
Programa de Calidad Institucional 2024

Unidad de Calidad

COCASEP

Elaboró: Mtra. Monserrat Puntunet Bates

Autorizó: Dr. Jorge Gaspar Hernández

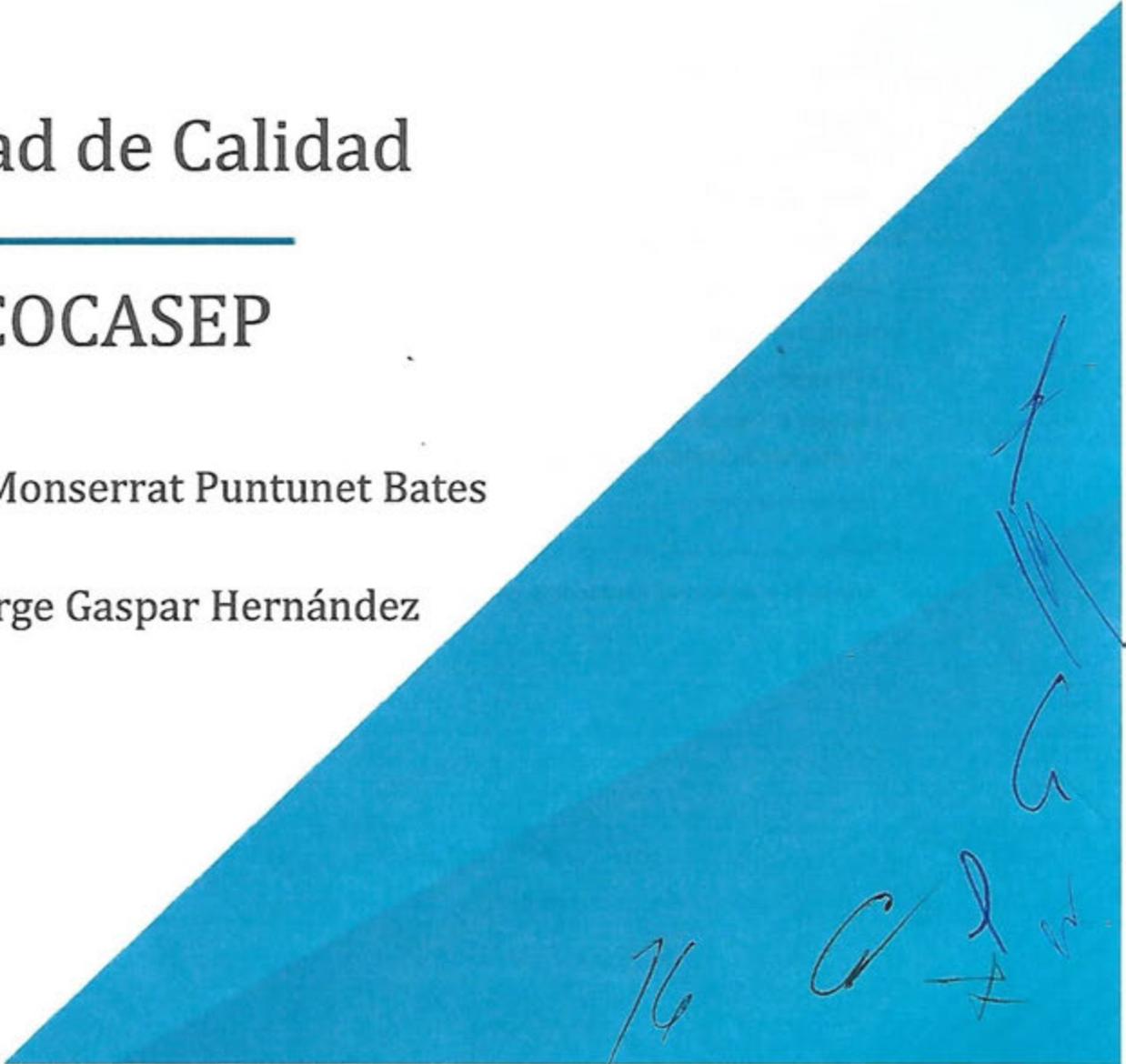


Tabla de contenido

Introducción	3
Política de Calidad Institucional	4
Misión de la Unidad de Calidad.....	4
Visión de la Unidad de Calidad.....	4
Alcance del Modelo de Calidad Institucional	4
Objetivos del Programa de Calidad Institucional	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)	6
Funciones del COCASEP.....	6
Situación actual	7
Alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y los objetivos al Programa de trabajo del INC.....	8
Análisis FODA	9
Estrategias y Líneas de Acción.....	12
Estrategia 1: Fortalecer la cultura de atención a la salud con calidad a través del Modelo de Calidad Institucional.....	13
Líneas de acción	13
Estrategia 2: Utilizar la gestión de riesgos como un proceso sistemático para la mejora continua. 13	
Líneas de acción	13
Estrategia 3: Asegurar la cultura del reporte, seguimiento y prevención de eventos adversos. 14	
Líneas de acción	14
Estrategia 4: Fortalecer la participación ciudadana así como los canales disponibles para la presentación de peticiones, quejas y sugerencias de los usuarios.....	14
Líneas de acción	14
Anexos.....	15
Anexo 1. Indicadores del Modelo de Calidad Institucional.....	15

[Handwritten signatures and marks]

Introducción

La calidad en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, es el principio rector que guía el desarrollo de procesos sustantivos, tanto clínicos como de gestión, es por ello que la Unidad de Calidad es la responsable de establecer las políticas de calidad en alineación con la normatividad vigente y en coadyuvancia de equipos multidisciplinares, con el propósito de ser aprobados por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

La Unidad de Calidad desarrolló el Modelo de Calidad Institucional que tomó como base lo propuesto por el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Secretaría de Salud (SS), centrando a la persona como el eje de la calidad de la atención, con un enfoque de sistema que aborda además la seguridad del personal, de los diferentes usuarios y de las instalaciones; por lo que la participación e involucramiento del grupo directivo, mandos medios y personal operativo de cada una de las áreas es una pieza fundamental para el logro de las metas establecidas.

El Modelo de Calidad Institucional se sustenta en la aplicación de la metodología de gestión de riesgos, la cual consiste en:

