calidad en el INER		Hoja 182 de 189

- 3.2 Las personas adscritas al Departamento de Calidad deben apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.3 La persona titular, en colaboración con el personal adscrito al Departamento de Calidad son responsables de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad integral e institucional a través de los diferentes Modelos de Calidad por medio de la identificación de necesidades, para su acreditación o certificación según sea el caso, de acuerdo a los lineamientos, normas institucionales, nacionales e internacionales.
- 3.4 La persona titular del Departamento de Calidad debe coordinar la implementación en el Sistema de Gestión de Calidad integral e institucional a través de los Modelos de Calidad que forman parte del Plan Anual de Mejora del Departamento de Calidad para mejorar la atención y seguridad de los/las pacientes y su familia, las personas trabajadoras y de la comunidad.
- 3.5 La persona titular del Departamento de Calidad y el personal adscrito debe reportar los avances y el seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad integral e institucional, a través de los Modelos de Calidad implementados en el Instituto, así como informar en el COCASEP de forma continua para el cumplimiento de los líderes y monitores y las personas Coordinadoras de calidad de los avances de la implementación, a fin de cumplir con los tiempos estimados y deben ser reportados a la Dirección General del Instituto.
- 3.6 La persona titular del Departamento de Calidad debe coordinar el Sistema de Gestión de Calidad integral e Institucional, a través de los modelos de Calidad que




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	10. Procedimiento para implementación del sistema de Gestión de Calidad en el INER		Hoja 183 de 189

apoyen y maximicen el alcance de los Monitores, en colaboración con las personas Coordinadoras de Calidad del Instituto.

- 3.7 La persona titular del Departamento de Calidad debe presentar los objetivos a lograr con el Plan Anual de trabajo, al inicio de cada ejercicio de conformidad con el Sistema de Gestión de la Calidad del INER.

[Handwritten signature and initials in blue ink]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	10. Procedimiento para implementación del sistema de Gestión de Calidad en el INER		Hoja 184 de 189

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

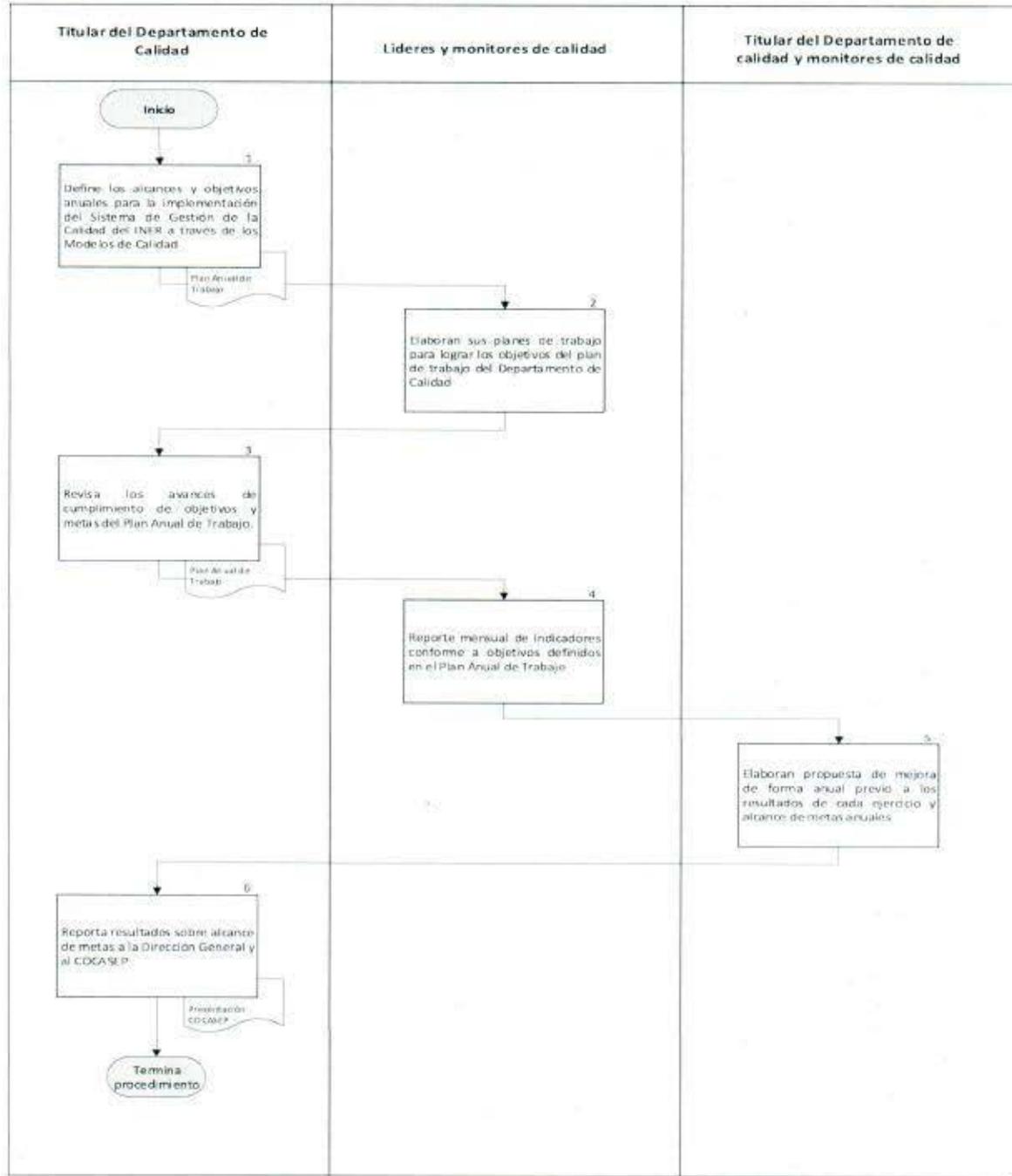
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Titular del Departamento de Calidad	1	Define los alcances y objetivos anuales para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del INER a través de los Modelos de Calidad	Plan Anual de Trabajo
Líderes y monitores de calidad	2	Elaboran sus planes de trabajo para lograr los objetivos del plan de trabajo del Departamento de Calidad.	
Titular del Departamento de Calidad	3	Revisa los avances de cumplimiento de objetivos y metas del Plan Anual de Trabajo.	Plan de Anual de Trabajo
Líderes y monitores de calidad	4	Reporte mensual de Indicadores conforme a objetivos definidos en el Plan Anual de Trabajo	
Titular del Departamento de Calidad y Líderes y monitores de calidad	5	Elaboran propuesta de mejora de forma anual previo a los resultados de cada ejercicio y alcance de metas anuales	
Titular del Departamento de Calidad	9	Reporta resultados sobre alcance de metas a la Dirección General y al COCASEP.	Presentación COCASEP
		Termina procedimiento	

