



**Gobierno de  
México**



**IMSS BIENESTAR**  
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**INSTRUCTIVO PARA LA  
INTEGRACIÓN Y  
FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ  
INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE  
LOS SERVICIOS DE SALUD DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL PARA EL  
BIENESTAR  
(IMSS-BIENESTAR)**



## **DIRECTORIO INSTITUCIONAL**

**Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez**

**Director General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR**

**Dr. José Alejandro Avalos Bracho**

**Titular de la Unidad de Atención a la Salud**

**Dr. Gabriel Gutiérrez Morales**

**Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel**

**Dr. Said 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 en Salud**

**Dra. Yerania Emireé Enriquez López**

**Titular de la Coordinación de Programas Preventivos**

**Dra. Nazarea Herrera Maldonado**

**Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica**



## **REVISIÓN NORMATIVA**

**Dra. Nazarea Herrera Maldonado**

**Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica**

**Mtro. Mauro Jesús Villegas Sánchez**

**Titular de la División de Normatividad y Planeación Médica**

## **EQUIPO TÉCNICO**

**Dr. Elias Flores Castellanos**

**Titular de la División de Calidad y Certificación**

**Dr. Gustavo Martínez Domínguez**

**Titular de la Subdirección de Diseño y Gestión de la Calidad**

**Dra. Aline Ariola Miranda Espinoza**

**Jefatura de Calidad Técnica e Interpersonal**

## ÍNDICE

|                                                   |           |
|---------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....</b>         | <b>5</b>  |
| <b>OBJETIVO.....</b>                              | <b>5</b>  |
| <b>ALCANCE .....</b>                              | <b>6</b>  |
| <b>DEFINICIONES .....</b>                         | <b>6</b>  |
| <b>RESPONSABLES.....</b>                          | <b>9</b>  |
| <b>DISPOSICIONES GENERALES DEL COMITÉ .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN .....</b> | <b>10</b> |
| <b>GESTION DEL COMITÉ.....</b>                    | <b>12</b> |
| <b>CRITERIOS DE OPERACIÓN DEL COMITÉ.....</b>     | <b>16</b> |
| <b>COORDINACIÓN CON OTROS COMITÉS .....</b>       | <b>18</b> |
| <b>EVALUACIÓN DEL COMITÉ .....</b>                | <b>19</b> |



## **INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.**

La Calidad en la Atención Médica representa un eje estratégico para garantizar el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En este sentido, el Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), en apego a lo dispuesto en su Estatuto Orgánico, específicamente en el artículo 25, fracciones XX y XXI, asume la responsabilidad de establecer y fortalecer un modelo de gestión de la calidad que promueva acciones sistemáticas de mejora continua y seguridad en la prestación de los servicios de salud. Asimismo, le corresponde dirigir las estrategias para la implementación del Modelo de certificación propuesto para los Establecimientos de Salud (ES) que dirige el Consejo de Salubridad General (CSG), con el propósito de estandarizar y sistematizar los procesos de atención médica.

En congruencia con este marco normativo e institucional, y con el objetivo de ofrecer servicios de salud con calidad, seguridad y enfoque centrado en las personas a la población sin seguridad social, el IMSS-BIENESTAR impulsa una gestión institucional orientada a la mejora continua de los procesos asistenciales.

Para ello, la Unidad de Atención a la Salud, a través de la División de Calidad y Certificación, desarrolla e implementa un sistema de gestión de la calidad aplicable a los Establecimientos de Salud de IMSS-BIENESTAR, que permita identificar áreas de oportunidad, fortalecer la toma de decisiones y promover una cultura organizacional enfocada en la calidad de la atención.

En este contexto, se elabora el presente "Instructivo para la Integración y Funcionamiento del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud IMSS-BIENESTAR",

El documento establece procesos claros, alineados a la Política Nacional de Salud contribuyendo en brindar atención de calidad que contribuyen a fortalecer el acceso efectivo a los servicios, la capacidad resolutoria del sistema, la prevención de enfermedades y la calidad de la atención. En este Marco el Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP) se consolida como un elemento clave en la gobernanza para fortalecer la calidad y seguridad de la atención médica y la confianza de la población en los servicios de salud ofrecidos por el IMSS-BIENESTAR.

## **OBJETIVO.**

Establecer la estructura, funciones y criterios de operación del CICASEP en los ES de los tres niveles de atención, como instancia que integre y oriente la toma de decisiones sustentadas en la evidencia documental disponible, promueva la buena práctica profesional, fomente la seguridad del paciente, sus cuidadores, familiares, de los profesionales de la salud y la comunidad, analice los problemas relacionados con la calidad de la atención y propuesta de acciones orientadas a la mejora continua de la prestación de los servicios de salud en los ES



del IMSS-BIENESTAR, alineado al marco de las políticas aplicables definidos por las áreas rectoras del Sistema Nacional de Salud.

## ALCANCE.

Este Instructivo es aplicable en los ES de los tres niveles de atención de IMSS-BIENESTAR, y a los niveles de conducción regional y estatal, donde será instalado el CICASEP, y son de observancia obligatoria para las y los servidores públicos que integran el Comité.

## DEFINICIONES.

- I. **Atención médica:** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- II. **Calidad:** Atributos encaminados a otorgar atención a la salud con equidad, eficiencia, eficacia, efectividad, oportunidad y seguridad del paciente y su familia, considerándolo como centro de todos los procesos clínicos-administrativos.
- III. **Calidad de la Atención Médica:** Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.
- IV. **Certificación de Establecimientos de Salud:** Consiste en un proceso cuyo objetivo es reconocer a los Establecimientos de Salud que participan por iniciativa propia, los cuales satisfagan los estándares establecidos para proporcionar servicios de atención médica seguros y de calidad.
- V. **CICASEP:** Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. Es un grupo multidisciplinario, institucional y plural donde se reúnen las y los representantes del ES para la toma de decisiones enfocadas en la mejora de la calidad y la seguridad de las y los pacientes.
- VI. **Cultura de la seguridad:** Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
- VII. **Establecimientos de salud (ES):** Unidades Médicas de primer nivel rurales o urbanos de 1 a 12 consultorios incluyendo las Unidades de especialidades médicas (UNEMES), Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), Centros de Salud con Hospitalización,



segundo nivel hospitales comunitarios de 12 a 18 camas y Hospitales Generales de 30 a 180 camas y tercer nivel los hospitales y/o institutos de especialidades, además de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE´s).

- VIII. **Evento:** Al suceso de cierta duración asociado a un riesgo para la salud.
- IX. **Incidente Relacionado a la Seguridad del Paciente:** Cualquier situación esperada o no, prevenible, con el potencial de generar un daño innecesario que puede involucrar o no directamente a uno o más pacientes, visitantes, personal, bienes o infraestructura. Se presenta como resultado de la conjunción de factores contribuyentes o brechas en las barreras de seguridad. Pueden surgir de actos intencionales o no intencionales, no necesariamente maliciosas.
- a. **Cuasifalla:** Incidente aleatorio, imprevisto e inesperado, que no produce daño al paciente, ni pérdidas materiales o de cualquier índole.
  - b. **Evento adverso:** Incidente que produce daño leve o moderado al paciente, entre los que pueden nombrarse Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, caídas, errores en la medicación, etc.
  - c. **Evento centinela:** Suceso imprevisto que causa la muerte o una pérdida permanente de una función, daños físicos o psicológicos independientemente de su patología de base.
- X. **Infecciones Asociados a la Atención de la Salud (IAAS):** Procesos infecciosos (causados por bacterias, virus u hongos) que afectan a un paciente como consecuencia de su hospitalización o de procedimientos realizados por el personal de salud. Se consideran uno de los indicadores más importantes de seguridad del paciente, ya que gran parte de ellas son prevenibles con protocolos adecuados.
- XI. **Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR):** Es un esquema de cuidados integrales que establece los recursos humanos y materiales, las herramientas de política pública, así como los procesos y procedimientos que deben realizar las unidades de salud y hospitales para otorgar servicios de salud personales y colectivos, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad y calidad; sobre la base de la atención primaria en salud.
- XII. **Seguridad del paciente:** Conjunto de actividades organizadas que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención con los que reducir los riesgos de forma constante y sostenible, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen.
- XIII. **Guía de Práctica Clínica (GPC):** Es el conjunto de recomendaciones actualizadas, desarrolladas de forma sistemática, que sirven como herramienta de apoyo para que el personal de salud y el paciente tomen las mejores decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada. Su función es estandarizar los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento basándose en la mejor evidencia científica disponible.



