






HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"




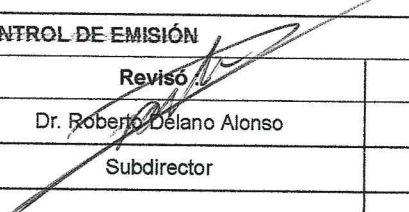
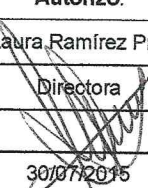
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**




**JULIO 2015**

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
				<b>Rev. "A"</b>
				<b>Hoja: 1 de 21</b>

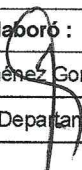
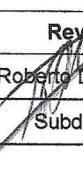
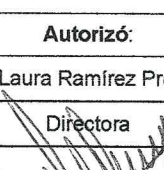
## ÍNDICE



	HOJA
INTRODUCCIÓN	2
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	3
II.- MARCO JURÍDICO	4
III.- PROCEDIMIENTOS	
1.- EVALUACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN.	
2.- FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE CALIDAD.	
3.- INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN SALUD SI CALIDAD.	
4.- INTEGRACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORA CONTINUA.	
5.- IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE OPORTUNIDAD E IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA	
6.- PARA QUE EL AVAL CIUDADANO REALICE EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA CON RESPECTO A TRATO DIGNO	
7.- FUNCIONAMIENTO DEL SUBCOMITÉ DE QUEJAS.	
8.- RECOLECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES	
9.- FUNCIONAMIENTO DEL SUBCOMITÉ DE REVISIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.	
10.- DESARROLLO DE EQUIPOS DE MEJORA CONTINUA.	
11.- IMPARTICIÓN DEL CURSO HACIA UNA CULTURA DE CALIDAD	
12. FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
				<b>Rev. "A"</b>
				<b>Hoja: 2 de 21</b>

### 13. FUNCIONAMIENTO DEL COMITE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
			Rev. "A"
			Hoja: 3 de 21

## INTRODUCCIÓN

En la búsqueda permanente que esta Institución tiene en mejorar los Servicios de Salud, el 1º. de Julio del 2003 inicia actividades del Departamento de la Calidad de Atención Médica, con el objetivo de estar a la vanguardia en ofrecer servicios de Calidad a la población abierta que acude a este Hospital.

Los factores técnicos, científicos y de actitudes humanas son los retos que el Departamento de Calidad de la Atención Médica tiene para desarrollar una Cultura de Calidad y que ésta se vierta en atención de los usuarios, tendiente a favorecer el compromiso de los prestadores de servicios a mejorar su atención, generando un impacto favorable en la salud de la población.

A partir de su creación ésta Jefatura ha encaminado sus acciones a identificar los procesos de atención médica y propiciar acciones de mejora continua.

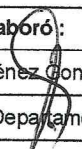
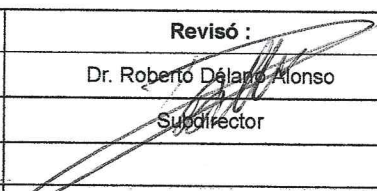
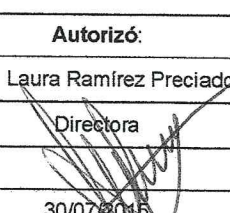
La estructura de este Departamento está comprendida por esta Jefatura y la coordinadora de paramédicos, una adscrita y una secretaria.



El presente documento, integra 13 procedimientos que permitan llevar a cabo el desarrollo de las acciones de responsabilidad que competen a este Departamento.

En cada procedimiento se describe el objetivo, las políticas de operación y los diagramas de flujo de las actividades.

La revisión y actualización de éste Manual se realizará de acuerdo con los cambios que surjan de la dinámica cotidiana en el desempeño de las funciones y atribuciones encomendadas; así como por modificarse a la estructura orgánica funcional.

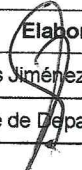
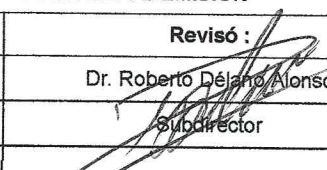
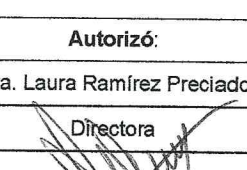
El presente Manual de Procedimientos se elaboró de acuerdo a la Estructura Orgánica Funcional autorizada por la H. Junta de Gobierno en la Primera Sesión Ordinaria 2011, celebrada el día 11 de marzo de 2011 y considerando la "Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos", emitida por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud; conformándose con los siguientes apartados: el objetivo del manual; el marco jurídico y los procedimientos sustantivos que se llevan a cabo en la institución. Cada uno de los procedimientos contiene: el propósito; alcance; políticas de operación, normas y lineamientos así como su descripción y diagramación; los documentos de referencia; registros y glosario de términos.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delgado Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
			Rev. "A"
			Hoja: 4 de 21

Las áreas responsables de la elaboración y actualización del Manual de Procedimientos son, ésta área con Revisión Técnica de la Subdirección de Planeación, a través del Departamento de Organización y Métodos de este hospital.

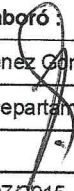
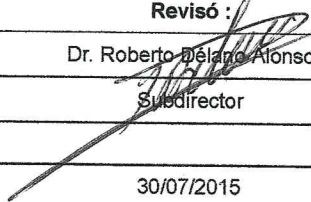

Una vez autorizado este manual por las instancias competentes, será de observación general y para su difusión se hará del conocimiento del personal del área.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
			<b>Rev. "A"</b>
			<b>Hoja: 5 de 21</b>

### I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Puntualizar los procedimientos administrativos necesarios para orientar y facilitar el adecuado desarrollo de las actividades que se realizan en el Departamento de Calidad de la Atención Médica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delgado Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
				<b>Rev. "A"</b>
				<b>Hoja: 6 de 21</b>

## II.- MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
 D.O.F. 05-II-1917.  
 Última Reforma D.O.F. 10-VII-2015.

### CÓDIGOS

Código Civil Federal.  
 D.O.F. 26-V-1928.  
 Última reforma D.O.F. 24-XII-2013.

Código Penal Federal.  
 D.O.F. 14-VIII-1931.  
 Última reforma D.O.F. 12-III-2015.

Código Nacional de Procedimientos Penales  
 D.O.F. 05-III-2014.  
 Última reforma D.O.F. 29-XII-2014.

Código Federal de Procedimientos Penales.  
 D.O.F. 30-VIII-1934.  
 Última reforma D.O.F. 29-XII-2014.


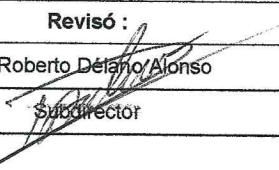
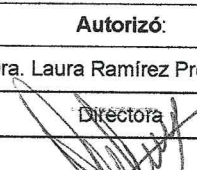
Código Federal de Procedimientos Civiles.  
 D.O.F. 24-II-1943.  
 Última reforma D.O.F. 16-I-2012.




### LEYES

Ley General de Salud.  
 D.O.F. 7-II-1984.  
 Última reforma D.O.F. 04-VI-2015.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
 D.O.F. 29-XII-1976.  
 Última reforma D.O.F. 13-V-2015.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
 D.O.F. 14-V-1986.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
			Rev. "A"
			Hoja: 7 de 21

Última reforma D.O.F. 11-VIII-2014.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del apartado B del Artículo 123 Constitucional.

D.O.F. 28-XII-1963.

Última reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Ley Federal del Trabajo.

D.O.F. 01-IV-1970.

Última reforma D.O.F. 12-VI-2015.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.O.F. 04-IV-2015.

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

D.O.F. 08-VI-2012.

Última reforma D.O.F. 14-VII-2014.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

D.O.F. 13-III-2002.

Última reforma D.O.F. 14-VII-2014.

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

D.O.F. 29-V-2009.

Última reforma D.O.F. 18-VI-2010.

Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.

D.O.F. 26-V-1945.

Última reforma D.O.F. 19-VIII-2010.

Ley para el Aprovechamiento Sustentable de la Energía.

D.O.F. 28-XI-2008.

Ley de Servicio Público de Energía Eléctrica.

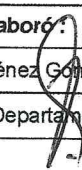
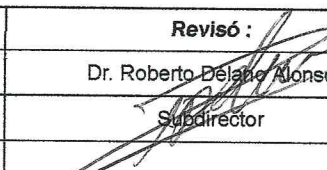
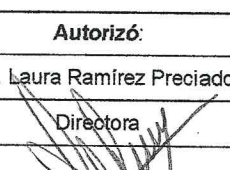
D.O.F. 22-XII-1975.

Última Reforma 09-IV-2012.




Ley Federal de Derechos.

D.O.F. 31-XII-1981.

Última reforma D.O.F. 11-VIII-2014.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delgado Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
				<b>Rev. "A"</b>
				<b>Hoja: 8 de 21</b>

Ley de Planeación.  
 D.O.F. 05-I-1983.  
 Última reforma D.O.F. 06-V-2015.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.  
 D.O.F. 04-XII-2014.

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.  
 D.O.F. 24-XII-1986.  
 Última reforma D.O.F. 05-VI-2012.

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.  
 D.O.F. 28-I-1988.  
 Última reforma D.O.F. 09-I-2015.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.  
 D.O.F. 29-VI-1992.  
 Última reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.  
 D.O.F. 01-VII-1992.  
 Última reforma D.O.F. 14-VII-2014.

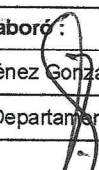
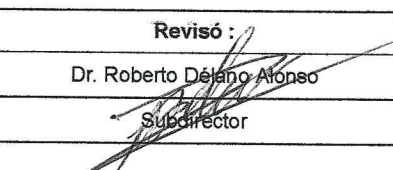
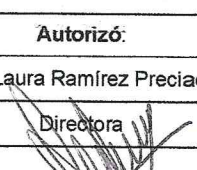
Ley General de Educación.  
 D.O.F. 13-VII-1993.  
 Última reforma D.O.F. 20-IV-2015.




Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
 D.O.F. 04-VIII-1994.  
 Última reforma D.O.F. 09-IV-2012.

Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar cápsulas, tabletas y/o comprimidos.  
 D.O.F. 09-IV-2012.

Ley General de Protección Civil.  
 D.O.F. 03-VI-2014.

Ley del Sistema de Horario en los Estados Unidos Mexicanos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alfonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
				<b>Rev. "A"</b>
				<b>Hoja: 9 de 21</b>

D.O.F. 29-XII-2001.

Última reforma D.O.F. 31-I-2015.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

D.O.F. 25-VI-2002.

Última reforma D.O.F. 25-IV-2012.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

D.O.F. 11-VI-2003.

Última reforma D.O.F. 20-III-2014.

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.

D.O.F. 08-X-2003.

Última reforma D.O.F. 22-V-2015.

Ley General de Bienes Nacionales.

D.O.F. 20-V-2004.

Última reforma D.O.F. 07-VI-2013.

Ley de Asistencia Social.

D.O.F. 01-VI-2011.

Última reforma D.O.F. 19-XII-2014.

Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista.

D.O.F. 30-IV-2015.

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.

D.O.F. 31-XII-2004.

Última reforma D.O.F. 12-VI-2009.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

D.O.F. 30-V-2011.

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.

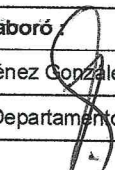
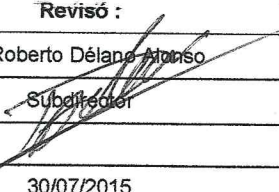

D.O.F. 31-XII-1975.




Última Reforma D.O.F. 02-IV-2015.

Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear.

D.O.F. 04-II-1985.

Última Reforma D.O.F. 23-I-1988.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
				<b>Rev. "A"</b>
				<b>Hoja: 10 de 21</b>

Ley de Productos Orgánicos.  
D.O.F. 07-II-2006

Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.  
D.O.F. 16-IV-2008.

Ley Federal de Archivos.  
D.O.F. 23-I-2012.

Ley de Firma Electrónica Avanzada.  
D.O.F. 11-I-2012.

Ley de Ciencia y Tecnología.  
D.O.F. 28-I-2013.  
D.O.F. 20-V-2014.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.  
D.O.F. 31-III-2007.  
Última reforma D.O.F. 02-IV-2014.

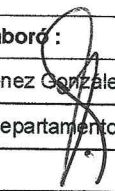
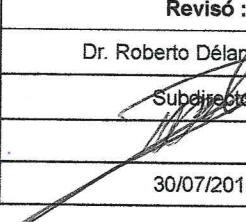
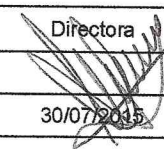
Ley Federal Anticorrupción en Contrataciones Públicas.  
D.O.F. 11-VI-2012.



Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.  
D.O.F. 24-XII-2013.

Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de éstos Delitos  
D.O.F. 14-VI-2012  
Última reforma D.O.F. 19-III-2014.

Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal.  
Gaceta Oficial del D.F. 29-I-2004.  
Última reforma Gaceta Oficial del D.F. 22-XII-2014.

Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal  
Última reforma Gaceta Oficial del D.F. 02-IV-2014.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
			<b>Rev. "A"</b>
			<b>Hoja: 11 de 21</b>

## REGLAMENTOS

Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del Internado de Pregrado de la Licenciatura en Medicina.  
 D.O.F. 08-XII-1983.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.  
 D.O.F. 18-II-1985.  
 F.E. D.O.F. 10-VII-1985.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.  
 D.O.F. 20-II-1985.  
 F.E. D.O.F. 09-VII-1985.  
 Última Reforma 27-I-2012

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.  
 D.O.F. 14-V-1986.  
 Última Reforma D.O.F. 24-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.  
 D.O.F. 06-I-1987.  
 Última reforma D.O.F. 02-IV-2014.


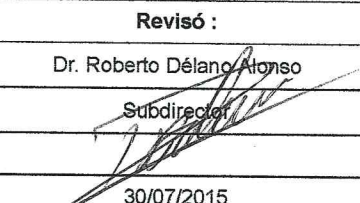

Reglamento General de Seguridad Radiológica.  
 D.O.F. 23-VI-2012




Reglamento de la Ley de Firma Electrónica Avanzada.  
 D.O.F. 21-III-2014.

Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.  
 D.O.F. 21-I-1997.  
 Aclaración: D.O.F. 21-I-1997.

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal  
 D.O.F. 29-XII-2006.

Reglamento de Insumos para la Salud.  
 D.O.F. 04-II-1998.  
 Última reforma D.O.F. 14-III-2014.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
				<b>Rev. "A"</b>
				<b>Hoja: 12 de 21</b>

Última reforma D.O.F. 14-IX-2005.

Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.  
D.O.F. 28-XI-2012.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.  
D.O.F. 09-VIII-1999.  
Última reforma D.O.F. 14-II-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.  
D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Trasplantes.  
D.O.F. 29-V-2000.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección del Ambiente en Materia de Evaluación del Impacto Ambiental.  
D.O.F. 26-IV-2012.  
F.E. 27-IV-2012  
Última reforma D.O.F. 31-X-2014.

Reglamento de la Ley General para el control del Tabaco.  
D.O.F. 09-X-2012.

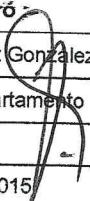
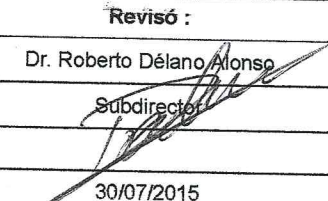
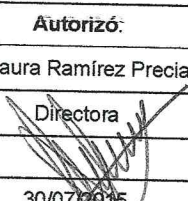
Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.  
D.O.F. 11-XII-2009.



Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
D.O.F. 21-I-2003.  
Última reforma D.O.F. 25-VII-2006.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.  
D.O.F. 27-V-2003.  
Última reforma 29-I-2014.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
D.O.F. 11-VI-2003.

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
			<b>Rev. "A"</b>
			<b>Hoja: 13 de 21</b>

D.O.F. 05-IV-2004.  
 Última reforma 08-VI-2011.

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.  
 D.O.F. 13-V-2014.

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.  
 D.O.F. 13-V-2014.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Registro de Emisiones y Transferencia de Contaminantes.  
 D.O.F. 03-VI-2004.

Reglamento Interior de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.  
 D.O.F. 12-IX-2005.

Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.  
 D.O.F. 30-XI-2006.  
 Última Reforma D.O.F. 31-X-2014.

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.  
 D.O.F. 21-III-2008.  
 Última Reforma D.O.F. 21-V-2015.


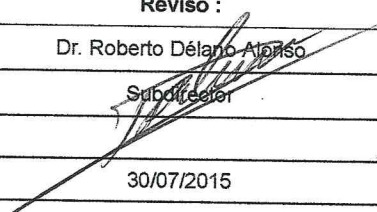
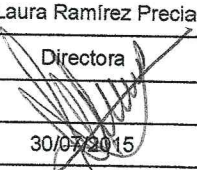
#### DECRETOS




Decreto de Creación del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".  
 D.O.F. 26-VII-1972.

Decreto por el que rige su funcionamiento el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".  
 D.O.F. 22-VIII-1988.

Decreto por el que se establece el Sistema Nacional de Cartillas Nacionales de Salud.  
 D.O.F. 24-XII-2002.  
 Fe de erratas 28-II-2003.

Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y muerte fetal.  
 D.O.F. 16-I-2009.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
				<b>Rev. "A"</b>
				<b>Hoja: 14 de 21</b>

Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal publicados el 30 de enero de 2009 y da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1 de enero de 2012.  
 D.O.F. 29-XII-2011.

Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, publicado el 30 de enero de 2009.  
 D.O.F. 06-II-2015.

**PLANES Y PROGRAMAS**

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.  
 D.O.F. 20-V-2013.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018.  
 D.O.F. 12-XII-2013.

**PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA**

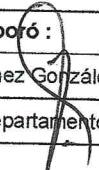
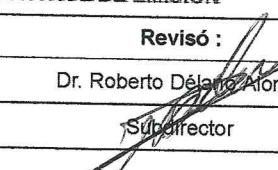
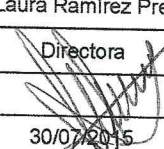
Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud.  
 D.O.F. 19-X-1983.




Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Trasplantes como una Comisión Intersecretarial de la Administración Pública Federal, que tendrá por objeto promover, apoyar y coordinar las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado.  
 D.O.F. 19-I-1999.

Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.  
 D.O.F. 20-IX-2002.

Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica, y para el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo.  
 D.O.F. 24-XII-2002.

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.  
 D.O.F. 13-VI-2008.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delgado Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
			Rev. "A"
			Hoja: 15 de 21

Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018.  
D.O.F. 30-VIII-2013

Decreto por el que se aprueba el Programa para Democratizar la Productividad 2013-2018.  
D.O.F. 30-VIII-2013

Decreto por el que se aprueba el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018.  
D.O.F. 30-VIII-2013  
Modificación: 30-IV-2014.

#### ACUERDOS DEL SECRETARIO DE SALUD

Acuerdo número 10 que establece las normas de modernización administrativa para la organización de las unidades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.  
D.O.F. 22-VI-1983.

Acuerdo número 44 por el que se interpreta el decreto Presidencial que estableció el uso de las siglas "SSA" y determina que tanto éstas como su logotipo se sigan usando para designar a la Secretaría de Salud.  
D.O.F. 22-II-1985.

Acuerdo número 71 por el que se crea el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud.  
D.O.F. 20-IV-1987.

Acuerdo número 130 por el que se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.  
D.O.F. 06-IX-1995.


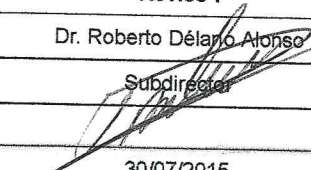

Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo del Personal de la Secretaría de Salud.  
D.O.F. 04-XII-1996.

Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Salud.



D.O.F. 03-II-2004.

Última Reforma D.O.F. 11-III-2010.

Acuerdo por el que se establece el Comité Institucional de Buen Gobierno de la Secretaría de Salud.  
D.O.F. 15-IV-2005.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
			<b>Rev. "A"</b>
			<b>Hoja: 16 de 21</b>

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS**

Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

D.O.F. 15-IX-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

D.O.F. 04-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

D.O.F. 30-V-1994.

Última Reforma D.O.F. 21-I-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

D.O.F. 06-I-1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

D.O.F. 26-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

D.O.F. 19-V-2006

Última Modificación D.O.F. 08-X-2008.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control de la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana.

D.O.F. 17-I-1995.

Últimas Modificación D.O.F. 10-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

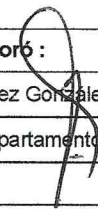
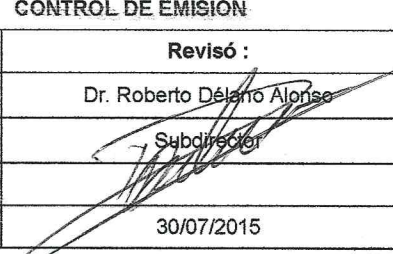
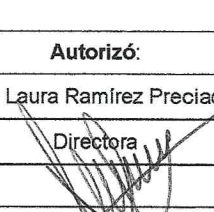
D.O.F. 15-X-2012



Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

D.O.F. 19-II-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

D.O.F. 16-VIII-2010.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
			<b>Rev. "A"</b>
			<b>Hoja: 17 de 21</b>

Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud-atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

D.O.F. 11-IV-2000.

