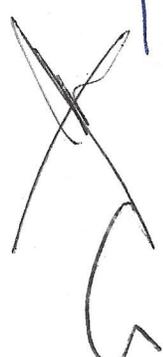


PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL 2025

**Dirección General
Unidad de Calidad**

Contenido	
Introducción	3
Política de Calidad Institucional	4
Misión de la Unidad de Calidad	4
Visión de la Unidad de Calidad	4
Alcance del Sistema de Gestión de Calidad Institucional	4
Alcance del Programa 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
Análisis FODA.....	8
Estrategias y líneas de acción	11
Estrategia 1. Fortalecer la cultura de atención a la salud con calidad a través del Modelo de Calidad Institucional.....	12
Estrategia 2. Utilizar la gestión de riesgos como un proceso sistemático para la mejora continua.	13
Estrategia 3. Asegurar la cultura del reporte, seguimiento y prevención de eventos adversos.	13
Estrategia 4. Fortalecer la participación ciudadana, así como los canales disponibles para la presentación de peticiones, quejas y sugerencias de los usuarios.	14



Introducción

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, como referente en la atención cardiovascular a nivel nacional e internacional, está comprometido en proporcionar servicios médicos de excelencia, generar investigación innovadora y formar talento humano de alta especialidad a través de una administración efectiva.

En el Instituto, la Unidad de Calidad desempeña un papel fundamental para garantizar que la calidad de procesos sustantivos, tanto clínicos como de gestión, así como la seguridad de los pacientes y trabajadores sea prioritaria a partir del establecimiento de políticas de calidad alineadas con la normatividad vigente. Promueve una cultura de mejora continua que integra la investigación, la innovación y la formación de profesionales de la salud, en alineación con los ejes generales y transversales del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud y el Programa de trabajo de la Dirección General del Instituto.

La Unidad de Calidad trabaja para garantizar la efectividad, la eficiencia, la seguridad, la equidad, la oportunidad, la integración, la sostenibilidad y la atención centrada en el paciente, fortaleciendo la confianza de la sociedad en nuestra institución y contribuyendo al bienestar integral de los pacientes y trabajadores.

La Unidad de Calidad desarrolló el Modelo de Calidad Institucional que tomó como base lo propuesto por la Secretaría de Salud (SS), centrando al paciente como el eje de la calidad de la atención, con un enfoque de sistema que aborda estructura, procesos y resultados.

A partir del ejercicio 2025 se integra en el Modelo de Calidad la implementación de la cultura justa, equilibrando lo no punitivo y lo disciplinario.

El Sistema de Gestión 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 favorece la participación de personal estratégico y operativo.

El presente Programa de Calidad Institucional enfatiza la contribución del INCICH a los objetivos nacionales y constituye un elemento decisivo para dar continuidad a la gestión de riesgos y establece las acciones necesarias para mejorar continuamente los estándares de calidad y seguridad, fomentando una cultura de mejora constante.

Política de Calidad Institucional

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez alivia 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 interdisciplinar, para lograr satisfacer las necesidades de nuestros usuarios y mejorando continuamente el sistema de gestión de calidad.

Misión de la Unidad de Calidad

Consolidar la mejora continua en los procesos a través de la planificación, coordinación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad Institucional en beneficio de la seguridad del paciente, sus acompañantes, visitantes y personal del Instituto.

Visión de la Unidad de Calidad

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

Alcance del Sistema de Gestión de Calidad Institucional

El Sistema de Gestión 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 (COCASEP) y a la Unidad de Calidad.

Objetivos del Programa de Calidad Institucional

Objetivo general

Contar con un marco de referencia que guíe la planificación, implementación, seguimiento y control de infraestructura dura y blanda, todos los sistemas críticos, procesos clínicos y de gestión, 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.
- Garantizar una atención médica centrada en el paciente, basada en evidencia y principios éticos con equidad y respeto a los Derechos Humanos.
- Establecer un sistema de mejora continua a partir del análisis de los datos recopilados durante auditorías internas y sistemas de notificación.
- 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.
- Medir el impacto del cumplimiento de políticas y procedimientos a partir del análisis de los indicadores de calidad.
- Ser una fuente de referencia para las áreas en la implementación de mejores prácticas en materia de calidad.
- Promover la sustentabilidad en la gestión de recursos y procesos del Instituto.
- Contribuir al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud mediante la generación de conocimiento y la innovación.