- XIV. **Norma Oficiales Mexicanas (NOM):** Conjunto de reglas, especificaciones y atributos técnicos que establecen los estándares mínimos que deben cumplir los procesos, servicios, instalaciones y productos en materia de salud. Su objetivo principal es prevenir riesgos a la población y garantizar la seguridad de los pacientes y el personal, expedida por las dependencias gubernamentales competentes.
- XV. **Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM):** mecanismo de control y evaluación que se encarga de revisar los procesos de atención médica. Su objetivo es medir la calidad de los servicios de salud mediante el análisis del expediente clínico, identificando áreas de mejora para garantizar que la atención sea segura, oportuna y acorde a la normativa vigente.
- XVI. **Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC):** Es una herramienta normativa y técnica que se utiliza para supervisar que los expedientes de los pacientes cumplan con los estándares legales y de calidad. No es solo un trámite administrativo; es la forma en que el sistema de salud asegura que tu historial médico esté bien documentado.
- XVII. **Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno (SESTAD):** Herramienta de gestión y evaluación de la Secretaría de Salud e IMSS-Bienestar que tiene como objetivo medir la percepción del usuario sobre la calidad de los servicios médicos recibidos.
- XVIII. **Sistema Unificado de Gestión (SUG):** Plataforma administrativa y operativa diseñada para captar y resolver las Peticiones Ciudadanas (quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión) en las unidades de salud. Su objetivo es garantizar que el usuario tenga un canal abierto para expresar su inconformidad o agradecimiento, obligando a la institución a dar una respuesta formal.
- XIX. **Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS):** Sistema estándar de medición de la Secretaría de Salud que permite monitorear de manera integral la calidad de los servicios de salud en México. Su objetivo es generar información objetiva y comparable para identificar brechas en la atención y promover la mejora continua en las instituciones públicas y privadas.
- XX. **Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN):** Organismo colegiado y multidisciplinario de un hospital encargado de establecer las políticas, programas y estrategias para vigilar y reducir las infecciones que los pacientes adquieren durante su estancia hospitalaria. Su función principal es aplicar la Norma Oficial Mexicana- NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, para identificar brotes bacterianos y asegurar que el hospital sea un entorno seguro.
- XXI. **Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (CODECIAAS):** Evolución normativa del CODECIN. Órgano responsable de la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS dentro de las unidades de salud. A diferencia del anterior, su alcance es más amplio, ya que no solo vigila lo que ocurre en la cama de un hospital, sino en cualquier punto donde se brinde atención médica.
- XXII. **Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP):** Conjunto de protocolos obligatorios y estandarizados diseñados para minimizar la probabilidad de que ocurran



eventos adversos o errores médicos durante la atención de salud. Representan las barreras de seguridad que todo el personal (médicos, enfermeras, técnicos y administrativos) debe aplicar para proteger la integridad física y la vida del paciente.

## **RESPONSABLES.**

La Unidad de Atención a la Salud ostenta la responsabilidad de la aplicación del presente Instructivo, a través de la División de Calidad y Certificación, así como de las Coordinaciones de Unidades de Primer Nivel, Unidades de Segundo Nivel, y la Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales, debiendo asegurar la implementación y el seguimiento de los Lineamientos en todos los establecimientos bajo su supervisión.

## **DISPOSICIONES GENERALES DEL COMITÉ.**

- I. El comité se constituirá como órgano institucional, multidisciplinario y plural de carácter técnico y consultivo cuya función es el análisis y la emisión de recomendaciones en materia de calidad y seguridad del paciente, las cuales serán canalizadas a las instancias directivas competentes para su valoración, implementación y seguimiento, conforme a la normatividad aplicable.
- II. Tendrá como observancia obligatoria para ES de IMSS-BIENESTAR, Regiones o zonas operativas y Coordinaciones Estatales, conforme al presente instructivo.
- III. Todas las actividades se realizarán conforme a la normatividad vigente en materia de calidad emanada por el CSG, la DGCES e IMSS-BIENESTAR. Este documento se encuentra basado en el Lineamiento Técnico Operativo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) de la Secretaría de Salud.
- IV. Se apoyará de los recursos humanos, materiales y de infraestructura disponibles en IMSS-BIENESTAR, sin generar erogaciones adicionales alineado con los principios de austeridad y eficiencia institucional.
- V. Los integrantes deberán respetar la confidencialidad, actuando con legalidad, imparcialidad, objetividad, transparencia, certeza, ética e integridad.
- VI. Delimitará claramente quienes tienen derecho a voz y a voto.
- VII. El comité será responsable de la interpretación del instructivo y de resolver lo no previsto en el mismo.
- VIII. Para la aplicación del instructivo se podrán elaborar instrumentos de apoyo técnico, tales como guías operativas, formatos o herramientas orientativas, sin carácter normativo u obligatorio, los cuales serán emitidos por las instancias competentes del IMSS-BIENESTAR conforme a sus atribuciones.



## **PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN.**

### **I. INSTALACIÓN DEL COMITÉ.**

Se deberá instalar el CICASEP en todos los Establecimiento de Salud (ES) de IMSS-BIENESTAR en donde no este instalado, de acuerdo con la modalidad correspondiente y se deberá dejar constancia a través del Acta de Instalación correspondiente (Anexo 1. Acta de Instalación del CICASEP):

- **Primer Nivel de Atención** centro de salud o ES de especialidades médicas o clínicas de especialidades de 5 o más núcleos básicos, centro de salud con Hospitalización, centros de salud con Servicios Ampliados, Laboratorios Centralizados a la Coordinación Estatal. Además de aquellos establecimientos de salud modalidad ambulatoria con las características antes descritas que se integren al IMSS-BIENESTAR durante el proceso de federalización de los servicios.
- **De Conducción (Región Operativa)** centro de salud o establecimientos de especialidades médicas o clínicas de especialidades menores a 5 núcleos básicos que por cuestiones geográficas, tecnológicas y operativas requieran un CICASEP Regional.
- **Hospitalario (Segundo y Tercer Nivel)**, como Hospitales Integrales, Comunitarios, Generales, de Especialidad, Hospitales Pediátricos, Hospitales Materno Infantil, Clínicas Hospitalarias, Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Además de aquellos Establecimientos de Salud modalidad hospitalaria que se integren al IMSS-BIENESTAR durante el proceso de federalización de los servicios.
- **Comité Estatal Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CEICASEP)** que gestiona las prioridades de las Coordinación Estatal en temas relacionados con la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

### **II. ACTUALIZACIÓN Y REINSTALACION DEL COMITÉ.**

- Actualizar anualmente el Acta de Instalación (y ante cambios de Presidente/Secretario Técnico, ó >50% del quórum).
- Para la actualización de la estructura del comité, cuando se solicite mediante petición expresa, cualquier integrante podrá solicitar la renuncia formal o separación del cargo al Presidente del Comité. Cuando esto suceda, deberá asentarse en la Minuta de Sesión del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (Anexo 2. Minuta de Sesión del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente). En este mismo sentido, deberá también asentarse a quienes se designe formalmente como nuevos participantes.



- Cuando el Comité permanezca inactivo durante un periodo mayor a 180 días naturales, o se produzca la separación del cargo de la persona que ejerce la Presidencia, deberá realizarse la Reinstalación formal del CICASEP o CEICASEP, dejando constancia mediante el Acta de Instalación correspondiente (Anexo 1).
- En la sesión constitutiva o de reinstalación, los trabajos deberán iniciarse con la firma del Acta de Instalación/Reinstalación, con la presencia del quórum requerido.