Últimas Modificaciones D.O.F. 15-VI-2006.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la Prevención y Control de defectos al nacimiento.

D.O.F. 27-X-2003.

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

D.O.F. 06-I-2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2005, estabilidad de fármacos y medicamentos (modifica a la NOM-073-SSA1-1993) estabilidad de medicamentos publicada el 03 de agosto de 1996.

D.O.F. 03-III-1996

Última Modificación 01-II-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

D.O.F. 04-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada


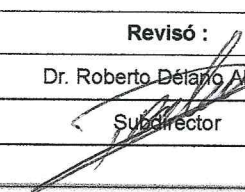

D.O.F. 08-I-2013.



Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

D.O.F. 22-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

D.O.F. 02-IX-2013

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
			Rev. "A"
			Hoja: 18 de 21

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.  
D.O.F. 12-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.  
D.O.F. 17-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.  
D.O.F. 13-XI-2013

**OTROS ORDENAMIENTOS Y DISPOSICIONES**

Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, establece las bases de interpretación y aplicación de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 17-VI-2015.

Acuerdo Interinstitucional por el que se establecen los lineamientos para la homologación, implantación y uso de la firma electrónica avanzada en la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 24-VIII-2006.

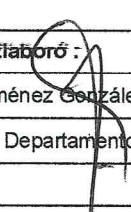
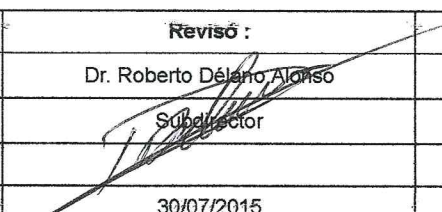

Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al catálogo de medicamentos genéricos.  
D.O.F. 21-II-2008.  
Última Modificación 19-VIII-2011.



Lineamientos de Protección de Datos Personales.  
D.O.F. 30-IX-2005.

Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 20-II-2004.

Lineamientos que habrán de observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para la publicación de las obligaciones de transparencia señaladas en el artículo 7 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
D.O.F. 01-XI-2006.

Norma para la capacitación de los servidores públicos así como su anexo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
			<b>Rev. "A"</b>
			<b>Hoja: 19 de 21</b>

D.O.F. 02-V-2005.

Oficio Circular No. SP/100/0762102 por el que se da a conocer el Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 31-VII-2002.

Recomendaciones en materia de seguridad de datos personales (IFAI).

D.O.F. 30-X-2013.

**DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD:**

Instrucción 171/2009, Composición y Funcionamiento del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), en las Unidades Prestadoras de Salud

Instrucción 117/2008, Comités de Calidad y Seguridad del Paciente COCASEP)

Instrucción 187/2009, Modelo de Evaluación de Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC).

Instrucción 288/2011, Recomendaciones para la Implementación del Modelo de Gestión para la atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (MANDE), en los establecimientos médicos del Sector Salud.

**SECRETARÍA DE SALUD**

Acuerdo por el que se instruye la constitución, almacenamiento y administración, de una reserva estratégica de insumos para la salud y equipo médico.

D.O.F. 31-VII-2013

**CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL / COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DEL CUADRO BÁSICO DE INSUMOS DEL SECTOR SALUD.**

Edición 2014 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.

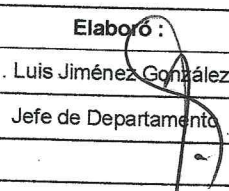
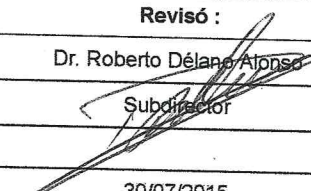
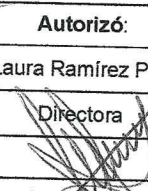
Tercera actualización a la edición 2014 D.O.F. 23-VII-2015.



Edición 2014 del Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico: Tomo I Instrumental y Tomo II Equipo Médico.

D.O.F. 22-VI-2015.

Edición 2014 del Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico.

Cuarta Actualización a la edición 2014 D.O.F. 24-VII-2015.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
			Rev. "A"
			Hoja: 20 de 21

Edición 2014 del Cuadro Básico y Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico.  
 D.O.F. 22-I-2015.  
 Segunda actualización, D.O.F. 07-VII-2015.

Edición 2014 del Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación: Tomo I Material de Curación y Tomo II Osteosíntesis y Endoprótesis.  
 D.O.F. 31-III-2015.

Edición 2014 del Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación.  
 Tercera Actualización: D.O.F. 29-VII-2015.

Catálogo de Medicamentos Genéricos.  
 D.O.F. 17-VIII-1998.  
 Sexagésima tercera actualización, D.O.F. 7-XI-2008.

COMISIÓN NACIONAL PARA EL USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

NORMATIVIDAD INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

Estatuto Orgánico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" autorizado en la Tercera Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Hospital, celebrada el día 19 de Septiembre de 2012.

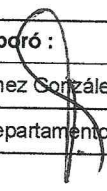
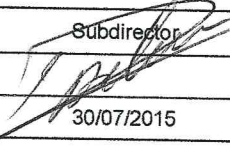
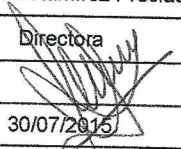
Bases Generales para el Registro, Afectación, Disposición Final y Baja de Bienes Muebles del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", aprobadas en la Primera Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", celebrada el 19-IV-2005.




Manual de Integración y Funcionamiento del Comité Interno de Ahorro de Energía del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", aprobado el 21-VI-2010.

Manual de Organización Específico del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Fecha de autorización 19 de septiembre de 2012, por la D.G.P.O.P. de la S.S.A.

Manual de Trámites y Servicios al Público del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" autorizado por la H. Junta de Gobierno en la Cuarta Sesión Ordinaria, celebrada el 01 de diciembre de 2011.

Manual General de Procedimientos del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Fecha de autorización 21 de junio de 2013, por la D.G.P.O.P. de la S.S.A.

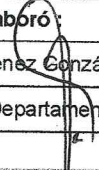
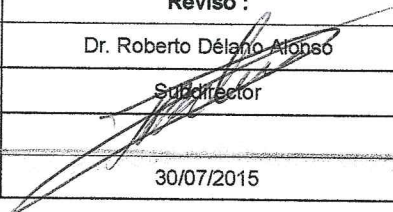
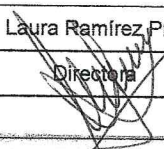
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
			<b>Rev. "A"</b>
			<b>Hoja: 21 de 21</b>

Políticas, Bases y Lineamientos Generales para la aceptación, recepción y registro de donaciones en especie que reciba el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", aprobadas en la Cuarta Sesión Ordinaria 2008 de la H. Junta de Gobierno.

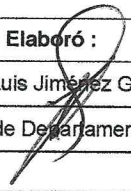
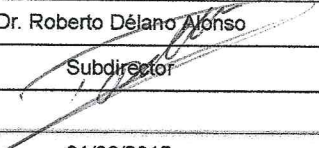
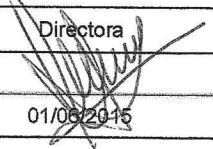
Políticas generales para el funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento del Hospital General Dr. Manuel Gea González aprobadas en la Cuarta Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Hospital, celebrada el 17-XII-2012.



Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".  
XI-2014. Registradas en el Exp. N° 1/15 relativo al Depósito de las Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica			Rev. "A"
	1. Procedimiento para la elaboración de las encuestas de satisfacción			Hoja: 1 de 7

## 1. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. . Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	1. Procedimiento para la elaboración de las encuestas de satisfacción		<b>Hoja: 2 de 7</b>

## 1.0 Propósito

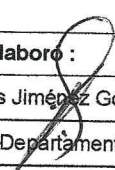
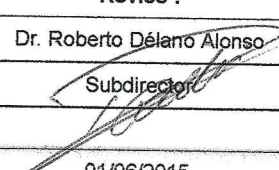
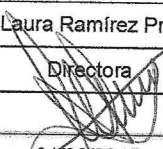
- 1.1 Evaluar la calidad de la atención médica a través de monitoreo aplicando encuestas de satisfacción a los usuarios, e identificar las principales causas que gestan los problemas relacionados con la falta de calidad en la atención médica con el fin de que los servicios avancen en las propuestas de mejora continua que puedan hacer superar estos problemas.

## 2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, al Departamento de Calidad de la Atención Médica y al Departamento de Trabajo Social.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 El Departamento de Calidad de la Atención Médica será la responsable de monitorear y evaluar la atención que se le otorgue al paciente verificando que sea con calidad.
- 3.2 El Departamento de Trabajo Social deberá entregar al Departamento de Calidad de la Atención Médica los días 25 de cada mes par, las encuestas realizadas a las áreas de Urgencias y Hospitalización, debidamente requisitadas y firmadas por la supervisora y Jefa del Departamento de Trabajo Social.
- 3.3 El Departamento de Trabajo Social será responsable de llenar y supervisar el llenado correcto de las encuestas.
- 3.4 Los primeros 10 días de cada mes impar, el Departamento de Calidad de la Atención Médica analizará la información y la capturará mediante el programa Office para subirla posteriormente a la página WEB del programa INDICA.
- 3.5 El Departamento de Calidad de la Atención Médica determinará el tamaño de la muestra en base al número de consultas otorgadas y egresos hospitalarios en el año anterior en las áreas de urgencias, consulta externa y hospitalización.

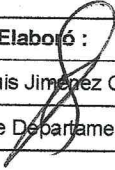
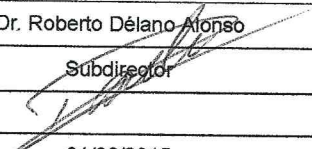

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. . Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	1. Procedimiento para la elaboración de las encuestas de satisfacción		Hoja: 3 de 7

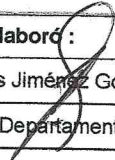
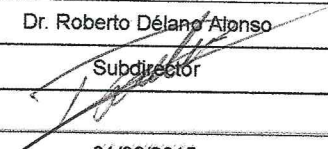
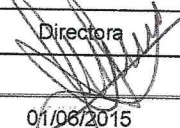
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Instrucción para monitorear las diferentes áreas e identificación de problemas de calidad en la atención médica	1.1 Instruye al Departamento de Calidad de la Atención Médica monitorear las diferentes áreas e identificar los problemas de calidad en la atención médica, a través de muestreo.	Dirección Médica
2.0 Recepción de Instrucciones, determinación de las muestras para identificar problemas y entrega de encuestas de satisfacción.	2.1 Recibe instrucción y determina el tamaño de la muestra para identificar problemas con base al número de consultas. 2.2 Entrega encuestas de satisfacción en forma bimestral al Departamento de Trabajo Social e indica el número de encuestas que se deben de aplicar, los servicios y los días en cada turno.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
3.0 Recepción y aplicación de encuestas	3.1 Recibe encuestas de satisfacción y las aplica a los usuarios respectivos, firma y entrega al Departamento de Calidad de la Atención Médica.	Departamento de Trabajo Social
4.0 Recepción, captura de encuestas de satisfacción, análisis, análisis de reportes, identificación de las áreas de oportunidad y solicitud de acciones de mejora	4.1 Recibe encuestas de satisfacción y captura la información en el sistema de cómputo, obtiene reportes de problemas de calidad médica, asimismo sube la información a la página Web en las fechas establecidas. 4.2 Analiza los reportes, y los envía a la dirección médica y subdirecciones respectivas de urgencias, consulta externa y hospitalización,	Departamento de Calidad de la Atención Médica
5.0 Recepción de encuestas de satisfacción e identificación de áreas de oportunidad y solicitud de acciones de mejora.	5.1 Recibe las encuestas de satisfacción, identifica los estándares que están fuera de rango, problemática existente y las áreas de oportunidad.	Subdirecciones y Departamentos Involucrados

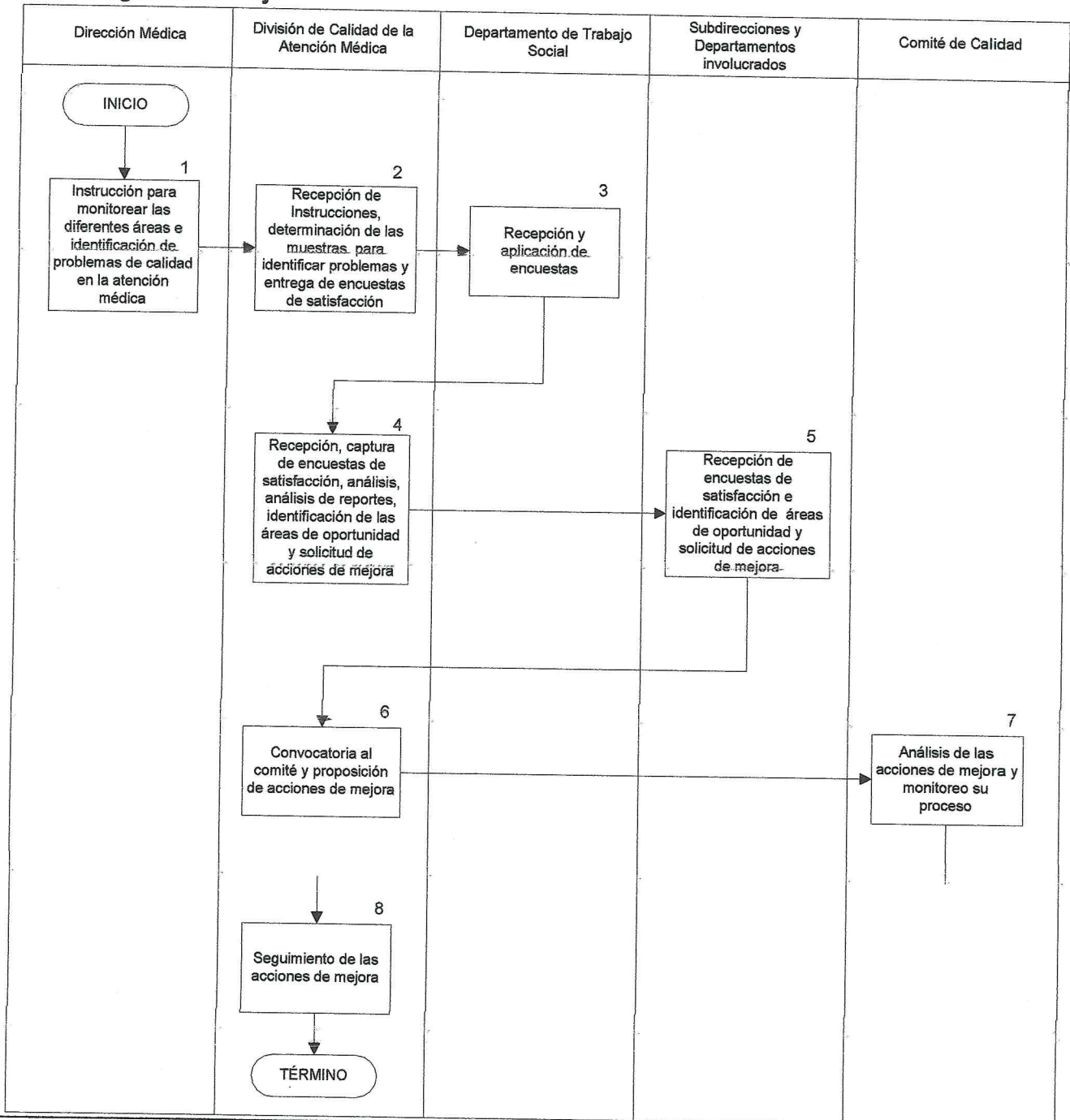
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. . Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alfonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

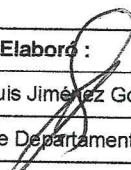
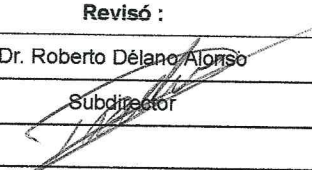
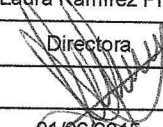
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>	<b>Rev. "A"</b>
	<b>1. Procedimiento para la elaboración de las encuestas de satisfacción</b>	<b>Hoja: 4 de 7</b>



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
6.0 Convocatoria al comité y proposición de acciones de mejora	6.1. Convoca al Comité de Calidad 6.2 Propone las acciones de mejora	Departamento de Calidad de la Atención Médica
7.0 Análisis de las acciones de mejora y monitoreo su proceso	7.1 Analiza las acciones de mejora a realizar 7.2 Monitorea el desarrollo de las acciones propuestas	Comité de Calidad
8.0 Seguimiento de las acciones de mejora.	8.1 Da seguimiento a las acciones hasta su debido cumplimiento.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. . Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	1. Procedimiento para la elaboración de las encuestas de satisfacción		<b>Hoja: 6 de 7</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de gestión de la calidad.	POP – CAL – MC – 01
Procedimiento Gobernador para la elaboración de Procedimientos	POP – CAL – PG – 01
Plan de Calidad del Proceso de Análisis, dictaminación, autorización y registro de estructuras orgánicas	POP – DDO – PC – 01
Lineamientos operativos del Sistema de Monitoreo para la gestión de la Calidad.	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Oficio de Recepción de normatividad	5 Años	Departamento de Calidad de la Atención	Número de oficio
Acuse del oficio de emisión de Lineamientos	5 Años	Departamento de Calidad de la Atención	Número de oficio

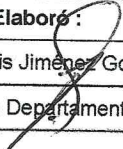
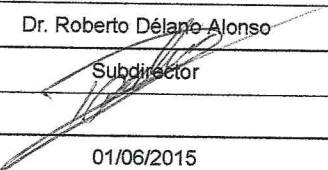
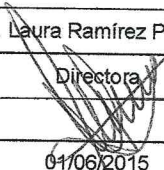
## 8.0 Glosario




**8.1 Calidad.** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario.

**8.2 Calidad de los servicios de salud.** Es el atributo que tienen los servicios que se proporcionan a los usuarios, por todos los que intervienen en su producción; con óptimo nivel profesional para lograr los máximos beneficios, con los menores riesgos y al menor costo posible, de acuerdo con los valores sociales imperantes en los contextos en donde se desarrolla, orientados a la satisfacción de las expectativas de los usuarios y prestadores.

En la Cruzada Nacional por la Calidad este concepto se aplicó a través de dos dimensiones; el Trato Digno y la Atención Médica Efectiva; actualmente se aplica de manera equivalente en el Sistema Integral de Calidad, SiCalidad.

**8.3 Equipo de mejora continua.** Es un grupo de personas especialistas, bajo la dirección de un monitor, encargados de analizar y buscar las oportunidades de mejora, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención, mediante la corrección de procesos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	1. Procedimiento para la elaboración de las encuestas de satisfacción		<b>Hoja: 7 de 7</b>

**8.4 Indicador de calidad en los servicios de salud.** Es la expresión numérica del nivel de calidad alcanzado en determinados servicios de salud, que han sido previamente definidos en términos que faciliten su medición.

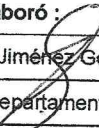
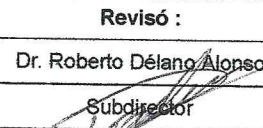
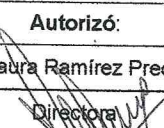
**8.5 Mejora continua.** Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes o usuarios.



**9.0 Cambios de esta versión**

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica


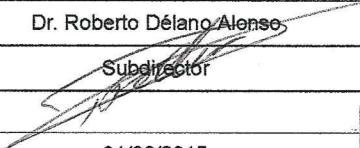
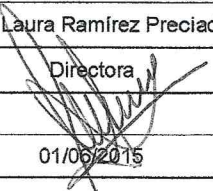
**10.0 Anexos**



**10.1 No Aplica**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. . Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>1.0.11.0.2.1.1.</b>
	<b>Departamento Calidad de la Atención Médica</b>		Rev. "A"
	<b>2. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Calidad</b>		Hoja: 1 de 7

## 2. PROCEDIMIENTO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE CALIDAD

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alense	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>2. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Calidad</b>		<b>Hoja: 2 de 7</b>

**1.0 Propósito**

**1.1** Asesorar al cuerpo de gobierno para elevar la Calidad de la atención Médica, a través de mejorar continuamente los programas que ofrece la Unidad Hospitalaria.

**2.0 Alcance**

**2.1** A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Calidad de la Atención Médica y al Comité de Calidad.

**3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos**

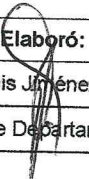
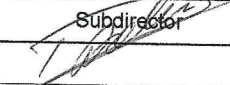

**3.1** El Comité de Calidad utilizará estrategias para encontrar y desarrollar acciones de mejora para elevar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen en esta unidad hospitalaria.



**3.2** El titular del Departamento de Calidad de la Atención Médica desempeñará las funciones de secretaria del Comité de Calidad.

**3.3** El Comité de Calidad realizará sesiones en forma mensual y podrá convocar mediante oficio, a reuniones extraordinarias, en caso de ser necesario.