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 16 de enero del 2025.

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 a red arrow stamp with the number 7. The stamp is a red arrow pointing to the right, containing the number 7. There are several handwritten signatures in blue ink, including a large 'X' and a signature that looks like 'C'. There is also a signature that looks like 'h' and another that looks like 'A'.

Análisis FODA

Fortalezas

1. Compromiso de la Dirección General para centrar la calidad como principio rector del plan quinquenal.
2. Involucramiento del equipo Directivo para el fortalecimiento y seguimiento del Modelo de Calidad Institucional.
3. Grupo Directivo impulsor de la participación ciudadana para la toma de decisiones y la mejora continua.
4. Incremento en la cultura del reporte de incidentes de seguridad del paciente.
5. Reconocimiento nacional del Modelo de Calidad del Instituto.
6. Políticas en materia de calidad acorde a la normatividad vigente.
7. Participación de la responsable de la Unidad de Calidad como evaluadora de modelos de certificación y acreditación.
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. Personal de la Unidad de Calidad calificados como replicadores del Interculturalidad.
10. Personal multidisciplinar de la Unidad de Calidad capacitado en aspectos de calidad y seguridad.
11. Participación de personal operativo en el Programa de Promotores de Calidad.
12. Participación en el Movimiento Internacional para la Seguridad del Paciente (Patient Safety Movement).

Debilidades

1. Capital humano insuficiente para el desarrollo de las actividades de la Unidad de Calidad.
2. Recortes presupuestales que impactan de manera negativa en la mejora de infraestructura dura y blanda.
3. Desabasto de insumos que puede condicionar retraso en la atención.
4. Bajo involucramiento de las áreas del Instituto para trabajar de manera sistémica y coordinada.
5. Bajo compromiso del personal en procesos de auditoría internos y externos.
6. Bajo apego de las áreas al cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Unidad de Calidad.
7. Involucramiento y compromiso parcial de los mandos medios en la promoción de una cultura de calidad.
8. Infraestructura insuficiente para dar respuesta a la sobredemanda de servicios asistenciales.
9. Desapego de los profesionales de salud en el cumplimiento de procesos actualizados en materia de calidad.
10. Bajo involucramiento de pacientes y familiares en el autocuidado y acatamiento de normas y lineamientos en materia de calidad.
11. Falta de capital humano y recursos materiales para la realización de cursos en materia de calidad.
12. Bajo apego al cumplimiento de acuerdos de los diversos Comités y Subcomités.
13. Cumplimiento incompleto de la normatividad en materia de expediente clínico.

<p>13. Participación en proyectos para obtener financiamiento externo en materia de calidad y seguridad.</p> <p>14. Subsede de la Especialidad de Calidad de la Atención Clínica del Tec de Monterrey.</p> <p>15. Innovación en el diseño y aplicación de plataformas lúdicas en materia de calidad.</p>	<p>14. Ausencia de procesos para la solicitud de interconsultas interinstitucionales.</p> <p>15. Bajo apego a la documentación de mantenimientos preventivos y correctivos de la infraestructura e instalaciones.</p> <p>16. Problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos y servicios.</p> <p>17. Bajo grado de apertura de la comunicación.</p>
<p>Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación de una cultura justa 2. Elaborar estrategias proactivas anticipándonos a la materialización de los riesgos identificados. 3. Innovación en procesos para la seguridad del paciente. 4. Implementación de procedimientos con enfoque multidisciplinar y sistémico. 5. Realizar investigación en materia de calidad. 6. Actualización de la vigencia de certificación. 7. Gestión de fuentes de financiamiento para la obtención de certificaciones o acreditaciones nacionales o internacionales. 8. Identificación de fuentes externas de financiamiento para proyectos en materia de calidad y seguridad. 9. Visitas interinstitucionales (nacionales e internacionales) para comparar, adoptar o adaptar mejores prácticas. 10. Desarrollo de habilidades para líderes enfocadas en la gestión de riesgos y la calidad de la atención. 	<p>Amenazas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condición económica nacional que ha derivado en recortes presupuestales importantes. 2. Incremento en la demanda de atención de pacientes críticos. 3. Falta de integración de un sistema de referencia y contrareferencia en el sector salud que atiende población abierta. 4. Fuga de talentos por ausencia de plazas. 5. Falta de actualización de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de salud. 6. Desafíos en el cumplimiento de normas y regulación sanitaria. 7. Falta de integración de temas en materia de calidad y trato digno en los programas académicos de profesionales de la salud.