### **III. INTEGRACIÓN DEL COMITÉ.**

#### **A. En los ES de primer nivel de atención y en Hospitales (segundo y tercer nivel).**

- Presidente: Titular del ES, con derecho a voz y voto de calidad.
- Secretario (a) Técnico: Responsable de calidad en el ES, con derecho a voz y voto. En caso de no contar con esta figura, deberá nombrarse un Secretario por el Titular del ES.
- Vocales con voz y voto: Representantes de las áreas y servicios del ES
- Invitados: Personas expertas o cuya opinión sea relevante para los temas a tratar, esto incluye al Aval ciudadano, representantes de la comunidad u organizaciones de la Sociedad civil; con derecho a voz, pero sin voto. Deben estar autorizados por la persona que ocupe la Presidencia del comité, para puntos específicos del orden del día, su opinión deberá asentarse en la minuta. El Presidente se podrá reservar el derecho de conceder la palabra a los invitados.

Perfiles recomendados (no limitativos): Subdirección Médica; Subdirección Administrativa; Enseñanza/Investigación; Jefatura de Enfermería; la persona responsable del área de Trabajo Social; representante de Farmacia; Presidentes de subcomités de calidad (Mortalidad, Muerte Materna, Seguridad del Paciente, Expediente Clínico, Trasplantes u otros definidos por el ES); representante de Equipos de Conducción; Aval Ciudadano (cuando proceda por temas de calidad percibida/trato digno/satisfacción).

#### **B. En los CICASEP de Conducción (Regionales).**

- Presidente: Coordinador Médico Regional, con voz y voto de calidad.
- Secretario (a) Técnico: Supervisores Médicos Zonal, con voz y voto.
- Vocales: Titulares de ES < 5 núcleos básicos y/o designados; integrantes de Equipos Regionales de Supervisión (Enfermería, Administración, Acción Comunitaria) y Equipos Zonales de Supervisión, con voz y voto.
- Invitados: Personas expertas o cuya opinión sea relevante para los temas a tratar, esto incluye al Aval ciudadano, representantes de la comunidad u organizaciones de la Sociedad civil; con derecho a voz, pero sin voto. Deben estar autorizados por la persona que ocupe la Presidencia del comité para puntos específicos del orden del día, su opinión deberá asentarse en la minuta. El Presidente se podrá reservar el derecho de conceder la palabra a los invitados. Nota: En ES sin personal suficiente, el Titular designará los integrantes del Comité.



### **C. CEICASEP (Coordinaciones Estatales).**

- Presidente: Coordinador(a) Estatal, con voz y voto de calidad.
- Secretario (a) Técnico: Titular de la Oficina de Calidad y Certificación en su rol de Responsable Institucional Estatal de Calidad (RIEC), con voz y voto.
- Vocales: Departamentos de la Jefatura de Servicio de Atención a la Salud; Acción Comunitaria; representantes de Equipos de Conducción; titulares de ES, con voz y voto
- Invitados: Personas expertas o cuya opinión sea relevante para los temas a tratar, esto incluye al Aval ciudadano, representantes de la comunidad u organizaciones de la Sociedad civil; con derecho a voz, pero sin voto. Deben estar autorizados por la persona que ocupe la Presidencia del comité para puntos específicos del orden del día, su opinión deberá asentarse en la minuta. El Presidente se podrá reservar el derecho de conceder la palabra a los invitados.

## **IV. SUPLENCIAS.**

- En ausencia del Presidente del Comité, la suplencia recaerá en el nivel jerárquico inmediato inferior, y deberá quedar asentada en la minuta de sesión correspondiente.
- Los demás integrantes del Comité podrán designar, mediante oficio por escrito, a su suplente, quien deberá poseer el nivel jerárquico inmediato inferior al que representa.
- Todas las suplencias tendrán las mismas obligaciones y atribuciones durante su participación, y deberán notificarse al Presidente para su registro formal.

## **GESTION DEL COMITÉ.**

### **I. Funciones del Comité.**

El CICASEP deberá:

- Analizar los problemas del Sistema de Gestión de Calidad y proponer acciones de mejora continua.
- Elaborar, actualizar y dar seguimiento al Programa de Trabajo anual del CICASEP.
- Coordinar el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente, así como otros planes en materia relacionada a Calidad, y el Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud (PMCCS).
- Asesorar a la Dirección del ES en temas de calidad y seguridad del paciente.
- Coordinar y supervisar los comités y subcomités relacionados,
- Promover la capacitación y actualización del personal en materia de calidad y seguridad del paciente.



- Analizar, dar seguimiento y coordinar esfuerzos para implementar acciones de mejora derivadas de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (circunstancias notificables, cuasifallas, eventos adversos, eventos centinelas).
- Fomentar la estandarización de mejores prácticas clínicas basadas en evidencia prácticas (NOM, PRONAM, GPC, protocolos y planes de cuidados).
- Realizar seguimiento y evaluación de indicadores de calidad de la atención médica
- Coordinar el proceso de certificación de los ES cuando se encuentre inscrito en dicho proceso.
- Difundir y aplicar documentos normativos nacionales e institucionales en materia de calidad y seguridad del paciente.
- Analizar los resultados de encuesta de cultura de seguridad y definir acciones.
- Generar y fortalecer una cultura de calidad y seguridad del paciente.
- Promover encuestas de calidad percibida y experiencia del paciente
- Dar seguimiento a quejas, sugerencias, reconocimientos y gestiones.
- Dar seguimiento a las líneas de acción de calidad de la DGCES, (MECIC, SESTAD, SUG, INDICAS, etc.)

## **II. Atribuciones de los Integrantes del comité.**

### **A) Presidente:**

- Autorizar la integración y el mecanismo de funcionamiento (Anexo 1).
- Dirigir acciones de mejora.
- Notificar por oficio designaciones.
- Aprobar calendario de sesiones del Comité Institucional de calidad y seguridad del paciente sesiones (Anexo 3) y orden del día (Anexo 4).
- Convocar y presidir la celebración de sesiones ordinarias y extraordinarias.
- Dar seguimiento a los acuerdos de las sesiones ordinarias y extraordinarias.
- Autorizar invitados.
- Aprobar planes (riesgos, anual de calidad, mejora continua).
- Proponer recomendaciones a ser sometidas a acuerdos.
- Conducir consensos (voto de calidad en caso de empate).
- Validar y presentar Informe Anual (Anexo 5 y Anexo 6).
- Firmar minutas (Anexo 2).
- Vigilar cumplimiento de recomendaciones.
- Atender supervisiones/evaluaciones.
- Analizar indicadores de calidad percibida y científico-técnica.
- Dar seguimiento a líneas de acción (MECIC, SESTAD, SUG, INDICAS, etc.).
- Solicitar a todos los integrantes del Comité la información para el mejor funcionamiento de este.



- Determinar los criterios para elaborar la Memoria Anual y realizar su presentación a todo el personal del ES.

Y las demás que considere importantes para la operatividad del Comité.

**B) Secretario Técnico:**

- Generar Acta anual y ante cambios (Presidente/Secretario Técnico/>50% quórum).
- Elaborar minuta de cada sesión ordinaria y extraordinaria.
- Integrar en el primer mes del año: Programa anual con objetivos, metas, actividades, responsables, fechas e indicadores.
- Coordinar los Planes de Calidad que determine el CSG, DGCES e IMSS-BIENESTAR, conforme a sus atribuciones.
- Proponer calendario de reuniones.
- Proponer orden del día y documentos.
- Verificar quórum ( $\geq 50\% + 1$ ); presentar orden del día; registrar acuerdos y darles seguimiento.
- Informar estatus de acuerdos.
- Contestar informes.
- Difundir acuerdos (Anexo 8).
- Moderar debates y someter a votación.
- Dar seguimiento a recomendaciones mediante jefaturas o responsables de áreas al ES.
- Fungir como enlace con grupos de trabajo o subcomités.
- Supervisar el registro y análisis de eventos.
- Presidir en ausencia del Presidente (máx. 50% de reuniones anuales).
- Seguimiento a líneas de acción de DGCES (MECIC, SESTAD, SUG, INDICAS).
- Integrar Informe Anual (Anexo 5 y Anexo 6).
- Reprogramar sesiones cuando proceda.
- Coordinar la elaboración de la memoria anual, recabar firmas y resguardar.
- Informar a la figura del aval ciudadano los acuerdos que le resulten de interés y firma de acuerdos.
- Y las demás que el Presidente del Comité señale y que se deriven de la naturaleza de su representación.