**3.4** El Comité de Calidad en sus sesiones, dará resolución a los asuntos por consenso.


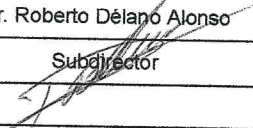
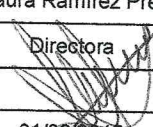
**3.5** El Comité será presidido por el Director General y estará integrado por los Directores Médico, de Enseñanza e Investigación, y Administración, así como por todos los Subdirectores y Jefes de Departamento de la rama médica y algunos médicos adscritos afines que intervenga en los servicios y puedan cooperar en su buen funcionamiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	2. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Calidad		Hoja: 3 de 7

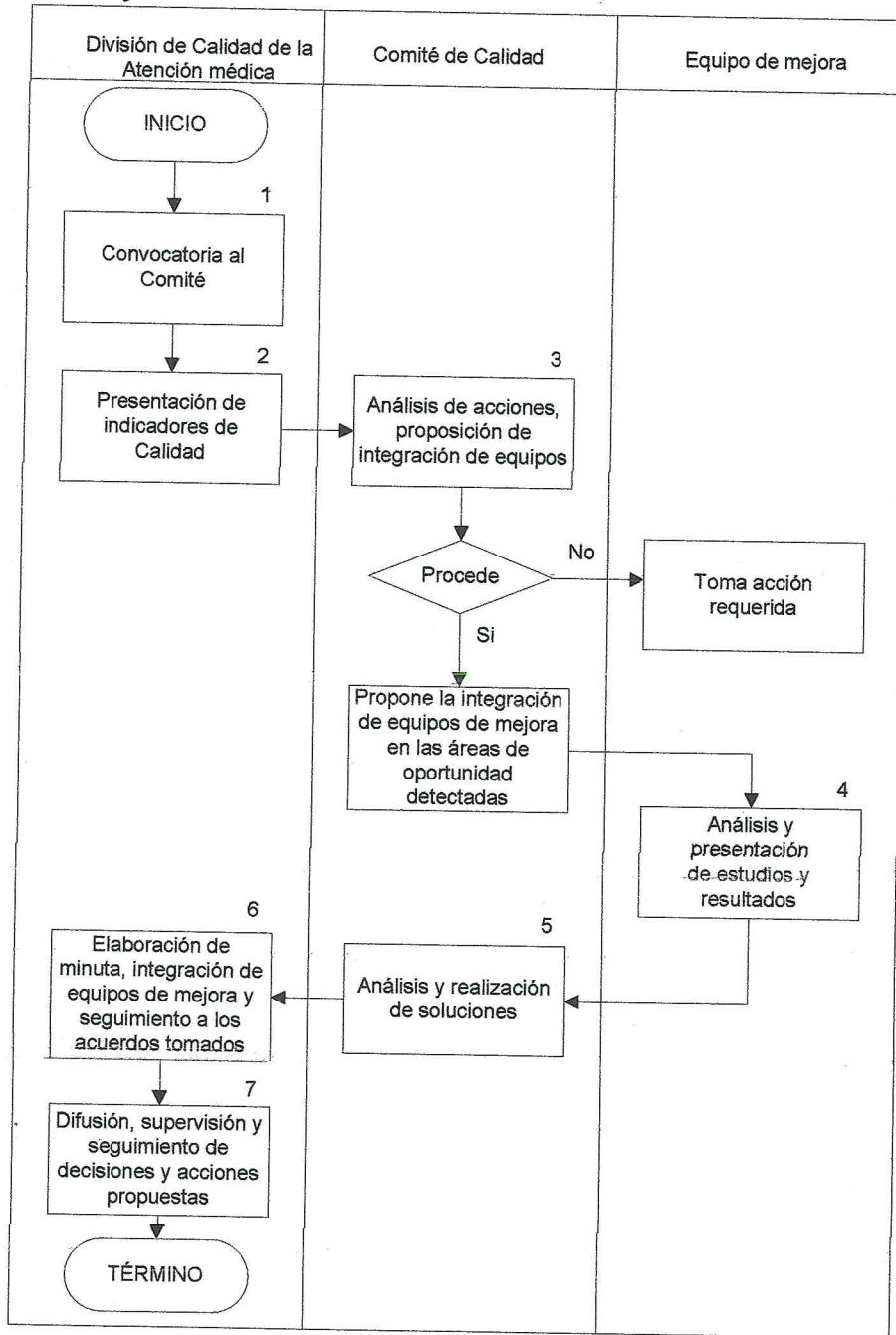
#### 4.0 Descripción del procedimiento

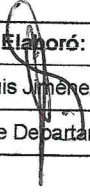
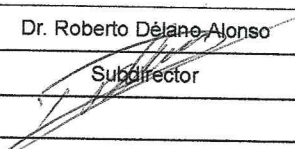
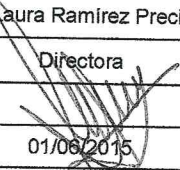
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Convocatoria al Comité	1.1 Convoca a los integrantes del Comité de Calidad a través de oficio.	Departamento de Calidad de la Atención médica
2.0 Presentación de indicadores de Calidad	2.1 Presenta resultados de los indicadores de calidad.	Departamento de Calidad de la Atención médica
3.0 Análisis de acciones, proposición de integración de equipos.	3.1 Analiza con los integrantes las acciones de mejora y determina si es necesario formar un equipo de acción de mejora. Procede: No: Toma acción requerida Si: Propone la integración de equipos de mejora en las áreas de oportunidad detectadas.	Comité de Calidad
4.0 Análisis y presentación de estudios y resultados.	4.1 Analiza el caso y presenta los estudios y resultados específicos del equipo y propuestas de las acciones de mejora continua.	Equipo de mejora
5.0 Análisis y realización de soluciones	5.1 Analiza los temas y propone acciones de mejora.	Comité de Calidad
6.0 Elaboración de minuta, integración de equipos de mejora y seguimiento a los acuerdos tomados.	6.1 Elabora minuta de la sesión y da seguimiento a los acuerdos tomados. 6.2 Integra y coordina equipos específicos de mejora para dar seguimiento a las acciones correspondientes. 6.3 Elabora minutas de estos equipos específicos.	Departamento de Calidad de la Atención médica
7.0 Difusión, supervisión y seguimiento de decisiones y acciones propuestas	7.1 Difunde las recomendaciones recogidas a los servicios involucrados y da seguimiento a las acciones correspondientes	Departamento de Calidad de la Atención médica
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015


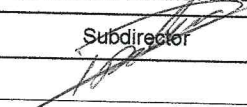
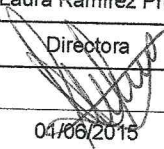




### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>2. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Calidad</b>		<b>Hoja: 5 de 7</b>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	01/06/2015	01/06/2015	04/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	2. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Calidad		Hoja: 6 de 7

## 6.0 Documentos de referencia

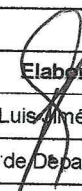
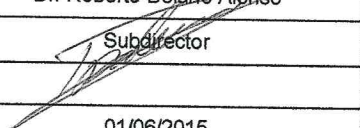

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de organización funcional	No Aplica
Lineamientos de funcionamiento del Comité	No Aplica
Guías de aplicación	No Aplica



## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Oficios de convocatoria	5 años	Departamento de Calidad de la Atención médica	Números de oficio
Minutas	5 años	Departamento de Calidad de la Atención médica	Numeración seriada de minutas

## 8.0 Glosario

- 8.1 Calidad.** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario.
- 8.2 Calidad de los servicios de salud.** Es el atributo que tienen los servicios que se proporcionan a los usuarios, por todos los que intervienen en su producción; con óptimo nivel profesional para lograr los máximos beneficios, con los menores riesgos y al menor costo posible, de acuerdo con los valores sociales imperantes en los contextos en donde se desarrolla, orientados a la satisfacción de las expectativas de los usuarios y prestadores.
- En la Cruzada Nacional por la Calidad este concepto se aplicó a través de dos dimensiones; el Trato Digno y la Atención Médica Efectiva; actualmente se aplica de manera equivalente en el Sistema Integral de Calidad, SiCalidad.
- 8.3 Cuerpo de Gobierno.** Órgano de asesoría para la Dirección General integrado por diversos directivos y miembros con el fin de buscar y proponer oportunidades de mejora.
- 8.4 Equipo de mejora continua.** Grupo de personas especialistas, bajo la dirección de un monitor, encargados de analizar y buscar las oportunidades de mejora, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención, mediante la corrección de procesos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	2. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Calidad		Hoja: 7 de 7

**8.5 Indicador de calidad en los servicios de salud.** Es la expresión numérica del nivel de calidad alcanzado en determinados servicios de salud, que han sido previamente definidos en términos que faciliten su medición.

**8.6 Mejora continua.** Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes o usuarios.

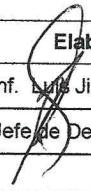
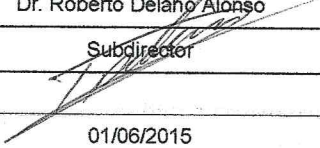
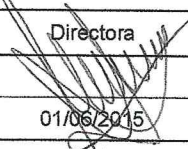
**8.7 Minuta.** Resumen cronológico de los sucesos acontecidos en la sesión que relata las incidencias y apunta los acuerdos y compromisos a realizar por parte del órgano de asesoría y posteriormente es firmada al calce por todos los integrantes que asistieron.



**9.0 Cambios de esta versión**

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

**10.0 Anexos**



**10.1 No Aplica**

CONTROL DE EMISIÓN:			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	01/06/2015	01/06/2015	01/06/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	3. Procedimiento para la información y difusión de los indicas del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).		Hoja: 1 de 5

### 3. PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS INDICAS DEL SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD EN SALUD SICALIDAD.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
Nombre	Lic.Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delgado Alonso	Dra Laura Ramírez Preciado
Firma	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Fecha	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>3. Procedimiento para la información y difusión de los indicas del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Promover que se informe de manera oportuna, vía Internet, mediante los formatos oficiales, tanto a la comunidad en general como a las instituciones de salud de otros sectores, los indicadores del Sistema Integral de Calidad en Salud.

## 2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la División de Calidad de la Atención Médica, al Departamento de Trabajo Social y al Comité de Calidad.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 La División de Calidad de la Atención Médica solicitará a las subdirecciones, divisiones y departamentos implicados en este proceso, los informes de los indicadores de calidad los días 25 de cada mes par.
- 3.2 La División de Calidad de la Atención Médica será la responsable de proporcionar los datos al Departamento de Proyectos Estratégicos y Apoyo a la Dirección Médica, oficina que será la indicada en subir esta información a la página WEB de la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud, los 5 primeros días de cada mes impar.
- 3.3 La División de Calidad de la Atención Médica medirá los siguientes indicadores bajo el nombre de "Indicas" dentro del Sistema Integral de Calidad "SiCalidad", los cuales están basados en dos dimensiones: el Trato Digno y la Atención Médica Efectiva:

- ❖ % cesáreas
- ❖ % infecciones nosocomiales
- ❖ % diferimiento quirúrgico
- ❖ Trato digno en urgencias, consulta externa y hospitalización
- ❖ Tiempo de espera en urgencias.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic.Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra Laura Ramírez Preciado
<b>Firma</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	3. Procedimiento para la información y difusión de los indicas del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).		Hoja: 3 de 5

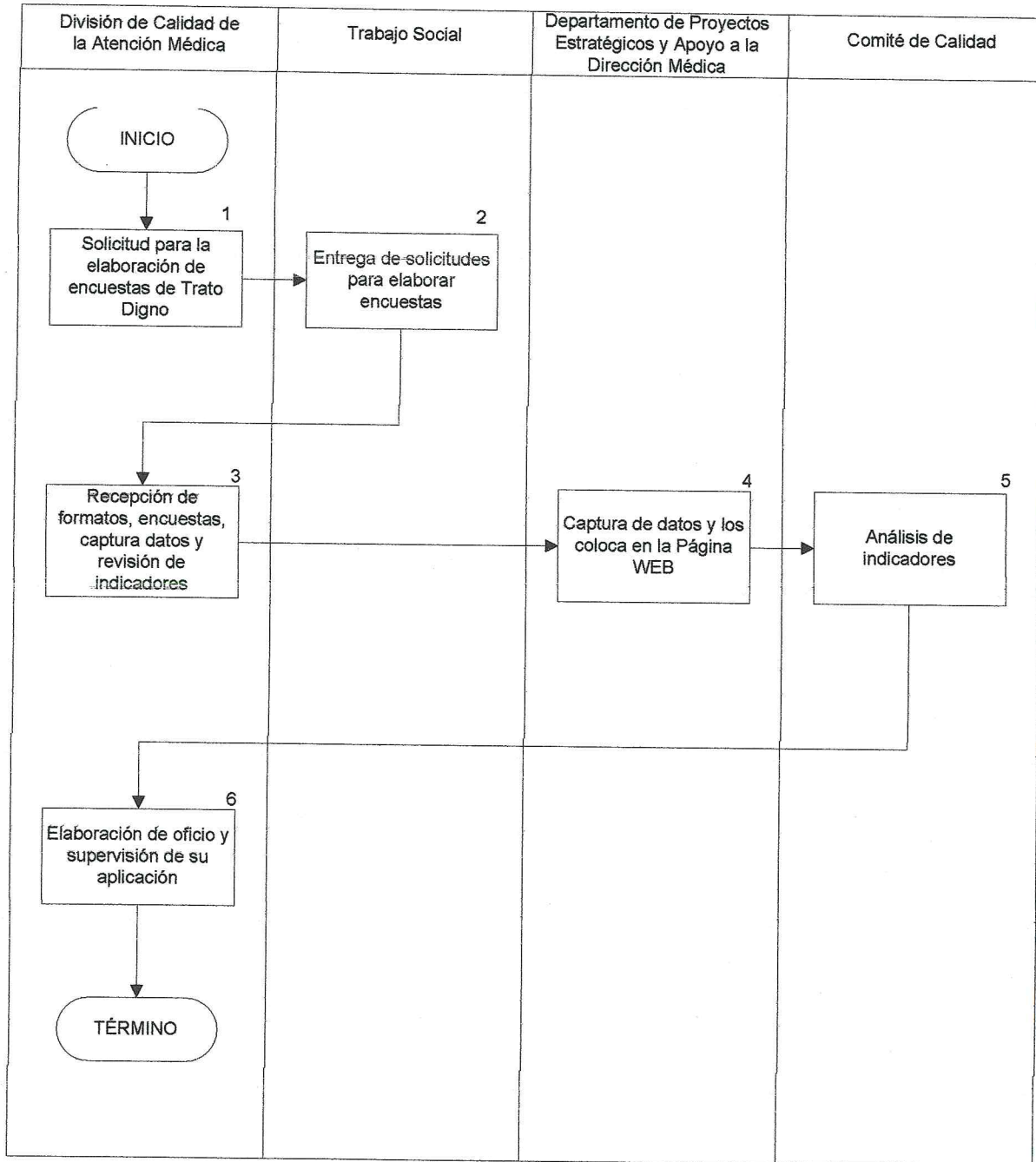
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Solicitud para la elaboración de encuestas de Trato Digno	1.1 Solicita a Trabajo Social elabore encuestas de trato digno en urgencias, consulta externa y hospitalización.	División de Calidad de la Atención Médica
2.0 Entrega de solicitudes para elaborar encuestas	2.1 Recibe solicitud de elaboración de encuestas 2.2 Entrega a la División de Calidad de la Atención Médica en forma bimestral encuestas elaboradas en consulta externa, urgencias y hospitalización.	Trabajo Social
3.0 Recepción de formatos, encuestas, captura datos y revisión de indicadores	3.1 Recibe formatos de encuestas oficiales con la información de los indicadores de calidad de los servicios involucrados. 3.2 Recolecta los datos y los envía a la Departamento de Proyectos Estratégicos y Apoyo a la Dirección Médica.	División de Calidad de la Atención Médica
4.0 Captura de datos y los coloca en la Página WEB	4.1 Captura los datos y los sube a la página WEB de la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud para su difusión.	Departamento de Proyectos Estratégicos y Apoyo a la Dirección Médica
5.0 Análisis de indicadores	5.1 Revisa los indicadores, los da a conocer en las reuniones con el Comité de Calidad donde se examinan y analizan las posibles acciones de mejora.	Comité de Calidad
6.0 Elaboración de oficio y supervisión de su aplicación	6.1 Elabora oficio que incluye las acciones de mejora y los envía a las áreas médicas para su implantación y/o aplicación. 6.2 Supervisa implantación y/o aplicación de las acciones de mejora y verifica resultados.	División de Calidad de la Atención Médica
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra Laura Ramirez Preciado
Firma	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Fecha	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>3. Procedimiento para la información y difusión de los indicas del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).</b>		<b>Hoja: 4 de 5</b>

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra Laura Ramírez Preciado
<b>Firma</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>3. Procedimiento para la información y difusión de los indicas del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).</b>		<b>Hoja: 5 de 5</b>

### 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
<i>Manual de Organización Funcional</i>	<b>No Aplica</b>

### 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Oficios de acciones de mejora	3 años	División de Calidad de la Atención Médica	Oficios seriados

### 8.0 Glosario:

**8.1 Indicac.** Nombre que se le da a los Indicadores dentro del Sistema Integral de Calidad "SiCalidad", los cuales están basados en dos dimensiones: el Trato Digno y la Atención Médica Efectiva:

- ❖ % cesáreas
- ❖ % infecciones nosocomiales
- ❖ % diferimiento quirúrgico
- ❖ Trato digno en urgencias, consulta externa y hospitalización
- ❖ Tiempo de espera en urgencias.

**8.2 SiCalidad.** Actual nombre del Sistema Integral de Calidad, anteriormente conocido como Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud.



### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

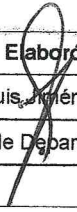
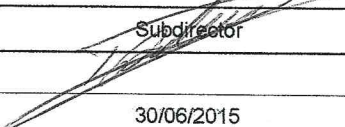
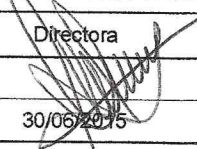
### 10.0 Anexos




**10.1** No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic.Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra Laura Ramírez Preciado
<b>Firma</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica			Rev. "A"
	4. Procedimiento para la integración de equipos de mejora continua			Hoja: 1 de 6

#### 4. PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORA CONTINUA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	4. Procedimiento para la integración de equipos de mejora continua		Hoja: 2 de 6

## 1.0 Propósito

1.1 Establecer equipos integrados por diversos profesionales con el objetivo de dar seguimiento en forma periódica a las propuestas de mejora que las diferentes áreas establecen, con la finalidad de resolver los problemas inherentes a la calidad de la atención, así como aportar, contribuir y desarrollar la propuesta de nuevas ideas que contribuyan al establecimiento de una nueva cultura de trabajo.

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Calidad de la Atención Médica y al Comité de Calidad

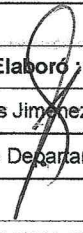
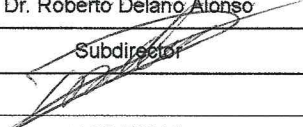

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos




3.1 El Equipo de Mejora Continua será integrado por diversos profesionales en las áreas que requieran darle seguimiento expreso a acciones de mejora para resolver los problemas previamente detectados.

3.2 El Equipo de Mejora Continua programará sesiones mensuales o bimestrales para el seguimiento de las acciones.

3.3 El Equipo de Mejora Continua podrá realizar acuerdos y convenios con sus integrantes para el seguimiento de las acciones encomendadas al mismo.