1. Identificar riesgos y problemas.
2. Priorizar la criticidad de los riesgos y problemas.
3. Establecer acciones o barreras de seguridad con el propósito de disminuir la probabilidad de ocurrencia o minimizar el impacto.
4. Crear mecanismos de control para evaluar la pertinencia de las barreras de seguridad o medidas adoptadas que fundamenten la toma de decisiones.
5. Realimentar de manera cíclica el proceso de mejora continua.

Para el logro de los objetivos y metas institucionales la Unidad de Calidad durante el ejercicio 2024 alineará el Modelo de Calidad Institucional al Modelo Único de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica (MUEC) del Consejo de Salubridad General, así como al Modelo de Gestión de Calidad en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El presente Programa de Calidad Institucional, junto con las políticas institucionales, se constituyen como elementos decisivos para dar continuidad a la gestión de riesgos y el abordaje de estrategias con enfoque multidisciplinar que permita fortalecer los estándares de calidad alcanzados y asegurar el cumplimiento de los criterios de infraestructura dura, infraestructura blanda, infraestructura crítica, con énfasis en la seguridad del paciente, en el marco de la atención integral y centrada en la persona.

Política de Calidad Institucional

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez aliviar las enfermedades cardiovasculares mediante la investigación científica, la formación de profesionales y la atención médica moderna, oportuna, profesional y con calidad humanitaria, dentro de un entorno confortable y seguro, con trabajo multidisciplinar, para lograr satisfacer las necesidades de nuestros usuarios y mejorando continuamente el sistema de gestión de calidad.

Misión de la Unidad de Calidad

Planificar, coordinar y evaluar el Modelo de Calidad Institucional, para consolidar la implementación de los estándares de certificación y la mejora continua en los procesos ligados a infraestructura dura, blanda y crítica.

Visión de la Unidad de Calidad

Posicionar el Modelo de Calidad Institucional como un referente de excelencia a nivel nacional e internacional.

Alcance del Modelo de Calidad Institucional

El Modelo de Calidad Institucional es aplicable a toda la organización, todas las disciplinas y procesos.

Alcance del Programa de Calidad Institucional

El Programa de Calidad Institucional es aplicable al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y a la Unidad de Calidad.