**C) Vocales:**

- Asistir a sesiones y participar con voz y voto.



- Proponer asuntos ( $\geq 5$  días hábiles antes) con soporte documental.
- Analizar y comentar, proponer trabajos, fomentar registro de eventos.
- Dar seguimiento a acuerdos aprobados y adoptados por el Comité, hasta su conclusión.
- Evaluar e informar cumplimiento, retroalimentar a su personal, archivar y controlar asuntos asignados, enviar documentación a Secretario Técnico.
- Cumplir funciones encomendadas; proporcionar información requerida, revisar y firmar minutas.

Representantes de ES < 5 núcleos: se integran al CICASEP de Conducción como Vocales  
Representantes asentados en listas de asistencia (Anexo 7).

D) Asesores/Invitados (voz, sin voto):

- Orientar según su competencia.
- Participar cuando sean convocados.
- Firmar la minuta correspondiente.

### III. Evidencias mínimas de gestión (documentación).

El Expediente del Comité (carpeta) deberá contar con los siguientes documentos:

- Acta de Instalación (Anexo 1).
- Calendario de sesiones del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (Anexo 3).
- Convocatorias.
- Orden del Día (Anexo 4).
- Minuta de Sesión del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (Anexo 2).
- Listas de asistencia (Anexo 7).
- Seguimiento de avances y evidencias (Anexo 8 y 9).
- Seguimiento a matriz de riesgos y planes de mejora.
- Plan Anual de Calidad y Seguridad.
- Plan de Mejora Continua.
- Informar el resultado de los análisis de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP).
- Dar seguimiento a los planes de mejora derivados del análisis de IRSP.
- Informe Anual del CICASEP (Anexo 5).
- Evidencias de capacitación.
- Resultados de Cédula de Evaluación del CICASEP (Anexos 9 y 10).
- Evidencia de acciones derivadas de recomendaciones/compromisos.



## **CRITERIOS DE OPERACIÓN DEL COMITÉ.**

### **I. Frecuencia y tipos de sesión.**

- El CICASEP sesionará al menos una vez por cuatrimestre en sesión ordinaria.
- Podrán realizarse sesiones extraordinarias cuando el caso lo amerite (p. ej., evento centinela, muerte materna, u otros definidos por el ES).
- Cuando no sea posible reunión física, las sesiones podrán realizarse por medios tecnológicos disponibles.
- La Convocatoria a reuniones ordinarias deberá realizarse mínimo 5 días hábiles previos y 2 días hábiles en caso de sesiones extraordinarias.

### **II. Criterios de operación.**

- El Orden del Día incluirá temas de calidad y seguridad del paciente.
- Temas de comités técnicos afines (Expediente Clínico, CODECIN/CODECIAAS (Indicadores de cumplimiento de higiene de manos, apego a técnica de lavado de manos, etc.), Farmacovigilancia, Mortalidad, Bioética, etc.) se integrarán al CICASEP.
- Miembros titulares deberán asistir al 100% de sesiones; ante causa justificada, informarán a Secretario Técnico y designarán suplente como se mencionó en el apartado de Suplencias.
- Decisiones por mayoría; en empate, voto de calidad del Presidente.
- Los asuntos por tratar deberán enviarse a Secretario Técnico por lo menos 8 días hábiles antes de la sesión convocada (Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, sistemas críticos, plan anual, matriz de riesgo, estandarización/rediseño de procesos, barreras de seguridad, quejas, satisfacción, observaciones de evaluación, NOM, PRONAM, GPC, protocolos, etc.).
- Toda la documentación del Comité deberá estar debidamente requisitada y firmada (con rúbrica y firmas autógrafas) por todos los integrantes y permanecerá bajo resguardo del Secretario Técnico del Comité.

### **III. Desarrollo de reuniones.**

- Las reuniones serán ejecutivas y adaptadas a la estructura y recursos de cada ES; puede invitarse personal experto.
- Para llevarse a cabo la reunión, el Secretario Técnico debe haber validado Quórum legal con el 50% + 1 de integrantes convocados y presencia del Presidente o su representante



- En caso de no haber quórum, se deberá reprogramar la próxima reunión en menos de 5 días hábiles.
- Minutas firmadas por todas las personas asistentes Minuta de Sesión del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (Anexo 8); acuerdos numerados progresivamente durante el año.
- Analizar resultados de Comités afines y emitir recomendaciones para orientar procesos a calidad y seguridad.
- Orden del Día – Sesiones ordinarias (secuencia mínima): Bienvenida; Verificación de quórum; Lectura y aprobación del orden del día; Revisión de seguimiento de acuerdos previos; Análisis, discusión y aprobación de asuntos; Asuntos generales; Firma de lista de asistencia (Anexo 7); Cierre.
- Sesiones extraordinarias: solo asuntos específicos; no incluir seguimiento ni asuntos generales.
- Reprogramación: si no fuera posible realizar sesión ordinaria, informar por escrito con  $\geq 1$  día hábil de anticipación, indicando nueva fecha.
- Votación: un voto por miembro con voz y voto; acuerdos por mayoría.
- En la primera sesión del año, el Presidente presenta el Informe Anual del ejercicio previo (si aplica; Anexo 6).

#### **IV. Actividades específicas del CICASEP de Conducción (Región Operativa).**

- a) Sesiona por lo menos una vez por cuatrimestre con Titulares de ES menores a 5 núcleos básicos.
- b) Reuniones a nivel de Equipos de Supervisión Zonal con ES menores a 5 núcleos básicos.
- c) Compartir información por lo menos 1 vez por cuatrimestre con Equipos Regionales de Supervisión.
- d) Integrar información por Regiones Operativas a través de Equipos Regionales de Supervisión.
- e) Compartir resultados al RIEC por lo menos 1 vez por cuatrimestre.
- f) Entregar copias de minutas y acuerdos a Equipo de Supervisión Zonal y Regional.
- g) Sesionar por lo menos 1 mes antes del CICASEP del Hospital de Zona Médica.
- h) Coordinar el Subcomité de Calidad del Expediente Clínico de la Zona de Servicios Médicos (SCEC).

#### **V. Elaboración de Minutas (Contenido mínimo).**



Debe contener el nombre de quien presidió; quórum; referencia a que la sesión se desarrolló conforme al orden del día; número progresivo de acuerdos por ejercicio; referencia acuerdo–asunto; resumen ejecutivo por asunto; rubro de Seguimiento de Acuerdos; y para ordinarias, Asuntos Generales, tal como se muestra la estructura en el Anexo 6.

## **COORDINACIÓN CON OTROS COMITÉS.**

El CICASEP deberá articularse con los comités y subcomités institucionales en materia de calidad y seguridad del paciente, a través de la identificación de problemáticas de mayor prioridad y acciones de mejora resultantes de los acuerdos y compromisos registrados en las minutas correspondientes. Asimismo, deberá integrar las reuniones de los subcomités en el calendario y en el Informe Anual del CICASEP (Anexo 5). La coordinación del CICASEP con otros comités se realizará de acuerdo con su modalidad de operación.

- **Hospitalaria:** Se coordina con el Subcomité del Expediente clínico, Subcomité de Certificación y Buenas Prácticas (SUCEBP), y se articula con el Comité Hospitalario de Bioética, Ética en Investigación, Bioseguridad, Investigación, Enseñanza y Capacitación, Detección y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (CODECIN/CODECIAAS), Farmacovigilancia, Subcomité para la Optimización del uso de Antimicrobianos, Subcomité para estandarizar la práctica clínica de enfermería, subcomité de lactancia materna, Comité Hospitalario de Tecnovigilancia, de Morbilidad y Mortalidad, de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Infantil, de Medicina Transfusional, de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna Perinatal, Interno de Trasplantes, Interno de Coordinación para Donación, de Farmacia y Terapéutica. Esta lista es enunciativa mas no limitativa y se encuentra sujeta a las disposiciones legales emitidas por el CSG, DGCEs e IMSS-BIENESTAR.
- **Primer Nivel de Atención:** Se coordina el Subcomité de Expediente Clínico, y se articula con el Comité de Morbilidad y Mortalidad, de Farmacia y Terapéutica, con el subcomité para estandarizar la práctica clínica de enfermería, con el subcomité de lactancia materna. Esta lista es enunciativa mas no limitativa y se encuentra sujeta a las disposiciones legales emitidas por el CSG, DGCEs e IMSS-BIENESTAR.
- **Conducción (Región Operativa):** Se coordina el Subcomité de Expediente Clínico y se articula con el comité medico técnico, administrativo de los servicios médicos (COMETA) y con el comité medico técnico administrativo de la zona de servicios. Esta lista es enunciativa mas no limitativa y se encuentra sujeta a las disposiciones legales emitidas por el CSG, DGCEs e IMSS-BIENESTAR.

Los resultados y acuerdos deberán registrarse en las minutas y reflejarse en el Informe Anual de CICASEP.



## **EVALUACIÓN DEL COMITÉ.**

### **I. Vigilancia y evaluaciones periódicas.**

El CICASEP verificará el cumplimiento de disposiciones en materia de calidad y seguridad del paciente conforme a la normativa vigente.

La evaluación del desempeño y funcionamiento del CICASEP se llevará a cabo mediante los mecanismos de supervisión establecidos para cada nivel de atención, utilizando los instrumentos oficiales definidos en los anexos correspondientes.

- a) Supervisión en Establecimientos Hospitalarios estará a cargo del Responsable de Calidad del ES, usando la Cédula de Evaluación del CICASEP (Anexo 11). Periodicidad: por lo menos de forma anual, y pudiendo realizarse con mayor frecuencia en caso de requerirse por auditoría, procesos de certificación o seguimiento de observaciones previas.
- b) Los CICASEP en Primer Nivel y de Conducción, serán supervisados por los Equipos de Conducción (Equipo Regional de Supervisión) con la Evaluación del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. De Conducción (Región Operativa) (Anexo 10). Periodicidad: por lo menos una vez al año, y con la posibilidad de efectuarse revisiones adicionales cuando se detecten desviaciones o áreas críticas.

### **II. Monitoreo e Informes Requeridos.**

- Evaluación del Comité.
- Análisis de Incidentes Relacionados a la Seguridad del Paciente deberá realizarse un análisis mensual de IRSP y presentarse la información correspondiente en cada sesión.
- Cumplimiento de Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).

Se evaluará de manera cuatrimestral el cumplimiento de AESP 1-6, con evidencia documentada.

- Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente.



Los resultados de la AESP 8 (Cultura de Seguridad del Paciente) deberán integrarse de manera anual y enviarse a la Coordinación Estatal, al Responsable Institucional Estatal de Calidad, para su integración y seguimiento.

- Planeación y Gestión Anual.

Durante el primer bimestre del año, el Comité deberá establecer:

- El Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente.
- El Plan Anual de Mejora Continua.

En el caso de los CICASEP de Conducción, estos planes podrán integrarse dentro del Plan Anual de la Coordinación Estatal o elaborarse por Región Operativa, según corresponda.

- Seguimiento a acuerdos y recomendaciones.

El Comité dará seguimiento puntual a los acuerdos y recomendaciones emitidos, conforme al mecanismo establecido en el Anexo 8 (Seguimiento y Difusión de Acuerdos).

- Informe Anual del CICASEP.

El Comité deberá elaborar e integrar el Informe Anual del CICASEP (Anexo 5 y 6). Este documento será presentado en la primera sesión ordinaria del año siguiente y compartido con el Responsable Institucional Estatal de Calidad y con la División de Calidad y Certificación de la UAS.

- Seguimiento a líneas de acción institucionales.

El CICASEP dará seguimiento a las líneas de acción y plataformas institucionales, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa:

- Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC).
- Sistema de la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno (SESTAD).
- Sistema Unificado de Gestión (SUG).
- Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
- Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS II).
- u otras que determine el IMSS-BIENESTAR.

- Flujo estatal de información.

El Secretario Técnico (RIEC) remitirá, de forma cuatrimestral, la información tratada en los diferentes CICASEP de la Coordinación Estatal a la División de Calidad y Certificación, para su integración y análisis nacional.



## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Acta de Instalación del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente**

#### **Acta de Instalación del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente**

En el Estado de \_\_\_\_\_, en la Ciudad de \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en las instalaciones de \_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_, se reúnen las y los integrantes del Cuerpo de Gobierno con el objetivo de formalizar la creación del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP) del dependiente del IMSS-BIENESTAR, con CLUES \_\_\_\_\_.

Este comité actuará como órgano multidisciplinario, consultivo, asesor y de coordinación, con la finalidad de mejorar la calidad y la seguridad en la atención de la salud en el ámbito de su competencia.

Para lograrlo, se definirán prioridades basadas en la evaluación integral y la gestión de los riesgos identificados con el propósito de disminuir o limitar su impacto y ocurrencia, reducir eventos adversos y centinelas, implementar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), la implementación del Modelo de Gestión de la Calidad en Salud y los Sistemas Críticos del Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC), análisis y seguimiento a indicadores de calidad técnica y percibida.

Además, se darán recomendaciones y se hará seguimiento al Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente de los Establecimientos de Atención Médica (EAM) y Zonas de Servicios Médicos, de conformidad con lo estipulado en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas, el Modelo de Certificación de la Calidad que establezca el Consejo de Salubridad General y las políticas federales e institucionales del IMSS-BIENESTAR.

Por lo antes expuesto, se formaliza la constitución del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP), cuyas funciones e integración están basadas en el Manual de Integración y Funcionamiento del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR.

#### **DE LOS INTEGRANTES**

- Una persona con funciones de Presidente.
- Una persona con funciones de Secretario Técnico.
- Los vocales que se determine para su funcionamiento.

Todos con derecho a voz y voto.



1. Elaborar y proponer a la dirección del EAM, el Plan de Mejora Continua de Calidad en Salud, realizando el seguimiento de las acciones incluidas en éste y actualizando sus contenidos y metas.
2. Asesorar permanentemente a la persona Titular o Responsable del EAM en temas de calidad y seguridad del paciente.
3. Promover la capacitación para el personal directivo sobre los temas de mejora de la calidad y seguridad del paciente, en conjunto con la jefatura de educación del EAM.
4. Impulsar la cultura de reporte y el análisis de indicadores de calidad técnica y percibida, así como de eventos adversos, cuasifallas y centinela, para implementar acciones de mejora y disminuir su ocurrencia.
5. Asegurar la mejora de procesos a través de la implementación de barreras de seguridad con mediciones, en cada área o servicio del EAM, según corresponda.
6. Coordinar el desarrollo de las actividades contenidas en el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente del EAM.
7. Promover la estandarización de mejores prácticas en atención clínica basadas en evidencia científica, considerando las Normas Oficiales Mexicanas, mediante la implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC), Protocolos de Atención y Planes de Cuidados de Enfermería.
8. Analizar los resultados de la aplicación de la encuesta de cultura de seguridad del paciente y definir acciones que contribuyan a mejorar la seguridad en la atención.
9. Asesorar y acompañar al EAM y/o Zona de Servicios Médicos, para lograr la certificación por el Consejo de Salubridad General, realizando el seguimiento de los avances e incumplimientos observados.
10. Evaluar los avances de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y Competitividad, así como del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, emitir las recomendaciones necesarias y dar seguimiento a su realización.
11. Diseñar y analizar en colaboración con el cuerpo directivo de los EAM y/o Zona de Servicios Médicos, los indicadores de calidad y seguridad, con el fin de establecer acciones de mejora que impacten positivamente en la atención y seguridad de los pacientes.
12. Coordinar los comités y subcomités hospitalarios existentes en los EAM y/o Zona de Servicios Médicos, en el marco de sus alcances y atribuciones.