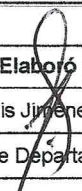
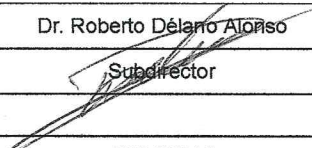

3.4 El Departamento de Calidad de la Atención Médica participará conjuntamente con el equipo de mejora para supervisar la implantación y/o aplicación de las medidas correctivas, asimismo verificará los resultados que se vayan obteniendo en las acciones de mejora indicadas.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

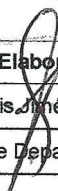
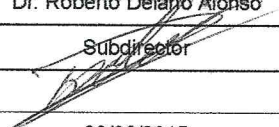
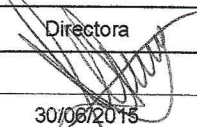
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>4. Procedimiento para la integración de equipos de mejora continua</b>		<b>Hoja: 3 de 6</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

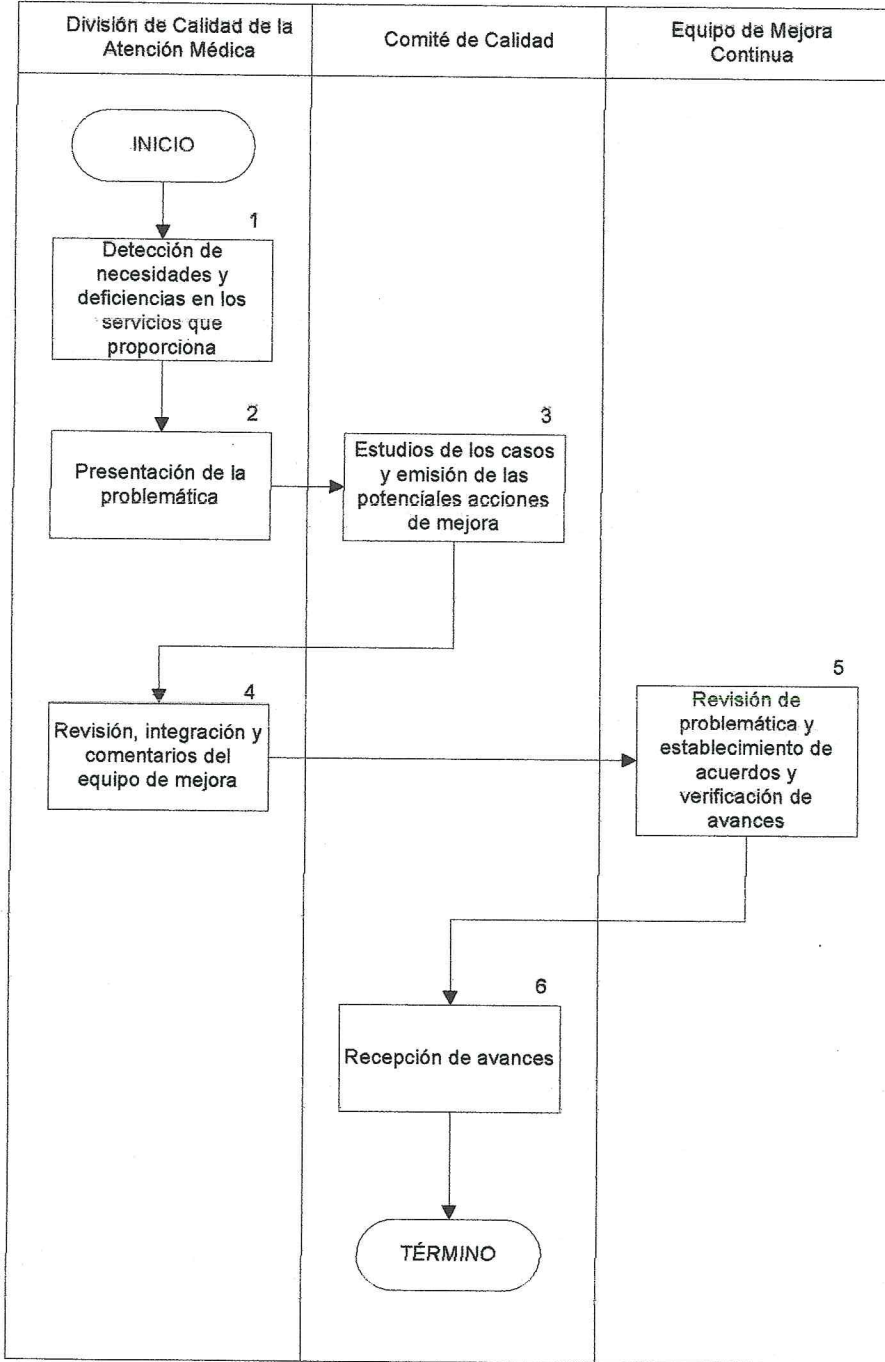
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Detección de necesidades y deficiencias en los servicios que proporciona	1.1 Detecta las necesidades y deficiencias de los diferentes servicios a través del monitoreo.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
2.0 Presentación de la problemática	2.1 Presenta ante el Comité de Calidad la problemáticas detectada.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
3.0 Estudios de los casos y emisión de las potenciales acciones de mejora	3.1 Emite opinión y propone acciones de mejora 3.2 Convoca a los miembros presentes a que integran algún equipo de mejora para solucionar la problemática	Comité de Calidad
4.0 Revisión, integración y comentarios del equipo de mejora	4.1 Revisa y analiza la problemática presentada. 4.2 Integra el equipo de mejora en las áreas de oportunidad con miembros que son seleccionados de acuerdo a la complejidad y curso de la problemática presentada. 4.3 Comenta con el equipo de mejora continua la problemática detectada y las acciones a seguir.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
5.0 Revisión de problemática y establecimiento de acuerdos y verificación de avances.	5.1 Revisa la problemática, propone soluciones prácticas y factibles para el aprovechamiento de recursos humanos y materiales. 5.2 Establece acuerdos y convenios para favorecer y fortalecer el nivel de calidad en la atención médica. 5.3 Verifica avances y los informa al Comité de Calidad.	Equipo de Mejora Continua
6.0 Recepción de avances	6.1 Recibe avances y da seguimiento a los acuerdos y convenios de los Equipos de Mejora Continua hasta su solución.	Comité de Calidad.
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica			Rev. "A"
	4. Procedimiento para la integración de equipos de mejora continua			Hoja: 4 de 6

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

 SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	4. Procedimiento para la integración de equipos de mejora continua		Hoja: 6 de 6

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
<i>Manual de Organización Funcional</i>	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

## 8.0 Glosario

- 8.1 Equipo de mejora continua.** Es un grupo de personas especialistas, bajo la dirección de un monitor, encargados de analizar y buscar las oportunidades de mejora, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención, mediante la corrección de procesos.
- 8.2 Mejora continua.** Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas de servicio y de atención identificados mediante los usuarios que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes.



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

## 10.0 Anexos

### 10.1 No Aplica



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	5. Procedimiento para la identificación de las áreas de oportunidad e implementación de acciones de mejora.		Hoja: 1 de 6

## 5. PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE OPORTUNIDAD E IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Belano Alonso	Dra. Laura Ramírez Blecido
<b>Firma</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>5. Procedimiento para la identificación de las áreas de oportunidad e implementación de acciones de mejora.</b>		<b>Hoja: 2 de 6</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Identificar las áreas de oportunidad para implementar acciones de mejora específicas basadas en las experiencias y peticiones de los usuarios y servidores de salud de esta unidad hospitalaria.



## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento puede ser aplicable a la División de Calidad de la Atención Médica, a los Comités Operativos del Hospital y a los usuarios internos del Hospital.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 La División de Calidad de la Atención Médica será la responsable de monitorear las áreas que tengan algún problema operativo por parte de los usuarios internos y externos que solicitan servicios dentro de este hospital
- 3.2 Con la coordinación y asistencia a los diversos Comités y Subcomités que se celebran en este hospital, La División de Calidad de la Atención Médica, podrá identificar inconvenientes que ocurran en los diversos procedimientos que utilizan los usuarios de los servicios que se ofrecen.
- 3.3 La División de Calidad de la Atención Médica podrá detectar también estas oportunidades de mejora mediante solicitudes específicas recolectadas por las sugerencias y quejas que son recolectadas mediante los diversos buzones que están en las áreas de atención.
- 3.4 La División de Calidad de la Atención Médica también podrá identificar estas acciones mediante la revisión de las encuestas de satisfacción que mensualmente se aplican a los usuarios de los servicios de salud.
- 3.5 La División de Calidad de la Atención Médica podrá también enterarse de algún inconveniente de operación mediante las encuestas que el Aval Ciudadano aplica semestralmente a los usuarios de los servicios de salud
- 3.6 La División de Calidad de la Atención Médica será la responsable del análisis de los inconvenientes detectados, la problemática que se deriven de estos problemas, así como buscar adecuadas acciones de mejora.
- 3.7 La División de Calidad de la Atención Médica propondrá acciones específicas de mejora con el apoyo y discusión de los Comités que coordina o asiste, pudiendo desde emitir una recomendación por medio de algún oficio, hasta solicitar la modificación de algún procedimiento de cualquiera de los servicios que se vean influenciados en el inconveniente detectado.
- 3.8 La División de Calidad de la Atención Médica informará a la Dirección Médica de estos procedimientos y vigilará celosamente el cumplimiento de las recomendaciones emitidas.
- 3.9 La División de Calidad de la Atención Médica podrá recibir peticiones de usuarios internos y externos para tomar acciones a fin de mejorar los servicios que presta el hospital.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jirón González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Firma</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>5. Procedimiento para la identificación de las áreas de oportunidad e implementación de acciones de mejora.</b>		<b>Hoja: 3 de 6</b>

3.10 La División de la Atención de la Calidad Médica podrá recomendar a los servicios involucrados en alguna problemática detectada, la modificación de alguno de sus procedimientos,

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Firma</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

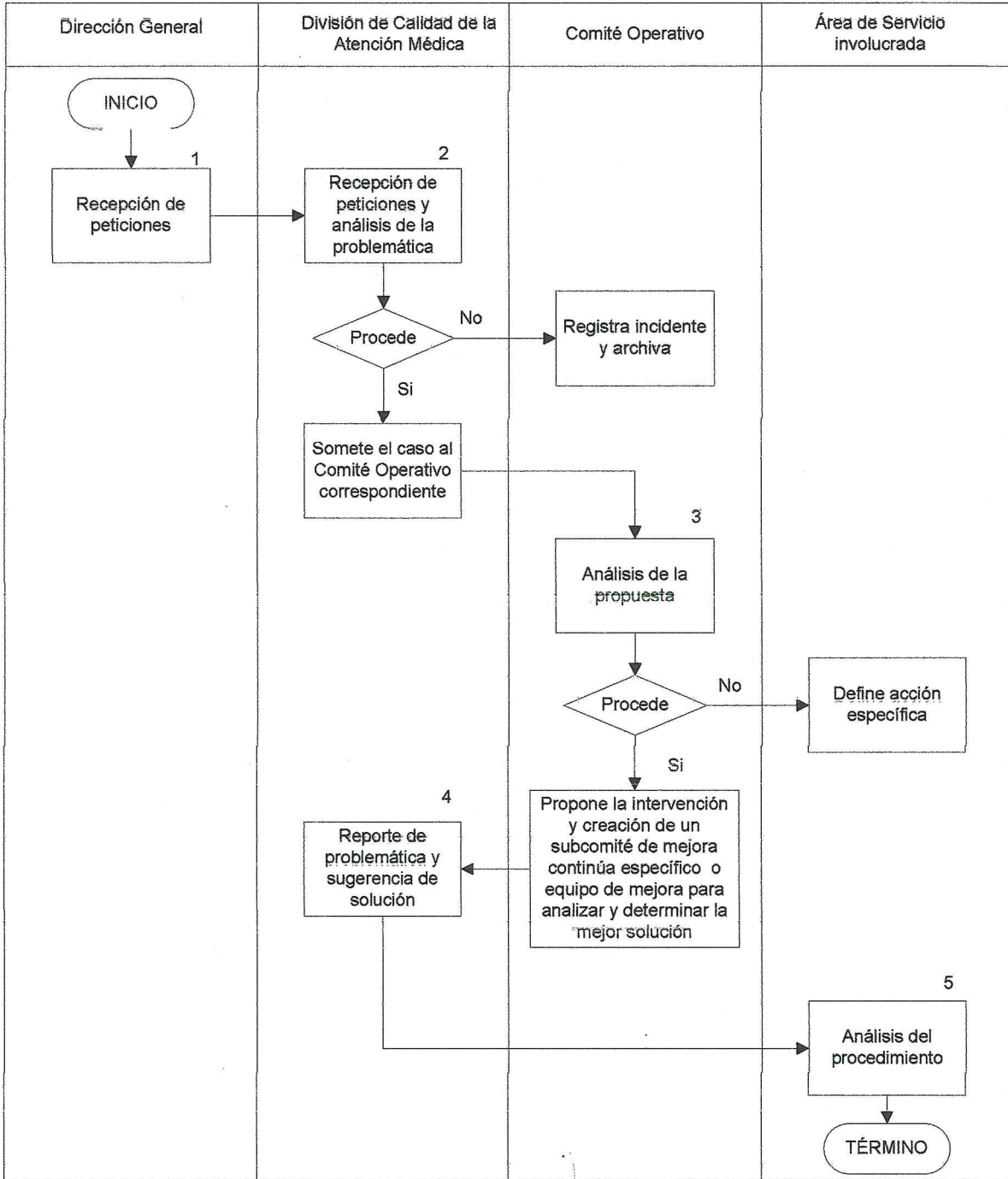
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	5. Procedimiento para la identificación de las áreas de oportunidad e implementación de acciones de mejora.		Hoja: 4 de 6

#### 4.0 Descripción del procedimiento



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Recepción de peticiones	1.1 Abre los buzones y envía las peticiones, sugerencias o quejas recolectadas a la División de Calidad de la Atención Médica.	Dirección General
2.0 Recepción de peticiones y análisis de la problemática.	2.1 Recibe peticiones, sugerencias y quejas. 2.2 Revisa y estudia la problemática y busca la acción inmediata de mejora. 2.3 Analiza el problema para determinar si la problemática es repetitiva. Procede: No: Registra incidente y archiva. Si: Somete el caso al Comité Operativo correspondiente.	División de Calidad de la Atención Médica
3.0 Análisis de la propuesta	3.1 Escucha las diversas opiniones y analiza si requiere un equipo de mejora específico para su solución. Procede: No: Define acción específica Si: Propone la intervención y creación de un subcomité de mejora continua específico o equipo de mejora para analizar y determinar la mejor solución.	Comité Operativo
4.0 Reporte de problemática y sugerencia de solución.	4.1 Reporta la problemática al servicio correspondiente y se sugiere la solución mas viable	División de Calidad de la Atención Médica
5.0 Análisis del procedimiento	5.1 Revisa el procedimiento paso a paso y analiza las posibles modificaciones de las acciones operativas	Área de Servicio involucrada
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delgado Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Firma	Jefe de Departamento	Subdirector	Dirección
Fecha	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alfonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Firma</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	División de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	5. Procedimiento para la identificación de las áreas de oportunidad e implementación de acciones de mejora.		Hoja: 6 de 6

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de organización funcional	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Solicitud de modificación del procedimiento	3 años	División de Calidad de la Atención Médica	No Aplica

## 8.0 Glosario

- 8.1 Acción de Mejora.** Acción o conjunto de acciones que, fruto de la identificación de una necesidad, son sistemáticas, eficaces, eficientes, sostenibles, flexibles, y están pensadas y realizadas por los miembros de una organización con el apoyo de sus órganos de dirección, y que, además de satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, suponen una mejora evidente de los estándares del servicio, siempre de acuerdo con los criterios éticos y técnicos alineados con su misión, su visión y sus valores. Estas buenas prácticas deben estar documentadas para servir de referente a otros y facilitar la mejora de sus procesos.
- 8.2 Subcomité.** Órgano específico, dependiente de uno de mayor rango que esta integrado por un grupo de personas encargadas para un asunto en particular.
- 8.3 Aval Ciudadano.** Es un mecanismo del sector salud que faculta a grupos y organizaciones civiles a visitar unidades de salud para avalar las acciones que buscan mejorar el trato y la calidad en los servicios de salud. De este modo, las organizaciones garantizan que los resultados en estas materias dados a conocer por las autoridades de salud, son verídicos.



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

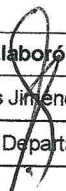
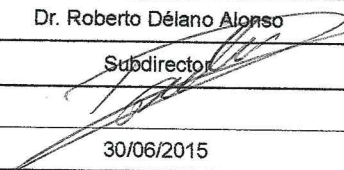

## 10.0 Anexos



### 10.1 No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Firma	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Fecha	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>6. Procedimiento para que el Aval Ciudadano realice el monitoreo de la Calidad de la Atención Médica con respecto a trato digno</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

## 6. PROCEDIMIENTO PARA QUE EL AVAL CIUDADANO REALICE EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA CON RESPECTO A TRATO DIGNO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>6. Procedimiento para que el Aval Ciudadano realice el monitoreo de la Calidad de la Atención Médica con respecto a trato digno</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1.0 Propósito

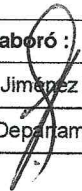
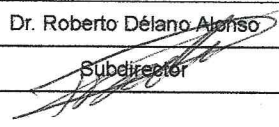

- 1.1 Otorgar al Aval Ciudadano las herramientas para que realice el monitoreo en consulta externa, urgencias y hospitalización, para evaluar la calidad de la atención médica referente al trato digno.



## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Calidad de la Atención Médica y a todas las Subdirecciones de las áreas médicas y administrativas de este hospital.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable al Aval Ciudadano.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

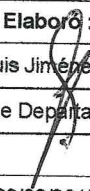
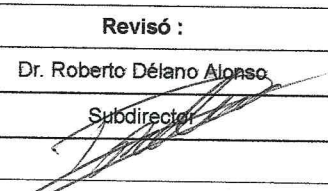
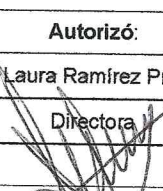
- 3.1 El Aval Ciudadano es un organismo externo que en forma bimestral apoyará a la Institución a verificar y difundir los resultados del monitoreo de trato digno en urgencias, consulta externa y hospitalización.
- 3.2 El Aval Ciudadano evaluará a la Institución a través de encuestas aplicadas directamente a los pacientes.
- 3.3 El Aval Ciudadano será responsable de entregar los resultados a la Dirección General o Dirección Médica en una sesión del Comité de Calidad.
- 3.4 La difusión de los resultados del monitoreo se llevará a cabo a través de carteles, colocados en las áreas de urgencias, consulta externa y hospitalización.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>6. Procedimiento para que el Aval Ciudadano realice el monitoreo de la Calidad de la Atención Médica con respecto a trato digno</b>		<b>Hoja: 3 de 5</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

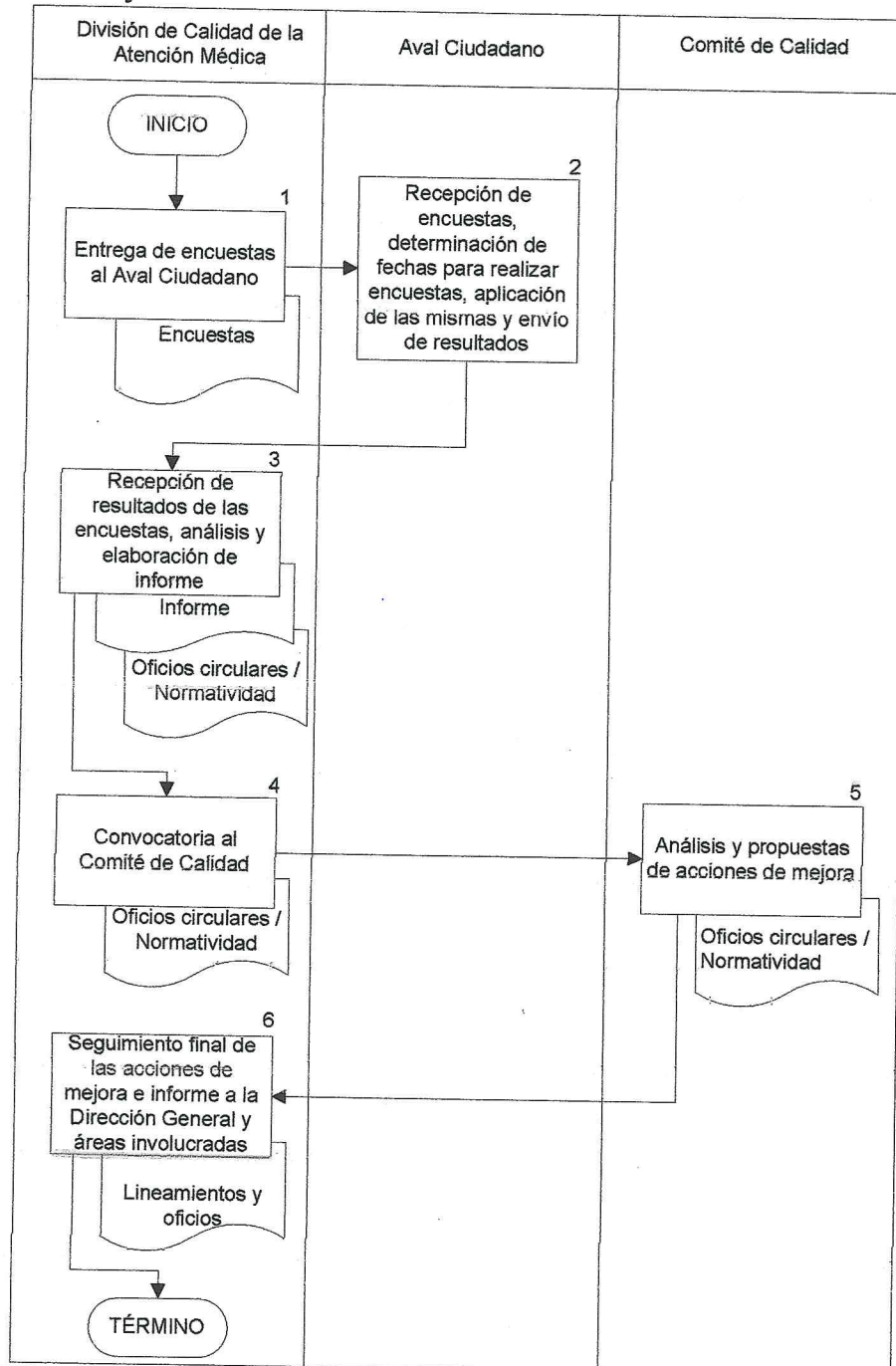
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Entrega de encuestas al Aval Ciudadano	1.1 Entrega al Aval Ciudadano las encuestas que aplicará. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas</li> </ul>	Departamento de Calidad de la Atención Médica
2.0 Recepción de encuestas, determinación de fechas para realizar encuestas, aplicación de las mismas y envío de resultados.	2.1 Recibe las encuestas y determina la fecha en que acudiré a la Unidad para aplicarlas. 2.2 Aplica encuestas y envía resultados al Departamento de Calidad de la Atención Médica.	Aval Ciudadano
3.0 Recepción de resultados de las encuestas, análisis y elaboración de informe.	3.1 Recibe resultados de las encuestas, los analiza y elabora informe comparando resultados del aval y el hospital. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe</li> <li>• Oficios circulares / Normatividad</li> </ul>	Departamento de Calidad de la Atención Médica
4.0 Convocatoria al Comité de Calidad	4.1 Convoca al Comité de Calidad para dar a conocer los resultados de la evaluación del aval ciudadano. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios circulares / Normatividad</li> </ul>	Departamento de Calidad de la Atención Médica
5.0 Análisis y propuestas de acciones de mejora.	5.1 Analiza y propone con base en los resultados acciones de mejora. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios Circulares / Normatividad</li> </ul>	Comité de Calidad
6.0 Seguimiento final de las acciones de mejora e informe a la Dirección General y áreas involucradas.	6.1 Realiza el seguimiento de las acciones de mejora e informa a la Dirección General del Hospital y a las áreas involucradas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineamientos y oficios</li> </ul>	Departamento de Calidad de la Atención Médica
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

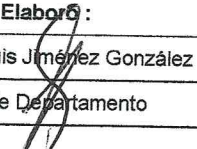
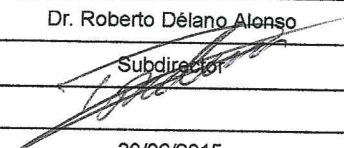
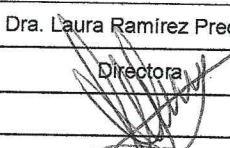
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>6. Procedimiento para que el Aval Ciudadano realice el monitoreo de la Calidad de la Atención Médica con respecto a trato digno</b>		<b>Hoja: 4 de 5</b>

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>6. Procedimiento para que el Aval Ciudadano realice el monitoreo de la Calidad de la Atención Médica con respecto a trato digno</b>		<b>Hoja: 5 de 5</b>

### 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No Aplica

### 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Informe	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	No Aplica
Oficios y Circulares	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	Nº de oficio

### 8.0 Glosario

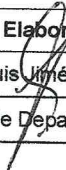
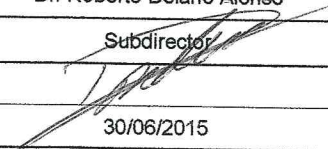
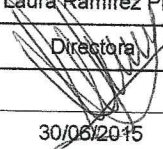
- 8.1 Aval Ciudadano.** Es un mecanismo del sector salud que faculta a grupos y organizaciones civiles a visitar unidades de salud para avalar las acciones que buscan mejorar el trato y la calidad en los servicios de salud. De este modo, las organizaciones garantizan que los resultados en estas materias dados a conocer por las autoridades de salud, son verídicos.



### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica


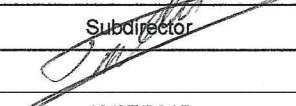
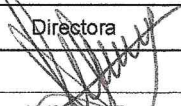
### 10.0 Anexos



- 10.1 No Aplica**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/06/2015	30/06/2015	30/06/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>7. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Quejas</b>		<b>Hoja: 1 de 6</b>

## 7. PROCEDIMIENTO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SUBCOMITÉ DE QUEJAS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>7. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Quejas</b>		<b>Hoja: 2 de 6</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Analizar y clasificar las inquietudes y peticiones de los usuarios en la búsqueda de mejorar el funcionamiento de los servicios.

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General, al Departamento de Calidad de la Atención Médica y al Subcomité de Quejas.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 El Subcomité de quejas será un órgano de asesoría del Comité de Calidad y a su vez de la Dirección Médica de esta institución.

3.2 El Subcomité de quejas será responsabilidad del Departamento de Calidad de la Atención Médica y dependerá del Comité de Calidad con el propósito de darle buen cauce y conducencia a las peticiones y quejas de los usuarios.

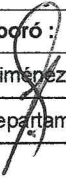
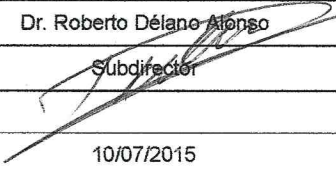

3.3 La Dirección General es la encargada de recolectar las quejas, sugerencias y felicitaciones por lo que determinó colocar 20 buzones en las diferentes áreas, pisos de atención y hospitalización donde transitan los usuarios internos y externos.



3.4 Será responsabilidad del Departamento de Calidad de la Atención Médica analizar y turnar estas peticiones para su atención y seguimiento.

3.5 En forma mensual el Departamento de Calidad de la Atención Médica convocará a los miembros del Subcomité para su reunión, pudiendo convocar a sesiones extraordinarias en caso de ser necesario.

3.6 En sus sesiones respectivas, el Subcomité de Quejas dará resolución a los asuntos por consenso y mayoría.

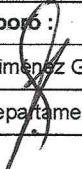
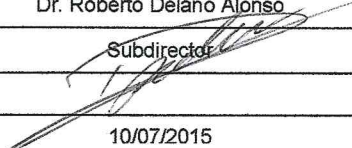

3.7 Los integrantes del Subcomité serán seleccionados de acuerdo a las sugerencias del Comité de Calidad para resolver las necesidades y problemas que presentan las solicitudes de servicio.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código:
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		1.0.11.0.2.1.1.
	<b>7. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Quejas</b>		Rev. "A"
			Hoja: 3 de 6

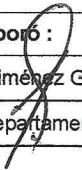
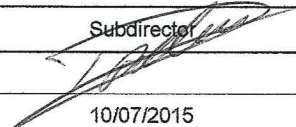

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Recabo y revisión de documentación	1.1 Recaba cada lunes las quejas, sugerencias y felicitaciones que los usuarios han depositado en los 12 buzones dispuestos para ello y que están distribuidos en diferentes áreas de la Institución. 1.2 Revisa esta documentación de peticiones de los usuarios y las turna a la División de Calidad de la Atención Médica.	Dirección General
2.0 Convocatoria y presentación de peticiones a Subcomité de Quejas	2.1 Recibe la documentación. 2.2 Convoca al Subcomité de Quejas a través de oficio. 2.3 Presenta en la sesión al Subcomité de Quejas la clasificación de las peticiones presentadas por los usuarios, quejas sugerencias o felicitaciones. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de convocatoria</li> </ul>	Departamento de Calidad de la Atención Médica
3.0 Análisis de las peticiones y envío de solicitudes para especificar acción de mejora	3.1 Analiza las peticiones, identifica las áreas involucradas y determina el envío de documentos a los jefes de los servicios para su respuesta inmediata. 3.2 Solicita se especifiquen las acciones de mejora que se implementarán para que no se presente nuevamente el problema en las Áreas Médicas o Administrativas involucradas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de acción de mejora</li> </ul>	Subcomité de Quejas
4.0 Recepción de documento, toma de acciones de mejora y envío de informe al Departamento de Calidad de la Atención Médica.	4.1 Recibe las solicitudes y toman las acciones de mejora correspondientes.	Áreas Médicas o Administrativas

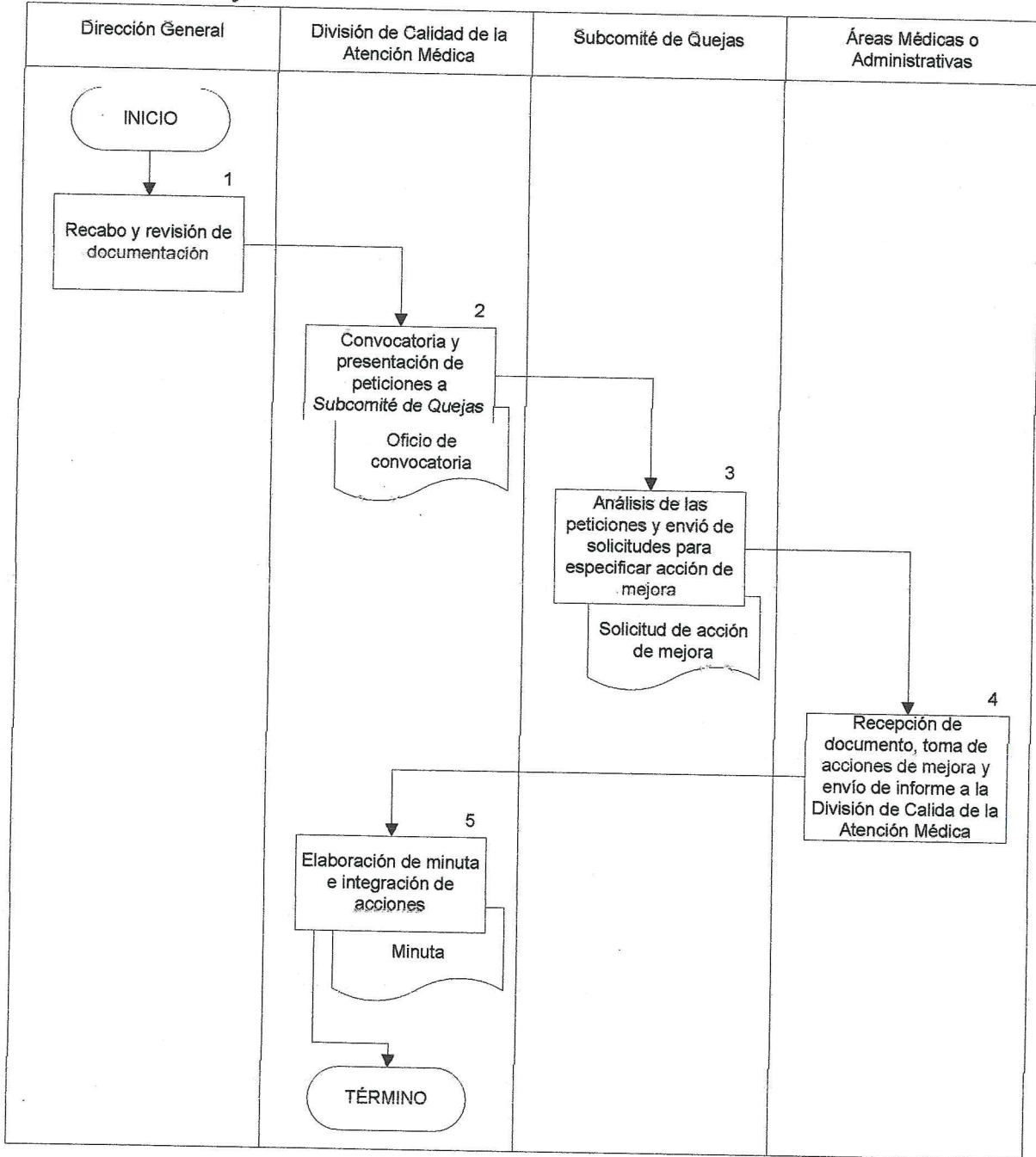
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

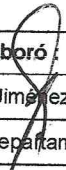
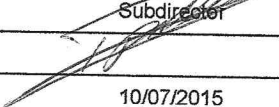
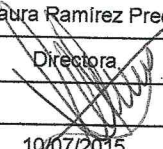
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>7. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Quejas</b>		<b>Hoja: 4 de 6</b>



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
5.0 Elaboración de minuta e integración de acciones	5.1 Elabora minuta de la sesión y da seguimiento a los acuerdos tomados.  5.2 Informa al subcomité a través de gráficas el seguimiento y conducencia de las quejas, así como los porcentajes de respuesta por parte de los servicios. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minuta</li> </ul>	Departamento de Calidad de la Atención Médica
	<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	7. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Quejas		Hoja: 6 de 6

### 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No Aplica

### 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Oficios de convocatoria	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	Número de oficio
Minuta	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	Número de oficio
Solicitud de Acciones de Mejora	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	Número de oficio

### 8.0 Glosario


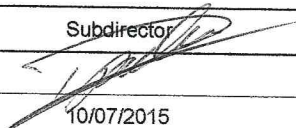
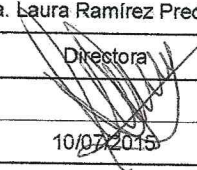
**8.1 Mejora continua.** Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes o usuarios.

### 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

### 10.0 Anexos


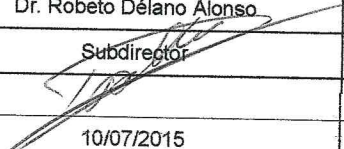
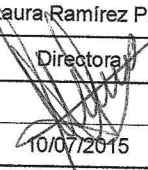
10.1 No Aplica




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015



 SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica			Rev. "A"
	<b>8. Procedimiento para la recolección y seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones</b>			Hoja: 1 de 6

## 8. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. . Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	8. Procedimiento para la recolección y seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones		Hoja: 2 de 6

**1.0 Propósito**

1.1 Identificar las quejas, sugerencias y felicitaciones de los usuarios y dar solución a las inconformidades mediante la realización de acciones de mejora.

**2.0 Alcance**

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General, al Departamento de Calidad e la Atención Médica, al Subcomité de Quejas y los Servicios correspondientes.

**3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos**

3.1 Será responsabilidad de la Dirección General y Dirección Médica recabar de los buzones las inconformidades, sugerencias o felicitaciones en forma semanal.

3.2 Será responsabilidad del Subcomité de Quejas turnar las solicitudes de atención o quejas a las áreas involucradas para su atención y seguimiento.

3.3 En forma semanal, el Departamento de Calidad de la Atención Médica recibirá información del progreso o evolución de las quejas para darle seguimiento a las inconformidades.

3.4 Otras vías para recibir inconformidades, felicitaciones y sugerencias será a través de vía telefónica, al teléfono 40 00 31 55 con la opción de dejar mensaje, y por atención inmediata, al presentarse el usuario en la oficina del Departamento de Calidad de la Atención Médica.

3.5 Los buzones se localizarán en las siguientes áreas:

Consulta externa

Cada uno de los pisos de hospitalización

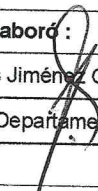
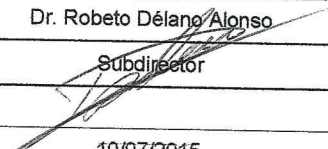
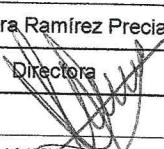
Urgencias




Admisión

Enseñanza

Planificación Familiar

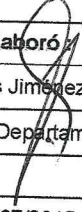
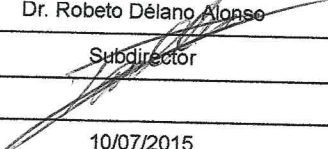
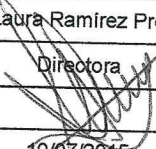
3.6 El Departamento de Calidad de la Atención Médica atenderá y dará la solución mas adecuada de primera mano, las quejas o sugerencias, cuando estas tengan registrado su número telefónico.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

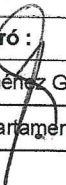
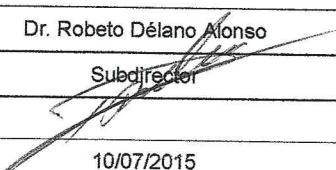
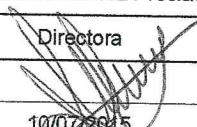
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	8. Procedimiento para la recolección y seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones		Hoja: 3 de 6

#### 4.0 Descripción del procedimiento

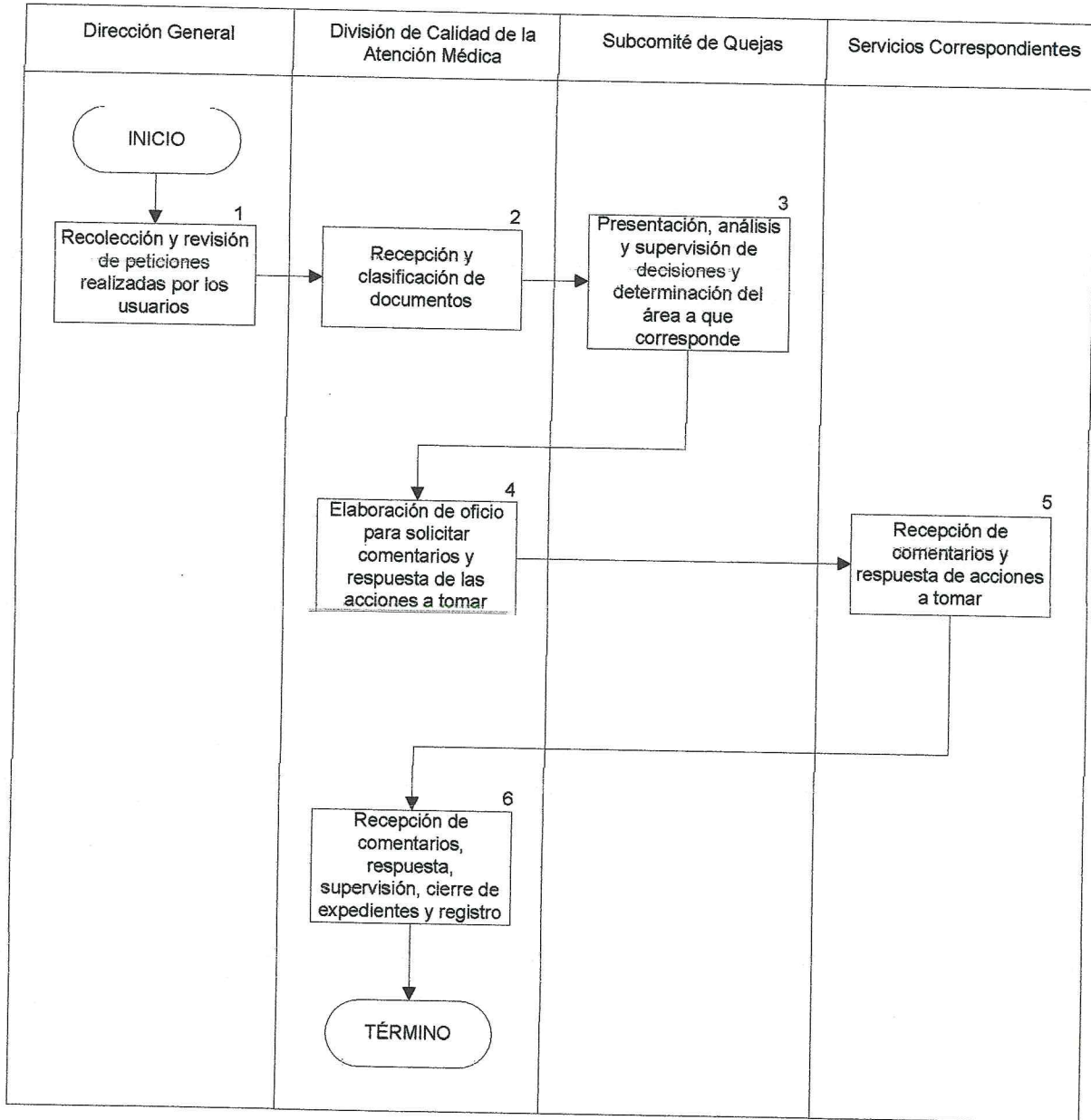
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Recolección y revisión de peticiones realizadas por los usuarios.	1.1 Recaba cada lunes las peticiones que los usuarios han depositado en los 12 buzones dispuestos para ello en diferentes áreas de la Institución. 1.2 Revisa esta documentación y las turna al Departamento de Calidad de la Atención Médica.	Dirección General.
2.0 Recepción y clasificación de documentos	2.1 Recibe, analiza y clasifica la documentación recolectada y clasifica en: quejas, sugerencias y felicitaciones de acuerdo a los lineamientos establecidos.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
3.0 Presentación, análisis y supervisión de decisiones y determinación del área a que corresponde	3.1 Presenta, analiza y supervisa su conducente seguimiento y cauce, tomando decisiones para que, en caso de quejas, conocer causa, efecto y toma de previsiones para evitar su repetición. 3.2 Determina a que área corresponden para enviar la petición correspondiente.	Subcomité de Quejas
4.0 Elaboración de oficio para solicitar comentarios y respuesta de las acciones a tomar	4.1 Elabora oficios para solicitar comentarios y respuesta de las acciones a tomar.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
5.0 Recepción de comentarios y respuesta de acciones a tomar.	5.1 Recibe solicitud de los comentarios, elabora y envía respuesta al Departamento de Calidad de la Atención Médica dando respuesta de las acciones que se realizarán al respecto en un lapso no mayor a 10 días.	Servicios Correspondientes
6.0 Recepción de comentarios, respuesta, supervisión, cierre de expedientes y registro.	6.1 Recibe comentarios y respuestas solicitadas. 6.2 Supervisa cauce y buena conducencia de la acción de mejora. 6.3 Cierra queja. 6.4 Registra y clasifica estadísticamente la queja.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

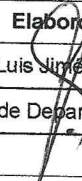
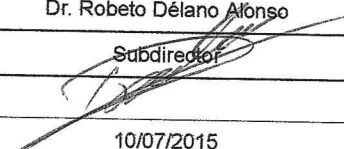
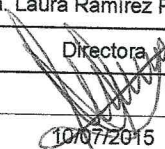
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	Código: <b>1.0.11.0.2.1.1.</b>
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>			Rev. "A"
	<b>8. Procedimiento para la recolección y seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones</b>			Hoja: 4 de 6

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. . Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código:
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		1.0.11.0.2.1.1.
	8. Procedimiento para la recolección y seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones		Rev. "A"
			Hoja: 6 de 6

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Oficios	3 años	Departamento de calidad de la Atención Médica	Nº de oficio

## 8.0 Glosario

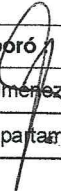
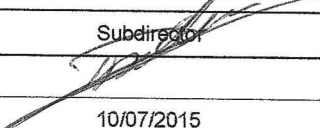
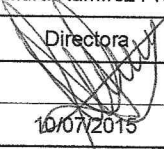
**8.1 Subcomité de Quejas.** Órgano específico, dependiente del Comité de Calidad que esta integrado por un grupo de personas encargadas para darle buen adecuado cauce y conducencia a las peticiones de los usuarios, sean quejas, sugerencia o felicitaciones



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

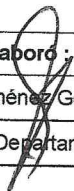
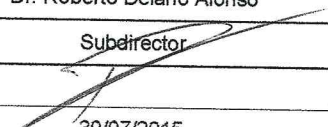
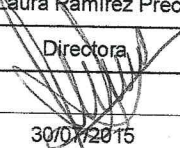
## 10.0 Anexos



10.1 No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. . Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	10/07/2015	10/07/2015	10/07/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	9. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico		Hoja: 1 de 6

## 9. PROCEDIMIENTO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SUBCOMITÉ DE REVISIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	C. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	9. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico		Hoja: 2 de 6

## 1.0 Propósito

1.1 Órgano específico de asesoría, dependiente del Comité de Calidad, integrado por un grupo de especialistas con el objetivo de revisar y analizar el llenado correcto del expediente clínico que se utiliza en este Hospital.