A

R
G

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	10. Procedimiento para implementación del sistema de Gestión de Calidad en el INER		Hoja 185 de 189

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO








	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	10. Procedimiento para implementación del sistema de Gestión de Calidad en el INER		Hoja 186 de 189

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P
6.2 Guía para la Evaluación de Propuestas de Mejora del Comité Nacional de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud de la Secretaría de Salud.	PECD-12B
6.3 Modelos de Calidad de la DGCES y del CSG	N/P
6.4 Modelos de Calidad Nacionales e Internacionales	N/P

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.10 Plan Anual de Trabajo	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación	Departamento de Calidad	N/P
7.11 Presentación	La que determine el catálogo de disposición documental de acuerdo a su clasificación	Departamento de Calidad	N/P

[Handwritten mark]

[Handwritten initials/signature]

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	10. Procedimiento para implementación del sistema de Gestión de Calidad en el INER		Hoja 187 de 189

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. Control de calidad:** Conjunto de métodos y actividades de carácter operativo, que se utilizan para satisfacer el cumplimiento de los requisitos de calidad establecidos (inspección, pruebas y ensayos).
- 8.2. Gestión de calidad:** Función general de Dirección que determina e implanta la política de calidad e incluye la planeación estratégica, la asignación de recursos y otras acciones sistemáticas en el campo de la calidad, tales como planeación de la calidad, desarrollo de actividades operacionales y de evaluación relativas a la calidad.
- 8.3. Política de calidad:** Conjunto de directrices y objetivos generales de una empresa relativos a la calidad y que son formalmente expresados, establecidos y aprobados por la alta dirección.
- 8.4. Sistema de calidad:** Estructura Organizacional, conjunto de recursos, responsabilidades y procedimientos para asegurar que los productos, procesos o servicios, cumplan satisfactoriamente con el fin al que están destinados y que están dirigidos hacia la gestión de la calidad.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	08/abril/2019	Actualización de políticas y lineamientos
5	23/diciembre/2024	Actualización de procedimientos






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
	10. Procedimiento para implementación del sistema de Gestión de Calidad en el INER		Hoja 188 de 189

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

Sin anexos.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 5
	DEPARTAMENTO DE CALIDAD		Código: NCDPR 020
			Hoja 189 de 189

IV. AUTORIZACIÓN DEL MANUAL

Realizó



Dra. Carla Hernández Enríquez
Titular del Departamento de Calidad

Revisó



Lic. Ana Cristina García Morales
Titular del Departamento de Asuntos Jurídicos
y Unidad de Transparencia



Lcda. Claudia Poblano Castro
Adscrita al Departamento de Planeación

Sancionó



L.C.P. Rosa María Vivanco Osnaya
Titular del Departamento de Planeación

Autorizó



Dra. Carmen Margarita Hernández Cárdenas
Titular de la Dirección General

FECHA DE APROBACIÓN:	DÍA	MES	AÑO
	23	DICIEMBRE	2024