

Cédula de Supervisión de Calidad de la Atención Médica

Nombre del Establecimiento de Salud:			
CLUES IMSS-BIENESTAR:			
Coordinador Estatal:			Fecha:
Nombre de quien aplicó la Cédula:			Cargo:
Integrantes del Equipo Evaluador:			
1.-		Cargo:	
2.-		Cargo:	
3.-		Cargo:	
4.-		Cargo:	
Nombre del encargado del establecimiento de salud que atendió la supervisión:			
Nombre del Director General del establecimiento de salud:			
Firma y Cargo de quien aplicó la Cédula		Firma del Director General del Establecimiento	
Núm.	Elementos a evaluar:	Calificación 0.- No cumple 1.- Cumple NA.- No Aplica	Observaciones
Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Eventos Centinela y Cuasifallas		Valor	50.00% Porcentaje Obtenido
1	¿Cuenta con un Sistema para el registro de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas?	1	
2	¿Cuenta con definiciones operativas de:?	0	
	° Cuasifalla		
	° Evento Adverso		
3	La notificación de un evento relacionado con la seguridad es:	0	
	Anónima		
	Confidencial		
4	¿Se cuenta con capacitación de identificación de cuasifalla, evento adverso y centinela al personal clínico?	NA	
5	¿Se cuenta con capacitación de identificación de cuasifalla, evento adverso y centinela al personal no clínico?	1	

Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Eventos Centinela y Cuasifallas		Valor	50.00%	Porcentaje Obtenido
6	¿Las cuasifallas, eventos adversos se notifican cuando ocurran o son identificados?			
7	¿Los eventos centinela se reportan de forma inmediata?			Reporte dentro de las 24h de la detección
8	¿Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados. Al menos 30 días después de ocurridos?			
9	¿Se realiza el análisis de patrones y tendencias de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas por lo menos una vez cada 6 meses?			
10	¿Se aplica el cuestionario de la DGCES sobre la Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención?			
11	¿Cuenta con un análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de la DGCES sobre la Cultura de Seguridad del Paciente?			
12	¿Cuenta con un proyecto de mejora continua con base en los hallazgos de la causa raíz de los eventos centinela?			
13	¿Cuenta con un programa de "Cultura Justa"?			
14	¿El programa toma en cuenta la cultura no punitiva, la cual incluye el apoyo de los compañeros de trabajo y de los superiores después de un evento adverso, evita culpabilizar a los colaboradores por sus errores?			
Evaluación Integral de Riesgos y Problemas		Valor	50.00%	Porcentaje Obtenido
15	¿El establecimiento cuenta con las definiciones operativas actualizadas de riesgo y problema, según lo establecido en el Instructivo para el registro en la plataforma del Sistema para la Gestión de Riesgos o Problemas y Proyectos de Mejora Continua?	1		
16	¿Se utiliza de manera sistemática la matriz institucional de riesgos o problemas (probabilidad de ocurrencia x severidad) como herramienta para la gestión y priorización de riesgos?			
17	¿Cuenta con registros de riesgos o problemas en la plataforma de los diferentes procesos sustantivos, apoyo o estratégicos, que permitan la identificación y seguimiento?			
18	¿Los riesgos se identifican a partir de fuentes: auditorías internas, resultados de supervisión, eventos adversos, mapeo de procesos críticos, indicadores, brotes u otras metodologías documentada?. Mostrar evidencia.	1		Se considerarán mínimo 3 fuentes de las mencionadas para el cumplimiento en la identificación de riesgos



Evaluación Integral de Riesgos y Problemas		Valor	50.00%	Porcentaje Obtenido
19	¿Las causas de los riesgos y problemas se analizan utilizando al menos una metodología estructurada, como los 5 porqués, Diagrama de Ishikawa, dejando evidencia de los registros?	0	La evidencia se encuentra en la plataforma SIIC	
20	¿La redacción del riesgo o problema incluye de manera completa los siguientes elementos?	0		
	1) ¿Qué pasó? y ¿en dónde?			
	2) Causas identificadas			
	3) Las consecuencias que genera el riesgo o problema			
	4) ¿A quién afecta el riesgo (pacientes, personal de salud, visitantes, servicio)?			
	5) Indicadores o criterios de seguimiento asociados			
21	¿Los responsables de cada área o servicio participan con su equipo de trabajo, en la identificación, priorización, validación y registro de riesgos y problemas?, con evidencia de dicha participación (minutas, actas, listas de asistencia o reportes)			
22	¿La priorización de los riesgos registrados en la matriz de riesgos, se realiza con la participación del equipo multidisciplinarios?			