Handwritten signatures and a blue arrow-shaped stamp with the number 4.

Objetivos del Programa de Calidad Institucional

Objetivo general

Contar con un marco de referencia que guíe la planificación, implementación, seguimiento y control de los criterios de infraestructura dura, infraestructura blanda, infraestructura crítica y estándares de certificación para impulsar una cultura de calidad que favorezca el involucramiento de todo el personal del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Objetivos específicos

- Constituir el plan de trabajo del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Identificar, priorizar, analizar y gestionar riesgos y problemas del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
- Establecer mejoras a partir del análisis de los eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- Identificar los procesos con alta variabilidad para implementar mejores prácticas y estandarizarlos para proporcionar una atención oportuna, efectiva, y haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles.
- Promover una cultura de autoevaluación de la calidad.
- Medir el impacto del cumplimiento de políticas y procedimientos a partir del análisis de los indicadores de calidad.
- Rediseñar procesos de riesgo mediante la herramienta proactiva de Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF).

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including a blue arrow pointing right with the number 5 inside it.

Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)

El COCASEP es el órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de calidad de la atención y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente.

Funciones del COCASEP

Aprobar el Programa de Calidad Institucional, realizando el seguimiento de las estrategias y acciones contenidas en éste. A todos los efectos, el Programa de Calidad Institucional constituirá el programa de trabajo del COCASEP.

Supervisar el funcionamiento de los diferentes Comités y Subcomités:

- Comité Hospitalario de Bioética
- Comité de Ética en Investigación
- Comité Hospitalario de Bioseguridad
- Comité de Investigación
- Comité de Farmacia y Terapéutica
- Comité de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia
- Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales
- Comité Técnico de Mortalidad Hospitalaria
- Comité de Trasplantes
- Comité de Medicina Transfusional
- Comité Interno de Protección Civil y Hospital Seguro
- Subcomité del Expediente Clínico
- Subcomité de Reporte, Seguimiento y Prevención de Eventos Adversos
- Subcomité de Evaluación de la Satisfacción del Usuario
- Subcomité de Mortalidad Materna y Perinatal

Promover la adhesión y participación del Instituto a proyectos e iniciativas institucionales y sectoriales, destinadas a mejorar la calidad y seguridad de los pacientes.

Adoptar iniciativas destinadas a difundir y actualizar el conocimiento de la normativa aplicable en materia de calidad, especialmente las Normas Oficiales Mexicanas.

Analizar y formular recomendaciones sobre los principales procesos del Instituto, promoviendo medidas correctivas para la mejora de la satisfacción de los usuarios y sus familias.

Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos y coadyuvar en la implementación de las acciones recomendadas.

Proponer mejoras en los programas docentes que se imparten en pregrado y posgrado a futuros profesionales de las ciencias de la salud, en los contenidos de calidad y seguridad del paciente.

Aprobar el informe de actividades del Programa de Calidad Institucional del año inmediato anterior, el cual debe ser presentado a todo el personal del Instituto.

Promover la evaluación institucional de calidad tanto en el ámbito de la asistencia como en el de la enseñanza y la investigación; contribuyendo así, a la potenciación de una cultura de calidad auto reflexiva, mediante la medición de indicadores y auditorías internas.

Situación actual

Con base en los Lineamientos Técnico Operativos del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, publicado por la Secretaría de Salud y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se actualiza el acta constitutiva el 12 de enero del 2023.

Las sesiones se realizan de manera mensual el primer jueves de cada mes en la sala de juntas de la Dirección General.

Handwritten signatures and marks at the bottom right of the page, including a blue arrow pointing right with the number 7 inside it.

Alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y los objetivos al Programa de trabajo del INC

Directriz Nacional	Objetivos del Programa Sectorial de Salud	Objetivos del Programa INC	Objetivos de la Unidad de Calidad
Salud para toda la población	Acceso efectivo, universal y gratuito.	Aumentar el bienestar social e igualdad mediante la atención de la demanda de servicios médicos especializados de calidad en el área cardiovascular.	<p>Desarrollar estrategias que faciliten el acceso efectivo a la salud con calidad, seguridad, trato digno y humanizado.</p> <p>Mantener y mejorar de manera continua los estándares de calidad y seguridad del paciente, para alcanzar la excelencia.</p> <p>Asegurar la comunicación efectiva y continuidad de la atención del paciente, fortaleciendo la integración y cumplimiento de políticas en materia de calidad y seguridad dentro del expediente clínico.</p>
Salud para toda la población	Mejora continua del Sistema Nacional de Salud.	Contribuir a la eficiencia y sustentabilidad del INC, a través de una administración proactiva que dote de los recursos financieros, humanos, materiales y tecnológicos necesarios para la mejora de la infraestructura institucional y la adecuada gestión de las áreas sustantivas.	<p>Orientar y fundamentar la toma de decisiones institucionales en el marco de la ejecución y seguimiento de programas y proyectos en materia de calidad y seguridad del paciente.</p> <p>Focalizar la mejora de la calidad a partir de la identificación de riesgos y problemas prioritarios, con la participación de círculos de calidad (equipos de alto desempeño) para lograr la excelencia Institucional.</p> <p>Utilizar la gestión de riesgos como un proceso sistemático para dar seguimiento al Modelo de Calidad Institucional.</p> <p>Realizar las funciones encomendadas para el cumplimiento de la misión Institucional, fomentando la participación multidisciplinaria con enfoque sistemático.</p> <p>Fortalecer la participación del Instituto en movimientos nacionales e internacionales para la seguridad del paciente.</p>
Salud para toda la población	Capacidad y Calidad del Sistema Nacional de Salud.	Impulsar el bienestar social a través del desarrollo de investigación científica en cardiología y ramas afines para generar conocimiento sobre temas prioritarios en salud.	<p>Impulsar la implementación de prácticas basadas en la evidencia científica; así como estandarizar procesos con enfoque sistémico y multidisciplinario.</p> <p>Asegurar la gestión de la información y la comunicación acorde a la normatividad vigente en materia de calidad y seguridad del paciente.</p>

Análisis FODA

Fortalezas	Debilidades
<ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso de la Dirección General para centrar la calidad como principio rector del plan quinquenal. 2. Consolidación de la Unidad de Calidad como Departamento con dependencia directa de la Dirección General. 3. Involucramiento del equipo Directivo para el fortalecimiento y seguimiento del Modelo de Calidad Institucional. 4. Grupo Directivo impulsor de la participación ciudadana para la toma de decisiones y la mejora continua. 5. Autoevaluaciones continuas para la mejora de procesos. 6. Incremento en la cultura del reporte de incidentes de seguridad del paciente. 7. Políticas en materia de calidad acorde a la normatividad vigente. 8. Integrantes de la Unidad de Calidad calificados como evaluadores del Modelo de Gestión de Calidad en Salud, de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 9. Capital humano capacitado en aspectos de calidad y seguridad. 10. Promotores de Calidad integrado por personal operativo del Instituto. 11. Participación activa en el Movimiento Internacional para la Seguridad del Paciente (Patient Safety Movement). 12. Participación activa en proyectos para obtener financiamiento externo en materia de calidad y seguridad. 13. Formación de talento humano en materia de calidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capital humano insuficiente para el desarrollo de las actividades de la Unidad de Calidad. 2. Bajo involucramiento de las áreas del Instituto para trabajar de manera sistémica. 3. Bajo compromiso del personal en procesos de auditoría (internos y externos). 4. Bajo apego de las áreas al cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Unidad de Calidad. 5. Involucramiento y compromiso parcial de los mandos medios en la diseminación de una cultura de calidad. 6. Desabasto de insumos que puede condicionar retraso en la atención. 7. Infraestructura insuficiente para dar respuesta a la sobredemanda de servicios asistenciales. 8. Desapego de los profesionales de salud en el cumplimiento de procesos actualizados en materia de calidad. 9. Bajo involucramiento de pacientes y familiares en el autocuidado y acatamiento de normas y lineamientos en materia de calidad. 10. Falta de capital humano y recursos materiales para la realización de cursos en materia de calidad. 11. Falta de recursos económicos propios para la realización de proyectos de innovación y mejora de la calidad. 12. Bajo apego al seguimiento y cumplimiento de acuerdos de los diversos Comités y Subcomités. 13. Incumplimiento de la normatividad en materia de expediente clínico. 14. Ausencia de convenios o procesos para la solicitud de interconsultas interinstitucionales. 15. Bajo apego a la documentación de mantenimientos preventivos y correctivos de la infraestructura e instalaciones.










Oportunidades

1. Inscripción al proceso de certificación.
2. Innovación en procesos para la seguridad del paciente.
3. Implementación de procedimientos con enfoque multidisciplinar y sistémico.
4. Desarrollo de investigación en materia de calidad.
5. Identificación de fuentes externas de financiamiento para proyectos en materia de calidad y seguridad.
6. Visitas interinstitucionales (nacionales e internacionales) para comparar, adoptar o adaptar mejores prácticas.

Amenazas

1. Incremento en la demanda de atención de pacientes críticos.
2. Falta de integración de un sistema de referencia y contrareferencia en el sector salud que atiende población abierta.
3. Falta de actualización de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de salud.
4. Falta de integración en los programas académicos de profesionales de la salud de temas en materia de calidad y trato digno.

10

Como resultado del análisis FODA se identifican como principales fortalezas del Instituto el compromiso de la Dirección para centrar la calidad como principio rector, consolidación de la Unidad de Calidad como Departamento con dependencia directa de la Dirección General, la participación de los integrantes de la Unidad de Calidad en programas de evaluación externos, autoevaluaciones continuas para la mejora de procesos, así como el incremento en la cultura del reporte de eventos adversos.

Inscripción al proceso de certificación, la innovación en procesos para la seguridad del paciente e incrementar la implementación de procedimientos con enfoque multidisciplinar y sistémico, son consideradas las principales oportunidades.

Entre las principales debilidades se encuentran el capital humano insuficiente para el desarrollo de las actividades de la Unidad de Calidad, bajo apego de las áreas al cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Unidad de Calidad, el bajo involucramiento de las áreas del Instituto para trabajar de manera sistémica y la ausencia de convenios o procesos para la solicitud de interconsultas interinstitucionales.

El incremento en la demanda de atención de pacientes críticos, la falta de integración de un sistema de referencia y contrareferencia en el sector salud que atiende población abierta y la falta de actualización de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de salud, se consideran como principales amenazas ya que pueden repercutir de manera directa en la calidad de atención al paciente.

Por lo anterior, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COSASEP) en coadyuvancia con la Unidad de Calidad, analizan la problemática institucional y definen estrategias que permitan mitigar las debilidades y amenazas con el objetivo de lograr la excelencia Institucional.



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top right, a signature 'C' below it, and several initials 'H', 'A', and 'A' at the bottom right.

Estrategias y Líneas de Acción

Para dar respuesta al análisis FODA y la evaluación integral de riesgos y problemas; el Programa de Calidad Institucional 2024, se estructura con 4 grandes estrategias y líneas de acción, que permiten dar respuesta a las 8 dimensiones de calidad: efectividad (basada en la evidencia científica para la mejora de los resultados), eficiencia (maximizar los recursos y evitar desperdicios), seguridad (minimizar riesgos y daños a los pacientes), atención centrada en los pacientes (preferencias de los pacientes y la comunidad), equidad (sin variar en su nivel de calidad), oportunidad (contar con servicios en el tiempo y lugar en que son requeridos), integración (atención coordinada de manera transdisciplinar) y sostenibilidad (satisfacer las necesidades actuales sin comprometer la capacidad de futuras generaciones).

Estrategias:

1. Fortalecer la cultura de atención a la salud con calidad, a partir del Modelo de Calidad Institucional.
2. Utilizar la gestión de riesgos como un proceso sistemático para la mejora continua.
3. Asegurar la cultura del reporte, seguimiento y prevención de eventos adversos.
4. Fortalecer la participación ciudadana así como los canales disponibles para la prestación de peticiones, quejas y sugerencias de los usuarios.

12

Estrategia 1: Fortalecer la cultura de atención a la salud con calidad a través del Modelo de Calidad Institucional.

Líneas de acción

- 1.1. Dar a conocer a todo el personal del Instituto el informe anual del COCASEP 2023 y el Programa de Calidad Institucional 2024.
- 1.2. Reforzar el involucramiento de los mandos medios en el desarrollo de una cultura de seguridad.
- 1.3. Reconocer la participación del personal operativo como Promotor de Calidad.
- 1.4. Promover la participación de Directivos, mandos medios, Promotores de Calidad y personal en general en foros, cursos o talleres relacionados con la calidad.
- 1.5. Impulsar la difusión y capacitación sobre el Modelo de Calidad Institucional.
- 1.6. Aprobar las campañas de sensibilización en materia de calidad.
- 1.7. Autorizar los procesos interinstitucionales para realizar ev
- 1.8.
- 1.9. aluaciones internas y externas.
- 1.10. Incentivar la participación del personal en programas de seguridad del paciente a nivel nacional e internacional.
- 1.11. Mantener los compromisos adquiridos con el "*Patient Safety Movement*".

Estrategia 2: Utilizar la gestión de riesgos como un proceso sistemático para la mejora continua.

Líneas de acción

- 2.1. Identificar, priorizar y analizar los riesgos y problemas.
- 2.2. Establecer acciones encaminadas a disminuir la probabilidad de ocurrencia de riesgos y problemas prioritarios.
- 2.3. Analizar el comportamiento de los indicadores de proceso y resultado para la toma de decisiones.
- 2.4. Respaldar los procesos de evaluación interna.
- 2.5. Aprobar el proceso de riesgo prioritario para realizar un Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF).
- 2.6. Autorizar la estandarización de procesos identificados con alta variabilidad.
- 2.7. Supervisar el seguimiento y control de la implementación de las acciones de mejora.
- 2.8. Fomentar la integración de prácticas basadas en la evidencia científica en las actividades diarias.

Estrategia 3: Asegurar la cultura del reporte, seguimiento y prevención de eventos adversos.

Líneas de acción

- 3.1. Impulsar la participación de directivos, mandos medios y personal operativo en el análisis de eventos adversos y centinela.
- 3.2. Respalda las recomendaciones emitidas por el Subcomité de Reporte, Seguimiento y Prevención de los Eventos Adversos.
- 3.3. Aprobar las acciones de mejora que resulten del análisis de los eventos y que a consideración del Subcomité requieran el visto bueno del COCASEP.
- 3.4. Analizar los resultados obtenidos de la evaluación de los reportes de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela.

Estrategia 4: Fortalecer la participación ciudadana así como los canales disponibles para la presentación de peticiones, quejas y sugerencias de los usuarios.

Líneas de acción

- 4.1. Promover y fortalecer los mecanismos de participación ciudadana para vigilancia de los recursos públicos federales, que contribuyan a la prevención de la corrupción.
- 4.2. Supervisar el funcionamiento del Subcomité de Evaluación de la Satisfacción del Usuario.
- 4.3. Supervisar el cumplimiento de las actividades del mecanismo de participación ciudadana.
- 4.4. Autorizar los compromisos adquiridos con la sociedad civil.
- 4.5. Incentivar el trato adecuado y digno.
- 4.6. Promover que el personal reciba capacitación continua en materia de trato adecuado y digno.
- 4.7. Analizar la información obtenida por las diferentes herramientas:
 - a. Sistema Unificado de Gestión (SUG).
 - b. Encuestas de Satisfacción del Usuario.

14
16

Anexos

Anexo 1. Indicadores del Modelo de Calidad Institucional

No.	Metas internacionales para la seguridad del paciente	Indicador de proceso	Indicador de resultado
1.	1. Identificación correcta del paciente.	Porcentaje de apego al procedimiento de identificación correcta del paciente antes de realizar un procedimiento.	Porcentaje de incidentes de seguridad clasificados como errores de identificación de pacientes.
2.	2. Comunicación efectiva.	Porcentaje de apego al proceso de comunicación efectiva en situación de urgencia (escuchar- repetir- confirmar).	Porcentaje de apego a la transcripción de indicaciones en indicaciones verbales.
3.	3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.	Porcentaje de apego al proceso de doble verificación durante la preparación de medicamentos de alto riesgo.	Porcentaje de cumplimiento al registro de la doble verificación.
4.	4. Procedimientos correctos.	Porcentaje de apego al proceso seguro en el servicio de cirugía.	Porcentaje de cumplimiento al registro completo de la lista de verificación de cirugía segura.
		Porcentaje de apego al proceso seguro en el servicio de hemodinámica.	Porcentaje de cumplimiento al registro completo de la lista de verificación de hemodinámica segura.
		Porcentaje de apego al proceso de tiempo fuera en procedimientos que se realizan fuera de quirófano.	Porcentaje de cumplimiento al registro de tiempo fuera.
5.	5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.	Porcentaje de apego al procedimiento de higiene de manos.	Tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud.
6.	6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	Porcentaje de apego a la valoración, revaloración y prevención del riesgo de caídas.	Porcentaje de incidentes de seguridad clasificados como caídas.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top right, a signature below it, and several initials (including '16', 'R', and 'A') at the bottom right.

No.	Acciones esenciales para la seguridad del paciente	Indicador de proceso	Indicador de resultado
7.	2. Comunicación efectiva.	Porcentaje de apego al proceso de comunicación efectiva con la herramienta SAER durante los cambios de turno, área o servicio.	Porcentaje de cumplimiento del registro de la comunicación efectiva (SAER) por trabajo social.

No.	Sistemas críticos	Indicador de proceso	Indicador de resultado
8.	Manejo y Uso de Medicamentos (MUM).	Porcentaje de apego al procedimiento para medicamentos de red fría.	Porcentaje de cumplimiento del registro de temperatura.
9.	Prevención y Control de Infecciones (PCI).	Porcentaje de cumplimiento de los paquetes prevención de las IAAS.	Tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud.
10.	Gestión y Seguridad de las Instalaciones (GSI).	Porcentaje de apego al proceso de control de accesos de la entrada principal.	
11.	Competencias y Capacitación del Personal (CCP).	Porcentaje de apego del personal de lavandería al uso correcto y completo del equipo de protección personal.	Porcentaje de apego a la documentación del proceso de inducción del personal de nuevo ingreso.



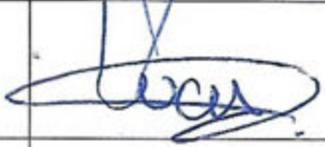


No.	Atención centrada en el paciente	Indicador de proceso	Indicador de resultado
12.	Acceso y Continuidad de la Atención (ACA).	Porcentaje de apego al proceso de triaje pediátrico.	
13.	Derechos del Paciente y de su Familia (DPF).	Porcentaje de apego al cumplimiento del proceso de obtención de consentimiento informado general.	Porcentaje de cumplimiento del registro del consentimiento informado general.
		Porcentaje de apego al cumplimiento del proceso de obtención del consentimiento informado intrahospitalario.	Porcentaje de cumplimiento del registro del consentimiento informado intrahospitalario.
14.	Evaluación de Pacientes (EP).	Porcentaje de apego al proceso de valoración inicial.	
15.	Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD).	Porcentaje de apego al uso de equipo de protección personal en el servicio de hemodinámica.	
16.	Anestesia y Atención Quirúrgica (AAQ).	Porcentaje de apego al proceso de valoración pre anestésica en procedimientos fuera de quirófano.	
17.	Educación al Paciente y a su Familia (EPF).	Porcentaje de apego al proceso de educación del paciente y de su familia.	Porcentaje de apego a la documentación del paciente y de su familia en la forma 500-23.

No.	Gestión de la organización	Indicador de proceso	Indicador de resultado
18.	Gestión de la Comunicación y la Información (GCI).	Porcentaje de apego al uso correcto de cuentas y contraseñas para el acceso al sistema institucional de Expediente Clínico Electrónico.	Porcentaje de expedientes clínicos revisados aprobados acorde a la NOM-004-SSA3-2012.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top, a signature 'G' on the right, and initials '16', 'J', 'P', and 'A' at the bottom.

AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL 2024
COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Dr. Jorge Gaspar Hernández Director General	Presidente	
Dr. Carlos Zabal Cerdeira Director Médico	Vocal	
L.C. Armando Acevedo Valadez Director de Administración	Vocal	
Mtra. Sandra Sonalí Olvera Arreola Directora de Enfermería	Vocal	
Dr. Francisco Azar Manzur Coordinador de Posgrado	Vocal	
Dr. Francisco Martín Baranda Tovar Subdirector de Especialidades Médico Quirúrgicas	Vocal	
Mtra. Lucía Ríos Núñez Subdirectora de Planeación	Vocal	
Mtra. Monserrat Puntunet Bates Jefa de la Unidad de Calidad	Secretaria técnica	