13. Atención de solicitudes de información y seguimiento de las observaciones derivadas de evaluaciones realizadas al área de calidad y seguridad del paciente por autoridades normativas federales, institucionales y estatales del IMSS-BIENESTAR.
14. Proponer programas de educación continua en temas de Calidad y Seguridad del Paciente.
15. Promover en colaboración con las áreas correspondientes, la aplicación periódica de encuestas de calidad percibida y satisfacción con atención a los pacientes y su familia, analizando los resultados para que se implementen las acciones de mejora correspondientes.
16. Realizar el seguimiento de los reportes de quejas, sugerencias, reconocimientos y gestiones que realicen los pacientes y su familia en las correspondientes plataformas de atención al paciente y su familia.
17. Según el Análisis de Riesgos del establecimiento y/o Zona de Servicios Médicos, indicadores prioritarios y/o eventos relacionados a la seguridad del paciente, establecer un Plan o Planes de Mejora Continua de Calidad en Salud y el Plan Anual de Calidad.
18. Las demás funciones establecidas en el Instructivo para la Integración y Funcionamiento del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para El Bienestar.

## **DISPOSICIONES Y CRITERIOS DE OPERACIÓN DEL COMITÉ.**

Las establecidas en el Manual para la Integración y Funcionamiento del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.

### **DE LAS DISPOSICIONES.**

Disposiciones del CICASEP en los Establecimiento de Atención Médica y/o Zona de Servicios Médicos.

1. El CICASEP es un órgano multidisciplinario, consultivo, asesor y de coordinación, con la finalidad de mejorar la calidad y la seguridad en la atención de la salud en el ámbito de su competencia.
2. Los EAM deberán articular e implementar las políticas nacionales e institucionales en materia de calidad en la atención y seguridad de las y los pacientes.

### **DE LOS CRITERIOS DE OPERACIÓN.**

1. Se deben incluir en la orden del día, temas relacionados con la calidad y seguridad de las y los pacientes de los Establecimiento de Atención Médica participantes para apoyo y resolución de la problemática planteada.

2. Los temas tratados en los comités del expediente clínico del Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN/CODECIAAS), Comité de Farmacovigilancia, Mortalidad, Hospitalario de Bioética, entre otros que se relacionen con la Calidad y Seguridad del Paciente deberán considerarse dentro en la Orden del día de CICASEP
3. Las y los miembros titulares del Comité deberán asistir al 100% de las sesiones programadas; sin embargo, en situaciones que por causa justificada no puedan asistir (vacaciones, incapacidad, etc.), informarán oportunamente al Secretario Técnico, para su participación en la sesión y designar a un suplente.
4. Las personas que representan a la Presidencia, Secretario Técnica y Vocales asistirán a las sesiones con derecho a voz y voto.
5. Las y los Asesores, Personal Técnico e Invitados/ as que asistan a las sesiones para proporcionar o aclarar información, tendrán derecho a voz, pero sin voto.
6. Las decisiones se tomarán por mayoría de votos. En caso de empate, quien presida la sesión tendrá voto de calidad. Para asegurar la validez de las decisiones, se establece que el quórum se alcanzará con la presencia de al menos el 50% más uno de los miembros con derecho a voto, y las decisiones se adoptarán con una mayoría simple, es decir, el 50% más uno de los votos emitidos.
7. Las personas que conforman el Comité notificarán al Secretario Técnico , a más tardar ocho días hábiles previos a cada sesión, los asuntos que solicitan su atención incluyendo: indicadores de calidad técnica y percibida, metas internacionales de seguridad de las y los pacientes / AESP, sistemas críticos, avances del cumplimiento del Plan o Planes de Mejora Continua de Calidad en Salud, análisis de información de evaluación de matriz de riesgo, estandarización de procesos, rediseño de procesos, implementación de barreras de seguridad, análisis de quejas, encuestas de satisfacción del usuario, observaciones derivadas de procesos de evaluación y/o de fiscalización, normas oficiales mexicanas, guías de práctica clínica y protocolos de atención integral y otros temas relacionados con la calidad y seguridad de las y los pacientes.



## Anexo 1. Lista De Acta Constitutiva Del CICASEP

### LISTA DE ACTA CONSTITUTIVA DEL CICASEP

#### Integrantes del Comité

|                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre del Establecimiento de Salud/<br>Zona de Servicios Médicos |  |
| Fecha:                                                            |  |
| Hora:                                                             |  |
| CLUES (En caso de Aplicar)                                        |  |

| N° | Nombre | Cargo | Firma |
|----|--------|-------|-------|
|    |        |       |       |
|    |        |       |       |
|    |        |       |       |
|    |        |       |       |
|    |        |       |       |

Elaboró

Aprobó

\_\_\_\_\_  
Secretario Técnico

\_\_\_\_\_  
Presidente



## Anexo 2. Minuta de Sesión del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente

IB/UAS/7/F/0025

### MINUTA DE SESIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

| MINUTA DE SESIÓN CICASEP                                      |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|----------------------------|------------------------------------|------------------|
| Establecimiento de Atención Médica/ Zona de Servicios Médicos |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
| Fecha                                                         | Minuta N°                          | Hora de inicio y término de la sesión        |                   | Responsable de la sesión   |                                    |                  |
| CLUES (En caso de Aplicar)                                    |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
| Compromisos previos y cumplimiento de acuerdos                |                                    |                                              |                   |                            | Acuerdos y compromisos incumplidos |                  |
| Emitidos                                                      |                                    | Cumplidos                                    |                   | Porcentaje de cumplimiento | 1                                  |                  |
|                                                               |                                    |                                              |                   |                            | 2                                  |                  |
|                                                               |                                    |                                              |                   |                            | 3                                  |                  |
| Acciones emergentes                                           |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
| 1                                                             |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
| 2                                                             |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
| 3                                                             |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
| Tema general de la sesión                                     |                                    |                                              | Asuntos generales |                            |                                    |                  |
|                                                               |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
| Número de acuerdo                                             | Acuerdos/ compromisos de la sesión | Resumen<br>Breve descripción de lo discutido |                   | Responsable                | Fecha de cumplimiento              | Acción de mejora |
| 1                                                             |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
| 2                                                             |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |
| 3                                                             |                                    |                                              |                   |                            |                                    |                  |

Elaboró

Aprobó

Secretario Técnico

Presidente



### ANEXO 3. Calendario de sesiones del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente

## Calendario de sesiones del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente

IB/JAS/7/F/0023

| Establecimiento de Atención Médica/ Zona de Servicios Médicos |                       |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| CLUES (En caso de Aplicar)                                    |                       |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Ejercicio                                                     |                       |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|                                                               |                       | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| 1a. Sesión                                                    | Fecha de programación |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|                                                               | Fecha de realización  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| 2a. Sesión                                                    | Fecha de programación |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|                                                               | Fecha de realización  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| 3a. Sesión                                                    | Fecha de programación |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|                                                               | Fecha de realización  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |

Elaboró

Aprobó

\_\_\_\_\_  
Secretario Técnico

\_\_\_\_\_  
Presidente



**Anexo 4. Orden del Día**

IB/UAS/7/F/0024

**Orden del día**

|                                                                          |  |                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| <b>Establecimiento de Atención Médica/<br/>Zona de Servicios Médicos</b> |  |                        |  |
| <b>CLUES (En caso de Aplicar)</b>                                        |  |                        |  |
| <b>Fecha:</b>                                                            |  | <b>Hora de Inicio:</b> |  |
| <b>Tipo de Sesión</b>                                                    |  | <b>Nº Minuta:</b>      |  |

| Actividad | Tema                                                                | Expositor/responsable | Tiempo                        |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 1         | Bienvenida                                                          |                       | 1 min.                        |
| 2         | Verificación del quórum y firma de lista de asistencia.             |                       | 3 min.                        |
| 3         | Lectura y aprobación del orden del día                              |                       | 1 min.                        |
| 4         | Revisión del cumplimiento de los compromisos de la sesión anterior. |                       | 10 min.                       |
| 5         | Asuntos prioritarios<br>1.-<br>2.-<br>3.-                           |                       | 10 min.<br>10 min.<br>10 min. |
| 6         | Asuntos generales:<br>1.-<br>2.-<br>3.-                             |                       | 5 min.                        |
| 7         | Acuerdos y seguimiento                                              |                       | 5 min.                        |
| 8         | Fin de la reunión                                                   |                       | 1 min.                        |

Elaboró

\_\_\_\_\_  
Secretario Técnico

Autorizó

\_\_\_\_\_  
Presidente



## Anexo 5. Informe Anual

IB/JAS/71/F/0027

# INFORME ANUAL DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

## Contenidos mínimos del Informe Anual del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente

El Informe Anual del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente tiene como objetivo compartir y divulgar las iniciativas de calidad implementadas por los Establecimientos de Salud, las Zonas de Servicios Médicos y las Regiones Operativas de las Coordinaciones Estatales IMSS-BIENESTAR. Además, sirve como un ejercicio de rendición de cuentas, permitiendo al personal de salud de cada Establecimiento de Salud comprender cómo se aplica la política de calidad en su unidad específica.