Proyectos de Mejora Continua.		Valor	50.00%	Porcentaje Obtenido
23	¿Los proyectos de mejora continua se utilizan para la actualización e implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente del establecimiento?	0		
24	¿Los riesgos de Atención inmediata identificados, han sido atendidos mediante un Proyecto de mejora continua desarrollado por un equipo multidisciplinario?	1		
25	¿El proyecto de mejora continua se ejecutó dentro de los 4 meses proyectados, según el plan de acción establecido?	0		
26	¿Las actividades del proyecto de mejora continua, son claras, específicas y estructuradas, con responsable asignado y mecanismos de control y verificación, respondiendo a:?	0		
	¿Qué se hará?			
	¿Cómo se hará?			
	¿Con qué objeto se hará?			
	¿Quién lo hará?			
	¿Cómo se verificará?			
27	¿Se ha dado seguimiento documentado al Proyecto de Mejora Continua por el equipo multidisciplinario dentro del periodo establecido de 4 meses?	1		
28	¿Se ha emitido un informe de cierre con evidencia de la conclusión del proyecto de mejora (indicadores, resultados, lecciones aprendidas)?	1		
29	En caso de incumplimiento en la asignación de responsabilidades, describa las causas o barreras que impidieron su cumplimiento	DESCRIPTIVA		DESCRIPTIVA



Comités		Valor	100.00%	Porcentaje Obtenido
30	¿Existe evidencia documental de la integración del CICASEP (Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente) (acta de instalación, minutas, calendario de sesiones)?	1		
31	¿Los puntos críticos abordados en el Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales / Comité de Detección y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (CODECIN/CODECIAAS). Retroalimentan el CICASEP?			
32	¿Está en funciones el Subcomité de Calidad del Expediente Clínico (SCEC)?. Retroalimentan el CICASEP.			
33	¿Se han implementado y documentado estrategias para mejorar la calidad y seguridad del paciente con base en las recomendaciones de los comités?			
34	¿Se presentan los resultados de los indicadores en el CICASEP para libre consulta y sensibilización del personal?			
35	¿En las sesiones del CICASEP se abordan, los resultados de las líneas de acción establecidas por la DGCES (INDICAS II, MECIC, SUG, SESTAD)?			
36	¿En las sesiones del CICASEP se abordan, los resultados de las líneas de acción institucionales y calidad percibida?			
Calidad Interpersonal y Valor en Salud		Valor	25.00%	Porcentaje Obtenido
37	¿Realizan la Evaluación de la Calidad Percibida?	0		
38	¿La unidad alcanzó la meta de aplicación de encuestas definidas para el periodo inmediato anterior de reporte (por lo menos 20 encuestas por mes).	0		
39	¿Cuentan con al menos un buzón funcional para la captación de expresiones ciudadanas, con formatos y bolígrafos disponibles?	1		
40	¿Se da seguimiento a las expresiones ciudadanas a través de: Cronograma de apertura del buzón, acta de apertura, bitácora de seguimiento y formato de respuestas?	NA		
41	¿Muestra los resultados del SUG y del SESTAD en un lugar definido por el establecimiento?	0		