## 2.0 Alcance

2.1 El procedimiento es aplicable al Departamento de Calidad de la Atención Médica y al Subcomité de Revisión del Expediente Clínico.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 El Subcomité de revisión del Expediente Clínico será un órgano de asesoría del Comité de Calidad y a su vez de la Dirección Médica de esta institución y estará integrado por un grupo de especialistas con el objetivo de revisar y analizar el llenado correcto del expediente clínico que se utiliza en este Hospital.

3.2 El subcomité de revisión del Expediente Clínico estará bajo la responsabilidad del Departamento de Calidad de la Atención Médica y dependerá del Comité de Calidad con el propósito de cumplir con la norma del expediente clínico para beneficio y protección de los pacientes y personal médico que labora en esta Institución.

3.3 El Departamento de Calidad de la Atención Médica se compromete a entregar a cada miembro, 10 expedientes escogidos en forma aleatoria para que sean revisados mediante un formato único uniforme y sean reportados los datos que no cumplan con la norma mencionada.

3.4 El Departamento de Calidad de la Atención Médica evitará entregar los expedientes a sus miembros para su revisión y evitar que no correspondan con el servicio donde laboran.

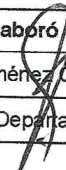
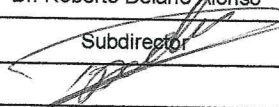

3.5 El Departamento de Calidad de la Atención Médica realizará una recolección y clasificación de los datos para presentarlos en su reunión bimestral.

3.6 En forma bimestral, el Departamento de Calidad de la Atención Médica convocará al Subcomité de Revisión del Expediente Clínico para su reunión.



3.7 El Subcomité de Revisión del Expediente Clínico emitirá recomendaciones para mejorar el llenado adecuado y correcto de las notas y documentos de los expedientes clínicos.

3.8 Será responsabilidad del Departamento de Calidad de la Atención Médica analizar y turnar a los servicios correspondientes estas recomendaciones para su atención y seguimiento.

3.9 En sus sesiones respectivas, el Subcomité de Revisión del Expediente Clínico presentará ante los demás miembros del Subcomité el seguimiento de las observaciones encontradas para el correcto llenado de los expedientes.

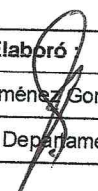
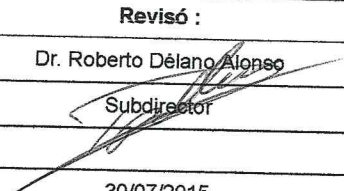
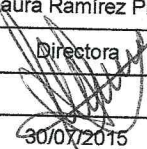
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	C. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	9. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico		Hoja: 3 de 6

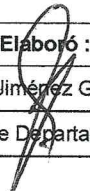
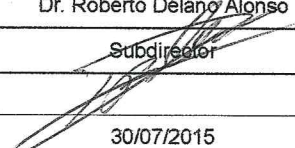
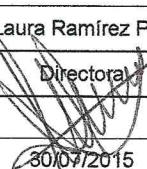
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Solicitud de expedientes	1.1 Solicita mediante oficio al Departamento de Admisión y Archivo Clínico, 70 expedientes clínicos. <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de solicitud de expedientes.</li> </ul>	Departamento de Calidad de la Atención Médica
2.0 Recepción de solicitud y entrega de expedientes clínicos a miembros	2.1 Recibe solicitud y entrega 70 expedientes seleccionados al azar mediante una tabla de muestreo aleatorio al Departamento de Calidad de la Atención Médica o en su caso de servicios específicos, de acuerdo al consenso del subcomité. <ul style="list-style-type: none"> <li>Expedientes</li> </ul>	Departamento de Admisión y Archivo Clínico
3.0 Recepción y distribución de los expedientes	3.1 Recibe expedientes y distribuye mediante oficio, 10 expedientes a cada uno de los 7 miembros operativos que integran el Subcomité.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
4.0 Recepción y entrega de expedientes y resultados de la revisión de los expedientes	4.1 Recibe, revisa y regresa los expedientes junto con los resultados de la revisión. <ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de la revisión del expediente clínico</li> </ul>	Subcomité de Revisión del Expediente Clínico
5.0 Recepción de resultados, procesamiento de información y convocatoria al Subcomité	5.1 Recibe los resultados de la Revisión de los expedientes 5.2 Procesa la información recibida. 5.3 Convoca a reunión mensual al Subcomité de Revisión del Expediente Clínico.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
6.0 Recepción de convocatoria y análisis de problemas	6.1 Recibe convocatoria y analiza los problemas y propone acciones de mejora, así como alternativas de solución a los problemas detectados tomando decisiones por mayoría.	Subcomité de Revisión del Expediente Clínico

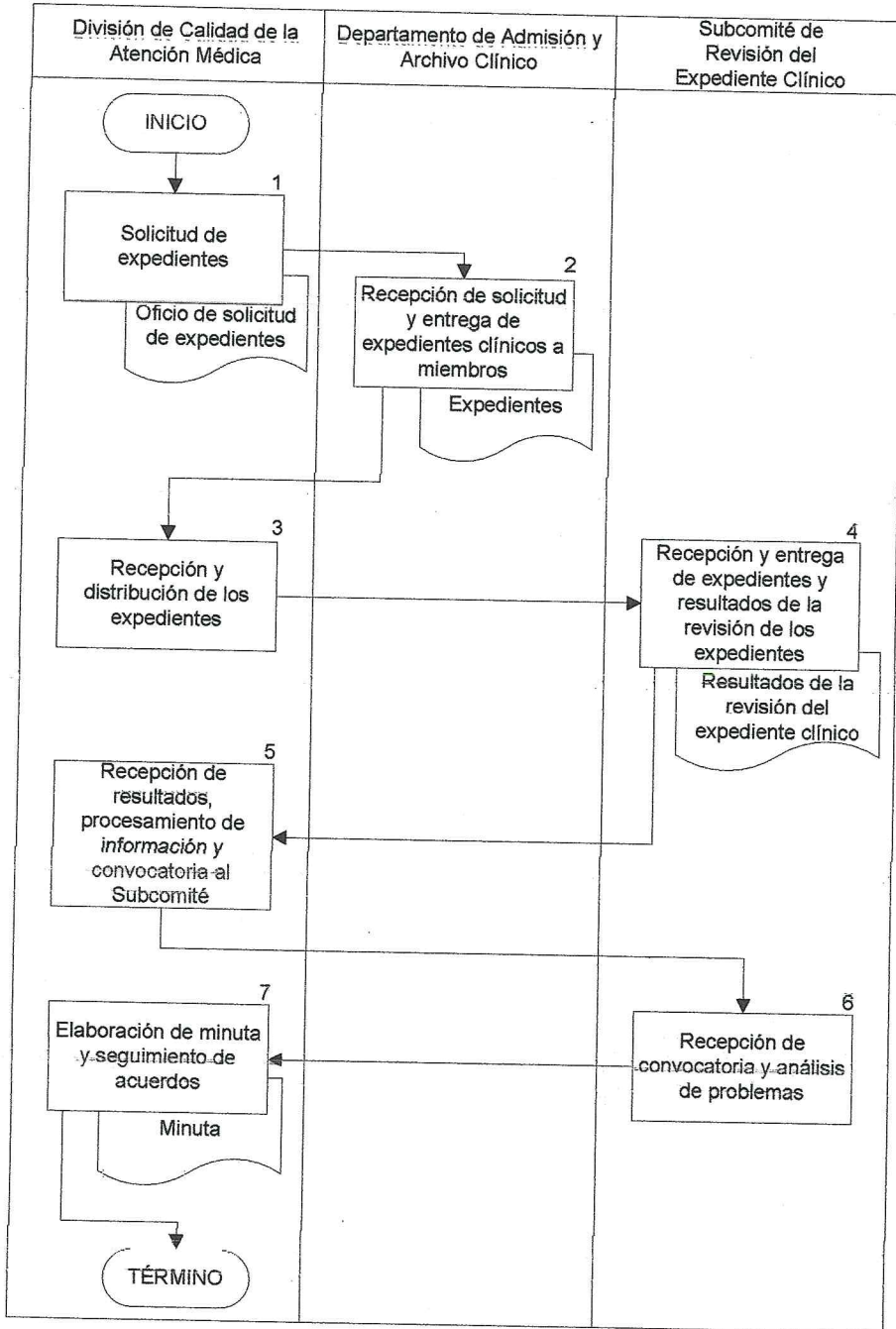
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	C. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

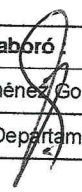
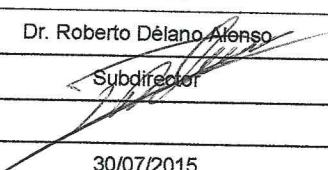
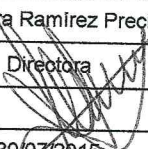
 SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	9. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico		Hoja: 4 de 6



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
7.0 Elaboración de minuta y seguimiento de acuerdos.	7.1 <i>Elabora minuta de la sesión y da seguimiento a los acuerdos tomados, envía resultados a los servicios analizados y al Director Médico.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minuta</li> </ul>	Departamento de Calidad de la Atención Médica
	<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	C. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	C. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Atencio	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	9. Procedimiento para el funcionamiento del Subcomité de Revisión del Expediente Clínico		Hoja: 6 de 6

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Minuta	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	Número de sesión
Expediente Clínico	3 años	Departamento de Admisión y Archivo Clínico	Número de registro

## 8.0 Glosario

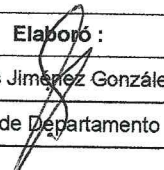
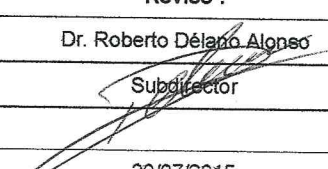
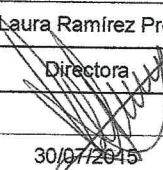
- 8.1 Minuta.-** Resumen de los sucesos una reunión donde quedan registrados de los acontecimientos de mayor relevancia.
- 8.2 Subcomité del Expediente Clínico.-** Órgano específico de asesoría, dependiente del Comité de Calidad, integrado por un grupo de especialistas con el objetivo de revisar y analizar el llenado correcto del expediente clínico que se utiliza en este Hospital.



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

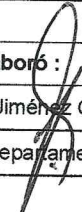
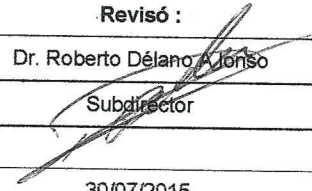
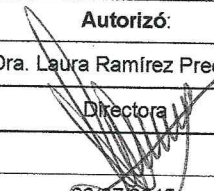
## 10.0 Anexos



- 10.1** Formato único uniforme para la Revisión del Expediente Clínico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	C. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delgado Alonzo	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 <small>HOSPITAL GENERAL</small> <small>DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ</small>	<b>Código:</b>
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>			<b>1.0.11.0.2.1.1.</b>
	<b>10. Procedimiento para el desarrollo de equipos de mejora continua</b>			<b>Rev. "A"</b>
				<b>Hoja: 1 de 7</b>

## 10. PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO DE EQUIPOS DE MEJORA CONTINUA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Jóniso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	10. Procedimiento para el desarrollo de equipos de mejora continua		<b>Hoja: 2 de 7</b>

## 1.0 Propósito

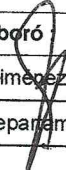
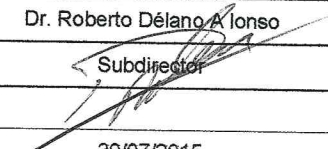
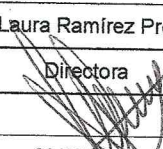
- 1.1 Formar equipos específicos de especialistas para identificar problemas inherentes a la calidad de la atención, así como aportar, contribuir y desarrollar propuestas de mejora basadas en ideas que contribuyan al establecimiento de una renovadora cultura de trabajo.



## 2.0 Alcance

- 2.1 El procedimiento es aplicable al Departamento de Calidad de la Atención Médica, al Equipo de Mejora Continua de Quirófanos y al Comité de Calidad de la Atención Médica.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

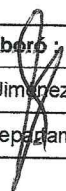
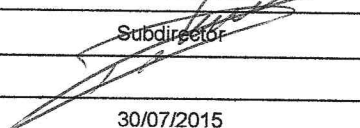
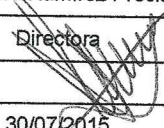
- 3.1 El Equipo de Mejora Continua estará integrado por, al menos, un representante de las áreas involucradas, con el objeto de realizar acciones, para resolver los problemas detectados.
- 3.2 El Equipo de Mejora Continua programará sesiones mensuales para el seguimiento de las acciones de mejora que se propongan en las diferentes áreas donde se requieran la instalación de estos equipos.
- 3.3 El Equipo de Mejora Continua podrá realizar acuerdos y convenios para el seguimiento de las acciones encomendadas con los servicios relacionados.
- 3.4 El Departamento de Calidad de la Atención Médica participará conjuntamente con el equipo de mejora para supervisar la implantación y/o aplicación de las medidas correctivas, y asimismo verificará los resultados.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica	Rev. "A"
	10. Procedimiento para el desarrollo de equipos de mejora continua	Hoja: 3 de 7

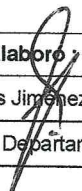
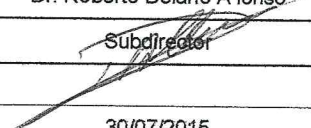
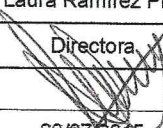
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Monitoreo del área de oportunidad, análisis de resultados y convocatoria para la integración de equipos de mejora continua	1.1 Monitorea estado general y operativo del área de oportunidad para detectar necesidades y deficiencias en el Servicio 1.2 Analiza problemas detectados y plantea la necesidad de crear equipo de mejora. 1.3 Convoca al personal de las áreas detectadas con problemas para la integración del Equipo de mejora continua con representación de cada una de las áreas para sesionar cada mes.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
2.0 Detección de necesidades, deficiencias y comenta problemática determinada.	2.1 Detecta las necesidades y deficiencias del servicio a través del monitoreo. 2.2 Comenta con el equipo de mejora continua la problemática detectada.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
3.0 Recepción de comentarios sobre problemática y emisión de opinión.	3.1 Recibe comentarios del Departamento de Calidad de la Atención Médica sobre problemática detectada 3.2 Emite opiniones a los miembros del equipo de mejora. 3.3 Propone acciones de mejora a seguir a los Servicios involucrados.	Equipo de mejora continua
4.0 Revisión, seguimiento de la problemática y presentación al Comité.	4.1 Revisa, da continuidad y cauce a la problemática y resolución planteada. 4.2 Presenta ante el Comité de Calidad la problemática.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
5.0 Recepción de problemática y establecimiento de acuerdos y convenios para favorecer la calidad de la atención médica	5.1 Revisa problemática, propone soluciones prácticas y factibles para el aprovechamiento de recursos humanos y materiales. 5.2 Establece acuerdos y convenios para favorecer y fortalecer el nivel de calidad en la atención médica.	Comité de Calidad



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 <small>HOSPITAL GENERAL</small> <small>DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ</small>	<b>Código:</b>
	Departamento de Calidad de la Atención Médica			1.0.11.0.2.1.1.
	10. Procedimiento para el desarrollo de equipos de mejora continua			Rev. "A"
			Hoja: 4 de 7	

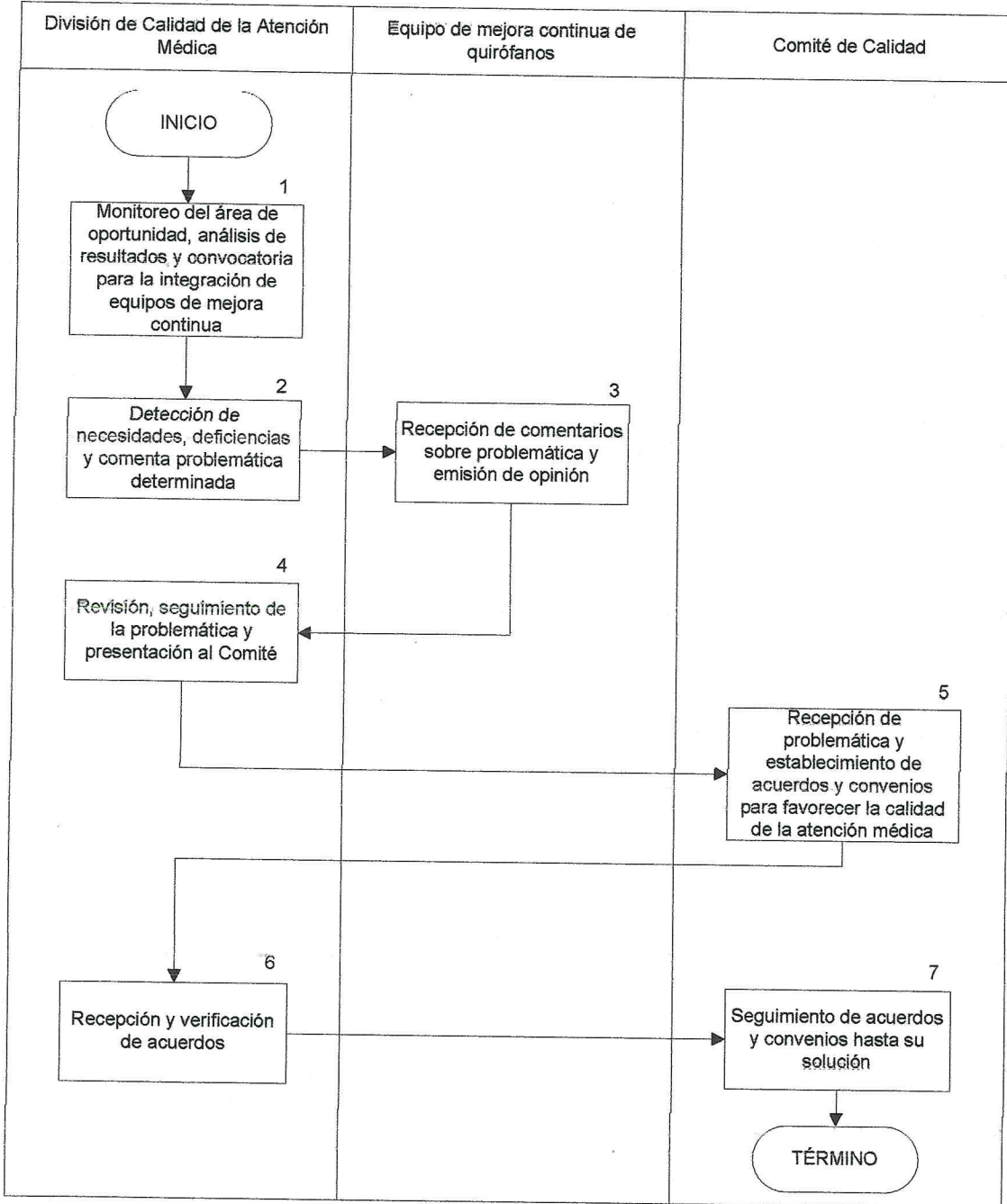
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
6.0 Recepción y verificación de acuerdos	6.1 Verifica avances y los informa al Comité de Calidad. 6.2 Recibe acuerdos y verifica su adecuado cumplimiento.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
7.0 Seguimiento de acuerdos y convenios hasta su solución	7.1 Recibe avances y da seguimiento a los acuerdos y convenios del Equipo de Mejora Continua hasta su solución.	Comité de Calidad
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>10. Procedimiento para el desarrollo de equipos de mejora continua</b>		<b>Hoja: 5 de 7</b>

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano A lonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	10. Procedimiento para el desarrollo de equipos de mejora continua		Hoja: 7 de 7

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Informe de avances	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	No aplica

## 8.0 Glosario

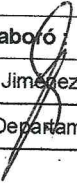
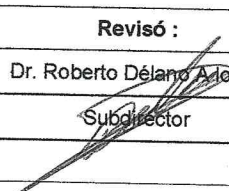

- 8.1 Área de oportunidad.** Identificación de un espacio específico dentro de un servicio de atención donde se puede desarrollar acciones de mejora para beneficio de los usuarios.
- 8.2 Equipo de Mejora Continua.** Grupo organizado de personas integrado por especialistas dependientes del Comité de Calidad con el objetivo de analizar la problemática en los funcionamientos de determinados servicios y proponer acciones conducentes de mejora.
- 8.3 Monitoreo.** Revisión específica de un sistema para encontrar fallas y áreas de oportunidad para desarrollar acciones de mejora.




## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica


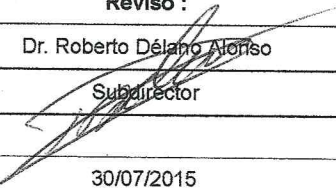
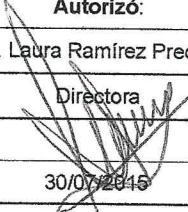
## 10.0 Anexos



10.1 No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Aronso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>11. Procedimiento para realizar la logística de la impartición del Curso: "Hacia Una Cultura De Calidad"</b>		<b>Hoja: 1 de 8</b>

**11. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA LOGÍSTICA DE LA IMPARTICIÓN DEL CURSO: "HACIA UNA CULTURA DE CALIDAD"**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b>
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		1.0.11.0.2.1.1.
	11. Procedimiento para realizar la logística de la impartición del Curso: "Hacia Una Cultura De Calidad"		Rev. "A"
			Hoja: 2 de 8

## 1.0 Propósito

1.1 Instruir a la comunidad hospitalaria sobre las nuevas tendencias que debemos adoptar para desarrollar sus labores cotidianas bajo una conducta basada en la calidad, calidez y trato digno.

## 2.0 Alcance

2.1 El procedimiento es aplicable al Departamento de Calidad de la Atención Médica.

2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Atención Médica.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Parte de las actividades del Departamento de Calidad de la Atención Médica será tener personal capacitado para difundir y desarrollar un impacto en la comunidad hospitalaria para implementar estrategias que mejoren la calidad de los servicios en cuanto al trato digno a pacientes y familiares.

3.2 El objetivo de este curso taller será adaptar estrategias para penetrar cada vez más en la conciencia del personal que está en contacto con los usuarios, involucrados en la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica.

3.3 El Departamento de Calidad de la Atención Médica será la encargada de diseñar un curso-taller, dinámico y funcional que permita su actualización constante para beneficio del personal asistente.

3.4 El Departamento de Calidad de la Atención Médica elaborará un documento descriptivo donde se incluya a quien va dirigido, cuales son sus objetivos, el contenido temático y actividades de los asistentes, los ponentes, la limitación de asistentes para obtener un mayor aprovechamiento, el costo, las fechas programadas, la duración total, la sede y el apoyo logístico necesario.



3.5 El Departamento de Calidad de la Atención Médica elaborará los trámites de manera anticipada con la División de Educación Médica Continua para programación el curso-taller dos veces por año.

3.6 El Departamento de Calidad de la Atención Médica elaborará de manera anticipada a cada unidad del hospital que preste servicios, un oficio personalizado donde se invite a su personal (médico, enfermería, administrativo, paramédico y de investigación) a participar en el curso-taller dándole prioridad a asistir al personal que tenga contacto con usuarios.

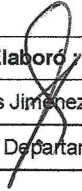
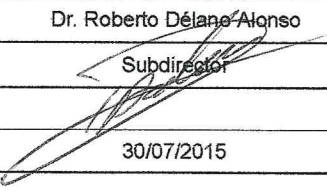
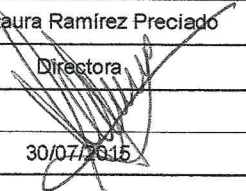
3.7 El Departamento de Calidad de la Atención Médica elaborará una relación del personal a asistir con el registro de sus preinscripciones.



3.8 El Departamento de Calidad de la Atención Médica se hará cargo de coordinar la logística del evento junto con el personal de audio y video de la Dirección de Enseñanza.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>11. Procedimiento para realizar la logística de la impartición del Curso: "Hacia Una Cultura De Calidad"</b>		<b>Hoja: 3 de 8</b>

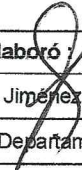
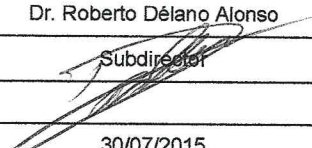

- 3.9 El Departamento de Calidad de la Atención Médica se hará cargo de coordinar, junto con el Departamento de Dietología, la provisión a tiempo del servicio de café y galletas en los recesos que tenga el curso específicos para ello.
- 3.10 El Departamento de Calidad de la Atención Médica se hará cargo de la recolecta de las firmas de los asistentes y División de Educación Médica Continua de la Dirección de Enseñanza entregar y recoger la hoja de registro e indicarles a los asistentes que de puño y letra ponga su nombre completo para que a ese preciso nombre salga su constancia de asistencia
- 3.11 El Departamento de Calidad de la Atención Médica recolectará estas hojas de registro y las regresará a la División de Educación Médica Continua de la Dirección de Enseñanza.
- 3.12 El Departamento de Calidad de la Atención Médica se encargará de proveer el material didáctico a utilizarse en el curso-taller.
- 3.13 El Departamento de Calidad de la Atención Médica se hará cargo de solicitarle a la División de Educación Médica Continua de la Dirección de Enseñanza las hojas de opinión personal del curso, por parte de los asistentes, para realizar la evaluación del curso.
- 3.14 El Departamento de Calidad de la Atención Médica se hará cargo de recolectar las hojas de opinión y las regresará a la División de Educación Médica Continua de la Dirección de Enseñanza.
- 3.15 La Dirección de Enseñanza e Investigación se hará cargo de realizar las constancias de asistencia y las entregará al Departamento de Calidad de la Atención Médica.
- 3.16 El Departamento de Calidad de la Atención Médica se hará cargo de la entrega de las constancias a los asistentes.
- 3.17 La Dirección de Enseñanza e Investigación emitirá un resumen de evaluación general del curso basado en las opiniones que todos los participantes emitieron en la apreciación recabada al final del curso-taller.
- 3.18 El Departamento de Dietología será el encargado de proveer el servicio de café durante la realización del curso.
- 3.19 El Departamento La División de Calidad de la Atención Médica solicitará a los participantes una evaluación general del curso y será coordinada por la Dirección de Enseñanza e Investigación.
- 3.20 Para obtener la constancia, los participantes deberán haber asistido al menos al 80% del curso.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	11. Procedimiento para realizar la logística de la impartición del Curso: "Hacia Una Cultura De Calidad"		<b>Hoja: 4 de 8</b>

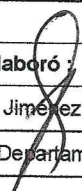
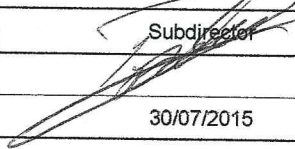
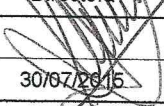
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Capacitación para la divulgación de nuevas estrategias.	1.1 Capacita al personal del Departamento de Calidad de la Atención Médica para difundir en la comunidad hospitalaria las estrategias que mejoren la calidad de los servicios mediante al trato digno a pacientes y familiares.	Subsecretaría de Innovación y Calidad
2.0 Diseño del curso-taller y establecimiento objetivos y formatos	2.1 Establece objetivos del Curso-Taller. 2.2 Diseña proyecto de actividades y estrategias dinámicas del contenido temático para obtener el mayor aprovechamiento. 2.3 Registro y programa el curso ante la División de Educación Médica Continua	Departamento de Calidad de la Atención Médica
3.0 Registro y programación del curso, y asignación de auditorio para impartir curso.	3.1 Registra y programa las fechas y asigna auditorio al Departamento de Calidad de la Atención Médica para que imparta el curso.	División de Educación Médica Continua
4.0 Registro, programación e invitación al Curso "Hacia una Cultura de Calidad"	4.1 Elabora oficios de invitación personalizados a cada unidad del hospital que preste servicios internos y externos y los envía a <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios de invitación.</li> </ul>	Departamento de Calidad de la Atención Médica.
5.0 Recepción de oficios de invitación y envío de relación del personal.	5.1 Recibe oficios y envía relación a la División de Calidad de la Atención Médica del personal que asistirá al Curso	Servicios de la Unidad Hospitalaria
6.0 Preinscripción e indicación para realizar la logística del curso.	6.1 Realiza listas de registro de preinscritos. 6.2 Indica a la Dirección de Enseñanza e Investigación realizar logística del curso.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
7.0 Realización de la	7.1 Realiza logística	División de Educación

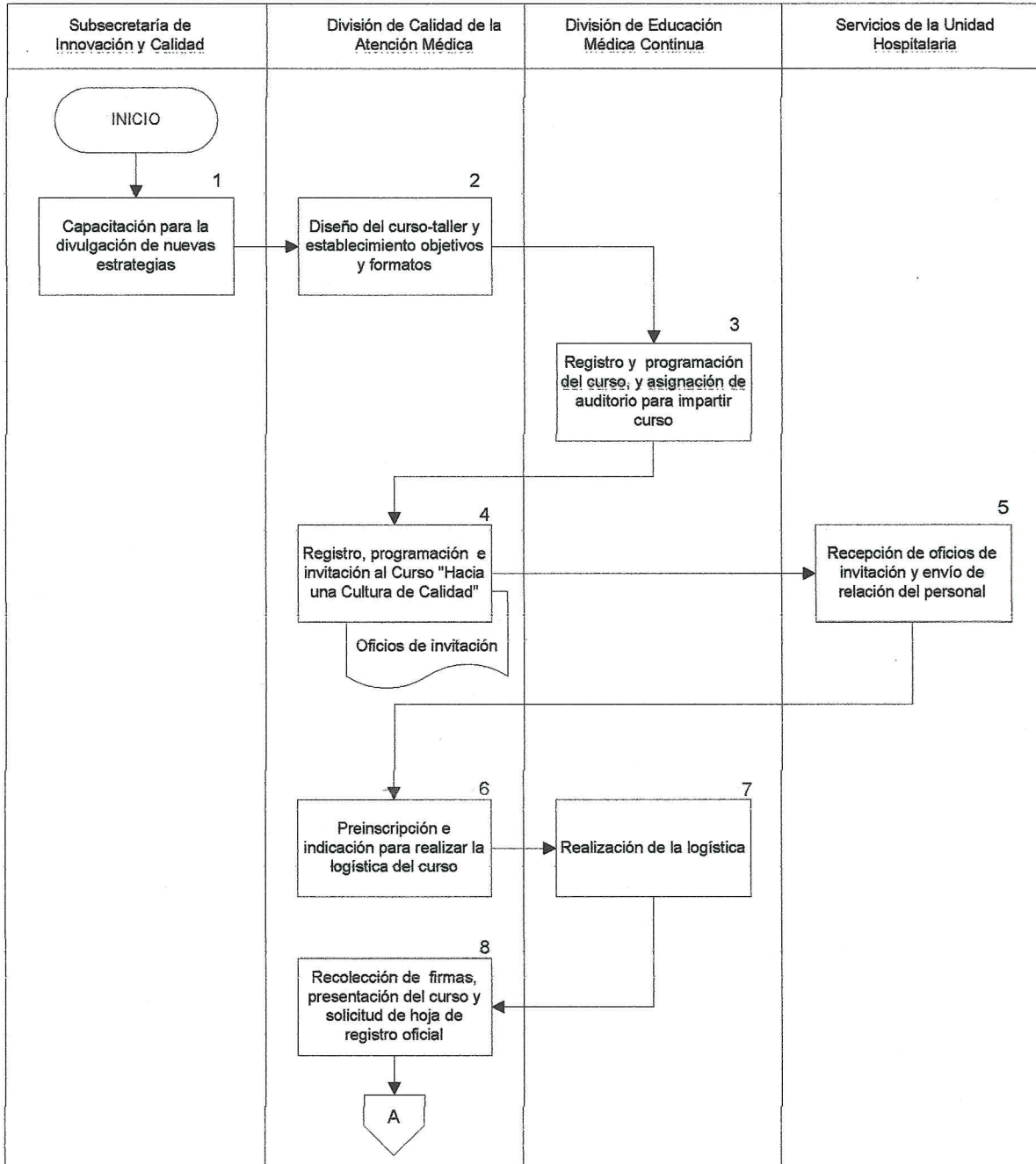
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

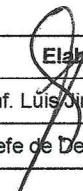
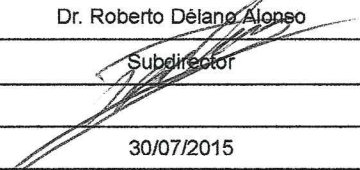
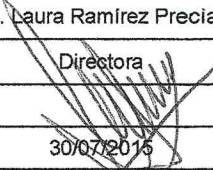
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>11. Procedimiento para realizar la logística de la impartición del Curso: "Hacia Una Cultura De Calidad"</b>		<b>Hoja: 5 de 8</b>

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
logística		Médica Continua
8.0 Recolección de firmas, presentación del curso y solicitud de hoja de registro oficial	8.1 Recolecta firmas en hoja de asistencia. 8.2 Presenta el Curso Hacia una Cultura de Calidad. 8.3 Solicita al Departamento de Educación Médica Continua hojas de registro de asistencia y hojas de opinión del curso.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
9.0 Entrega de hojas de registro y opinión del curso	9.1 Entrega hojas oficiales de registro 9.2 Entrega hoja para valoración del curso	Departamento de Educación Médica Continua de la
10.0 Recolección y retorno de la hoja de registro	10.1 Recolecta y retorna hoja de registro y valoración del curso al Departamento de Educación Continua.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
11.0 Realización y entrega de constancias de asistencia del curso-taller	11.1 Realización de constancias de asistencia. 11.2 Entrega constancias al Departamento de Calidad de la Atención Médica.	Departamento de Educación Médica Continua.
12.0 Entrega de Constancias a la División de Calidad y entrega a los asistentes.	12.1 Intrega constancias a los asistentes.	Departamento de Calidad de la Atención Médica
13.0 Evaluación del Curso-Taller	13.1 Realiza evaluación general del curso basado en las opiniones que todos los participantes y la envía al Departamento de Calidad de la Atención Médica.	División de Educación Médica Continua.
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

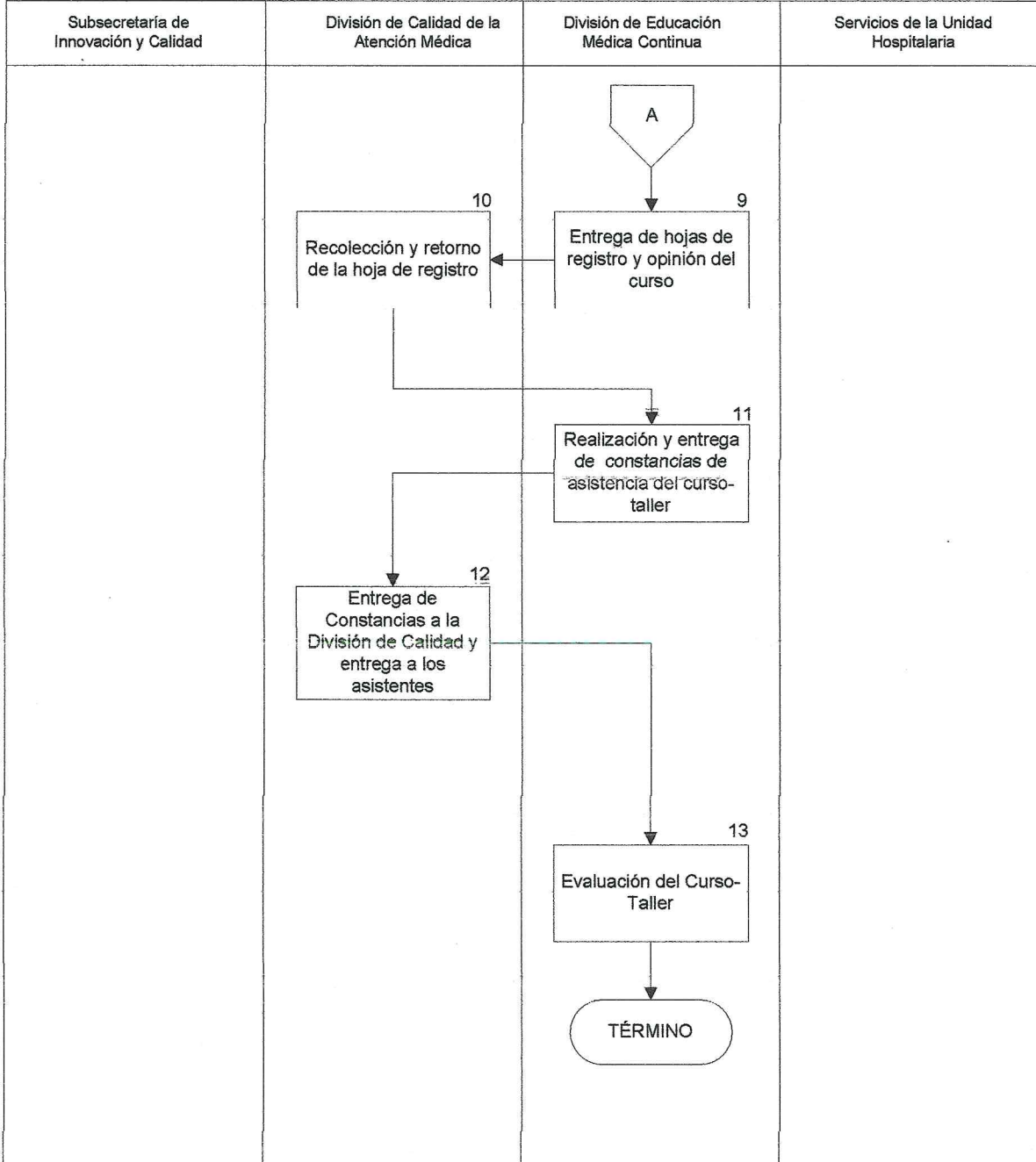
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

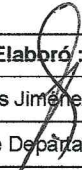
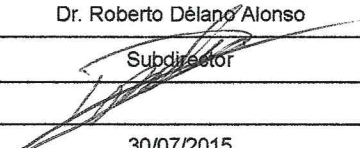

### 5.0 Diagrama de Flujo





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Déjano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	11. Procedimiento para realizar la logística de la impartición del Curso: "Hacia Una Cultura De Calidad"		<b>Hoja: 8 de 8</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Oficios de Invitación	3 años	Departamento de calidad de la Atención Médica	No Aplica

## 8.0 Glosario

**8.1 Logística.** Conjunto de medios y métodos necesarios para llevar a cabo la organización de un evento.




## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

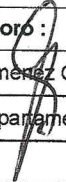
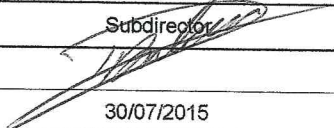
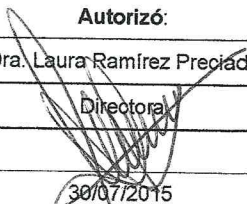
## 10.0 Anexos



**10.1 No Aplica**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>12. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Bioética</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

## 12. PROCEDIMIENTO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica			Rev. "A"
	12. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Bioética			Hoja: 2 de 5

## 1.0 Propósito


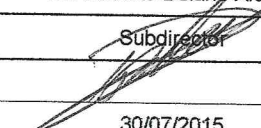
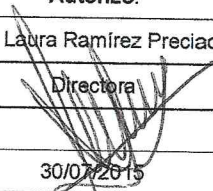
1.1 Asesorar al personal de salud para adoptar conductas con respecto a controversias morales concretas, centrandó su labor a los principios bioéticos, normas y valores que imperan en el ámbito de la atención médica.



## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Calidad de la Atención Médica y el Comité de Bioética.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

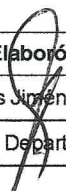
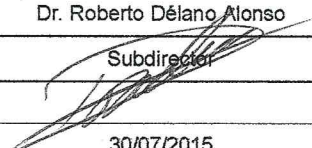
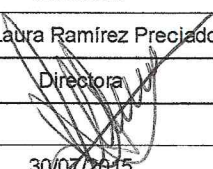
- 3.1 El Comité de Bioética estará integrado por un equipo plural de personas internas y externas con amplia capacidad de análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto de los problemas o dilemas bioéticos que se presentan en la práctica clínica, la atención médica o en la docencia que se imparte en el área de la salud.
- 3.2 El Comité de Bioética será un órgano consultivo, de información, de difusión, de enseñanza e investigación aplicada a la salud.
- 3.3 El Comité de Bioética tendrá como objetivo la promoción de la conducta y educación bioética de sus miembros y demás personal de la institución.
- 3.4 Será responsabilidad del Departamento de Calidad de la Atención Médica darle seguimiento a los lineamientos y políticas éticas institucionales tomadas por el Comité para la atención y docencia médica
- 3.5 En forma mensual, el Departamento de Calidad de la Atención Médica convocará al Comité para su reunión, pudiendo convocar a sesiones extraordinarias en caso de ser necesario.
- 3.6 En sus sesiones respectivas, el Comité de Bioética podrá emitir recomendaciones de los asuntos, ya sea de manera personal, por consenso o mayoría y deberán ser prudentes. No sancionadoras ni con carácter deontológico.
- 3.7 En caso de que un integrante del Comité de Bioética solicitara la convocatoria de una reunión extraordinaria o en su caso urgente, por obviada de tiempos se convocará de manera telefónica a todos sus miembros para su asistencia.
- 3.8 En caso de ser necesario el Departamento de Calidad de la Atención Médica podrá difundir las recomendaciones recogidas a los involucrados.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>	<b>Rev. "A"</b>
	<b>12. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Bioética</b>	<b>Hoja: 3 de 5</b>

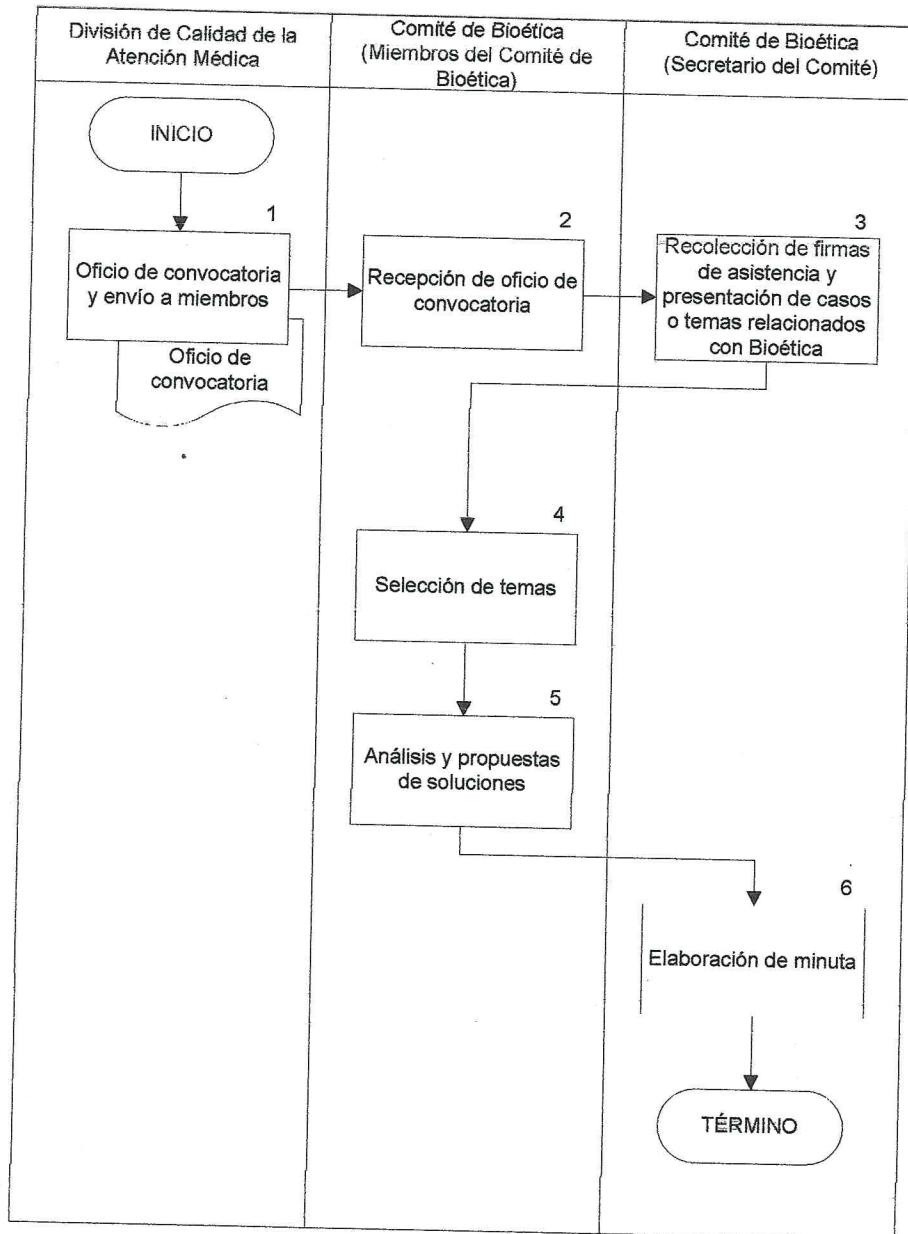
#### 4.0 Descripción del procedimiento

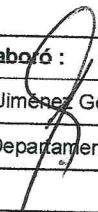
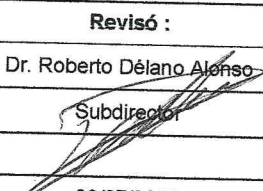
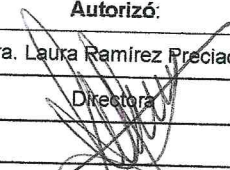
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Oficio de convocatoria y envío a miembros.	1.1 Convoca a reunión al Comité de Bioética a través de oficio personalizado a cada uno de sus miembros. • Oficio de convocatoria	Departamento de Calidad de la Atención Médica
2.0 Recepción de oficio de convocatoria	2.1 Recibe oficio de convocatoria a reunión	Comité de Bioética (Miembros del Comité de Bioética)
3.0 Recolección de firmas de asistencia y presentación de casos o temas relacionados con Bioética.	3.1 Recaba las firmas de asistencia, lee la minuta anterior y solicita las firmas de aprobación de la misma. 3.2 Coordina la sesión y presenta algún incidente a tratar ocurrido en las labores cotidianas desarrolladas por el personal de la institución	Comité de Bioética (Secretario del Comité)
4.0 Selección de temas	4.1 Presenta tema selecto relacionado con la atención médica y emite diversas opiniones y puntos de vista los cuales son recabados para emitir una recomendación, en caso de tomar esta decisión por mayoría.	Comité de Bioética (Miembros del Comité de Bioética)
5.0 Análisis y propuestas de soluciones	5.1 Analiza los temas desde un marco técnico-científico, ético y de bioseguridad. 5.2 Propone soluciones prudentes y abiertas.	Comité de Bioética (Miembros del Comité de Bioética)
6.0 Elaboración de minuta	6.1 Toma nota de las opiniones, elabora minuta de la sesión y da seguimiento a los acuerdos tomados.	Comité de Bioética (Secretario del Comité)
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>12. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Bioética</b>		<b>Hoja: 4 de 5</b>

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	<b>Departamento de Calidad de la Atención Médica</b>		<b>Rev. "A"</b>
	<b>12. Procedimiento para el Funcionamiento del Comité de Bioética</b>		<b>Hoja: 5 de 5</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Oficios de convocatoria	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	Número de oficio

## 8.0 Glosario

**8.1 Dentológico.**-Relativo a la ciencia o al tratado de los deberes.

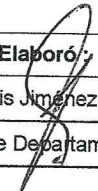
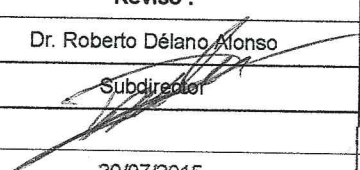
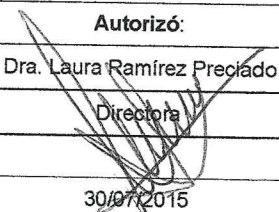
**8.2 Bioética.**- Disciplina encargada del estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizados a la luz de los valores y principios morales



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

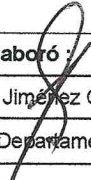
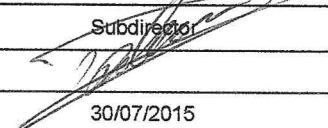
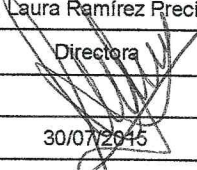
## 10.0 Anexos

**10.1 No Aplica**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	<b>13. Procedimiento para el funcionamiento del Comité de Seguridad del Paciente</b>		<b>Hoja: 1 de 9</b>

### 13. PROCEDIMIENTO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	13. Procedimiento para el funcionamiento del Comité de Seguridad del Paciente		Hoja: 2 de 9

## 1.0 Propósito

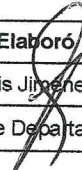
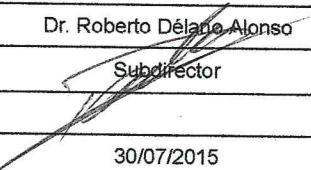

1.1 Asesoría al cuerpo de gobierno para disminuir y/o nulificar eventos adversos que pongan en riesgo la seguridad del paciente mediante el trabajo en equipo y la aplicación de acciones de mejora para evitarlos.



## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Calidad de la Atención Médica, al Comité de Seguridad del Paciente y al Comité de Bioética.

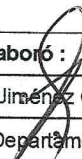
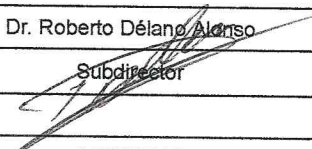
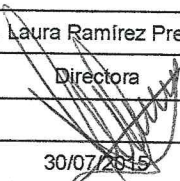
## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 El Comité de Seguridad del Paciente será un órgano de asesoría del cuerpo de gobierno formado por un grupo de especialistas que asesorará sobre la información necesaria para dirigir las políticas e iniciativas hospitalarias relacionadas con los sistemas de Seguridad del Paciente.
- 3.2 El titular del Departamento de Calidad de la Atención Médica realizará las funciones de Secretaria del Comité de Seguridad del paciente.
- 3.3 El Comité de Seguridad del Paciente sesionará en forma mensual, pudiendo sesionar también en forma extraordinaria si es necesario.
- 3.4 El Comité de Seguridad del Paciente, en sus sesiones dará resolución por consenso a los asuntos expuestos que comprometan la seguridad del los paciente.
- 3.5 El Comité de Seguridad del Paciente presentará también propuestas de capacitación, educación continua e investigación para que sean difundidas entre la comunidad hospitalaria en beneficio de salvaguardar la seguridad de los pacientes.
- 3.6 El Comité de Seguridad del Paciente tendrá bajo su responsabilidad la vigilancia de la capacitación continua del personal de las diferentes áreas de atención de pacientes.
- 3.7 El Comité de Seguridad del Paciente planeará y organizará los programas de seguridad del paciente, así como el logro de las metas propuestas.
- 3.8 El Comité de Seguridad del Paciente formulará normas y lineamientos de grupos de trabajo para la detección de eventos adversos.
- 3.9 El Comité de Seguridad del Paciente promoverá la interacción de grupos de trabajo para la actualización técnica del personal médico y paramédico del hospital.
- 3.10 El Comité de Seguridad del Paciente participará en conjunto con otros comités y subcomités de su ámbito de competencia a efecto de revisar y analizar los problemas relevantes y sus alternativas de solución.
- 3.11 El Comité de Seguridad del Paciente fomentará el uso adecuado de la cédula de eventos adversos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dr <sup>a</sup> . Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	13. Procedimiento para el funcionamiento del Comité de Seguridad del Paciente		<b>Hoja: 3 de 9</b>

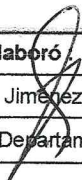
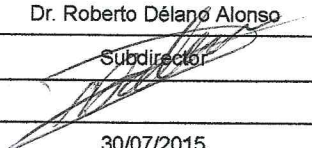
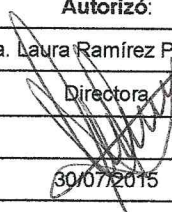
**3.12** En caso de que un integrante del Comité de Seguridad del Paciente solicitara la convocatoria de una reunión extraordinaria o en su caso urgente, por obiedad de tiempos se convocará de manera telefónica a todos sus miembros para su asistencia.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		Rev. "A"
	13. Procedimiento para el funcionamiento del Comité de Seguridad del Paciente		Hoja: 4 de 9

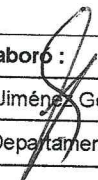
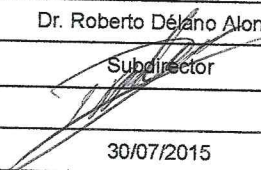
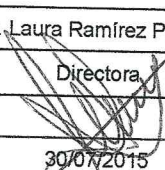
#### 4.0 Descripción del procedimiento



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Convocatoria al Comité y presentación de potenciales riesgos	1.1 Convoca a reunión al Comité de Seguridad del Paciente a través de oficio. 1.2 Recaba las firmas de asistencia, lee la minuta anterior y solicita las firmas de aprobación de los integrantes del Comité. 1.3 Coordina y presenta la sesión del Comité de Seguridad los potenciales riesgos salvaguardando la seguridad del paciente y propone acciones de mejora en las áreas de oportunidad detectadas.	Departamento de Calidad de la Atención médica
2.0 Análisis de acciones y proposición de integración de acciones de mejora	2.1 Analiza con los integrantes las acciones de mejora y determina si es necesario formar un equipo de acción de mejora. Procede: No: Toma acción requerida Si: Propone la creación de equipo de mejora	Comité de Seguridad del Paciente
3.0 Análisis y presentación de estudios y resultados.	3.1 Analiza el caso y presenta los estudios y resultados específicos del equipo y propuestas de las acciones de mejora continua.	Equipo de mejora
4.0 Análisis y realización de soluciones	4.1 Analiza los temas desde un marco técnico-científico, ético y de bioseguridad. 4.2 Propone soluciones prudentes y abiertas a los problemas presentados para que sean adoptadas por los usuarios involucrados.	Comité de Seguridad del Paciente
5.0 Elaboración de minuta e implementación de las propuestas sugeridas y realización de análisis de riesgos.	5.1 Elabora minuta de la sesión y da seguimiento a los acuerdos tomados. 5.2 Analiza los riesgos y da seguimiento a las acciones correspondientes.	Departamento de Calidad de la Atención médica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
Cargo-puesto	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
Firma			
Fecha	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

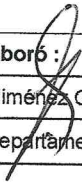
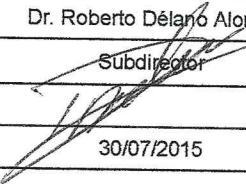
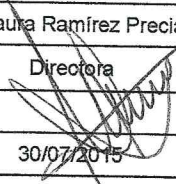
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	13. Procedimiento para el funcionamiento del Comité de Seguridad del Paciente		<b>Hoja: 5 de 9</b>

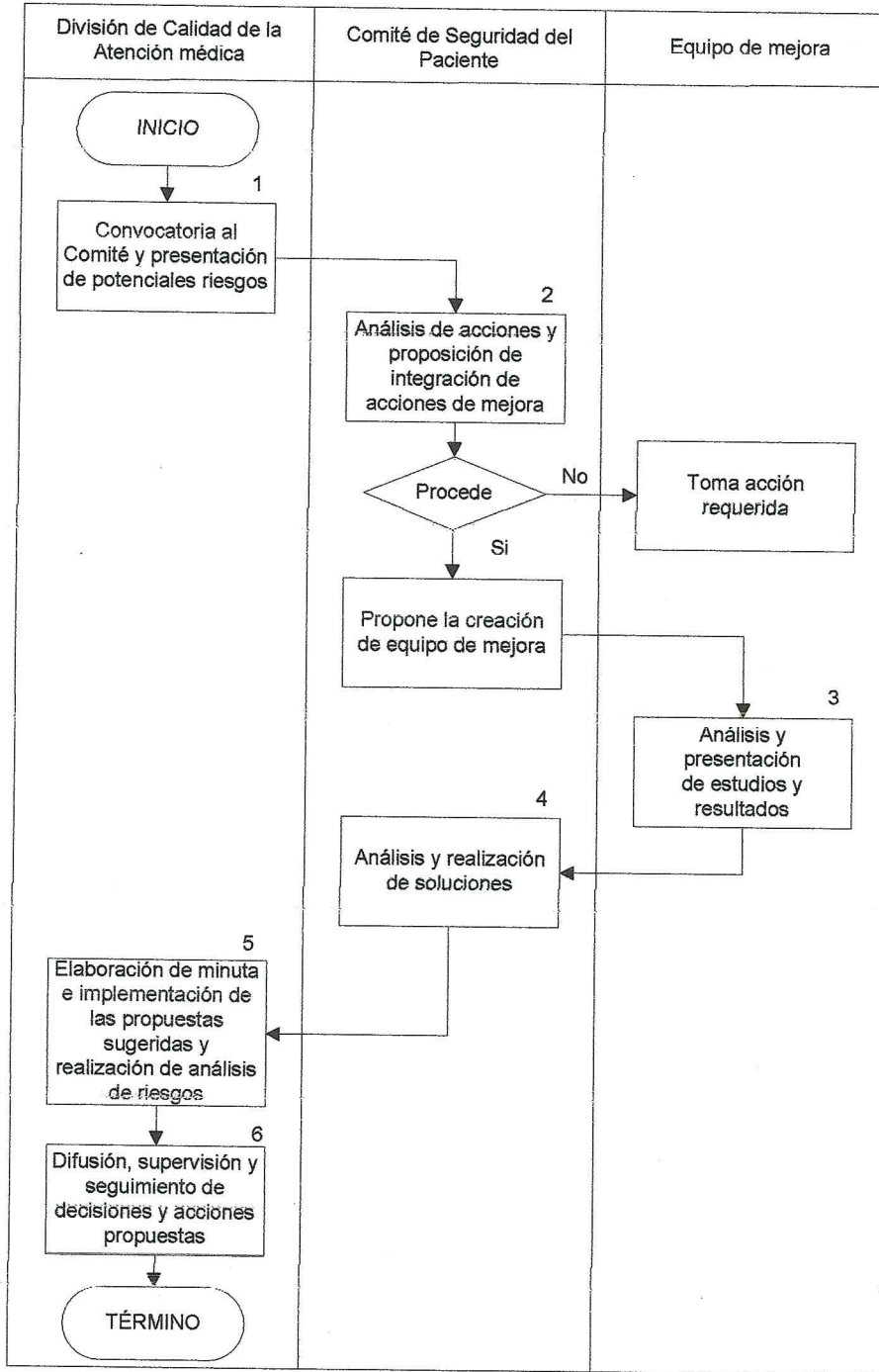
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
6.0 Difusión, supervisión y seguimiento de decisiones y acciones propuestas	6.1 Difunde las recomendaciones recogidas a los servicios involucrados y da seguimiento a las acciones correspondientes	Departamento de Calidad de la Atención médica
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

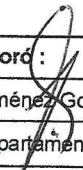
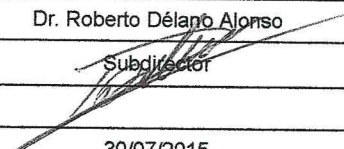
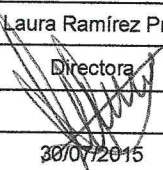
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Déjano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	13. Procedimiento para el funcionamiento del Comité de Seguridad del Paciente		<b>Hoja: 6 de 9</b>

## 5.0 Diagrama de Flujo

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Delano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	13. Procedimiento para el funcionamiento del Comité de Seguridad del Paciente		<b>Hoja: 8 de 9</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización Funcional	No Aplica



## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Minuta	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	Número de sesión
Oficio de Convocatoria	3 años	Departamento de Calidad de la Atención Médica	Número de oficio

## 8.0 Glosario

- 8.1 Equipo de mejora continua.** Es un grupo de personas especialistas, bajo la dirección de un monitor, encargados de analizar y buscar las oportunidades de mejora, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención, mediante la corrección de procesos.
- 8.2 Mejora continua.** Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes o usuarios.
- 8.3 Minuta.** Resumen de los sucesos una reunión donde quedan registrados de los acontecimientos de mayor relevancia
- 8.4 Seguro.** Lo que está libre y exento de todo peligro, daño o riesgo, que da seguridad, certeza y confianza. Lugar o sitio libre de todo riesgo.
- 8.5 Seguridad.** Se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos por la atención médica. Inexistencia de peligros, riesgos o dudas. Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza. Siendo sus criterios: profesionalismo, cortesía, credibilidad y seguridad.
- 8.6 Seguridad del Paciente.** Se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015


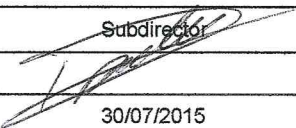
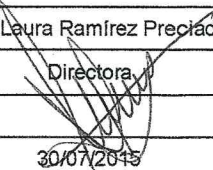
 SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ	<b>Código:</b> 1.0.11.0.2.1.1.
	Departamento de Calidad de la Atención Médica		<b>Rev. "A"</b>
	13. Procedimiento para el funcionamiento del Comité de Seguridad del Paciente		<b>Hoja: 9 de 9</b>

### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

### 10.0 Anexos

10.1 No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Lic. Enf. Luis Jiménez González	Dr. Roberto Délano Alonso	Dra. Laura Ramírez Preciado
<b>Cargo-puesto</b>	Jefe de Departamento	Subdirector	Directora
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	30/07/2015	30/07/2015	30/07/2015