Este informe debe incluir, al menos, los siguientes capítulos:

1. **Integrantes del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente:** Una lista de los miembros del comité con sus respectivos roles y especialidades.
2. **Reseña de sesiones celebradas:** Un resumen de las reuniones del Comité y de otros subcomités hospitalarios constituidos en el Establecimiento de Atención Médica.
3. **Plan de Mejora Continua para la Calidad:** Descripción del contenido del plan aprobado por el Comité, o en su caso, un plan anual de trabajo.
4. **Temas relevantes abordados:** Discusión de temas importantes relacionados con la calidad y la seguridad del paciente que hayan sido tratados por el Comité.
5. **Acuerdos y recomendaciones:** Documentación de los acuerdos y recomendaciones emitidos por el Comité o adoptados a petición de otros subcomités hospitalarios, incluyendo aquellos relacionados con la prevención de IAAS y Uso Racional de Medicamentos y otros comités/subcomités vinculados a temas de calidad y seguridad del paciente.
6. **Acciones de mejora:** Detalle de las acciones de mejora implementadas como resultado de iniciativas analizadas o adoptadas por el Comité, y su impacto en la calidad y seguridad del paciente en el establecimiento.
7. **Resultados de indicadores de calidad:** Presentación de los resultados de indicadores de calidad técnica y percibida, desagregados de manera cuatrimestral y anual, acompañados de gráficos correspondientes.

De manera especial, el Informe Anual debe destacar los esfuerzos, acciones e impactos realizados en el establecimiento médico con el fin de lograr su certificación del Consejo de Salubridad General en caso de que el ES se encuentre en proceso de Certificación.



El Informe Anual debe ser formalizado por las autoridades correspondientes y, como mínimo, debe incluir la firma de la persona encargada de la Presidencia y del Secretariado Técnico del Comité. Este informe debe presentarse ante el pleno del Comité, preferentemente en la primera sesión ordinaria del ejercicio anual siguiente.

El citado Informe deberá ser formalizado con las firmas de elaboración y aprobación conforme a lo siguiente:

Elaboró

Aprobó

---

Secretario Técnico

---

Presidente

## Anexo 6. Informe Anual. Ficha Técnica

IB/UAS/7/F/0027

## Ficha Técnica del Informe Anual

**Comité Local de Calidad y Seguridad del Paciente**  
**Informe Anual**

[illegible]



**Anexo 7. Lista de asistencia**

IB/UAS/7/F/0026

## LISTA DE ASISTENCIA

|                                                                |  |      |  |
|----------------------------------------------------------------|--|------|--|
| Establecimiento de Atención Médica/ Zona de Servicios Médicos. |  |      |  |
| CLUES (En caso de Aplicar)                                     |  |      |  |
| Fecha:                                                         |  | Hora |  |
| N° de sesión                                                   |  |      |  |

| No | Nombre | Función o cargo en el Comité | Puesto o cargo en el Establecimiento de Salud/ Región o Zona de Supervisión Médica. | Firma |
|----|--------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|    |        |                              |                                                                                     |       |
|    |        |                              |                                                                                     |       |
|    |        |                              |                                                                                     |       |
|    |        |                              |                                                                                     |       |
|    |        |                              |                                                                                     |       |
|    |        |                              |                                                                                     |       |
|    |        |                              |                                                                                     |       |



## Anexo 8. Seguimiento-Difusión de acuerdos del CICASEP

IB/UAS/7/F/0029

### COMITÉ INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGUIMIENTO-DIFUSIÓN DE ACUERDOS DEL CICASEP

| Establecimiento de Atención<br>Médica/ Zona de Servicios<br>Médicos. |  | CLUES (En caso de<br>Aplicar): |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Fecha de Sesión                                                      |  | Minuta No.                     |  |

| Plan de acción / % de cumplimiento             |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|------------------------------------------------|---------|-----------|-------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------|
| No.<br>Acuer-<br>do                            | Acuerdo | Actividad | Responsable       | Programación<br>dd/mm/aa | Cumplimiento<br>o<br>dd/mm/aa | Resultados obtenidos | Observaciones |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
| Difusión de acuerdos, actividades y resultados |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
| Área                                           |         |           | Forma de difusión |                          | Responsable de difusión       |                      | Fecha         |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |
|                                                |         |           |                   |                          |                               |                      |               |

Elaboró

Aprobó

Secretario Técnico

Presidente



**Anexo 9. Evaluación del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. De  
Conducción (Región Operativa)**

IB/UAS/7/F/0028

**EVALUACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y  
SEGURIDAD DEL PACIENTE  
REGIÓN OPERATIVA (CONDUCCIÓN)**

| Datos generales de identificación                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| Coordinación Estatal:                                              |  |
| Región Operativa:                                                  |  |
| Zona de Servicios Médicos:                                         |  |
| Localidad:                                                         |  |
| Nombre del Responsable Estatal<br>Institucional de Calidad (RIEC). |  |
| Nombre del Supervisor Médico<br>Regional:                          |  |
| Fecha:                                                             |  |

| 1. Conocimiento general del CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos                                                                                                                                                                                                                                           | SÍ | NO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1.1 ¿La región o zona de Servicios Médicos cuentan con el marco jurídico de actuación del CICASEP de Conducción?<br><b>Instructivo para la Integración y Funcionamiento del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para El Bienestar</b> |    |    |
| 1.2 ¿La Región o Zona de Servicios Médicos, cuentan con un programa de trabajo del CICASEP de Conducción?                                                                                                                                                                                                                            |    |    |
| 1.3. ¿La Región o Zona de Servicios Médicos, cuentan con las Actas de Instalación de los CICASEP de Conducción de su responsabilidad?                                                                                                                                                                                                |    |    |
| 1.4. ¿La Región o Zona de Servicios Médicos, cuentan con una Base de Datos actualizada de los Establecimientos de Salud que cuentan con CICASEP de Conducción?                                                                                                                                                                       |    |    |
| 1.5. ¿Se ha capacitado a los integrantes de los diferentes CICASEP de Conducción sobre la operatividad del mismo?<br><b>Adjuntar evidencia anexo al formato</b>                                                                                                                                                                      |    |    |

| 2. Evidencia de seguimiento del CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos                                                                        | SÍ | NO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 2.1. ¿Se cuenta con una calendarización de sesiones del CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos?                                               |    |    |
| 2.2. ¿Hay evidencia del cumplimiento de las sesiones del CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos?                                              |    |    |
| 2.3. ¿Se revisa el contenido de las actas de las sesiones para asegurar que los temas tratados estén alineados con los Planes de Mejora Continua de Calidad en Salud? |    |    |



|                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 2.4. ¿Se verifica el cumplimiento de los acuerdos, recomendaciones y/o compromisos establecidos en los CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos?                                                                        |  |  |
| 2.5. ¿Se verifica si las acciones de mejora derivadas de las iniciativas analizadas en los distintos CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos, y que tengan un impacto positivo en la calidad y seguridad del paciente? |  |  |
| 2.6. ¿Se cuenta con evidencias de la existencia de los Planes de Mejora Continua de Calidad en Salud aprobado por el CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos?                                                          |  |  |
| 2.7. ¿Se verifica la existencia de Informes Anuales de los diferentes CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos?                                                                                                         |  |  |

| 3. Supervisión del CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos                                                                                                                                                         | SÍ | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 3.1 ¿Existen evidencias de que se ha cumplido con la supervisión del seguimiento de acuerdos de los CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos bajo su responsabilidad?<br><b>Adjuntar evidencia anexo al formato</b> |    |    |
| 3.2 ¿Se han supervisado los CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos bajo su responsabilidad para la verificación de evidencias de las acciones de mejora plasmadas en el Informe Anual?                            |    |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>4. ¿Qué tipo de apoyo requiere para la operación del CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos por parte de la Coordinación de Educación e Investigación del IMSS-BIENESTAR?</b></p> <p>Describir el tipo de apoyo que se necesita.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 5. Fortalezas detectadas en supervisión | 6. Oportunidades detectadas en supervisión |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
|                                         |                                            |



**7. Compromisos adquiridos por la coordinación estatal o región operativa para mejorar el funcionamiento del CICASEP de Conducción de la Región o Zona de Servicios Médicos**

**8. Observaciones (comentarios, recomendaciones y felicitaciones)**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la persona Responsable  
Institucional Estatal de Calidad

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Supervisor Médico  
Regional

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Supervisor Médico  
Zonal

**Nota:** Anotar en la columna de evaluación dicotómica, la calificación:

0 si la respuesta es NO  
1 si la respuesta es SÍ



**Anexo 10. Evaluación del CICASEP. Establecimiento de Salud**

IB/UAS/7/F/0030

**EVALUACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL  
PACIENTE. ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

| Datos generales de identificación                                |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Coordinación Estatal                                             |  |
| Región Operativa                                                 |  |
| Zona de Servicios Médicos.                                       |  |
| Localidad                                                        |  |
| Nombre del Representante Institucional Estatal de Calidad (RIEC) |  |
| Nombre del Supervisor Médico Regional                            |  |
| Nombre del Establecimiento de Salud                              |  |
| Nombre del Presidente(a) / Titular del Establecimiento de Salud. |  |
| Nombre del Secretario(a) Técnico                                 |  |
| CLUES                                                            |  |
| Fecha                                                            |  |

| 1. Conocimiento general del CICASEP                                                                                                                                        | SÍ | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1.1 ¿El Establecimiento de Salud, cuenta con el marco jurídico de actuación del CICASEP?<br><b>Manual de Integración y Funcionamiento del CICASEP en el IMSS-BIENESTAR</b> |    |    |
| ¿El Establecimiento de Salud, cuenta con un programa de trabajo del CICASEP?                                                                                               |    |    |
| 1.3. ¿El Establecimiento de Salud cuenta con las Actas de Instalación de los CICASEP de su responsabilidad?                                                                |    |    |
| 1.4. ¿El Establecimiento de Salud cuenta con una Base de Datos actualizada de los Establecimientos de Salud que cuentan con CICASEP?                                       |    |    |
| 1.5. ¿Se ha capacitado a los integrantes de los diferentes CICASEP sobre la operatividad de este?<br>Adjuntar evidencia                                                    |    |    |



| 2. Evidencia de seguimiento del CICASEP                                                                                                                                             | SÍ | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 2.1. ¿Se cuenta con una calendarización de sesiones de los CICASEP?                                                                                                                 |    |    |
| 2.2. ¿Hay evidencia del cumplimiento de las sesiones del CICASEP?                                                                                                                   |    |    |
| 2.3. ¿Se revisa el contenido de las actas de las sesiones para asegurar que los temas tratados estén alineados con los Planes de Mejora Continua?                                   |    |    |
| 2.4. ¿Se verifica el cumplimiento de los acuerdos, recomendaciones y/o compromisos establecidos en los CICASEP?                                                                     |    |    |
| 2.5. ¿Se verifica si las acciones de mejora derivadas de las iniciativas analizadas en los distintos CICASEP han tenido un impacto positivo en la calidad y seguridad del paciente? |    |    |
| 2.6. ¿Se cuenta con evidencias de la existencia de los Planes de Mejora Continua de Calidad en Salud aprobado por el CICASEP?                                                       |    |    |
| 2.7. ¿Se verifica la existencia del Informe Anual del CICASEP en el ES?                                                                                                             |    |    |

| 3. Supervisión del CICASEP                                                                                                | SÍ | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 3.1 ¿Existen evidencias de que se ha cumplido con el seguimiento de acuerdos de los CICASEP del ES?<br>Adjuntar evidencia |    |    |
| 3.2 ¿Se han verificado las evidencias de las acciones de mejora plasmadas en el Informe Anual en el ES?                   |    |    |

| 4. ¿Qué tipo de apoyo requiere para la operación del CICASEP por parte de la Oficina de Calidad y Certificación del Departamento de Calidad de la Coordinación Estatal del IMSS-BIENESTAR? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Describir el tipo de apoyo que se necesita.                                                                                                                                                |

| 5. Fortalezas detectadas en la evaluación | 6. Oportunidades detectadas en la evaluación |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                                           |                                              |



|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7. Compromisos adquiridos por los integrantes para mejorar el funcionamiento del CICASEP</b> |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                        |

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>8. Observaciones (comentarios, recomendaciones y felicitaciones)</b> |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                |

**Nota:** Anotar en la columna de evaluación dicotómica, la calificación:

0 si la respuesta es NO

1 si la respuesta es SI

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Secretario Técnico

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Presidente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Supervisor Médico Regional

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Responsable Institucional Estatal de Calidad



## REFERENCIAS NORMATIVAS

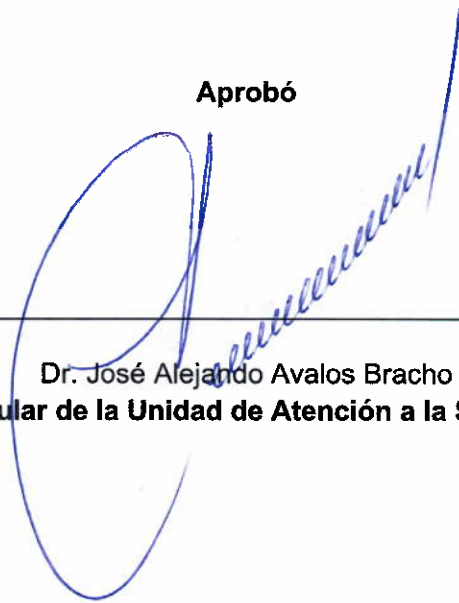
1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 1917 y sus reformas.
2. Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el BIENESTAR (IMSS-BIENESTAR), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 2022.
3. Ley General de Salud.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de abril de 2004, y sus reformas.
5. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, y sus reformas.
6. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de octubre de 2022.
7. Acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.
8. Acuerdo por el que se adiciona un artículo Noveno al similar por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.
9. Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los Establecimientos de Salud que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2012.
10. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, el documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 08 de septiembre de 2017.
11. Estatuto Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 2023 sus reformas y/o adiciones.
12. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad. Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de agosto de 2016.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013.



15. Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal- Selección, uso y manejo en los centros de trabajo. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 09 de diciembre de 2008.
16. Plan Nacional de Desarrollo 2020-2024 (PND). Publicado por el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2019.
17. Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PSS).
18. Compendio Nacional de Insumos para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de abril de 2020.
19. ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2007.
20. Lineamientos técnicos operativos del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP). Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud. 2021
21. Estándares para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Certificación de Atención Médica (SiNaCEAM) en Hospitales edición 2018, del Consejo de Salubridad General, estándar Mejora de la Calidad y Seguridad del paciente (QPS.2.)
22. Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de febrero de 2019.



**Aprobó**



---

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

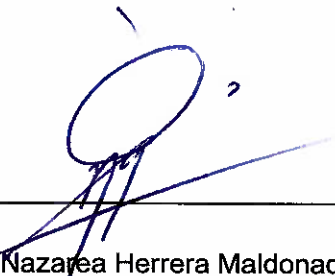
**Responsable de la Elaboración y Revisión Técnica**



---

Dr. Elías Flores Castellanos  
**Titular de la División de Calidad y Certificación**

**Revisión Normativa**



---

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