Indicadores		Valor	80.00%	Porcentaje Obtenido
42	Porcentaje de cumplimiento de proyectos de mejora continua Número de los proyectos de mejora continua concluidos / Número de proyectos de mejora continua iniciados x 100 Meta > 80% (Colocar el porcentaje de cumplimiento)	81%		Cumple con $\geq 80\% = 1$; No cumple $\leq 79\% = 0$ Validación en plataforma SIIC
		1		
43	Porcentaje de Proyectos de Atención Inmediata concluidos que, tras su evaluación final, son repriorizados al estatus "Dar Seguimiento" debido a su riesgo residual Número de Proyectos de Atención Inmediata concluidos y repriorizados como "Dar Seguimiento" / Total de Proyectos de Mejora Continua concluidos x 100	81%		Cumple con $\geq 80\% = 1$; No cumple $\leq 79\% = 0$ Validación en plataforma SIIC
		1		
44	Índice de Calidad Percibida NPS = % DE PROMOTORES - % DE DETRACTORES Los promotores son los que tienen calificación de 9 y 10 y detractores los que tienen calificación de 0 a 6.	51%		cumple con $\geq 50\% = 1$ No cumple $\leq 49\% = 0$
		1		
45	Porcentaje en la resolución de expresiones ciudadanas Número de Expresiones ciudadanas resueltas/ número de expresiones recibidas x 100	90%		cumple con $\geq 90\% = 1$ No cumple $\leq 89\% = 0$
		1		
46	Porcentaje de Experiencia Integral en la Atención Sumatoria de porcentajes obtenidos de los aspectos evaluados de la experiencia integral / Total de aspectos evaluados (19 aspectos)	86%		cumple con $\geq 85\% = 1$ No cumple $\leq 84\% = 0$ Validación en plataforma SIIC. Encuesta de Experiencia Integral
		1		
47	Porcentaje de Acuerdos Cumplidos en el CICASEP Número de acuerdos cumplidos al final del año / Número de acuerdos realizados en el año x 100. Meta > 80% (Colocar el porcentaje de cumplimiento)	90% PORCENTAJE		cumple con $\geq 80\% = 1$ No cumple $\leq 79\% = 0$
		1		
48	Porcentaje de Eventos de Capacitación para fortalecimiento de competencias en Calidad Número de eventos de capacitación para fortalecimiento de competencias en Calidad realizados / Número de eventos de capacitación para fortalecimiento de competencias en Calidad programados x 100. Meta > 80% (Colocar el porcentaje de cumplimiento).	55%		cumple con $\geq 80\% = 1$ No cumple $\leq 79\% = 0$ Revisa datos del año inmediato anterior
		0		



Fomento y Vinculación a la Calidad		Valor	33.33%	Porcentaje Obtenido
49	¿Cuenta con actividades y/o estrategias que apoyen la promoción de la cultura organizacional de Calidad?	1		
50	¿Realiza la difusión de los resultados de los indicadores de Calidad, actividades, estrategias, casos de éxito, entre otros relativos a la Gestión de la Calidad en el Establecimiento de Salud a través de eventos presenciales y/o a distancia?	0		
51	¿Se ha realizado promoción, difusión y/o vinculación de Proyectos de Calidad que conlleven a la mejora continua del Establecimiento de Salud?	NA		
52	¿El Cuerpo de Gobierno se involucra y promueve la cultura de calidad dentro del establecimiento (Preguntar directamente en entrevista, observar la participación del CG en materia de calidad y Documentación de la participación del CG)?	0		
53	¿Ha realizado estrategias de la difusión y/o retroalimentación de las actividades relativas a Premios de Calidad y/o evaluación del Desempeño de la Calidad del Personal de Salud (puede incluir el desarrollo de Buenas Prácticas en Salud)?			
54	¿Ha realizado vinculaciones con dependencias a nivel local que favorezca la Cultura de calidad, gestión de la Calidad y difusión de buenas prácticas (ejemplo: Gestiones con liderazgos formales e informales con la comunidad)?			