Como resultado del análisis FODA se identifican como principales fortalezas del Instituto el compromiso de la Dirección para centrar la calidad como principio rector, el reconocimiento a nivel nacional del Modelo de Calidad Institucional, la participación de los integrantes de la Unidad de Calidad en programas de evaluación externos, capital humano multidisciplinar capacitado en aspectos de calidad y seguridad, así como el incremento en la cultura del reporte de eventos adversos.

Se considera como principales oportunidades la actualización de la vigencia de certificación, la innovación en procesos para la seguridad del paciente, la implementación de procedimientos con enfoque multidisciplinar y sistémico, el desarrollo de investigación en materia de calidad, así como el realizar visitas interinstitucionales (nacionales e internacionales) para comparar, adoptar o adaptar mejores prácticas.

Entre las principales debilidades se encuentran el capital humano insuficiente para el desarrollo de las actividades de la Unidad de Calidad, el 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 coordinada y la ausencia de procesos para la solicitud de interconsultas interinstitucionales.

Se consideran como principales amenazas 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.

Por lo antepuesto, el COCASEP 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 'X' and 'G'.

Estrategias y líneas de acción

Para dar respuesta al análisis FODA y la evaluación integral de riesgos y problemas; el Programa de Calidad Institucional 2025 presenta un enfoque de sistema, impulsando mejoras desde 4 grandes estrategias 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 transdisciplinaria) 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.

Las líneas de acción que se establecen en las 4 estrategias se basan en el conjunto de experiencias, evidencia y lecciones aprendidas que la Unidad de Calidad ha reunido.

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

El grupo Directivo debe tomar medidas para crear una cultura organizacional que fomente la confianza y la transparencia, donde la calidad sea un eje y la seguridad sea un valor central del Instituto.

Líneas de acción

- 1.1. Promover un cambio de paradigma interno dando a conocer a todo el personal del Instituto el informe anual del COCASEP 2024 y el Programa de Calidad Institucional 2025.
- 1.2. Introyectar a todo el personal, desde el liderazgo y la gobernanza, la calidad como un valor central, moral e innegociable del Instituto, a fin de contar con una cultura organizacional sólida.
- 1.3. Difundir los planes, proyectos prioritarios y acuerdos del COCASEP.
- 1.4. Aplicar la gobernanza en materia de calidad desde todos los niveles de mandos, ya que todos los líderes tienen la obligación de promover sustancialmente la seguridad de los pacientes y los trabajadores.
- 1.5. Reconocer la participación del personal operativo como Promotor de Calidad.
- 1.6. Promover la participación de Directivos, mandos medios y personal en general en foros, cursos o talleres relacionados con la calidad.
- 1.7. Difundir y capacitar a todo el personal sobre el Modelo de Calidad Institucional y la inclusión de mejores prácticas y barreras de seguridad.
- 1.8. Autorizar los procesos interinstitucionales para realizar auditorías internas y externas.
- 1.9. Incentivar la participación del personal en programas de seguridad del paciente a nivel nacional e internacional.
- 1.10. Mantener los compromisos adquiridos con el "*Patient Safety Movement*".
- 1.11. Realizar reuniones ejecutivas con los titulares de los departamentos, áreas y servicios a fin de analizar los resultados de los indicadores en materia de calidad e incentivar la colaboración y coordinación entre servicios.
- 1.12. Implementar estrategias digitales para optimizar la gestión de calidad (sistema de gestión documental).
- 1.13. Incorporar el uso de simulacros clínicos para entrenamientos en seguridad del paciente y manejo de situaciones críticas.

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

Cada trabajador, independientemente de su función o título, es considerado un defensor de la seguridad y se alienta a todos a informar sobre cualquier riesgo.

Líneas de acción

- 2.1. Garantizar una atención segura mediante la recopilación y estratificación de datos, el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente y la adopción de medidas activas para disminuir variabilidad en la atención médica.
- 2.2. Identificar, priorizar y analizar los riesgos y problemas.
- 2.3. Establecer acciones encaminadas a disminuir la probabilidad de ocurrencia de riesgos y problemas prioritarios.
- 2.4. Analizar el comportamiento de los indicadores de proceso y resultado para la toma de decisiones.
- 2.5. Promover la capacitación del personal en materia de Gestión de Riesgos.
- 2.6. Fomentar la participación de los líderes de todos los niveles de la organización en la evaluación de sus procesos, infraestructura dura, infraestructura blanda y resultados.
- 2.7. Respalda los procesos de auditoría interna a fin de examinar periódicamente el desempeño del sistema.
- 2.8. Supervisar el seguimiento y control de la implementación de las acciones de mejora.
- 2.9. Fomentar la integración de prácticas basadas en la evidencia científica en las actividades diarias.
- 2.10. Asignar a la Unidad de Calidad el capital humano necesario para analizar los datos de calidad y traducirlos en mejores prácticas.
- 2.11. Utilizar el índice de seguridad hospitalaria como base para aprobación de acciones correctivas y preventivas.

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

Los directivos deben asegurar que el Instituto desarrolle, implemente y haga cumplir los procesos, así como compartir de manera transparente las recomendaciones resultantes de los análisis de incidentes y lecciones aprendidas de manera oportuna.

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. Respaldar 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. Compartir los informes cuatrimestrales, por servicio, de los incidentes reportados en la plataforma Institucional.
- 3.5. Promover la transparencia de las lecciones aprendidas mediante una comunicación abierta (boletines de recomendaciones del Subcomité).
- 3.6. Analizar los resultados obtenidos de la evaluación de los reportes de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela.
- 3.7. Implementar las prácticas de una Cultura Justa, a fin de mejorar el sistema y responder de manera objetiva a la conducta de las personas.

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

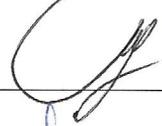
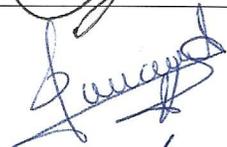
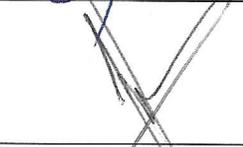
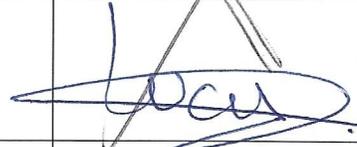
El COCASEP promueve que la información pública sea accesible, comprensible y relevante para la ciudadanía; así como garantiza la implementación de herramientas que permitan proteger y hacer uso del derecho de petición de los ciudadanos a través del Sistema Unificado de Gestión.

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. Involucrar a los pacientes, sus familiares y cuidadores en el proceso de atención.
- 4.7. Promover que el personal reciba capacitación continua en materia de trato adecuado y digno, así como interculturalidad en salud.

- 4.8. Establecer sistemas para analizar datos a fin de identificar y abordar las brechas relacionadas con los determinantes sociales de la salud.
- 4.9. Analizar la información obtenida por las diferentes herramientas:
 - a. Sistema Unificado de Gestión (SUG).
 - b. Encuestas de Satisfacción del Usuario.

COMITE 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	