

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018
Versión: 1.0

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06
Página 1 de 69

SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA
SEPTIEMBRE 2018 – SEPTIEMBRE 2019

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 2 de 69

INDICE

TEMA	PAGINA
1.-Objetivo	3
2.- Objetivos específicos	3
3.- Alcance	3
4.- Filosofía institucional	3
5.- Introducción	4
6.- El modelo de seguridad del paciente SiNaCEAM (QPS.1)	4
7.- Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (QPS.2)	9
8.- Evaluación integral de riesgos y problemas (QPS.3)	11
9.- Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente (QPS.4)	
9.1.- Los eventos centinela se analizan con el objetivo de implementar acciones preventivas. (QPS.4.1)	17
9.2.- Se notifican y analizan los eventos adversos. (QPS.4.2)	
9.3.-Se notifican y analizan las cuasifallas. (QPS.4.3)	
10.- Estandarización de procesos (QPS.5)	18
11.- Indicadores del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente (QPS.6 a QPS.6.8)	26
12.- Rediseño de procesos (QPS.7)	47
13.- Análisis de los datos (QPS.8- QPS.8.1)	53
14.- Mejora (QPS.9)	65
15.- Capacitación (QPS.10)	67
16. Aprobación	69

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06

Versión: 1.0

Página 3 de 69

1. Objetivo

Desarrollar un Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente, a través del trabajo de un equipo multidisciplinario con un enfoque sistémico, proactivo y reactivo.

2. Objetivos específicos

- 2.1.** Impulsar una cultura de calidad y seguridad del paciente que impacte sobre los procesos y los sistemas críticos de la organización.
- 2.2.** Implementación de lineamientos, procedimientos y acciones necesarias para establecer una mejora continua en los procesos identificados con oportunidad.
- 2.3.** Coordinar los procesos de las acciones básicas de seguridad del paciente, sistemas críticos para la seguridad del paciente (sistema de medicación, sistema de prevención y control de infecciones, sistema de gestión y seguridad de las instalaciones, sistema de competencia y capacitación del personal), atención centrada en el paciente y gestión de la organización.
- 2.4.** El comité de calidad y seguridad del paciente (COCASEP) analizará la información relacionada con el contenido de este sistema y dará seguimiento a las acciones de mejora que se establezcan a fin de garantizar su cumplimiento.

3. Alcance

El Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente abarca todos los procesos y áreas de la organización.

4. Filosofía institucional

Misión

Otorgar servicios para el cuidado de la salud a la población de todas las edades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y al máximo desarrollo de sus capacidades, a través de la evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de lesiones, todo con un sólido sustento científico, tecnológico y ético, con base a las normas nacionales e internacionales vigentes así como programas de seguridad de atención al paciente.

Visión

Ser reconocidos a nivel nacional e internacional, como uno de los mejores hospitales especializados en medicina del deporte y en las diferentes disciplinas que atienden los principales problemas de salud pública, con instalaciones, equipo, programas de vanguardia, personal capacitado y actualizado que brinde una atención de excelencia y sea líder de opinión.

Objetivo Principal

Establecer un centro diagnóstico y terapéutico para deportistas y público en general a partir de circuitos de

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 4 de 69

evaluación integral en salud, realizando diagnósticos oportunos y tratamientos enfocados a los principales padecimientos que pueden afectar a los usuarios de este centro médico.

Objetivo Secundario

Desarrollar nuevos proyectos de investigación, que nos mantengan a la vanguardia de los avances científicos del deporte a nivel mundial. Establecer espacios físicos para el desarrollo de nuestros alumnos de licenciatura y posgrados en ramos de la salud.

Valores

1. Compromiso
2. Responsabilidad
3. Respeto
4. Solidaridad
5. Honestidad
6. Justicia y equidad
7. Tolerancia
8. Pasión
9. Innovación
10. Integridad
11. Institucionalidad

5. Introducción

El objetivo de la seguridad del paciente es generar estrategias tendientes a identificar y evitar la ocurrencia de fallas o errores en los procesos de atención de salud y de disminuir el impacto en caso en que éstos se produjesen. La seguridad del paciente es un elemento imprescindible de la calidad asistencial que ha adquirido gran importancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los profesionales que anhelan ofrecer una asistencia tangible, eficiente y segura. Es por ello que el objetivo del sistema de calidad de la organización es garantizar que los procesos se cumplan de manera correcta garantizando la seguridad del paciente dentro del mismo.

6. El modelo de seguridad del paciente SiNaCEAM (QPS.1)

La organización trabaja para impulsar una cultura de calidad y seguridad del paciente que impacte sobre todos los procesos y sistemas críticos de la organización, lo pretende lograr a través de adoptar el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, con el documento estándares para implementar el modelo en hospitales 2015 edición 2018.

En la organización se desarrolló el Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente el cual será actualizado anualmente, y fue integrado por los siguientes cinco elementos:

La base:

1. La Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de toda la organización.
2. El Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

El resultado del análisis de la información y el uso de herramientas de calidad:

3. La Implementación de protocolos de atención. (Estandarización de procesos)
4. Implementación de barreras de seguridad y sus mediciones (Indicadores).

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 5 de 69

5. Rediseño de procesos de riesgo. (Herramienta proactiva AMEF)

Como base del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente la organización analiza toda la información generada a través de la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, procesos clínicos y de gestión con barreras de seguridad y el desarrollo de los cuatro Sistemas Críticos: (Manejo y uso de medicamentos, Prevención y Control de Infecciones, Gestión y Seguridad de las Instalaciones y Competencias y Capacitación del Personal) con el objetivo de identificar las prioridades de la organización relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente.



En abril de 2016 la Dirección General puso como proyecto la obtención de la Certificación de Hospitales por parte del SiNaCEAM, siendo un objetivo del área de calidad la coordinación de dicho proceso para obtener información y comenzar a implementar el modelo en la organización. En mayo de 2016 la Dirección de Calidad realizó el primer contacto con el Consejo de Salubridad General para solicitar información referente al proceso de certificación y la obtención de los documentos necesarios para iniciar la implementación.

Derivado de ello a partir de mayo de 2016 un equipo multidisciplinario inició a trabajar en el análisis, revisión e implementación del Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad, con el documento estándares para certificar hospitales 2015 segunda edición.

Con el propósito de revisar, validar y cumplir el documento de autoevaluación mismo que era un requisito de inscripción al proceso, se integraron equipos multidisciplinarios para la revisión y asignación de actividades al personal, hacia el desarrollo de cada uno de los ítems, se programaban reuniones diarias y/o semanales según correspondiera para que con todas las áreas involucradas se asignaran responsabilidades, conformando equipos multidisciplinarios de la siguiente manera:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 6 de 69

FASE	GRUPOS	INTEGRANTES	TEMAS A REVISAR
SECCIÓN 1	SECCIÓN 1	Dra. Gloria Vargas L.N. Salvador Villalobos	Autorizaciones sanitarias.
IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	SECCIÓN 2	Dr. Marco Salinas MCD. Vicente Moreno	Procesos clave para la implementación del Modelo.
IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	SECCIÓN 3	C.P. Santa Valencia L.A. Angélica Bejarano	Integración de Desarrollo de los Sistemas Críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
REQUISITOS DE ESTRUCTURA	SECCIÓN 4	L.F. Brianda Torres TQL. Noel Ramos Ing. Octavio Olmos	Requisitos de Estructura Ponderados como Indispensables
REQUISITOS DE ESTRUCTURA	SECCIÓN 5	L.F. Brianda Torres TQL. Noel Ramos Ing. Octavio Olmos	Requisitos de Estructura Ponderados como Necesarios.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 7 de 69

REQUISITOS DE ESTRUCTURA	SECCIÓN 6	L.F. Brianda Torres TQL. Noel Ramos Ing. Octavio Olmos	Requisitos de Estructura Ponderados como Convenientes.
--------------------------	-----------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

La presentación de avances de revisión del documento de autoevaluación se realizaba todos los días martes ante la Dirección General y el equipo multidisciplinario con el objetivo de mostrar el porcentaje de avance y el cumplimiento de actividades planificadas.

Continuando la revisión del contenido total de estándares para certificar hospitales 2015 segunda edición se formuló una estrategia de trabajo, designando a un equipo multidisciplinario por sección para que de manera diaria o terciaria convocaran reuniones con las áreas involucradas en sus ítems y se procediera a la revisión, identificación, implementación y medición de los estándares, dicho equipo era responsable de presentar avances generales a la Dirección General los días martes así como a todo el personal del comité.

Para la revisión de cada uno de los estándares, la organización decidió crear una matriz general en un archivo de Word en donde se vació toda la información del documento de los estándares mismo en donde cada sesión de trabajo se asignaban responsables, tareas o acciones a realizar ya fuera para la creación de un manual y/o procedimiento, creación de un formato, implementación de una acción de mejora, supervisión, capacitaciones, etc. así como fechas compromiso de entrega.

La organización definió realizar una semaforización para poder identificar y medir el porcentaje de avance a través de seleccionar cada propósito del estándar trabajado con el color definido para cada avance:

VERDE	El elemento medible se cumple al 100%.
AMARILLO	Se ha trabajado el elemento medible pero no se ha culminado al 100%.
ROJO	El elemento medible no se ha trabajado se tiene un 0%.
FUCSIA	El elemento medible NO APLICA para la organización.

La delimitación de facilitadores por sección se conformó de la siguiente manera:

Sección	SECCIONES	FACILITADOR DE SECCIÓN	TEMAS	RESPONSABLE DE SECCIÓN	ESTÁNDARES	ELEMENTOS MEDIBLES
1	Acciones básicas de seguridad del paciente.	Enfermería L.E. Thalía Alejandrina Bautista Araujo	Metas internacionales de Seguridad del paciente (MISP)	Enfermería L.E. Thalía Alejandrina Bautista Araujo	6	59
2	Sistemas críticos para la seguridad del paciente.	Almacén L.F. Brianda Irais Torres Lucas	Manejo y uso de medicamentos (MMU)	L.F. Brianda Irais Torres Lucas	28	134
			Prevención y Control de Infecciones	Dra. Gloria Vargas Sanchez	18	92

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 8 de 69

			(PCI)			
			Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS)	Ing. Rogelio Silva Carrillo	20	94
			Competencias y Capacitación del personal (SQE)	Dra. Karen Rubí Martínez Vega	19	89
3	El sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.	Calidad L.A. Rosa Angélica Bejarano López	Mejora de la calidad y la seguridad del paciente (QPS)	L.A. Rosa Angélica Bejarano López	24	118
4	Atención centrada en el paciente.	Área medica Dra. Gloria Vargas Sánchez	Acceso y continuidad de la atención (ACC)	Dra. Gloria Vargas Sánchez	20	78
			Derechos del paciente y de su familia (PFR)	Dra. Gloria Vargas Sánchez	26	99
			Evaluación de pacientes (AOP)	Dra. Gloria Vargas Sánchez	15	82
			Servicios auxiliares de diagnóstico (SAD)	Dra. Gloria Vargas Sánchez	24	110
			Atención de pacientes (COP)	Dra. Gloria Vargas Sánchez	33	105
			Anestesia y atención quirúrgica (ASC)	Dra. Gloria Vargas Sánchez	16	57
			Educación al paciente y a su familia (PFE)	L.N. Alejandra Chavez Oropeza	11	56
5	Gestión de la	Administración	Gestión de la	C.P. Santa	28	114

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 9 de 69

Organización.	C.P. Santa Valencia García	comunicación y la información (MCI)	Valencia García		
		Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)	C.P. Santa Valencia García	23	77

La presentación de los avances del proceso de implementación del Modelo del Consejo de Salubridad General así como el reporte de propuestas de acciones de mejora para la organización ante la Dirección General se realizaban en una sesión semanal los días martes a cargo de la Coordinación de Calidad quien participa como secretaria en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) de la organización.

Como resultado del trabajo multidisciplinario, apoyo y supervisión de la Dirección General el 23 de abril del 2018 se presentó la documentación correspondiente (carta compromiso, solicitud de inscripción, revisión de estándares para implementar el modelo en hospitales edición 2018, documento de autoevaluación, oficio solicitud) para poder iniciar formalmente con el proceso de certificación ante el Consejo de Salubridad General, el día 25 de Julio de 2018 la Dirección General recibió un oficio por parte del Consejo de Salubridad General de notificación de Alta en el SiNaCEAM y donde se otorgó el número de expediente 1880 a la organización.

A partir de la construcción del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del paciente se desarrollaron manuales, procedimientos y registros los cuales fueron presentados y aprobados en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y en sesiones del comité de certificación. Para cada documento validado y aprobado se procedió con la difusión y capacitación al personal para continuar con la implementación y evaluación del sistema de calidad de la organización.



Relación del Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM con la organización.

Derivado del análisis de la información generada por la organización, el sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente se basó en una evaluación integral de riesgos y problemas de toda la organización

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 10 de 69

generada a través de un equipo multidisciplinario, dicho sistema incluye también:

- El sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
- La implementación de protocolos de atención (Estandarización de procesos).
- Implementación de barreras de seguridad y sus mediciones (Indicadores).
- Rediseño de procesos de riesgo. (Herramienta proactiva).

El sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente, fue aprobado por el cuerpo de gobierno en una sesión ordinaria del COCASEP, donde se realizó una última revisión del contenido para proceder a aprobarlo.

7. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (QPS.2)

La Seguridad del Paciente es un elemento imprescindible de la calidad asistencial que ha adquirido gran importancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los profesionales que anhelan ofrecer una asistencia tangible, eficiente y segura. Es por ello que el objetivo del sistema de calidad de la organización es garantizar que los procesos se cumplan de manera correcta garantizando la seguridad del paciente dentro de la misma.

La organización conformo el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), de manera multidisciplinaria con el objetivo de analizar la información para implementar acciones de mejora en los procesos de atención logrando mantener la cultura de la calidad institucional.

El COCASEP tiene como objetivo evaluar la calidad de los servicios ofrecidos, identificando las causas que originan la insatisfacción de nuestros usuarios, coordinando la implementación de propuestas de mejora continua, asegurando que los pacientes reciban una atención médica óptima, logrando mejores resultados con el mínimo de riesgos y la máxima satisfacción durante el proceso de su atención, generando una cultura de seguridad del paciente en cualquier nivel de atención, desarrollando acciones para cumplir normativas nacionales e internacionales para mejorar la información y formación de los profesionales, pacientes y familiares. Dicho objetivo y funciones se documentan en el manual de integración y funcionamiento del COCASEP (CEMA-MN-CA-COCASEP-01).

Durante la sesión de construcción del COCASEP se determinó que se encabezaría por la Dirección General de la organización, así mismo se presentó el calendario de sesiones ordinarias en donde se estableció que las sesiones se llevarán cabo el primer martes de cada mes.

El COCASEP integra a los cuatros sistemas críticos y se articula con los diferentes comités con los que cuenta la organización, a través de la presentación del resultado de indicadores relacionados de los sistemas críticos y los informes mensuales entregados por cada uno de los diferentes comités.

Los comités conformados en la organización son los siguientes:

- 1*Comité Hospitalario de Bioética
- 2*Comité de Investigación
- 3Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
- 4Comité de Farmacia y Terapéutica
- 5Comité de Farmacovigilancia
- 6Comité para la detección y control de Infecciones Nosocomiales

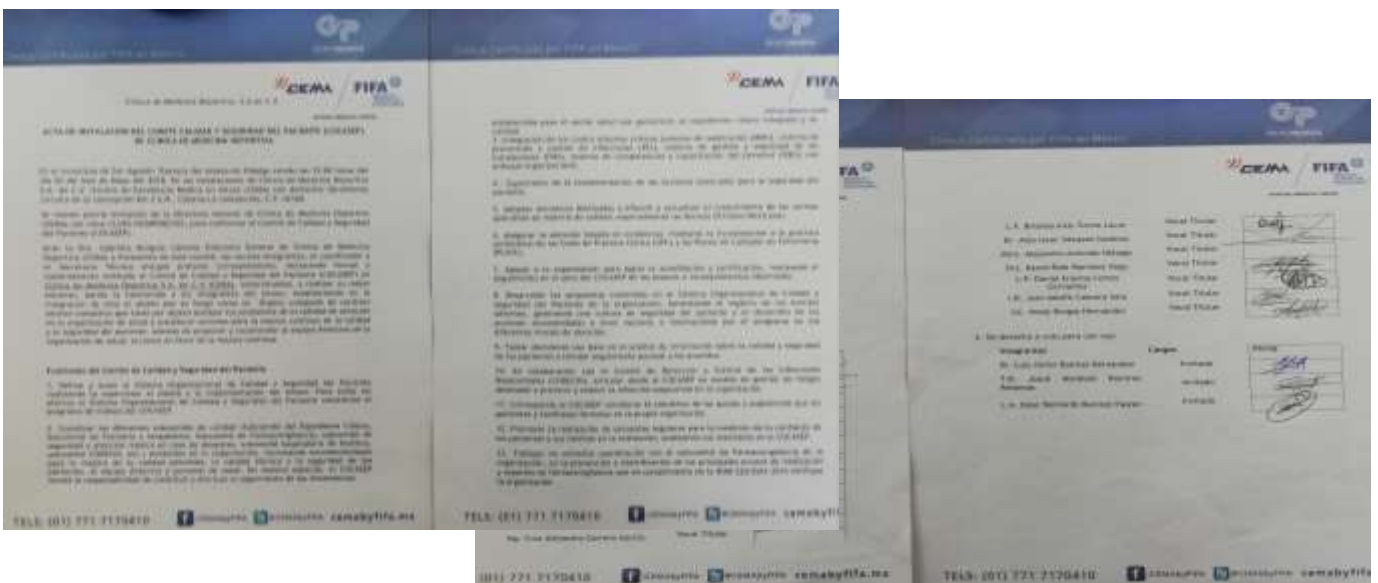
MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 11 de 69

- 7 Comité de Expediente Clínico
- 8 Comité de Mortalidad Materna y Perinatal
- 9 Comité de Morbi-mortalidad
- 10 Comité de Seguridad e Higiene
- 11 Comité de Protección Civil
- 12 Comité de Seguridad y atención médica en caso de desastres (Comisión)
- 13 Comité de vigilancia epidemiológica

Algunas de las funciones definidas para el COCASEP son las siguientes:

1. Define y avala el Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente realizando la supervisión el diseño y la implementación del mismo. Para todos los efectos el Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente constituirá el programa de trabajo del COCASEP.
 2. Desarrollar las propuestas contenidas en el Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente de la organización, fomentando el registro de los eventos adversos, generando una cultura de seguridad del paciente y el desarrollo de las acciones recomendadas a nivel nacional e internacional por el programa en los diferentes niveles de atención.
 3. Tomar decisiones con base en el análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes y brindar seguimiento puntual a los acuerdos.
 4. En colaboración con el Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN), articular desde el COCASEP un modelo de gestión de riesgos destinado a prevenir y reducir la infección nosocomial en la organización.
- Brindando puntual seguimiento a los acuerdos determinados en sesiones, para implementar las acciones de mejora dentro de la organización.



MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 12 de 69

8. Evaluación integral de riesgos y problemas (QPS.3)

Al ser la seguridad un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, en la organización se realizó una evaluación integral de riesgos y problemas de cada uno de los temas establecidos por el modelo del CSG, iniciando por las metas internacionales de seguridad del paciente, los sistemas críticos para la seguridad del paciente (Manejo y uso de medicamentos MMU, Prevención y control de infecciones PCI, Gestión y seguridad de las instalaciones FMS y Competencias y educación del personal SQE), posteriormente se analizaron las acciones esenciales de seguridad del paciente, los procesos clínicos (atención centrada en el paciente) y procesos de gestión de la organización.



MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018
Versión: 1.0

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06
Página 13 de 69

A través de la identificación de riesgos y problemas se generó un listado general de la organización, (Evaluación integral de riesgos y problemas QPS.3) (CEMA-RG-CA-ERP-06) en la cual se fundamenta la priorización de los mismos conforme a la metodología establecida por la organización.

METODOLOGÍA PARA EL ANALISIS DE RIESGOS Y PROBLEMAS

El análisis tiene como finalidad determinar aquellas situaciones que representan un riesgo o problema en la operación de la organización y que requieren llevar a cabo acciones de mejora.

A través de un equipo multidisciplinario se identificaron los riesgos y/o problemas con mayor frecuencia dentro de los procesos de metas internacionales de seguridad del paciente, los sistemas críticos para la seguridad del paciente (Manejo y uso de medicamentos MMU, Prevención y control de infecciones PCI, Gestión y seguridad de las instalaciones FMS y Competencias y educación del personal SQE), acciones esenciales de seguridad del paciente, procesos clínicos (atención centrada en el paciente) y procesos de gestión de la organización, la identificación se realizó con la participación del personal involucrado en los procesos.

Se planificó un calendario para realizar la identificación de riesgos y/o problemas por sección del modelo del Consejo de Salubridad General el cual permitió garantizar y considerar a toda la organización.

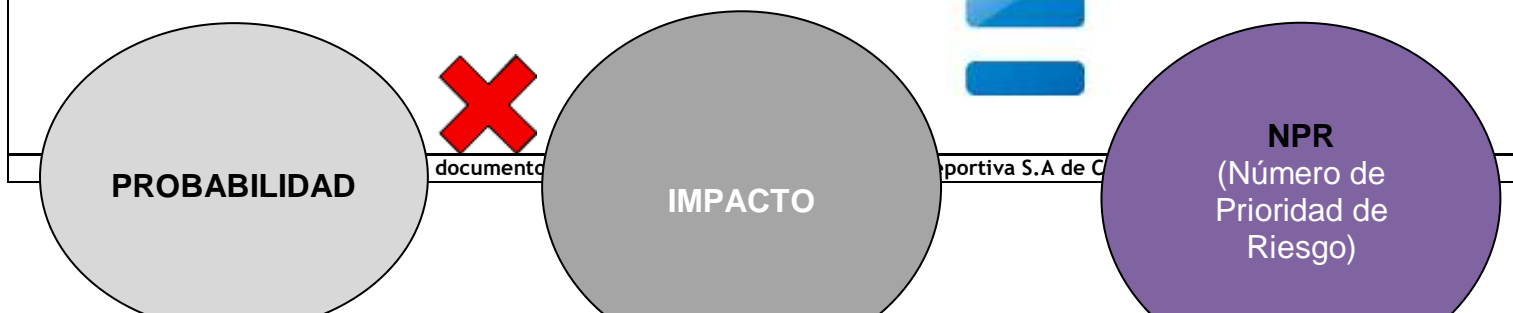
La revisión y evaluación de riesgos y problemas se realizó a través del equipo multidisciplinario en sesiones convocadas para el tema.

Los riesgos y problemas se redactaron de forma negativa, como si ya fueran un problema o riesgo a fin de medir el grado y determinar el nivel de priorización del mismo.

Fueron evaluados para determinar si es un riesgo o un problema y calificado de acuerdo a los siguientes criterios:

RIESGO	Incertidumbre de que ocurra un acontecimiento que pueda afectar el cumplimiento de estándares, metas u objetivos.
PROBLEMA	Ya ocurrió
NA	No aplica
Se mide en función de:	
Impacto (GRAVEDAD) y Probabilidad (FRECUENCIA) de ocurrencia.	

PONDERACIÓN DEL RIESGO



MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 14 de 69

PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	5 Muy frecuente	5	10	15	20	25
	4 Frecuente	4	8	12	16	20
	3 Ocasional	3	6	9	12	15
	2 Infrecuente	2	4	6	8	10
	1 Remoto	1	2	3	4	5
		1 Insignificante	2 Menor	3 Moderado	4 Mayor	5 Catastrófico
IMPACTO O GRAVEDAD DEL DAÑO						

Valor	Probabilidad	Gravedad o Impacto	NPR
5	Muy frecuente	Catastrófico	25 (Muy Alto)
4	Frecuente	Mayor	16 a 24 (Alto)
3	Ocasional	Moderado	9 a 15 (Medio)
2	Infrecuente	Menor	4 a 8 (Bajo)
1	Remoto	Insignificante	1 a 3 (Muy Bajo)

Presentada la metodología definida por la organización el equipo multidisciplinario procedió a evaluar el nivel de prioridad de riesgo de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y seguridad del paciente, personal e instalaciones, haciendo uso de diferentes fuentes de información como evaluaciones de desempeño, información de quejas, notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas, entre otros, obteniendo **261** riesgos y problemas identificados. Dentro del listado general se identificaron **5** estándares que se determinaron como **No Aplica**; el listado fue clasificado de la siguiente manera: fase, estándar, número por sección, riesgo o problema identificado, situación, ocurrencia, severidad, NPR, grado y barreras de seguridad.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 15 de 69

La información generada se concentró en una lista de evaluación de riesgos y problemas de la organización (CEMA-RG-CA-ERP-06).

La lista digital de la evaluación de riesgos y problemas de la organización se puede encontrar en el siguiente acceso de la plataforma interna del manejo de soporte documental SIMART.

http://www.ufd.mx/calidad/v20_cema/pgDocumentacion.asp?responsable=76

La información de la evaluación de riesgos y problemas de la organización se cuenta como se presenta en la imagen, esta se tiene de manera física y digital.

EVALUACIÓN DE RIESGOS Y PROBLEMAS DE CLÍNICA DE MEDICINA DEPORTIVA									
ACCIONES BÁSICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE									
Nº	ESTÁNDAR	Nº	RIESGO O PROBLEMA IDENTIFICADO	SITUACIÓN	OCURRENCIAS	EXTENSIÓN	Nº DE PACIENTES	GRADO	SABERIAS DE SOLUCIONADO
1	MSP.1	1	No se registran correctamente los datos de identificación del paciente.	PROBLEMA	4	3	28	ALTO	Realizar un segundo filtro en donde se realice el control de datos personales.
2	MSP.1	3	Expedientes de pacientes duplicados en sistema de gestión hospitalaria (Historial).	PROBLEMA	4	3	28	ALTO	Verificar antes de ingresar a un paciente si no existe expediente anterior.
3	MSP.1	3	No se solicita una identificación oficial para corroborar datos del paciente.	PROBLEMA	2	4	12	MEDIO	Para el registro del paciente se pedirá copia de su credencial de elector.
4	MSP.1	4	No se solicita fecha de nacimiento.	PROBLEMA	4	4	28	ALTO	Triple filtro de verificación.
5	MSP.1	5	Al momento de registrar a paciente para evento quirúrgico no dan los datos completos.	PROBLEMA	4	4	28	ALTO	Pedir a médico los datos completos y verificación de paciente a laboratorio.
6	MSP.1	6	No se ingresan datos correctos al momento del ingreso.	PROBLEMA	3	3	8	MEDIO	Pedir credencial de elector a paciente al momento de ingresar.
7	MSP.1	7	No se corroboran los datos en el segundo filtro.	PROBLEMA	2	2	4	BAJO	Referente a control de datos con paciente al hacer el primer contacto.
8	MSP.2	8	No se utiliza formato en indicaciones emitidas vía verbal o telefónica.	RIESGO	4	4	14	ALTO	Capacitar al personal sobre el formato de formato, así como el lugar en donde se encuentran los formatos.
9	MSP.2	9	Españolarse en tratamiento.	RIESGO	3	3	5	BAJO	Utilizar bitácora de registro de resultados emitidos vía telefónica.
10	MSP.2	10	No se entienden las indicaciones vía telefónica del médico.	RIESGO	2	4	8	BAJO	Utilizar el proceso escuchar, escribir, leer y confirmar.
11	MSP.2	11	No se entiende la letra después de transcribir la indicación verbal.	RIESGO	1	1	1	MUY BAJO	Antes de realizar indicaciones, compararlo con el audio de guardo para que coincida las indicaciones a la levedad.
12	MSP.2	12	No realizar la confirmación de las indicaciones.	RIESGO	1	4	4	MUY BAJO	Al momento de la llamada verificar y confirmar los datos.

Se presenta tabla general con los riesgos y problemas identificados por sección.

APARTADO	RIESGO O PROBLEMA	RIESGOS	PROBLEMAS	MUY ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO	
ACCIONES BÁSICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)	39	23	16	0	9	17	11	2
SISTEMAS CRITICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Manejo y uso de los medicamentos (MMU) Prevención y control de infecciones	161	41	120	2	34	52	59	14

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 16 de 69

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	(PCI)								
	Gestión y seguridad de las instalaciones (FMS)								
	Competencias y educación del personal (SQE)								
	Acceso y continuidad de la atención (ACC)								
	Derechos del paciente y de su familia (PFR)								
	Evaluación de paciente (AOP)								
	Servicios auxiliares de diagnóstico (SAD)	44	20	24	0	1	12	30	1
	Atención de pacientes (COP)								
	Anestesia y atención quirúrgica (ASC)								
	Educación del paciente y de su familia (PFE)								

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 17 de 69

GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	Gestión de la comunicación y la información (MCI)	17	3	14	0	1	5	9	2
	Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)								
		<u>261</u>	<u>87</u>	<u>174</u>	<u>2</u>	<u>45</u>	<u>86</u>	<u>109</u>	<u>19</u>

De los **261** riesgos y problemas identificados en la organización y derivado de la metodología definida por la organización, se obtuvieron por NPR (número de prioridad de riesgo) los siguientes grados; **2** de prioridad muy alta, **45** de prioridad alta, **86** de prioridad media, **109** de prioridad baja y **19** de prioridad muy baja.

A cada riesgo y problema se le asignó una barrera de seguridad que permitiera medir e identificar una mejora en el proceso. La organización determino que en un periodo de 6 meses después de identificados los riesgos y problemas se procediera a evaluar las barreras de seguridad implementadas; considerando el periodo de Septiembre 2018 – Febrero 2019, la siguiente evaluación se realizará con la actualización del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.

La organización determino que las mejoras se registrarían en el documento registro de mejoras (CEMA-RG-CA-RM-15) el periodo antes mencionado, dicho registro lo realizará el responsable de sección en conjunto con el líder de área del estándar involucrado en la evaluación integral de riesgos y problemas, dichas mejoras son registradas en la memoria anual del COCASEP (CEMA-DO-MCOCASEP-02).

9. Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente (QPS.4)

9.1. Los eventos centinela se analizan con el objetivo de implementar acciones preventivas. (QPS.4.1)

9.2. Se notifican y analizan los eventos adversos. (QPS.4.2)

9.3. Se notifican y analizan las cuasifallas. (QPS.4.3)

Es necesario promover la seguridad del paciente y la gestión de riesgos como uno de los principios fundamentales de nuestro sistema institucional con el fin de reducir el número de eventos centinelas, eventos adversos y cuasifallas derivados de la atención y su repercusión en la vida de los pacientes, por lo que la creación de un sistema de reporte de problemas de seguridad en la atención constituye una estrategia para aprender de los errores y evitar su ocurrencia en el contexto de mejora continua, a fin de tener evidencia sobre el impacto en la mejora de la calidad y seguridad en todos los procesos de atención.

La presente estrategia consiste en la implementación de un procedimiento de reportes como parte de un sistema que permita la revisión y análisis de los eventos que ocurran en la organización, así como la aplicación de medidas de prevención, y en el caso que las medidas no hayan estado en práctica, se deberá generar un plan de acción con el fin de asegurar su cumplimiento en otros pacientes que corresponda.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 18 de 69

La organización para desarrollar una cultura de calidad y seguridad creó un sistema de reporte y análisis de los eventos relacionados con la seguridad del paciente (CEMA-PR-CA-SNE-05) (http://www.ufd.mx/calidad/v20_cema/documentacion/CA/CEMA-PR-CA-5.pdf) que le permitirá aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

El sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente incluye:

1. Las definiciones operativas de cuasifallas y errores de medicación, evento centinela, evento adverso y cuasifalla.
2. Un mecanismo para su notificación.
3. Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.
4. La consideración de la segunda víctima.
5. La gestión y la confidencialidad de la información.
6. La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.
7. La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.

10. Estandarización de procesos (QPS.5)

La auditoría clínica (AC) es un “proceso de calidad que aspira a mejorar el cuidado del paciente y sus resultados mediante una revisión sistemática del cuidado con criterios explícitos, y una implantación de cambios”¹

¹ R. Burgess

**New Principles of Best Practice in Clinical Audit
Second edition, Radcliffe Publishing, (2011)**

La auditoría clínica consiste en una evaluación retrospectiva de la calidad de la atención basada en la revisión y análisis de la documentación clínica y es necesaria para que los profesionales sanitarios reciban información sobre su propia práctica y la puedan comparar con otros centros, o con los estándares derivados de la investigación clínica.

La estandarización de los procesos de atención clínica reduce los riesgos para los pacientes, en particular de aquellos asociados con las decisiones críticas, además permite que la atención se brinde de manera oportuna y efectiva, empleando en forma eficiente los recursos disponibles.

A partir de lo definido por la organización se identificó un proceso de atención con alta variabilidad, y en cual se decidió estandarizar para reducir los riesgos. La aprobación de la cédula de supervisión congruencia clínico diagnóstica terapéutica y procedimiento de auditoría clínica se llevó a cabo en una sesión del COCASEP, por medio del comité de auditoría clínica, los resultados sobre el apego clínico a la buena práctica serán presentados de manera anual ante el COCASEP para establecer las acciones que permitan estandarizar el proceso de atención seleccionado para la auditoría.

Dichas actividades se sustentan en el procedimiento de auditoría clínica estandarización de procesos (QPS.5) (CEMA-PR-CA-ACEP-04).

Metodología

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 19 de 69

La organización conformo a un comité a través de un equipo multidisciplinario para la realización de la auditoría clínica:

- Dra. Gloria Vargas Sánchez – Coordinadora Médica
- Dr. Luis Javier Batress Hernández – Responsable turno matutino atención medica continua
- Dra. Karen Rubí Martínez Vega – Jefatura de enseñanza
- L.A. Rosa Angélica Bejarano López – Coordinadora de calidad
- TSU. Roberto Carlos Clorio Angeles – Administrador de multimedia
- L.F. Brianda Irais Torres Lucas – Responsable de almacén

Planificación

El comité de auditoría clínica evaluó la guía de práctica clínica de tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto IMSS-493-11 a través del instrumento AGREE (CEMA-RG-CA-IA-03) el cual mediante 23 ítems abarca las siguientes dimensiones:

- Alcance y objetivo.
- Participación de los implicados.
- Rigor en la elaboración.
- Claridad y presentación.
- Aplicabilidad.
- Independencia editorial.

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL INSTRUMENTO AGREE		Clave: CEMA-RG-CA-IA-03	
CEMA	Vigente a partir de: MARZO 2017	Página 2 de 4	
HOJA DE EVALUACIÓN DE LA GUÍA			
ALCANCE Y OBJETIVO			
1. El (los) objetivo(s) general(es) de la guía están específicamente descrito(s).	Muy de acuerdo	4	3 2 1
2. Los (los) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía están específicamente descrito(s).	Muy de acuerdo	4	3 2 1
3. Los pacientes o quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS			
4. El grupo que desarrolla la guía incluye miembros de todos los grupos profesionales relevantes.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
6. Los usuarios de la guía están claramente definidos.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
7. La guía ha sido probada entre los usuarios.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
RIGOR EN LA ELABORACIÓN			
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
13. La guía ha sido revisada por expertos antes antes de su publicación.	Muy de acuerdo	4	3 2 1
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Muy de acuerdo	4	3 2 1

CÉDULA DE SUPERVISIÓN CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA TERAPÉUTICA FRACTURA DE TOBILLO				
EVIDENCIAS				
Enunciado del paciente	Si	No	NA	
¿Preguntó y consideró la comorbilidad y otros vitales del paciente?				
¿Verificó la existencia de factores de riesgo?				
11. ¿Anamnesis y exploración?				
12. ¿Deformidad?				
13. ¿Extrusión?				
14. ¿Inestabilidad articular?				
15. ¿Aumento del volumen?				
16. ¿Equilibrio?				
17. ¿Cephalografía craneal?				
18. ¿Existe radiografía AP y lateral de tobillo?				

CHECK LIST RAPIDO PARA LA APLICABILIDAD DE LA GPC			
ACTIVIDADES	SI	NO	N/A
1.- ANAMNESIS			
2.- EXPLORACIÓN			
3.- INMOVILIZACIÓN TEMPORAL			
4.- ANALGÉSICO			
5.- INTERCONSULTA A ORTOPEDIA			
6.- INMOVILIZACIÓN PERMANENTE			
7.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO			
8.- TRATAMIENTO ANALGÉSICO			
9.- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA			
10.- INCAPACIDAD			

Una vez validado el instrumento a aplicar procedieron a crear una cedula de supervisión congruencia clínico diagnostica terapéutica (CEMA-RG-SM-CS-10) con base a la guía de práctica clínica IMSS-493-11 para realizar la auditoría clínica.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 20 de 69

Se evaluará la aplicabilidad de la guía de práctica clínica a través de un check list rápido (CEMA-RG-SM-CLR-11).

El comité de auditoría clínica vacía la información de las cédulas aplicadas al registro de resultados de auditoría clínica (CEMA-RG-CA-RAC-07) para proceder a analizar la información y si es necesario aplicar mejoras y actualizar procesos.

Procedimiento para realizar la auditoría clínica

SECUENCIA DE PASOS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
a) Selección de una guía, vía, lineamiento, o protocolo de práctica clínica.	1.1 Analiza los procesos de alta variabilidad dentro de la organización. 1.2 Seleccionan proceso a evaluar. 1.3 Determinan que guía de práctica clínica aplica para el proceso a evaluar.	Comité de auditoría clínica

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 21 de 69

b) Evaluar la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica.	2.0 Se realiza la evaluación de guía de práctica clínica a través del instrumento AGREE (CEMA-RG-CA-IA-03). 2.1 Se procede a analizar los resultados de la evaluación de la guía para verificar su viabilidad.	Comité de auditoría clínica
c) Adaptar la guía, vía lineamiento o protocolo de práctica clínica.	3.0 Se verifica la adaptación de la guía a través de una cedula de supervisión congruencia clínico diagnóstica terapéutica (CEMA-RG-SM-CS-10).	Comité de auditoría clínica
d) Aprobar o adoptarlo por el establecimiento.	4.0 Se elige la muestra de la organización a evaluar.	Comité de auditoría clínica
e) Implementarlo para que su uso sea constante y efectivo.	5.0 La periodicidad de evaluación se realizará de manera anual de acuerdo al Sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.	Comité de auditoría clínica
f) Evaluar el apego mediante el uso de una herramienta.	6.0 Se evaluará la aplicabilidad de la guía a través de check list rápido (CEMA-RG-SM-CLR-11).	Comité de auditoría clínica
g) Actualizar según corresponda.	7.0 Analizan la información obtenida del Registro de resultados de auditoría clínica (CEMA-RG-CA-RAC-07). Si se identifican oportunidades de mejora se actualizarán los procesos correspondientes.	Comité de auditoría clínica
Termina procedimiento		

La organización realizó una auditoría clínica con base en la estandarización de procesos QPS.5, el proceso de alta variabilidad el cual no necesariamente fue el más frecuente ni que posee alta morbimortalidad fue la fractura de tobillo, el análisis y comparación se realizó con base en la Guía de práctica clínica IMSS-493-11, dicho análisis se realizará al menos una vez por año.

De acuerdo al procedimiento de auditoría clínica estandarización de procesos (QPS.5) (CEMA-PR-CA-ACEP-04), se realizó y se obtuvieron los siguientes resultados como a continuación se describe:

SECUENCIA DE PASOS	ACTIVIDAD
Comité responsable de la auditoría clínica.	La organización conformó a un comité a través de un equipo multidisciplinario para la realización de la auditoría clínica: Coordinadora Médica – Dra. Gloria Vargas Sánchez Responsable de seguridad laboral – Dr. Luis Javier Batress Hernández Jefatura de enseñanza – Dra. Karen Rubí Martínez Vega Coordinadora de calidad – L.A. Rosa Angélica Bejarano López Responsable de archivo clínico – L.S. Thalía Monzalvo León

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018
Versión: 1.0

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06
Página 22 de 69

Responsable de almacén – L.F. Brianda Irais Torres Lucas

a) Selección de una guía, vía, lineamiento, o protocolo de práctica clínica.

1. Se seleccionó la guía de práctica clínica, tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto IMSS-493-11 (CEMA-DOE-GPCFT).



b) Evaluar la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica.

2.0 Se realizó la evaluación de guía de práctica clínica a través del instrumento AGREE (CEMA-DOE-CA-IA-02).



2.1 De los resultados obtenidos se procedió a analizar y se determinó que la guía era recomendable para la evaluación.

c) Adaptar la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica.

3.0 Se verifica la adaptación de la guía a través de una cedula de supervisión congruencia clínico diagnóstica terapéutica (CEMA-RG-SM-CS-10).

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06

Versión: 1.0

Página 23 de 69

CÉDULA DE SUPERVISIÓN CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA TERAPÉUTICA FRACTURA DE TOBILLO						
EVIDENCIAS						
	Índice del paciente:	Id:	Fecha:	SI	NO	NA
1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO	1.1	¿Registra y considera la simetría y signos vitales del paciente?				
		¿Verifica la existencia de factores de riesgo?				
	1.1	¿Incapacidad funcional?				
	1.2	¿Deformidad?				
	1.3	¿Existe dolor?				
	1.4	¿Rigidez anormal?				
	1.5	¿Aumento del Volumen?				
2. HISTORIA	2.1	¿Existe radiografía AP y lateral de tobillo?				
	2.2	¿Existe proyección de mortaja?				
	2.3	¿Se solicitó TAC?				
3. VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE	3.1	¿Aporta tratamiento quirúrgico?				
	3.2	¿Existe valoración de riesgo?				
	3.3	¿Cuenta con laboratorios clínicos?				
	3.4	¿Existe comorbilidades?				
4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	4.1	¿Uso de analgesia con paracetamol o alguna AINE?				
	4.2	¿Aplicación de profilaxis antibiótica?				
5. TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	5.1	¿Se clasificó la fractura?				
	5.2	¿Se colocó aparato externo?				
6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	6.1	¿Se colocó férula?				
	6.2	¿Existe lesión ligamentaria?				
	6.3	¿Presencia de lesión a partes blandas?				
	6.4	¿Es una fractura inestable?				
7. TERAPIA DE REHABILITACIÓN	7.1	¿Existe probabilidad de lesión vascular?				
	7.2	¿Inicio rehabilitación temprana?				
	7.3	¿Periodo prolongado de terapia?				
	7.4	¿Terapia acorde a la lesión?				
8. CONSEJERÍA	8.1	¿Existen datos de síndrome compartimental?				
	8.2	¿Existen datos de necrosis?				
	8.3	¿Hubo defectos en la consolidación ósea?				
9. INCAPACIDAD	9.1	¿Se generó incapacidad prolongada?				

3.1 Se realizó la revisión de diagnóstico de fractura de tobillo del CIE10 – S82.8 en la base de datos del sistema de gestión hospitalaria HISTOCLIN.

d) Aprobar o adoptarlo por el establecimiento.

4.0 Se eligió la muestra de la organización a evaluar.

4.1 Con base en el listado de pacientes con el diagnóstico a evaluar se obtuvieron 7 expedientes clínicos. La revisión fue retrospectiva.

e) Implementarlo para que su uso sea constante y efectivo.

5.0 La periodicidad de evaluación se realizará de manera anual de acuerdo al Sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.

f) Evaluar el apego mediante el uso de una herramienta.

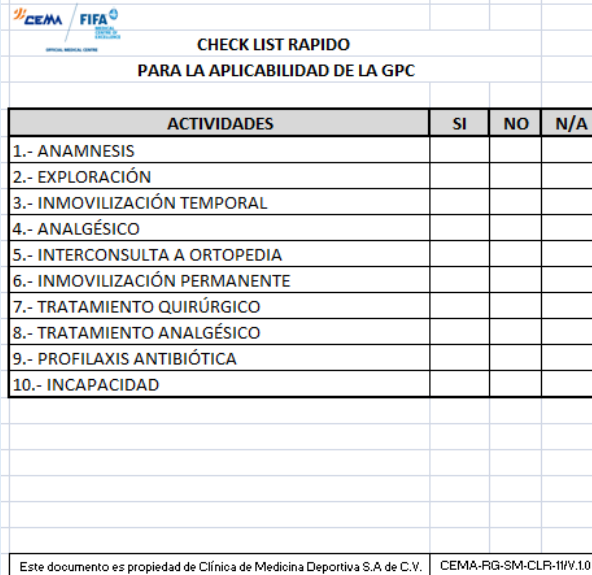
6.0 Se evaluará la aplicabilidad de la guía a través de check list rápido (CEMA-RG-SM-CLR-11).

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018
Versión: 1.0

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06
Página 24 de 69



Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A de C.V. CEMA-RG-SM-CLR-11/V.1.0

g) Actualizar según corresponda.

7.0 Se analizó la información obtenida en correlacion con siete expedientes evaluados.

7.1 En la cedula de supervisión con base en la guía de práctica clínica se obtuvieron 30 preguntas para analizar la aplicabilidad:
De las cuales 23 son evidencias y 7 recomendaciones.

1.1 ¿Incapacidad funcional?	E
1.2 ¿Deformidad?	E
1.3 ¿Existe dolor?	E
1.4 ¿Movilidad anormal?	E
1.5 ¿Aumento del Volumen?	E
1.6 ¿Equimosis?	E
1.7 ¿Crepitación ósea?	E
2.1 ¿Existe radiografía AP y lateral de tobillo?	E
2.2 ¿Existe proyección de mortaja?	R
2.3 ¿Se solicitó TAC?	R
3.1 ¿Amerito tratamiento quirúrgico?	R
3.2 ¿Existe valoración de riesgo?	R
3.3 ¿Cuenta con laboratorios clínicos?	E
3.4 ¿Existe comorbilidades?	E
4.1 ¿Inicio de analgesia con paracetamol o alguna AINE?	E
4.2 ¿Aplicación de profilaxis antibiótica?	E
5.1 ¿Se clasifico la fractura?	E

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 25 de 69

6.1 ¿Se colocó aparato externo?	E
6.2 ¿Se colocó férula?	E
7.1 ¿Existe lesión ligamentaria?	E
7.2 ¿Presencia de lesión a partes blandas?	E
7.3 ¿Es una fractura inestable?	E
7.4 ¿Existe probabilidad de lesión vascular?	E
8.1 ¿Inicio rehabilitación temprana?	E
8.2 ¿Periodo prolongado de terapia?	R
8.3 ¿Terapia acorde a la lesión?	R
9.1 ¿Existen datos de síndrome compartimental?	E
9.2 ¿Existen datos de necrosis?	E
9.3 ¿Hubo defectos en la consolidación ósea?	E
10.1 ¿Se generó incapacidad prolongada?	R

7.2 Obteniendo los siguientes resultados con base a las preguntas anteriores y la muestra de 7 expedientes:

PREGUNTAS	E/R	SI	NO	NA
1.1 ¿Incapacidad funcional?	E	6	1	0
1.2 ¿Deformidad?	E	5	2	0
1.3 ¿Existe dolor?	E	7	0	0
1.4 ¿Movilidad anormal?	E	3	1	3
1.5 ¿Aumento del Volumen?	E	4	0	3
1.6 ¿Equimosis?	E	1	2	4
1.7 ¿Crepitación ósea?	E	2	2	3
2.1 ¿Existe radiografía AP y lateral de tobillo?	E	6	1	0
2.2 ¿Existe proyección de mortaja?	R	2	4	1
2.3 ¿Se solicitó TAC?	R	0	0	7
3.1 ¿Amerito tratamiento quirúrgico?	R	6	1	0
3.2 ¿Existe valoración de riesgo?	R	2	0	5
3.3 ¿Cuenta con laboratorios clínicos?	E	7	0	0
3.4 ¿Existe comorbilidades?	E	2	5	0
4.1 ¿Inicio de analgesia con paracetamol o alguna AINE?	E	7	0	0
4.2 ¿Aplicación de profilaxis antibiótica?	E	7	0	0
5.1 ¿Se clasifico la fractura?	E	6	1	0
6.1 ¿Se colocó aparato externo?	E	0	2	5

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 26 de 69

6.2 ¿Se colocó férula?	E	0	2	5
7.1 ¿Existe lesión ligamentaria?	E	5	2	0
7.2 ¿Presencia de lesión a partes blandas?	E	0	7	0
7.3 ¿Es una fractura inestable?	E	5	2	0
7.4 ¿Existe probabilidad de lesión vascular?	E	7	0	0
8.1 ¿Inicio rehabilitación temprana?	E	5	2	0
8.2 ¿Periodo prolongado de terapia?	R	7	0	0
8.3 ¿Terapia acorde a la lesión?	R	6	0	0
9.1 ¿Existen datos de síndrome compartimental?	E	0	7	0
9.2 ¿Existen datos de necrosis?	E	0	7	0
9.3 ¿Hubo defectos en la consolidación ósea?	E	0	7	0
10.1 ¿Se generó incapacidad prolongada?	R	6	1	0

7.2 Ante lo cual se puede concluir que se llega a un diagnóstico por medio de una completa evaluación clínica y confirmación por estudios de gabinetes necesarios, así como un adecuado apego a terapéutica y rehabilitación de pacientes en relación a la guía de práctica clínica dentro de esta organización.

Termina procedimiento

11. Indicadores del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente (QPS.6 a QPS.6.8)

Con base en el Modelo del Consejo de Salubridad General y a partir de la evaluación integral de riesgos y problemas generada por la organización se procedió a identificar ocho prioridades relacionadas con cada uno de los siguientes procesos:

- a) Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
- b) Sistema de Medicación.
- c) Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
- d) Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- e) Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
- f) Procesos Clínicos.
- g) Procesos de Gestión.
- h) Implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

Para cada una de las ocho prioridades se implementó una acción o acciones (barreras de seguridad) con el objetivo de disminuir la probabilidad de que se presenten eventos adversos y mejora en los procesos.

Los indicadores de proceso del Sistema Organizacional de calidad y seguridad del paciente cumplen las siguientes características:

- a) Alineado al Sistema Organizacional de Calidad.
- b) Partir de un riesgo o problema.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 27 de 69

- c) Medir la implementación de la(s) acción(es) o barrera de seguridad.
- d) Método de medición a través de la observación del proceso (por ejemplo un estudio de sombra).
- e) Contar con técnica de recolección de datos confiable.

Al diseñar los indicadores de proceso se consideró lo siguiente:

- a) Que la muestra permita el análisis del proceso para la mejora (por ejemplo que se consideren los diferentes turnos, los diferentes profesionales involucrados en el proceso, que sea aleatoria, etc.).
- b) Que se mida la implementación de acción(es) o barrera(s) de seguridad.
- c) Que se cuente con una herramienta para su medición.
- d) Que cuente con una meta alcanzable de acuerdo al contexto de la organización.
- e) Que tome en cuenta buenas prácticas o la evidencia científica para respaldar las acciones implementadas, cuando corresponda.
- f) Que se analice y se tomen acciones de mejora.
- g) Que demuestre la mejora del proceso.

A fin de comprender la efectividad de las estrategias de mejora, para cada uno de los indicadores de proceso relacionados con los sistemas críticos y con los procesos clínicos y de gestión seleccionados, se diseñó un indicador de resultado que mida el impacto de la(s) acción (es) o barrera(s) de seguridad implementadas.

El Sistema Organizacional de Calidad Seguridad del Paciente anualmente deberá ser actualizado, así mismo deberá estar conformado por al menos, por dieciséis indicadores, de los cuales ocho deberán ser diseñados en pares: un indicador de proceso para medir la implementación la(s) acción(es) o barrera(s) de seguridad y uno de resultado para medir la efectividad de la(s) misma(s).

La organización a través de un análisis de la evaluación integral de riesgos y problemas, genero el siguiente listado de indicadores de proceso y de resultado; mismos que son presentados y analizados de manera mensual en sesión ordinaria de COCASEP, a través del informe de indicador (*CEMA-RG-CA-II-13*) por cada responsable y dueño del indicador con la finalidad de que los integrantes del comité realicen el análisis, observaciones y acciones de mejora.

La coordinación de calidad es responsable de concentrar la información de cada indicador de manera mensual para que en el periodo determinado por la organización que es cada 5 meses se proceda al realizar el análisis multidisciplinario y dicho resultado sea plasmado en la memoria anual del COCASEP (*CEMA-DO-MCOCASEP-02*), los periodos determinados para analizar son (diciembre 2018 – abril 2019 y mayo 2019 – septiembre 2019) dicho periodo se determinó con base al sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.

La organización cuenta con **73** indicadores que no están relacionados con el sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente pero se relacionan a los procesos clínicos y de gestión de la organización dicho número puede variar debido a que la información sufre cambios constantes. Para dichos indicadores se realiza el mismo proceso de análisis de datos de manera mensual y en el periodo de cada 5 meses, los resultados se encuentran plasmados en la memoria anual del COCASEP (*CEMA-DO-MCOCASEP-02*).

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 28 de 69

No.	ENFOQUE	TIPO	NOMBRE	FÓRMULA	OBJETIVO	RESPONSABLE
1	Metas Internacionales de Seguridad del Paciente	PROCESO	Porcentaje de pacientes correctamente identificados.	$\frac{\text{Total de pacientes identificados correctamente}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$	100% de pacientes correctamente identificados	Archivo clínico
2	Metas Internacionales de Seguridad del Paciente	RESULTADO	Porcentaje de errores en la identificación.	$\frac{\text{Número de pacientes con error en ficha de identificación}}{\text{Número total de pacientes al mes}} \times 100$	0% de pacientes con error en ficha de identificación	Archivo clínico
3	Sistema de medicación	PROCESO	Porcentaje de medicamento semaforizado en centrales de enfermería.	$\frac{\text{Número de medicamentos semaforizados}}{\text{Total de medicamentos en el stock}} \times 100$	100% de medicamentos semaforizados	Personal de almacén
4	Sistema de medicación	RESULTADO	Porcentaje de medicamento caduco en centrales de enfermería.	$\frac{\text{Número de medicamentos caducos}}{\text{Total de medicamentos en el stock}} \times 100$	0% de medicamento caduco	Personal de almacén
5	Sistema de prevención y control de infecciones	PROCESO	Porcentaje de personal clínico con apego a la higiene de manos.	$\frac{\text{Personal clínico con apego a higiene de manos}}{\text{Total de personal clínico}} \times 100$	100% de personal clínico con apego a higiene de manos	Enfermería
6	Sistema de prevención y control de infecciones	RESULTADO	Porcentaje de infecciones asociadas a la atención sanitaria.	$\frac{\text{Número de infecciones asociadas a la atención sanitaria mensual}}{\text{Número de pacientes atendidos en 1 mes}} \times 100$	0% de infecciones asociadas a la atención sanitaria	Epidemiología
7	Sistema de competencias y capacitación del personal	PROCESO	Porcentaje de capacitaciones realizadas	$\frac{\text{Total de capacitaciones realizadas}}{\text{Total de capacitaciones planeadas}} \times 100$	100% de capacitaciones planeadas	Jefatura de enseñanza
8	Sistema de competencias y capacitación del personal	RESULTADO	Porcentaje de personal capacitado.	$\frac{\text{Total de personal capacitado}}{\text{Total de personal}} \times 100$	100% de personal capacitado	Jefatura de enseñanza
9	Sistema de gestión y seguridad de las instalaciones	PROCESO	Porcentaje de mantenimientos preventivos realizados.	$\frac{\text{Total de mantenimientos preventivos realizados}}{\text{Total de mantenimientos programados}} \times 100$	100% de equipos con mantenimientos preventivos	Área biomédica
10	Sistema de	RESULTADO	Porcentaje de	Total de fallas	0% de fallas en	Área

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 29 de 69

	gestión y seguridad de las instalaciones		fallas en equipos médicos detectadas durante la revisión periódica.	$\frac{\text{detectadas}}{\text{Total de equipo}} \times 100$	equipos	biomédica
11	Procesos clínicos	PROCESO	Porcentaje de evaluación incorrecta del dolor.	$\frac{\text{Total de evaluaciones incorrectas}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$	0% de evaluaciones incorrectas	Enfermería
12	Procesos clínicos	RESULTADO	Porcentaje de pacientes adecuadamente tratados.	$\frac{\text{Número de pacientes tratados adecuadamente}}{\text{Número total de pacientes}} \times 100$	100% de pacientes sin dolor	Enfermería
13	Procesos de gestión	PROCESO	Porcentaje de expedientes que cuentan con check list.	$\frac{\text{Total de expedientes con check list al mes}}{\text{Total de expedientes recibidos y prestados al mes}} \times 100$	100% de expedientes con aplicación de check list	Archivo clínico
14	Proceso de gestión	RESULTADO	Porcentaje de expedientes incompletos en un mes.	$\frac{\text{Total de expedientes incompletos en un mes}}{\text{Total de expedientes recibidos y prestados al mes}} \times 100$	0% de expedientes incompletos	Archivo clínico
15	Acciones esenciales para la seguridad del paciente	PROCESO	Porcentaje de notificaciones atendidas	$\frac{\text{Total de notificaciones atendidas}}{\text{Total de notificaciones reportadas}} \times 100$	100% de notificaciones atendidas	Calidad
16	Acciones esenciales para la seguridad del paciente	RESULTADO	Porcentaje de notificaciones resueltas por incorrecta identificación del paciente.	$\frac{\text{Total de notificaciones resueltas por incorrecta identificación del paciente}}{\text{Total de notificaciones reportadas por incorrecta identificación del paciente}} \times 100$	100% de notificaciones resueltas	Calidad

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 30 de 69

Para la construcción de los dieciséis indicadores de proceso y resultado que forman parte del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente, la organización definió que se determinarían a través de un equipo multidisciplinario dentro de las sesiones para la construcción del sistema, utilizando una ficha indicador (CEMA-RG-CA-FI-12) que contiene los siguientes conceptos:

FICHA INDICADOR

1. Estándar.
2. Problema detectado.
3. Nombre del indicador.
4. Algoritmo.
5. Descripción.
6. Objetivo.
7. Alcance.
8. Proceso (método) de obtención.
9. Frecuencia de revisión.
10. Responsable
11. Firmas de quien elaboró y revisó.

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1. Estándar	¿A qué estándar pertenece el indicador?
2. Problema detectado	¿Qué problema existe en relación al servicio involucrado? (palabras clave recursos, procesos, quejas, errores, falta de información, equipo médico, personal del área, etc.)
3. Nombre del indicador	Nombre clave y representativo de lo que queremos medir. Que empiece con cualquiera de las siguientes palabras: número de... Porcentaje de... tasa de....
4. Algoritmo	Indicar la fórmula matemática que se empleará para medir el indicador, ejemplo: = $\frac{\# \text{de formatos incompletos}}{\# \text{total de formatos analizados}} \times 100$
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	¿Qué nos dice el indicador?, explicar con palabras sencillas y fáciles de comprender lo que se obtiene con el indicador. Escribe sin abreviaturas y sin palabras técnicas.
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? ¿A dónde se quiere llegar con este indicador? ¿Cuál sería un estado ideal del servicio o proceso?
7. Alcance	¿Quiénes están involucrados con el proceso que se está evaluando? ¿Qué áreas del hospital están involucradas? ¿Los pacientes y familiares están involucrados?
8. Proceso (método) de obtención	Indicar los pasos a seguir para: a) Medir el indicador b) Recolectar los datos c) Analizar la información obtenida Para cada uno de estos puntos piensa en lo siguiente: quién, cómo, dónde y cuándo.
9. Frecuencia de revisión	Definir cada cuando se estará revisando el indicador para evaluar las áreas de oportunidad y tomar acciones de mejora (diario, semanal o mensual).
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras?
Elaboró: Puesto: Fecha de elaboración:	Revisó: Puesto: Fecha de revisión:

A continuación se presentan las fichas indicador de los 16 indicadores que integran el Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 31 de 69

FICHA INDICADOR

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE PROCESO
ENFOQUE	1. METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
1.Estándar	MISP.1
2. Problema detectado	Incorrecta identificación de pacientes.
3. Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes correctamente identificados.
4.Algoritmo	Total de pacientes identificados correctamente ----- x 100 Total de pacientes en el mes
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de pacientes correctamente identificados.
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.-Identificación correcta de pacientes. ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 100% de pacientes correctamente identificados.
7.Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Enfermería, admisión, call center, área médica, todas las áreas clínicas y no clínicas.
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: archivo clínico, expediente clínico, reporte de cuasifallas, mensual. b) Recolectar los datos: archivo clínico, Bitacora, archivo clínico, mensual. c) Analizar la información obtenida: archivo clínico, informes, COCASEP, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Archivo clínico ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? Comité de COCASEP
Elaboró: L.T. Thalía Monzalvo León Puesto: Responsable de archivo clínico Fecha de elaboración:	Revisó: Dra. Gloria Vargas Sánchez Puesto: Coordinadora Medica Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 32 de 69

NCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE RESULTADO
ENFOQUE	METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
1. Estándar	MISP.1
2. Problema detectado	Datos erróneos en ficha de identificación del paciente.
3. Nombre del indicador	Porcentaje de errores en la identificación.
4. Algoritmo	$\frac{\text{Número de pacientes con error en ficha de identificación}}{\text{Número total de pacientes en el mes}} \times 100$
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de errores en la identificación.
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Pacientes sin error en ficha de identificación. ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 0% de pacientes con error en ficha de identificación
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Enfermería, admisión, call center, área médica, todas las áreas clínicas y no clínicas.
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: archivo clínico, expediente clínico, reporte de cuasifallas, archivo clínico, mensual. b) Recolectar los datos: archivo clínico, expediente clínico, reporte de cuasifallas, archivo clínico, mensual. c) Analizar la información obtenida: expediente clínico, reporte de cuasifallas, aula de enseñanza, mensual, COCASEP.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Archivo clínico ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? Comité de COCASEP
Elaboró: L.T. Thalía Monzalvo León Puesto: Responsable de archivo clínico Fecha de elaboración:	Revisó: Dra. Gloria Vargas Sánchez Puesto: Coordinadora Medica Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 33 de 69

	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE PROCESO
ENFOQUE	SISTEMA DE MEDICACIÓN
1. Estándar	MMU.5
2. Problema detectado	Falta de apego a la semaforización en el almacenamiento de medicamentos en las centrales de enfermería
3. Nombre del indicador	Porcentaje de medicamento semaforizado en centrales de enfermería
4. Algoritmo	Número de medicamentos semaforizados ----- x 100 Total de medicamentos en el stock
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de medicamento semaforizado en centrales de enfermería
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Identificar el número de medicamentos que se encuentran semaforizados en centrales de enfermería ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 100% de medicamento semaforizados
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Personal de almacén y personal de enfermería
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: Personal de almacén, levantamiento de inventarios y semaforización, centrales de enfermería, semanal. b) Recolectar los datos: personal de almacén, formato de inventario, centrales de enfermería, semanal c) Analizar la información obtenida: personal de almacén, resultados de inventario y semaforización, almacén, mensual
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Personal de almacén ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: L.F. Brianda Irais Torres Lucas Puesto: Responsable de Almacén Fecha de elaboración:	Revisó: L.A. Rosa Angélica Bejarano López Puesto: Coordinadora de Calidad Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 34 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE RESULTADO
ENFOQUE	SISTEMA DE MEDICACIÓN
1. Estándar	MMU.5
2. Problema detectado	Existencia de medicamentos caducos en las centrales de enfermería
3. Nombre del indicador	Porcentaje de medicamento caduco en centrales de enfermería
4. Algoritmo	$\frac{\text{Número de medicamentos caducos}}{\text{Total de medicamentos en el stock}} \times 100$
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de medicamento caduco en centrales de enfermería
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Evitar la existencia de medicamento caduco en centrales de enfermería ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 0% de medicamento caduco
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Personal de almacén y personal de enfermería
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: Personal de almacén, levantamiento de inventarios y semaforización, centrales de enfermería, semanal. b) Recolectar los datos: personal de almacén, formato de inventario, centrales de enfermería, semanal c) Analizar la información obtenida: personal de almacén, resultados de inventario y semaforización, almacén, mensual
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Personal de almacén ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: L.F. Brianda Irais Torres Lucas Puesto: Responsable de Almacén Fecha de elaboración:	Revisó: L.A. Rosa Angélica Bejarano López Puesto: Coordinadora de Calidad Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 35 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE PROCESO
ENFOQUE	SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
1. Estándar	PCI.4
2. Problema detectado	Falta de cultura de higiene de manos en personal clínico
3. Nombre del indicador	Porcentaje de personal clínico con apego a la higiene de manos
4. Algoritmo	Personal clínico con apego a higiene de manos ----- x 100 Total de personal clínico
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de personal clínico con apego a la higiene de manos
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Identificar al personal clínico con apego a higiene de manos ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 100% de personal clínico con apego a higiene de manos
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Enfermería, área medica, nutrición, psicología, terapia física, spa, laboratorio, almacén
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: personal de enfermería, check list de evaluación, estudio sombra, espacios físicos de atención clínica, mensual. b) Recolectar los datos: personal de enfermería, check list de evaluación, estudio sombra, espacios físicos de atención clínica, mensual c) Analizar la información obtenida: personal de enfermería, check list de evaluación, estudio sombra, espacios físicos de atención clínica, mensual
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Enfermería ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: L.E. Beatriz Mendoza Puesto: Enfermera Fecha de elaboración:	Revisó: Dra. Gloria Vargas Sánchez Puesto: Coordinadora Medica Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 36 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE RESULTADO
ENFOQUE	SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
1.Estándar	PCI.4
2. Problema detectado	Falta de aseo de manos en la atención clínica
3. Nombre del indicador	Porcentaje de infecciones asociadas a la atención sanitaria
4.Algoritmo	Número de infecciones asociadas a la atención sanitaria mensual ----- x 100 Número de pacientes atendidos en 1 mes
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de infecciones asociadas a la atención sanitaria
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Disminuir riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 0% de infecciones asociadas a la atención sanitaria
7.Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Enfermería, área médica, nutrición, psicología, terapia física, spa, laboratorio, almacén
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: personal de epidemiología, SUIVE, RHOVE, área de epidemiología, reporte acorde a riesgo y clasificación. b) Recolectar los datos: personal de epidemiología, SUIVE, RHOVE, área de epidemiología, reporte acorde a riesgo y clasificación. c) Analizar la información obtenida: personal de epidemiología, SUIVE, RHOVE, área de epidemiología, reporte acorde a riesgo y clasificación.
9. Frecuencia de revisión	Reporte acorde a riesgos y clasificación
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Epidemiología ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: Dra. Gloria Vargas Sánchez Puesto: Coordinación Médica Fecha de elaboración:	Revisó: Dr. José María Busto Villareal Puesto: Director Médico Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 37 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE PROCESO
ENFOQUE	SISTEMA DE COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL
1. Estándar	SQE. 10 Capacitación continua
2. Problema detectado	Porcentaje de capacitaciones realizadas
3. Nombre del indicador	Porcentaje de capacitaciones planeadas
4. Algoritmo	$= \frac{\text{Total de capacitaciones realizadas}}{\text{Total de capacitaciones planeadas}} \times 100$
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de capacitaciones realizadas
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Identificación de las capacitaciones realizadas ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- Realizar el 100% de las capacitaciones planeadas
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Todas las áreas clínicas y no clínicas
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: jefatura de enseñanza, lista de asistencia, cedula de identificación de capacitaciones por área, horario tipo, aula de enseñanza, cada mes. b) Recolectar los datos: Jefatura de enseñanza, lista de asistencia, formato CINCA, horario tipo, aula de enseñanza, mensual. c) Analizar la información obtenida: COCASEP, formato CINCA, aula de enseñanza, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensualmente.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Jefatura de enseñanza ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: Dra. Karen Rubí Martínez Vega Puesto: Jefatura de Enseñanza Fecha de elaboración:	Revisó: L.A. Rosa Angélica Bejarano López Puesto: Coordinadora de Calidad Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 38 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE RESULTADO
ENFOQUE	SISTEMA DE COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL
1. Estándar	SQE. 10 Capacitación continua
2. Problema detectado	Falta de personal capacitado
3. Nombre del indicador	Porcentaje de personal capacitado
4. Algoritmo	Total de personal capacitado ----- x 100 Total de personal
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de personal capacitado
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Identificación de personal capacitado ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 100% de personal capacitado
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Todas las áreas clínicas y no clínicas
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: jefatura de enseñanza, programación de capacitaciones, aula de enseñanza, cada mes. b) Recolectar los datos: Jefatura de enseñanza, cedula de identificación de necesidades de capacitaciones por áreas, formato CINCA, aula de enseñanza, mensual. c) Analizar la información obtenida: COCASEP, formato CINCA, aula de enseñanza, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual y por evento
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Jefatura de enseñanza ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: Dra. Karen Rubí Martínez Vega Puesto: Jefatura de Enseñanza Fecha de elaboración:	Revisó: L.A. Rosa Angélica Bejarano López Puesto: Coordinadora de Calidad Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 39 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE PROCESO
ENFOQUE	SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES
1. Estándar	FMS
2. Problema detectado	Retraso en ejecución en tiempo y forma de mantenimiento preventivo a equipo biomédico
3. Nombre del indicador	Porcentaje de mantenimientos preventivos realizados
4. Algoritmo	$\frac{\text{Total de mantenimientos preventivos realizados}}{\text{Total de mantenimientos programados}} \times 100$
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de mantenimientos preventivos realizados
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Identificación de mantenimientos preventivos ejecutados ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 100% equipos con mantenimientos preventivos
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Todas las áreas clínicas y no clínicas
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: área de ingeniería biomédica, programación anual de mantenimiento preventivo, áreas de CEMA, mensualmente. b) Recolectar los datos: área de ingeniería biomédica, programación anual de mantenimiento preventivo, áreas de CEMA, mensualmente. c) Analizar la información obtenida: COCASEP, formato programa anual de mantenimiento preventivo, aula de enseñanza, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Departamento de Ingeniería Biomédica ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: I.B. Juan Adolfo Cabrera Soto Puesto: Ingeniero biomédico Fecha de elaboración:	Revisó: Ing. Cruz Alejandro Carrera García Puesto: Director de Operaciones Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 40 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE RESULTADO
ENFOQUE	SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES
1. Estándar	FMS
2. Problema detectado	Equipos con fallas detectadas
3. Nombre del indicador	Porcentaje de fallas en equipos médicos detectadas durante la revisión periódica
4. Algoritmo	$\frac{\text{Total de fallas detectadas}}{\text{Total de equipo}} \times 100$
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de fallas en equipos médicos detectadas durante la revisión periódica
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Identificar fallas de equipos médicos durante la revisión periódica ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 0% de fallas en equipos
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Todas las áreas clínicas y no clínicas
8. Proceso (método) de obtención (¿Quién, cómo, dónde y cuándo?)	a) Medir el indicador: área de ingeniería biomédica, formato de revisión periódica de equipo, áreas de CEMA, mensualmente. b) Recolectar los datos: área de ingeniería biomédica, formato de revisión periódica de equipo, áreas de CEMA, mensualmente. c) Analizar la información obtenida: comité de COCASEP, formato programa anual de mantenimiento preventivo, aula de enseñanza, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Departamento de Ingeniería Biomédica ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: I.B. Juan Adolfo Cabrera Soto Puesto: Ingeniero biomédico Fecha de elaboración:	Revisó: Ing. Cruz Alejandro Carrera García Puesto: Director de Operaciones Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 41 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE PROCESO
ENFOQUE	PROCESOS CLÍNICOS - ATENCIÓN CENTRADA AL PACIENTE
1.Estándar	COP.8
2. Problema detectado	Aplicación incorrecta de la escala del dolor
3. Nombre del indicador	Porcentaje de evaluación incorrecta del dolor
4.Algoritmo	Total de evaluaciones incorrectas ----- x 100 Total de pacientes
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de evaluación incorrecta del dolor
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.-Aplicación correcta de la escala del dolor. ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 0% de evaluaciones incorrectas.
7.Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Enfermería
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: personal enfermería, escalas del dolor, área de urgencias y hospitalización, mensual. b) Recolectar los datos: personal enfermería, escalas del dolor, área de urgencias y hospitalización, mensual. c) Analizar la información obtenida: personal enfermería, escalas del dolor, central de enfermería, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Área enfermería ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: L.E. Thalía Alejandrina Bautista Araujo Puesto: Coordinadora de Enfermería Fecha de elaboración:	Revisó: Dra. Gloria Vargas Sánchez Puesto: Coordinadora Medica Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 42 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE RESULTADO
ENFOQUE	PROCESOS CLÍNICOS - ATENCIÓN CENTRADA AL PACIENTE
1. Estándar	COP.8
2. Problema detectado	Adecuado manejo del dolor en pacientes
3. Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes adecuadamente tratados
4. Algoritmo	$\frac{\text{Número de pacientes tratados adecuadamente}}{\text{Número total de pacientes}} \times 100$
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de pacientes adecuadamente tratados
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Disminución del dolor en pacientes. ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 100% de pacientes sin dolor.
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Enfermería
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: personal enfermería, escalas del dolor, área de urgencias y hospitalización, mensual. b) Recolectar los datos: personal enfermería, escalas del dolor, área de urgencias y hospitalización, mensual. c) Analizar la información obtenida: personal enfermería, escalas del dolor, central de enfermería, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Área enfermería ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: L.E. Thalía Alejandrina Bautista Araujo Puesto: Coordinadora de Enfermería Fecha de elaboración:	Revisó: Dra. Gloria Vargas Sánchez Puesto: Coordinadora Médica Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 43 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE PROCESO
ENFOQUE	PROCESOS DE GESTIÓN – GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
1.Estándar	MCI.19
2. Problema detectado	Falta de verificación del ckeck list a la entrega-recepción del expediente
3. Nombre del indicador	Porcentaje de expedientes que cuentan con check list
4.Algoritmo	Total de expedientes con check list al mes ----- x 100 Total de expedientes recibidos y prestados al mes
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de expedientes que cuentan con check list
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.-Identificación de error o faltantes en el expediente clínico ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 100% de expedientes con aplicación de check list
7.Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Enfermería, admisión, call center, área médica, todas las áreas clínicas.
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: comité de expediente clínico, expediente clínico, check list del expediente, archivo clínico, mensual. b) Recolectar los datos: archivo clínico, expediente clínico, check list del expediente, archivo clínico, diario. c) Analizar la información obtenida: comité de expediente clínico, expediente clínico, check list del expediente, aula de enseñanza, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Archivo clínico ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: L.T. Thalía Monzalvo León Puesto: Responsable de archivo clínico Fecha de elaboración:	Revisó: Dra. Gloria Vargas Sánchez Puesto: Coordinadora Medica Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 44 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DERESULTADO
ENFOQUE	PROCESOS DE GESTIÓN – GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
1.Estándar	MCI.19
2. Problema detectado	Expediente incompleto
3. Nombre del indicador	Porcentaje de expedientes incompletos en un mes
4.Algoritmo	Total de expedientes incompletos en un mes ----- x 100 Total de expedientes recibidos y prestados al mes
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Porcentaje de expedientes incompletos en un mes
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.-Identificación de error o faltantes en el expediente clínico ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 0% de expedientes incompletos
7.Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Enfermería, admisión, call center, área médica, todas las áreas clínicas.
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: archivo clínico, expediente clínico, check list del expediente, archivo clínico, mensual. b) Recolectar los datos: archivo clínico, expediente clínico, check list del expediente, archivo clínico, diario. c) Analizar la información obtenida: comité de expediente clínico, expediente clínico, check list del expediente, aula de enseñanza, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Archivo clínico ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: L.T. Thalía Monzalvo León Puesto: Responsable de archivo clínico Fecha de elaboración:	Revisó: Dra. Gloria Vargas Sánchez Puesto: Coordinadora Médica Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 45 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE PROCESO
ENFOQUE	ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
1. Estándar	QPS.4 Enfoque acciones esenciales para la seguridad del paciente
2. Problema detectado	Falta de seguimiento a las notificaciones reportadas
3. Nombre del indicador	Porcentaje de notificaciones atendidas
4. Algoritmo	$\frac{\text{Total de notificaciones atendidas}}{\text{Total de notificaciones reportadas}} \times 100$
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Falta de seguimiento a las notificaciones reportadas
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.- Identificar el total de notificaciones reportadas ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 100% de notificaciones atendidas
7. Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Todas las áreas clínicas y no clínicas.
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: calidad, formatos de notificaciones, CEMA, mensual. b) Recolectar los datos: calidad, formatos de notificaciones, CEMA, mensual. c) Analizar la información obtenida: comité de COCASEP, formatos de notificaciones, CEMA, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Calidad ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? COCASEP
Elaboró: Rosa Angélica Bejarano López Puesto: Coordinadora de Calidad Fecha de elaboración:	Revisó: Vicente Moreno Calva Puesto: Director de Calidad Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 46 de 69

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN INDICADOR DE RESULTADO
ENFOQUE	ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
1.Estándar	QPS.4 Enfoque acciones esenciales para la seguridad del paciente
2. Problema detectado	Error en la identificación correcta del paciente.
3. Nombre del indicador	Porcentaje de notificaciones resueltas por incorrecta identificación del paciente.
4.Algoritmo	Total de notificaciones resueltas por incorrecta identificación del paciente ----- x 100 Total de notificaciones reportadas por incorrecta identificación del paciente
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	Falta de proceso de verificación de datos del paciente al ingreso a cualquier servicio.
6. Objetivo	¿Qué se pretende con este indicador? 1.-Identificar el total de notificaciones resueltas por la incorrecta identificación del paciente. ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? 2.- 100% de notificaciones resueltas.
7.Alcance	¿Qué áreas del hospital están involucradas? Todas las áreas clínicas y no clínicas
8. Proceso (método) de obtención ¿Quién, cómo, dónde y cuándo?	a) Medir el indicador: calidad, formatos de notificaciones, fichas de identificación del paciente, bitácora, CEMA, mensual. b) Recolectar los datos: calidad, formatos de notificaciones, fichas de identificación del paciente, bitácora, CEMA, mensual. c) Analizar la información obtenida: COCASEP, formatos de notificaciones, fichas de identificación del paciente, bitácora, CEMA, mensual.
9. Frecuencia de revisión	Mensual.
10. Responsable	¿Quién es el dueño del indicador? Calidad ¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras? Comité de COCASEP
Elaboró: Rosa Angélica Bejarano López Puesto: Coordinadora de Calidad Fecha de elaboración:	Revisó: Vicente Moreno Calva Puesto: Director de Calidad Fecha de revisión:

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 47 de 69

12. Rediseño de procesos (QPS.7)

La organización realizó un análisis de modo y efecto de fallo (AMEF), de uno de los procesos identificados como de riesgo prioritario con base a la evaluación integral de riesgos y problemas (CEMA-RG-CA-ERP-06) donde se determinó que el proceso a analizar sería la identificación del paciente de acuerdo a la MISP.1, el análisis fue realizado a través de un equipo multidisciplinario destinado a participar en el proceso de análisis, dicho análisis se realizará al menos una vez por año en relación al sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente. Con base al manual guía para el desarrollo del análisis de modo y efecto de falla (CEMA-DG-CA-AMEF-04) los pasos se describen a continuación:

PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE MODO Y EFECTO DE FALLA

PASO	DESCRIPCIÓN
1	Seleccionar el proceso de riesgo prioritario a partir de la evaluación integral de riesgos y problemas.
2	Conformar al equipo que participará en el proceso de análisis.
3	Delimitar el inicio y fin del proceso.
4	Elaborar mapa de proceso actual.
5	Identificar los modos de fallo de cada actividad.
6	Identificar el efecto(s) inmediato(s).
7	Identificar la(s) causas de cada modo de fallo.
8	Identificar los controles para detectar cada causa.
9	Obtener el NPR y priorizarlo para establecer acciones (rediseño).
10	Desarrollo e implementación de acciones.
11	Reevaluar los NPR, una vez implementadas las acciones.

PASO	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD
1	Seleccionar el proceso de riesgo prioritario a partir de la evaluación integral de riesgos y problemas.	No se realiza el proceso de identificación del paciente de acuerdo a la MISP.1
2	Conformar al equipo que participará en el proceso de análisis.	Equipo AMEF A) Calidad: Rosa Angélica Bejarano López B) Almacén: Brianda Irais Torres Lucas C) Administración: Isaac Bernardo Benítez Pasten D) Enseñanza: Karen Rubí Martínez Vega E) Área médica: Luis Javier Batress Hernández F) Admisión: Adrián Ventura Martínez G) Enfermería: Thalía Alejandrina Bautista Araujo H) Call center: Analy Burgos Hernández I) Archivo clínico: Thalía Monzalvo León

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 48 de 69

3	Delimitar el inicio y fin del proceso.	<p>a) Identificar la actividad inicial que detona el proceso motivo de análisis. Ingreso de pacientes en el área de admisión.</p> <p>b) Identificar la actividad con la cual se concluye el proceso de análisis del AMEF. Resguardo del expediente clínico.</p>
4	Elaborar mapa de proceso actual.	Se elaboró un diagrama de flujo en relación a la columna 2 “actividad” del instrumento AMEF (<i>CEMA-RGE-AMEF-01</i>), con la descripción general de las actividades que se realizan en el proceso de atención al paciente hospitalizado. Declarando 23 actividades dentro del proceso.
5	Identificar los modos de fallo de cada actividad.	A través de una lluvia de ideas el equipo multidisciplinario determino posibles modos de fallo colocándolos en la columna 4 “modo de fallo” del instrumento AMEF (<i>CEMA-RGE-AMEF-01</i>). Obteniendo 32 modos de fallo.
6	Identificar el efecto(s) inmediato(s).	Se determinaron los probables efectos de fallo de los modo de fallo, columna 5 #efecto de fallo# del instrumento AMEF (<i>CEMA-RGE-AMEF-01</i>). Determinando 43 efectos de fallo.
7	Identificar la(s) causas de cada modo de fallo.	Respondiendo a la pregunta ¿Por qué? Se determinaron las causas de fallo columna 8 #causa de fallo” del instrumento AMEF (<i>CEMA-RGE-AMEF-01</i>), de los efectos de fallo. Identificando 66 causas de fallo.
8	Identificar los controles para detectar cada causa.	Se describen los controles que pudieran detectar la falla, columna 10 “control” del instrumento AMEF (<i>CEMA-RGE-AMEF-01</i>). Se describieron 66 controles para cada causa de fallo.
9	Obtener el NPR y priorizarlo para establecer acciones (rediseño).	El resultado del número de priorización de riesgo se obtuvo a través de la multiplicación de severidad x ocurrencia x detectabilidad, columnas 6, 9 y 11 del instrumento AMEF (<i>CEMA-RGE-AMEF-01</i>). Con base en las siguientes tablas, obtenidas de la guía para el desarrollo del análisis de modo y efecto de falla del CSG (<i>CEMA-DG-CA-AMEF-04</i>):

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018
Versión: 1.0

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06
Página 49 de 69

TABLA DE SEVERIDAD	
Escala	Severidad
1	El efecto de la falla no alcanza ni genera ningún daño al paciente o al personal involucrado en el proceso
2	El efecto de falla alcanza al paciente o al personal involucrado, sin generar daño.
3	El efecto de la falla alcanza al paciente o al personal involucrado generando un daño parcial que se puede solucionar en un corto plazo.
4	El efecto de la falla alcanza al paciente o al personal involucrado generando una pérdida funcional, física y/o emocional
5	El efecto de la falla impacta directamente al paciente o al personal involucrado en el proceso y le ocasiona un daño permanente e irreversible o la muerte/La falla ocasiona incumplimiento a normatividad vigente aplicable/La falla ocasiona incumplimiento a políticas internas

TABLA DE OCURRENCIA	
Escala	Ocurrencia
1	Remota, la falla sucede al menos una vez cada 6 meses
2	Muy poca, la falla sucede al menos una vez al mes
3	Intermedia, la falla sucede al menos una vez cada semana
4	Frecuente, la falla sucede al menos una vez cada día
5	Muy frecuente, la falla sucede casi todo el tiempo.

TABLA DE DETECTABILIDAD	
Escala	Detectabilidad
1	El mecanismo de control permite detectar inmediatamente la causa de la falla, antes de que esta se genere
2	El mecanismo de control permite detectar después de un tiempo la causa de la falla, antes de que esta se genere
3	El mecanismo de control permite detectar la causa de la falla cuando ya se generó la falla
4	El mecanismo de control existe pero no es efectivo en la detección de la causa de la falla
5	No existe ningún mecanismo que permita detectar la causa de la falla.

Valores en ponderación mínimo 1 máximo 5.
El número máximo de un número de priorización de riesgo (NPR) podrá ser 125 y el menor 1.

Dentro del primer análisis de modo y efecto de falla se obtuvieron los siguientes datos columna 12 del instrumento AMEF (CEMA-RGE-AMEF-01) considerando que el número de priorización de riesgo (NRP) obtenido como máximo fue de 20 y mínimo 2.

El rango de número de priorización de riesgo (NPR) de acuerdo a los resultados obtenidos se semaforizaron como a continuación se describe:

ROJO 11-20
AMARILLO 6-10
VERDE 0-5

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 50 de 69

		<p>NRP valor 20 se tuvieron 1 fallos. (Rojo) NRP valor 18 se tuvieron 7 fallos. (Rojo) NRP valor 12 se tuvieron 7 fallos. (Rojo) NRP valor 10 se tuvieron 2 fallos. (Amarillo) NRP valor 8 se tuvieron 7 fallos. (Amarillo) NRP valor 6 se tuvieron 11 fallos. (Amarillo) NRP valor 4 se tuvieron 12 fallos. (Verde) NRP valor 3 se tuvieron 9 fallos. (Verde) NRP valor 2 se tuvieron 10 fallos. (Verde)</p> <p>Derivado de un análisis de los datos obtenidos se procedió a realizar el paso 10 desarrollo e implementación de acciones.</p>
10	Desarrollo e implementación de acciones.	<p>Para la implementación de acciones se determinó para cada una un responsable y una fecha de cumplimiento. Columnas 13 “implementación de acciones”, 14 “responsable” y 15 “fecha de cumplimiento” del instrumento AMEF (CEMA-RGE-AMEF-01). Se describieron 66 acciones de mejora.</p>
11	Reevaluar los NPR, una vez implementadas las acciones.	<p>Al realizar el rediseño del proceso se procedió a reevaluar nuevamente los números de priorización de riesgos (NPR) obteniendo los siguientes resultados columna 16 del instrumento AMEF (CEMA-RGE-AMEF-01):</p> <p>Número de priorización de riesgo (NRP) obtenido como máximo fue de 20 y mínimo 2.</p> <p>NRP valor 20 se tuvieron 1 fallos. = (Rojo) NRP valor 18 se tuvieron 4 fallos. -3 (Rojo) NRP valor 12 se tuvieron 6 fallos. -1 (Rojo) NRP valor 10 se tuvieron 2 fallos. = (Amarillo) NRP valor 8 se tuvieron 8 fallos. +1 (Amarillo) NRP valor 6 se tuvieron 13 fallos. +2 (Amarillo) NRP valor 4 se tuvieron 13 fallos. +1 (Verde) NRP valor 3 se tuvieron 9 fallos. = (Verde) NRP valor 2 se tuvieron 10 fallos. = (Verde)</p> <p>El grupo multidisciplinario acuerda la reevaluación del NPR del proceso al menos una vez al año, de acuerdo a los resultados obtenidos en el rediseño, considerando que son correctas las acciones implementadas y se puede continuar en el desarrollo del proceso, dependiendo del próximo rediseño se implementaran nuevas acciones.</p>

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 51 de 69

Instrumento de análisis de modo y efecto de fallo (AMEF) para el rediseño de un proceso de riesgo (CEMA-RGE-AMEF-01) ejemplo del primer análisis del procedimiento en cuestión si aplicar el rediseño:

INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DE MODO Y EFECTO DE FALLA (AMEF) PARA EL REDISEÑO DE UN PROCESO* DE RIESGO

<i>¿Qué hace en la realidad el participante clave en el Proceso?</i>	<i>¿Qué fallo(s) puede tener?</i>	<i>Consecuencia del fallo</i>	<i>Impacto del Efecto</i>	<i>¿Por qué puede presentarse el fallo? (ORIGEN)</i>	<i>¿Que tan frecuente puede ocurrir el modo de fallo?</i>	<i>¿Existen alguna manera que detecte la causa con el propósito de que no se presente ese modo de fallo?</i>	<i>Si existe, ¿que tan bueno es?</i>	<i>Ponderación es multiplicadas de la severidad, frecuencia y detectabilidad</i>	
ACTIVIDAD	MODOS DE FALLO	EFECTO DEL FALLO	SEVERIDAD	CAUSA DEL FALLO	OCURRENCIA	CONTROL	DETECTABILIDAD	NUMERO PUNTO DE RIESGO	
1 Ingresar a paciente en el área de admisión.	1.1 Personal de admisión no registra datos completos del paciente.	Registro incompleto de los datos del paciente.	2	1.1.1 El paciente no presenta una identificación oficial.	2	Solicitud de identificación por personal de primer	2	8	
			2	1.1.2 Paciente no valida (firma) sus datos en la ficha de identificación.	3	Firma de conformidad de datos por parte del paciente en la ficha de	3	18	
			2	1.1.3 Desconocimiento de protocolo de ingreso.	3	Capacitación sobre manuales de procedimientos del área de	2	12	
	1.2 Que no se integre la identificación oficial en el expediente clínico.	Expediente clínico incompleto.	2	1.2.1 Desconocimiento del proceso de ingreso.	3	Check list de expediente clínico.	3	18	
			2	1.2.2 El paciente no presenta una identificación oficial.	3	Firma de conformidad de datos por parte del paciente en la ficha de	1	6	
	1.3 Registro de perfil de paciente incorrecto en sistema Histoclin.	Mal control administrativo.		2	1.3.1 Falta de verificación de datos del paciente.	2	Cotejar la información de matriz de responsabilidades, ficha de identificación u paciente.	1	4
				2	1.3.2 Registro de paciente con información incompleta.	2	Cotejar la información de matriz de responsabilidades, ficha de identificación u paciente.	1	4
				2	1.3.3 Expediente clínico previamente creado.	2	Verificación de expediente en sistema Histoclin.	1	4
		Omisión de verificación	Registro de paciente incorrecto.	2	1.4.1 Falta de verificación de datos del paciente.	2	Cotejar la información de matriz de responsabilidades, ficha de identificación u paciente.	1	4
	2			1.4.2 Errores ortográficos.	3	Identificación oficial, y validación de datos de ficha de identificación.	1	6	

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 52 de 69

Instrumento de análisis de modo y efecto de fallo (AMEF) para el rediseño de un proceso de riesgo (CEMA-RGE-AMEF-01) ejemplo del segundo análisis del procedimiento en cuestión con el rediseño del proceso:

**INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DE MODO Y EFECTO DE FALLA (AMEF)
PARA EL REDISEÑO DE UN PROCESO* DE RIESGO**

¿Se hace en la totalidad el participante clave en el Proceso?	¿Se falló/s puede tener?	Consecuencia del fallo	Impacto del Efecto	¿Por qué puede presentarse el fallo? (ORIGEN)	¿Se ha frecuentemente ocurrido el modo de fallo?	¿Hay alguna manera que detecte la causa con el propósito de que no se presente ese modo de fallo?	Si existe, ¿se ha hecho es?	¿Es multiplicadas de la seriedad, ocurrencia y detectabilidad	Ponderaciones multiplicadas de la seriedad, ocurrencia y detectabilidad						
ACTIVIDAD	MODOS DE FALLO	EFFECTO DEL FALLO	SEVERIDAD	CAUSA DEL FALLO	OCURRENCIA	CONTROL	DETECTABILIDAD	NÚMERO DE OPORTUNIDADES DE RIESGO	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE COMPLETAMIENTO	NÚMERO DE OPORTUNIDADES DE RIESGO	REDISEÑO		
Ingresar a paciente en el área de admisión.	Personal de admisión no registra datos completos del paciente.	Registro incompleto de los datos del paciente.	2	1.1.1	El paciente no presenta una identificación oficial.	2	Solicitud de identificación por personal de primer	2	8	Identificación oficial del paciente.	Admisión/ Calcester	Septiembre 2018	8	=	
			2	1.1.2	Paciente no valida (firma) sus datos en la ficha de identificación.	3	Firma de conformidad de datos por parte del paciente en la ficha de identificación.	3	16	Anexo de ficha de identificación firmado por el paciente al expediente clínico.	Admisión	Septiembre 2018	12	<	
			2	1.1.3	Desconocimiento de protocolo de ingreso.	3	Capacitación sobre manuales de procedimientos del área de admisión.	2	12	Firma en adecuación al puesto, bitácora de capacitación de manuales.	Administración	Enero 2019	12	=	
	¿Se hace o se integra la identificación oficial en el expediente clínico.	Expediente clínico incompleto.		2	1.2.1	Desconocimiento del proceso de ingreso.	3	Check list de expediente clínico.	3	18	Anexo de check list a expediente clínico.	Archivo clínico	Noviembre 2018	18	=
				2	1.2.2	El paciente no presenta una identificación oficial.	3	Firma de conformidad de datos por parte del paciente en la ficha de identificación.	1	6	Anexo de ficha de identificación firmado por el paciente al expediente clínico.	Admisión	Septiembre 2018	6	=
	Registro de perfil de paciente incorrecto en sistema Historia.	Mal control administrativo.		2	1.3.1	Falta de verificación de datos del paciente.	2	Cotejar la información de matriz de responsabilidades, ficha de identificación y paciente.	1	4	Anexo de ficha de identificación firmado por el paciente al expediente clínico.	Admisión	Septiembre 2018	4	=
				2	1.3.2	Registro de paciente con información incompleta.	2	Cotejar la información de matriz de responsabilidades, ficha de identificación y paciente.	1	4	Anexo de ficha de identificación firmado por el paciente al expediente clínico.	Admisión	Septiembre 2018	4	=
				2	1.3.3	Expediente clínico previamente creado.	2	Verificación de expediente en sistema Historia.	1	4	Colección en matriz de responsabilidades del área de admisión para evitar duplicidad o error.	Admisión	Enero 2019	4	=
			Registro de paciente incorrecto.	2	1.4.1	Falta de verificación de datos del paciente.	2	Cotejar la información de matriz de responsabilidades, ficha de identificación y paciente.	1	4	Estudio cambio.	Admisión	Febrero 2019	4	=

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06

Versión: 1.0

Página 53 de 69

13. Análisis de los datos (QPS.8- QPS.8.1)

El análisis de datos de la organización involucra al personal clínico y no clínico, la Dirección General determinó que dicho análisis se realice de manera multidisciplinaria en las sesiones ordinarias del COCASEP, resultado de ello es realizar una retroalimentación constante de la información así como generar el análisis, observaciones e implementación de acciones de mejora a los procesos clínicos y de gestión de la organización a través de una estadística básica.

La organización procedió a categorizar (por área), agrupar (por tipo de indicador proceso – resultado) y analizar dicha información de manera mensual en sesión ordinaria de COCASEP, a través del informe de indicador (CEMA-RG-CA-II-13) por cada responsable y dueño del indicador con la finalidad de que los integrantes del comité realicen el análisis, observaciones y acciones de mejora.

La coordinación de calidad es responsable de concentrar la información de cada indicador de manera mensual para que en el periodo determinado por la organización que es cada 5 meses se proceda al realizar el análisis multidisciplinario y dicho resultado sea plasmado en la memoria anual del COCASEP (CEMA-DO-MCOCASEP-02), los periodos determinados para analizar son (diciembre 2018 – abril 2019 y mayo 2019 – septiembre 2019) dicho periodo se determinó con base en el periodo del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.

La organización cuenta con **73** indicadores que no están relacionados con el sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente pero se relacionan a los procesos clínicos y de gestión de la organización dicho número puede variar debido a que la información sufre cambios constantes, debido a las necesidades por área, cada responsable determina la información que desea medir presentando el objetivo de dicho indicador, la organización ha determinado que dichos indicadores se estarán reevaluando de manera anual, si se logra una mejora comprobable se procederá a determinar nuevos indicadores con la finalidad de la mejora de procesos.

Cada comité conformado dentro de la organización, presenta y analiza los datos e información obtenidos durante el mes correspondiente en sus sesiones ordinarias con la finalidad de presentar informes mensuales al COCASEP y registrar las mejoras obtenidas.

Actualmente dentro de la organización el proceso de análisis de información se realiza de la siguiente manera:

- a) Consigo mismo en diferentes periodos:**
De manera mensual, trimestral, semestral y anual.
- b) Con otras instituciones:**
A través de licitaciones y aseguradoras.
- c) Con estándares de calidad:**
A través de certificaciones de los servicios auxiliares de diagnóstico.
- d) Con guías de prácticas clínicas:**
En cumplimiento al QPS.5.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018
Versión: 1.0

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06
Página 54 de 69

Se anexan los procedimientos para la gestión de los datos e información y para el análisis de datos:

PROCESO PARA LA GESTIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN

RESPONSABLE	NO ACT.	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	DOCUMENTOS O ANEXO
Áreas de la organización	1	Generan datos e información clínica y no clínica	Áreas de la organización
Área Medica	2	Registra toda la información hospitalaria de todas atenciones médicas otorgadas	Área Medica
Todas las áreas de la organización	3	Las áreas crean reportes de información clínica y no clínica, cumpliendo los procesos administrativos de atención medica otorgadas en la organización.	Todas las áreas de la organización
Todas las áreas de la organización	4	Atienden las solicitudes de información requerida por las instituciones públicas y privadas.	Todas las áreas de la organización
Todas las áreas de la organización	5	Se entrega información clínica y no clínica al COCASEP y comité CEMA de manera mensual.	Todas las áreas de la organización
COCASEP/ Comité CEMA	6	Se recibe información mensual/semanal de todas las áreas.	COCASEP/ Comité CEMA
COCASEP/ Comité CEMA	7	Analiza la información recibida y las evalúa para implementar acciones de mejora	COCASEP/ Comité CEMA
Líderes de área	8	Se comparte la información a todo el personal.	Líderes de área
Líderes de área	9	Todos los líderes de área resguardan la información.	Líderes de área
Termina procedimiento			

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 55 de 69

PROCESO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

RESPONSABLE	NO ACT.	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	DOCUMENTOS O ANEXO
Todas las áreas de la organización	1	1.0 Los datos generados por cada área se categorizan (por área), agrupan (tipo de indicador de proceso – resultado), analizan y transforman en información útil.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ficha Indicador.
Todas las áreas de la organización	2	2.0 Los indicadores se categorizan por área y se agrupan por tipo de proceso o resultado, de acuerdo al enfoque o procedimiento que pertenecen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ficha Indicador.
Todas las áreas de la organización	3	3.0 Cada área determina las herramientas o técnicas de recolección de datos para su indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de indicador mensual.
Todas las áreas de la organización	4	4.0 El área determina la frecuencia para el análisis de datos. Mensual, trimestral, semestral o anual de acuerdo al tipo de indicador y a la información generada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de indicador mensual.
Todas las áreas de la organización	5	5.0 Son responsables de presentar los resultados de la información generada, informes de indicador mensuales en las sesiones ordinarias de COCASEP para el análisis, observaciones o implementación de acciones de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes de indicadores de todas las áreas. ▪ Minuta de acuerdos de reunión del COCASEP.
COCASEP	6	6.0 Todos los líderes de área son los responsables de entregar de manera digital su informe indicador dentro de la sesión, para el resguardo del mismo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes de indicador.
Coordinación de calidad	7	7.0 Es responsable de conjuntar toda la información en la matriz general de indicadores para su posterior análisis.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matriz general de indicadores mensuales.
COCASEP	8	8.0 La organización determino que de acuerdo a sus necesidades el periodo de análisis de resultados se realizará cada 5 meses. Periodos (diciembre 2018 – abril 2019 y mayo 2019 – septiembre 2019).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Periodo de análisis de datos. ▪ Matriz general del periodo de análisis.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 56 de 69

COCASEP	9	9.0 El análisis de datos se realiza de manera multidisciplinaria durante las sesiones ordinarias del COCASEP.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Periodo de análisis de datos. ▪ Minuta de acuerdos de reunión del COCASEP.
COCASEP	10	10.0 De manera multidisciplinaria se analizan las acciones y se toman decisiones para implementación de acciones de mejora dentro de la organización.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de datos.
Coordinación de calidad	11	11.0 Es responsable de realizar el registro del análisis y mejoras de los indicadores cada 5 meses y anexarlo a la memoria anual del COCASEP. 11.1 Realiza el resguardo digital de todos los informes de indicador.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memoria anual del COCASEP. ▪ Informes digitales de indicador.
Termina procedimiento			

Cada área presenta en la reunión mensual de COCASEP su informe indicador (CEMA-RG-CA-II-13) de cada uno de sus indicadores y/o estadísticas, el informe cuenta con la siguiente información:

1. Ficha indicador.
2. Recolección de datos.
3. Algoritmo.
4. Resultados del algoritmo.
5. Representación gráfica por frecuencia de revisión.
6. Representación gráfica comparativa.
7. Conclusiones.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 57 de 69

SISTEMA INTEGRAL MODELO PACHUCA CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA		
INFORME DE INDICADOR		
Departamento / Área:	Vigente a partir de:	Clave:
	Versión: 2.0	CEMA-RG-CA-B-13
		Página 1 de 2

1. Ficha Indicador:

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1. Estándar	¿A qué estándar pertenece el indicador?
2. Problema detectado	¿Qué problema existe en relación al servicio acreditado? (falencias clave, errores, procesos, quejas, sucesos, falta de adopción, errores médicos, presencia del paciente, etc.)
3. Nombre del indicador	¿Cómo se llama y se denominará de lo que queremos medir. Que empiece con mayúscula de las siguientes palabras: número de... porcentaje de... tasa de...
4. Algoritmo	Indique la fórmula matemática que se empleará para medir el indicador, ejemplo: = (número de resultados) / X Número de pacientes evaluados
5. Descripción (¿Qué nos dice?)	¿Que nos dice el indicador?, explique con palabras sencillas y fáciles de entender lo que se mide con el indicador. Encierre sus abreviaturas y sus palabras técnicas.
6. Objetivo	¿Que se pretende con este indicador? ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador? ¿A dónde se quiere llegar con este indicador? ¿Cuál será su estado ideal del servicio o proceso?
7. Alcance	¿Cuáles están acreditados con el proceso que se está midiendo? ¿Que áreas del hospital están acreditadas? ¿Los pacientes y familiares están acreditados? Indique los pasos a seguir para: a) Medir el indicador b) Recoger los datos c) Analizar la información obtenida
8. Proceso (método) de obtención	¿Qué método se usará para obtener los datos? ¿Qué método se usará para analizar los datos? ¿Qué método se usará para interpretar los datos?
9. Frecuencia de revisión	Defina cuál tiempo se estará revisando el indicador para evaluar los datos de oportunidad y tomar acciones de mejora (diario, semanal o mensual).

SISTEMA INTEGRAL MODELO PACHUCA CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA		
INFORME DE INDICADOR		
Departamento / Área:	Vigente a partir de:	Clave:
	Versión: 2.0	CEMA-RG-CA-B-13
		Página 2 de 2

10. Responsable:	¿Quién es el dueño del indicador? ¿Quién es el responsable de asegurar que se preparen los datos?
Estado:	Activo
Fecha de elaboración:	Fecha de revisión:

2. Recolección de datos
Se debe indicar y/o demostrar de dónde se obtiene la información del indicador

3. Algoritmo
Se debe colocar la fórmula matemática declarada para el indicador.

4. Resultados del algoritmo
Colocar el algoritmo con los resultados de los meses que se van a presentar

5. Recomendación analítica por frecuencia de revisión
Estandarización de los resultados del algoritmo.

6. Recomendación analítica comparativa
Estandarización de los resultados del algoritmo por el tiempo de comparación que determine el área

7. Conclusiones
Se refiere al logro que se obtuvo con el indicador y/o las mejoras logradas.

Se presenta el listado general de los indicadores relacionados a las acciones esenciales de seguridad del paciente que no se encuentran dentro de los 16 indicadores del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente:

AESP	No	ÁREA	NOMBRE	FÓRMULA	OBJETIVO
MISP.4	1	Enfermería	Número de formatos de cirugía segura que no se llenan correctamente.	$\frac{\text{Número de formatos no llenados correctamente}}{\text{Total de cirugías realizadas}} \times 100$	100% de formatos llenados correctamente
MISP.2	2	Enfermería	Porcentaje de apego al proceso de comunicación efectiva	$\frac{\text{Número de indicaciones firmadas}}{\text{Número de indicaciones recibidas}} \times 100$	100% de indicaciones recibidas se encuentren firmadas
MISP.6	3	Enfermería	Porcentaje de aplicación	$\frac{\text{Número de pacientes evaluados}}{\text{Número de pacientes evaluados}} \times 100$	100% de pacientes

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 58 de 69

			correcta de la escala de riesgo de caídas	----- x 100	evaluados
				Número total de pacientes	
MCI.1.1	4	Calidad	Porcentaje de personal que aplico cuestionario cultura de seguridad del paciente	----- x 100	100% de personal en plantilla
				Total de personal en plantilla	
MISP.3	5	Almacén	Porcentaje de medicamento de alto riesgo identificado por colorimetría y alerta visual en carros rojos de CEMA.	----- x 100	100% de medicamentos identificados por color y alerta visual
				Número total de medicamentos de alto riesgo en carros rojos	
MISP.3	5	Almacén	Porcentaje de medicamento de alto riesgo identificado por colorimetría y alerta visual en carros rojos de CEMA.	----- x 100	100% de medicamentos identificados por color y alerta visual
				Número total de medicamentos de alto riesgo en carros rojos	
MISP.3	5	Almacén	Porcentaje de medicamento de alto riesgo identificado por colorimetría y alerta visual en carros rojos de CEMA.	----- x 100	100% de medicamentos identificados por color y alerta visual
				Número total de medicamentos de alto riesgo en carros rojos	

Se presenta el listado general de los indicadores de proceso resultado de los procesos clínicos y de gestión determinados por la organización:

No	ÁREA	ESTANDAR / PROCEDIMIENTO AL QUE SE RELACIONA	NOMBRE	FÓRMULA	OBJETIVO
1	Psicología	AOP.6 y AOP.7	Porcentaje de historias clínicas realizadas.	$\frac{\text{Número de historias clínicas realizadas}}{\text{Número de cirugías realizadas}} \times 100$	100% de historias clínicas realizadas a pacientes hospitalizados
2	Psicología	ACC.1.4, AOP.6, AOP.7 y PFE.2	Porcentaje de pacientes con algún factor de	$\frac{\text{Número de pacientes con factor de riesgo}}{\text{-----}} \times 100$	0% de pacientes con algún factor de riesgo

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 59 de 69

			riesgo.	Número de historias clínicas realizadas	
3	Nutrición	AOP.8	Porcentaje de historias clínicas aplicadas.	$\frac{\text{Número de historias clínicas aplicadas}}{\text{Número total de pacientes ingresados}} \times 100$	100% de historias clínicas aplicadas a pacientes hospitalizados
4	Nutrición	AOP.8	Porcentaje de riesgo nutricional.	$\frac{\text{No. Px cribados (tamizaje)}}{\text{No. Px ingresados u hospitalizados}} \times 100$	
5	Nutrición	AOP.8	Tasa para la valoración nutricional.	$\frac{\text{No. Px con riesgo nutricional}}{\text{No. Px cribados (tamizaje)}} \times 100$	
6	Nutrición	AOP.8	Tasa de tratamiento nutricional.	$\frac{\text{No. Px con tratamiento nutricional}}{\text{No. Px con dx de riesgo nutricional}} \times 100$	
7	Área medica	ACC, AOP, COP	Promedio diario de consultas medicina general	$\frac{\text{Número diario de consultas atendidas}}{365} \times 100$	Medir la productividad de los servicios de medicina general
8	Área medica	ACC, AOP, COP	Promedio diario de consultas de traumatología y ortopedia	$\frac{\text{Número diario de consultas atendidas}}{365} \times 100$	Medir la productividad de los servicios de traumatología y ortopedia
9	Área medica	ACC, AOP, COP	Promedio diario de consultas por médico (médico general, médico familiar y médico traumatólogo)	$\frac{\text{consulta externa} / 365}{\text{número de médicos en contacto con paciente}} \times 100$	Medir la productividad de los servicios de medicina general
10	Área medica	ACC, AOP, COP	Promedio diario de consultas por médico (médico general, médico familiar y médico traumatólogo)	$\frac{\text{consulta externa} / 365}{\text{número de médicos en contacto con paciente}} \times 100$	Medir la productividad de los servicios de traumatología y ortopedia
11	Área medica	ASC	Promedio diario de eventos quirúrgicos por quirófano	$\frac{\text{Número de intervenciones quirúrgicas} / 365}{\text{Número de quirófanos en el}} \times 100$	Cuantificar el número de cirugías por día por quirófano

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 60 de 69

				hospital	
12	Área medica	ASC	Porcentaje de cirugías ambulatorias	$\frac{\text{Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias}}{\text{Número total de intervenciones en el mismo periodo}} \times 100$	Cuantificar el número de cirugías ambulatorias
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	$\frac{\text{Número total de egresos por servicio}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio ORTOPEdia
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	$\frac{\text{Número total de egresos por servicio}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio ONCOLOGÍA
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	$\frac{\text{Número total de egresos por servicio}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio CIRUGIA PLASTICA
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	$\frac{\text{Número total de egresos por servicio}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio CIRUGIA GENERAL
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	$\frac{\text{Número total de egresos por servicio}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio MEDICINA INTERNA
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	$\frac{\text{Número total de egresos por servicio}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio OTORRINOLARINGOLOGIA
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	$\frac{\text{Número total de egresos por servicio}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio MAXILOFACIAL
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	$\frac{\text{Número total de egresos por servicio}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	$\frac{\text{Número total de egresos por servicio}}{\text{Número total de egresos}} \times 100$	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio OFTALMOLOGÍA
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de	Número total de egresos por	Cuantificar el número de

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 61 de 69

			egreso hospitalarios por servicio	----- x 100	egresos hospitalarios por área y servicio URGENCIAS
				Número total de egresos	
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	----- x 100	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio PEDIATRIA
				Número total de egresos	
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	----- x 100	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio UROLOGÍA
				Número total de egresos	
13	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egreso hospitalarios por servicio	----- x 100	Cuantificar el número de egresos hospitalarios por área y servicio ORTODONCIA
				Número total de egresos	
14	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de partos por cesárea	----- x 100	Cuantificar el porcentaje de partos por cesárea en comparación a partos eutócicos
				Total de partos por cesárea atendidos	
				Total de partos atendidos	
15	Área medica	ACC, AOP, COP	Porcentaje de egresos hospitalarios	-----	
				365	
16	Calidad	Procedimiento para la elaboración, administración y actualización de los documentos del sistema de gestión de calidad.	Porcentaje de áreas revisadas en cuanto a soporte documental.	----- x 100	100% de áreas revisadas
				Número de áreas revisadas	
				Número de áreas planificadas	
17	Jefatura de enseñanza	Personal en formación	Porcentaje de personal formación evaluado	----- x 100	100% de personal en formación evaluado
				Total de personal evaluado	
				Total de personal registrado en el trimestre	
18	Calidad	Procedimiento de atención de quejas, sugerencias y felicitaciones.	Porcentaje de quejas atendidas	----- x 100	100% de quejas atendidas
				Número de quejas recibidas	
				Número de quejas atendidas	
19	Calidad	Manual organizacional de calidad	Porcentaje de cumplimiento de agendas CEMA	----- x 100	85% de cumplimiento de agendas
				Número de citas realizadas	
				Número de citas agendadas	
20	Calidad	Manual organizacional de calidad	Porcentaje de áreas revisadas en auditorías internas.	----- x 100	100% de áreas realizadas con base a lo programado
				Número de áreas revisadas	
				Número de áreas programadas	

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 62 de 69

21	Tecnologías de la información	Procedimiento para la Gestión de Incidentes (Indicadores TI)	Atención de incidencias en el centro de servicios	$\frac{\text{Número total de incidentes reportados en el centro - cantidad de incidentes no atendidos en el centro}}{\text{Número total de incidentes reportados en el centro}} \times 100$	90% de efectividad en la atención de servicios
22	Callcenter	Proceso	Porcentaje de llamadas atendidas	$\frac{\text{Número total de llamadas atendidas}}{\text{Número total de llamadas recibidas}} \times 100$	95% de llamadas atendidas
23	Relaciones públicas	Proceso	Porcentaje de citas agendadas de personas que recibieron informes	$\frac{\text{Número total de citas agendadas}}{\text{Número total de personas que recibieron informes}} \times 100$	agendar el 60% de personas que solicitan informes
24	Administración	Proceso	Porcentaje de cirugías realizadas en el mes	$\frac{\text{Número de cirugías realizadas}}{\text{Total de cirugías proyectadas}} \times 100$	58 cirugías al mes equivalente al 100%
25	Laboratorio	Proceso	Porcentaje de estudios entregados fuera de tiempo	$\frac{\text{Número total de resultados entregados fuera de tiempo}}{\text{Número total de resultados entregados}} \times 100$	menos del 5% de estudios entregados fuera de tiempo
26	Imagenología	Proceso	Porcentaje de desecho de placas en el área de imagenología	$\frac{\text{Número de placas de desecho}}{\text{Número total de placas utilizadas}} \times 100$	menos al 10% de placas
27	Seguros	Proceso	Porcentaje de ingresos hospitalarios por perfil	$\frac{\text{Número de cirugías realizadas perfil seguros}}{\text{Total de cirugías realizadas en el mes}} \times 100$	70% de ingresos hospitalarios que sean seguros
27	Seguros	Proceso	Porcentaje de ingresos hospitalarios por perfil	$\frac{\text{Número de cirugías realizadas perfil seguros}}{\text{Total de cirugías realizadas en el mes}} \times 100$	30% de ingresos particulares
28	Almacén	Manual de operación de Comité de Farmacia y Terapéutica.	Porcentaje de solicitudes atendidas por el comité de Farmacia y Terapéutica	$\frac{\text{No. De solicitudes atendidas}}{\text{No. De solicitudes recibidas}} \times 100$	100% Medir la productividad del comité en lo relativo a la remisión y atención a solicitudes de inclusión/exclusión de medicamentos para el hospital.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 63 de 69

29	Almacén	Manual de operación de Comité de Farmacia y Terapéutica.	Porcentaje de asistencia a las reuniones Ordinarias	$\frac{\text{No. De asistentes titulares al comité}}{\text{No. Total de titulares del comité}} \times 100$	90% Medir la asistencia de los titulares del comité a las reuniones ordinarias (solo titulares).
30	Almacén	PNO Selección y Adquisición de Medicamentos	Porcentaje de medicamentos recibidos en Almacén CEMA por proveedor.	$\frac{\text{No. De medicamentos recibidos}}{\text{No. De medicamentos solicitados}} \times 100$	Recibir el 100% de los medicamentos solicitados a proveedores. VIDAL
30	Almacén	PNO Selección y Adquisición de Medicamentos	Porcentaje de medicamentos recibidos en Almacén CEMA por proveedor.	$\frac{\text{No. De medicamentos recibidos}}{\text{No. De medicamentos solicitados}} \times 100$	Recibir el 100% de los medicamentos solicitados a proveedores. NADRO
30	Almacén	PNO Selección y Adquisición de Medicamentos	Porcentaje de medicamentos recibidos en Almacén CEMA por proveedor.	$\frac{\text{No. De medicamentos recibidos}}{\text{No. De medicamentos solicitados}} \times 100$	Recibir el 100% de los medicamentos solicitados a proveedores. DELTA
30	Almacén	PNO Selección y Adquisición de Medicamentos	Porcentaje de medicamentos recibidos en Almacén CEMA por proveedor.	$\frac{\text{No. De medicamentos recibidos}}{\text{No. De medicamentos solicitados}} \times 100$	Recibir el 100% de los medicamentos solicitados a proveedores. CAB PHARMA
30	Almacén	PNO Selección y Adquisición de Medicamentos	Porcentaje de medicamentos recibidos en Almacén CEMA por proveedor.	$\frac{\text{No. De medicamentos recibidos}}{\text{No. De medicamentos solicitados}} \times 100$	Recibir el 100% de los medicamentos solicitados a proveedores. LEVIC
31	Almacén	PNO para Evaluación de la Farmacoterapia	Porcentaje de evaluaciones de la farmacoterapia realizadas.	$\frac{\text{No. De perfiles farmacoterapeuticos elaborados}}{\text{No. Total de pacientes hospitalizados}} \times 100$	100% de realización de perfiles farmacoterapéuticos.
32	Almacén	PNO para Evaluación de la Farmacoterapia	Porcentaje de intervenciones farmacéuticas aceptadas.	$\frac{\text{No. De intervenciones farmacéuticas aceptadas}}{\text{No. De intervenciones farmacéuticas realizadas}} \times 100$	100% de intervenciones aceptadas por parte del personal de enfermería y médico.
33	Almacén	PNO para el control de inventarios	Porcentaje de diferencias encontradas durante el levantamiento de inventarios	$\frac{\text{Número de productos con diferencias en stock}}{\text{Número total de productos en stock}} \times 100$	0% de diferencias al momento de realizar inventarios.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 64 de 69

			en los servicios de hospitalización, quirófano y urgencias.		
33	Almacén	PNO para el control de inventarios	Porcentaje de diferencias encontradas durante el levantamiento de inventarios en los servicios de hospitalización, quirófano y urgencias.	$\frac{\text{Número de productos con diferencias en stock}}{\text{Número total de productos en stock}} \times 100$	0% de diferencias al momento de realizar inventarios.
33	Almacén	PNO para el control de inventarios	Porcentaje de diferencias encontradas durante el levantamiento de inventarios en los servicios de hospitalización, quirófano y urgencias.	$\frac{\text{Número de productos con diferencias en stock}}{\text{Número total de productos en stock}} \times 100$	0% de diferencias al momento de realizar inventarios.
33	Almacén	PNO para el control de inventarios	Porcentaje de diferencias encontradas durante el levantamiento de inventarios en los servicios de hospitalización, quirófano y urgencias.	$\frac{\text{Número de productos con diferencias en stock}}{\text{Número total de productos en stock}} \times 100$	0% de diferencias al momento de realizar inventarios.
33	Almacén	PNO para el control de inventarios	Porcentaje de diferencias encontradas durante el levantamiento de inventarios en los servicios de hospitalización, quirófano y urgencias.	$\frac{\text{Número de productos con diferencias en stock}}{\text{Número total de productos en stock}} \times 100$	0% de diferencias al momento de realizar inventarios.
33	Almacén	PNO para el control de inventarios	Porcentaje de diferencias encontradas durante el levantamiento de inventarios en los servicios de hospitalización, quirófano y urgencias.	$\frac{\text{Número de productos con diferencias en stock}}{\text{Número total de productos en stock}} \times 100$	0% de diferencias al momento de realizar inventarios.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 65 de 69

			de hospitalización, quirófano y urgencias.		
34	Seguridad	Procedimiento en caso de robo o extravió	Porcentaje de casos atendidos por robo o extravió	$\frac{\text{Número de casos atendidos}}{\text{Número de casos reportados}} \times 100$	100% de casos atendidos de los reportados
35	Recursos Humanos	Procedimiento para la contratación clínico y no clínico (SQE.15)	Porcentaje de plantilla de trabajadores cubierta	$\frac{\text{Plantilla de personal actual}}{\text{Plantilla de personal completa}} \times 100$	Más del 90% de la plantilla del personal completa
36	Operaciones	PCI.6 Limpieza hospitalaria	Porcentaje de cumplimiento de limpieza	$\frac{\text{Limpiezas debidamente aceptadas}}{\text{Registros de limpiezas de áreas}} \times 100$	100% de registros de limpiezas de áreas

Se presenta el listado general de los datos estadísticos generados por la organización para su análisis:

No	ÁREA	INDICE-ESTADISTICA	INFORMACIÓN
1	Seguridad	Número de visitantes registrados en el mes.	Número de visitantes registrados en el mes.
2	Fisioterapia	Número de pacientes atendidos en el mes (primera vez y subsecuentes)	Número total de sesiones realizadas en el mes.
3	Fisioterapia	Número de pacientes atendidos en el mes (primera vez y subsecuentes)	Número total de pacientes de primera vez por mes.
4	Calidad	Número de sugerencias y felicitaciones recibidas en el mes.	Número total de sugerencias recibidas en el mes.
5	Calidad	Número de sugerencias y felicitaciones recibidas en el mes.	Número total de felicitaciones recibidas en el mes.
6	Calidad	Número de notificaciones recibidas por cuasifalla y/o error de medicación en el mes.	Número Total de notificaciones recibidas en el mes
7	Cocina	Número de servicios de alimentos otorgados.	Número total de servicios otorgados en el mes.
8	Lavandería	Número de ropa lavada al mes.	Número total de piezas lavadas en el mes.

14. Mejora (QPS.9)

La información generada del análisis de datos es utilizada para implementar acciones de mejora y/o barreras de seguridad con el objetivo de prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

Es esencial la comunicación permanente al personal sobre la información y las mejoras que son resultado de la implementación del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 66 de 69

La organización determino algunas vías de comunicación efectivas para dar a conocer las mejoras implementadas, considerando que la difusión de las mejoras promueve la cultura de aprendizaje en la organización, las cuales son las siguientes:

- ❖ Tuzonet: Pantallas electrónicas donde se difunden las mejoras, programas internos y eventos institucionales.
- ❖ Presentaciones: Regularmente se presentan en capacitaciones o sesiones ordinarias donde se comunica al personal los cambios y/o mejoras implementadas.
- ❖ Calendario de actividades: Sistema interno de la organización en donde se asignan actividades, se suben presentaciones de cada una de las áreas.
- ❖ Planeación semanal: Reunión en donde se socializa la asignación de personal para cada uno de los servicios así como las actividades planificadas para la semana siguiente, eventos que se llevarán a cabo en la semana que va a transcurrir.
- ❖ Reunión comité CEMA: Reunión semanal donde se presentan los indicadores, necesidades y mejoras de cada una de las áreas y son aprobados por la Dirección General.
- ❖ Correo electrónico institucional: Medio interno que se utiliza para comunicar y/o participar en actividades institucionales programadas.
- ❖ Reuniones internas por área: Sesiones en donde cada líder de área baja información de mejoras, cambios e implementación en la misma para que todo el personal de dicha área este enterado e involucrado.
- ❖ Reunión mensual de COCASEP: Sesiones ordinarias en donde se analizan los datos y se comparten las acciones de mejora, dicha información se reafirma en las sesiones semanales del comité de certificación.

La organización determino que las mejoras implementadas por cada una de las áreas se registrarán en la memoria anual del COCASEP con el objetivo de documentar, compartir y dar a conocer las mejoras para la calidad y seguridad del paciente, dicho documento estará a cargo del COCASEP y se desarrollará conforme al periodo implementado del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.

A cada riesgo y problema se le asignó una barrera de seguridad que permitiera medir e identificar una mejora en el proceso. La organización determino que en un periodo de 6 meses después de identificados los riesgos y problemas se procediera a evaluar las barreras de seguridad implementadas; considerando el periodo de Septiembre 2018 – Febrero 2019, la siguiente evaluación se realizará con la actualización del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.

La organización determino que las mejoras se registrarían en el documento registro de mejoras (*CEMA-RG-CA-RM-15*) en el periodo antes mencionado, dicho registro lo realizará el responsable de sección en conjunto con el líder de área del estándar involucrado en la evaluación integral de riesgos y problemas, dichas mejoras son registradas en la memoria anual del COCASEP (*CEMA-DO-MCOCASEP-02*).

Se anexa un ejemplo del documento original de registro de mejoras.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018
Versión: 1.0

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06
Página 67 de 69

SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE												
No.	ECCÓN	ESTADO	No.	RIESGOS O PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLAZO	BARRERAS DE SEGURIDAD	RESPONSABLE (PUESTO)	AVANCES	PERIODO DE IMPLEMENTACIÓN	PERIODO DE PRUEBA	PENDIENTE POR IMPLEMENTAR	FECHA COMPROBADO
48		PREP RESP	1	Distribución de documentos de alta calidad.	SEMI PLAZO	Falta de personal capacitado para el manejo de la información de alta calidad.	Fernández-Rodríguez	Sección de alta calidad en el área de Alta Calidad.	Finalizado	Finalizado	Sección de alta calidad en el área de Alta Calidad.	28 de abril de 2018
49		PREP RESP	2	Falta de capacitación en el personal de alta calidad.	SEMI PLAZO	Falta de capacitación en el personal de alta calidad.	Fernández-Rodríguez	Programación mensual de capacitación en el personal de alta calidad.	SEMI PLAZO	Finalizado	1- Actualización de alta calidad en el personal de alta calidad.	1- Documento de alta calidad en el área de Alta Calidad.
40		PREP RESP	3	Alta calidad de los documentos de alta calidad.	SEMI PLAZO	Falta de capacitación en el personal de alta calidad.	Fernández-Rodríguez	Sección de alta calidad en el área de Alta Calidad.	Finalizado	Finalizado	Sección de alta calidad en el área de Alta Calidad.	28 de abril de 2018
40		PREP RESP	4	Falta de capacitación en el personal de alta calidad.	SEMI PLAZO	Falta de capacitación en el personal de alta calidad.	Fernández-Rodríguez	1- PRG de alta calidad (CEN-PR-FQ-05) 1.1.1. 2- Documento de alta calidad en el área de Alta Calidad.	SEMI PLAZO	Finalizado	1- Actualización de alta calidad en el personal de alta calidad. 2- Documento de alta calidad en el área de Alta Calidad.	1- Documento de alta calidad en el área de Alta Calidad. 2- Finalizado.

El documento original se encuentra en la plataforma interna donde se maneja y control el soporte documental de la organización:

http://www.ufd.mx/calidad/v20_cema/pgABCRegistros.asp?usr=vicente.moreno

15. Capacitación (QPS.10)

La participación en la recolección y el análisis de datos, así como en la planeación e implementación de las mejoras de la calidad y seguridad requieren conocimientos y destrezas de los que carece la mayoría del personal, o los cuales no utiliza habitualmente. Por consiguiente, cuando se les solicita que participen en el desarrollo, implementación y/o seguimiento del plan, el personal recibe capacitación acorde a su rol en la actividad planificada.

La organización desarrollo un programa anual de capacitaciones (CEMA-PR-JE-PC-01), el cual está a cargo de la jefatura de enseñanza dicho programa contempla el personal clínico y no clínico, personal en formación y cuando corresponda al paciente, familiares y servicios subrogados, dentro del mismo se realizó una proyección de capacitaciones de todos los sistemas críticos, procesos clínicos y de gestión, acciones esenciales de seguridad del paciente, sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente, programas institucionales, sesiones hospitalarias, con relación a los hallazgos, mejoras, patrones y tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización. Las capacitaciones se programan con base al calendario y sin afectar la operación

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área: CALIDAD	Vigente a partir de: Septiembre 2018	Clave: CEMA-MN-CA-QPS-06
	Versión: 1.0	Página 68 de 69

para garantizar la asistencia del personal invitado a cada capacitación.

La capacitación del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente, se realiza a todo el personal clínico y no clínico de la organización en donde se les comparte su participación dentro del mismo, la relación de sus actividades con el mismo, y la obtención de cada información – indicador por área, dicha capacitación es impartida por la coordinación de calidad quien es responsable de la implementación del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.

Derivado de las áreas de enfoque del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente se proyectaron las siguientes capacitaciones con relación a la fecha de implementación del sistema:

<u>TEMA</u>	<u>PERIODOCIDAD</u>	<u>FECHA</u>
Capacitación introducción al proceso de certificación.	Semestral	Diciembre 2018 Junio 2019, Diciembre 2019
Capacitación evaluación de riesgos y problemas	Semestral	Junio 2019 Diciembre 2019
Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.	Semestral	Junio 2019 Diciembre 2019
Capacitación sobre estandarización de procesos.	Anual	Septiembre 2019
Capacitación sobre construcción de indicadores.	Anual	Septiembre 2019
Capacitación sobre rediseño de procesos.	Anual	Septiembre 2019
Capacitación sobre cuestionario de cultura de seguridad del paciente.	Semestral	Junio 2019 Diciembre 2019
Capacitación sobre el contenido general del sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente.	Semestral	Junio 2019 Diciembre 2019

Los periodos de capacitación pueden cambiar derivado de la necesidad de operación de la organización, la rotación del personal y/o la creación o implementación de nuevos procesos.

MANUAL DEL SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (QPS)

Departamento / Área:
CALIDAD

Vigente a partir de:
Septiembre 2018
Versión: 1.0

Clave:
CEMA-MN-CA-QPS-06
Página 69 de 69

16. Aprobación

El sistema organizacional de calidad y seguridad del paciente, fue aprobado por el gobierno, liderazgo y dirección de la organización en una sesión ordinaria del COCASEP, donde se realizó una última revisión del contenido para proceder a aprobarlo.

Aprobación

Dra. Gabriela Murguía Cánovas
DIRECTORA GENERAL

Dr. José María Bustó Villareal
DIRECTOR MÉDICO

MCD. Vicente Moreno Calva
DIRECTOR DE CALIDAD

L.C. Julio Cesar García Rodríguez
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Mtro. Alejandro Acevedo Hidalgo
DIRECTOR DE TECNOLOGÍAS DE LA
INFORMACIÓN

Ing. Cruz Alejandro Carrera García
DIRECTOR DE OPERACIONES