Planeación		Valor	0.00%	Porcentaje Obtenido
55	¿El ES cuenta con un plan de calidad? (deberá presentar el documento).	0		
56	¿El plan de calidad deriva de la evaluación de riesgos y problemas, así como el análisis de los eventos adversos?			
57	¿El plan de calidad incluye la implementación de protocolos de atención, implementación de barreras de seguridad y sus mediciones, además del rediseño de procesos de riesgo utilizando una metodología?			
58	¿Cuenta con instrumentos de recolección de información para monitorear la implementación del plan de calidad? (deberá presentar el documento)			
Estandarización de Buenas Prácticas		Valor	0.00%	Porcentaje Obtenido
59	¿Cuenta con la Implementación de buenas prácticas?	0	Ejem. - PRONAMS Preguntar a personal durante el recorrido	
60	¿El personal identifica las buenas prácticas en el servicio o establecimiento donde se implementaron?			
61	¿Cuenta con experiencias documentadas de la implementación de Buenas prácticas?		Ejem. - PRONAMS Preguntar a personal durante el recorrido	

Categorías de la Cédula de Supervisión	Valor Esperado	Valor Encontrado
Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Eventos Centinela y Cuasifallas	> 80%	50%
Evaluación Integral de Riesgos y Problemas	> 80%	50%
Proyectos de Mejora Continua.	> 80%	50%
Comités	> 80%	100%
Calidad Interpersonal y Valor en Salud	100%	25%
Indicadores	> 80%	80%
Fomento y Vinculación a la Calidad	> 80%	33%
Planeación	100%	0%
Estandarización de Buenas Prácticas	%	0%
TOTAL:	100%	43%



COORDINACIONES ADSCRITAS A LA UNIDA DE ATENCIÓN A LA SALUD

Dr. Gabriel Gutiérrez Morales
Titular de la Coordinación de Unidades de
Primer Nivel

Dr. Saúl Vázquez Valle
Titular de la Coordinación de Unidades de
Segundo Nivel

Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril
Titular de la Coordinación de Hospitales de
Alta Especialidad y Programas Especiales

Dra. Miriam Adriana Peña Eslava
Titular de la Coordinación de Enfermería

Dr. Arturo González Ledesma
Titular de la Coordinación de Supervisión

Dr. José Misael Hernández Carrillo
Titular de la Coordinación de Epidemiología

Dr. Luis Ernesto Caballero Torres
Titular de la Coordinación de Educación e
Investigación

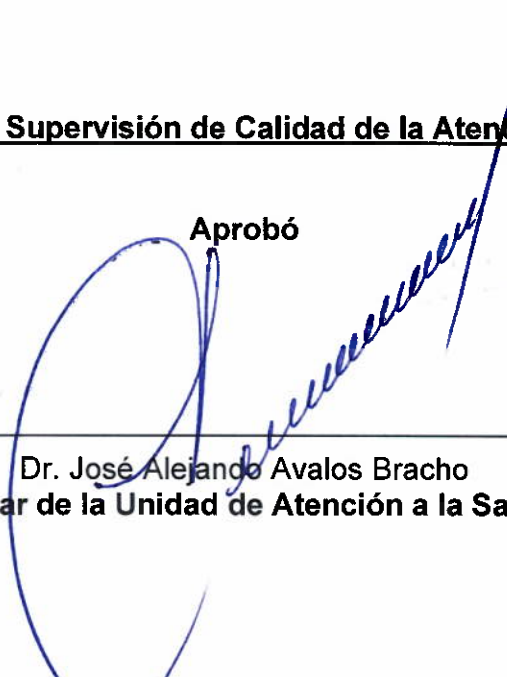
Dra. Yerania Emireé Enríquez López
Titular de la Coordinación de Programas
Preventivos

En términos del Artículo 22 último párrafo del Estatuto Orgánico de
Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el
Bienestar (IMSS-BIENESTAR), firma por ausencia del titular de la
Coordinación de Programas Preventivos, la Dra. Alejandra Rangel
Junquera, Titular de la División de Salud de las Mujeres



Formato: **"Cédula de Supervisión de Calidad de la Atención Médica"**

Aprobó



Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Responsable de la Elaboración y Revisión Técnica



Dr. Elias Flores Castellanos
Titular de la División de Calidad y Certificación

Revisión Normativa



Dra. Nazarea Herrera Maldonado
Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica