

### Carátula de validación de vigencia

Ciudad de México, a 22 de marzo de 2024.

Se hace referencia al inciso A) del Procedimiento para la validación de vigencia de las normas internas y transversales en el Sistema de Administración de Normas Internas de la APF (SANI). Con fundamento en el artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el **Manual de Procedimientos del Departamento de Gestión de la Calidad** registrado en el Inventario de Normas Internas del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), su desarrollo es debido a las actividades de calidad y seguridad del paciente que tiene encomendadas el departamento de Gestión de la Calidad. Por lo anterior, la Dirección de Planeación valida la vigencia de la norma interna administrativa no sujeta al acuerdo:

UR	Clasificación	Nombre	Homoclave	Fecha de publicación/ difusión	Fecha de revisión
Departamento de Gestión de la Calidad	MP	Manual de Procedimientos del Departamento de Gestión de la Calidad	INPER-NIA-NSA-SM-0003	22-03-2024	31-03-2021

**Responsable del documento**

**Autorizó**



**Mtra. Bárbara Campos Rosas**  
**Jefa del Departamento de**  
**Gestión de la Calidad**



**Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia**  
**Director de Planeación**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



INPer-DP-SDO-  
DGC-MP

Rev. 2

Hoja: 1 de 10

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**Marzo, 2021**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	4
II. - MARCO JURÍDICO	5
III. - PROCEDIMIENTOS:	11

1. Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)
2. Capacitación al personal de Salud en materia de calidad y seguridad del paciente
3. Coordinación de grupos transversales de trabajo, para el desarrollo e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente
4. Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación
5. Acciones de calidad para auditoria de procesos En proceso de actualización
6. Coordinación e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente
7. Identificación y gestión de riesgos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

## INTRODUCCIÓN

La integración de estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud, obedece a una necesidad imperante, respondiendo a lo establecido en la Ley General de Salud que en su Art. 6 describe los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y dentro de otros se encuentra el “Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas”.

Así mismo se estableció en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, bajo el fundamento de la Constitución Política Mexicana que establece en su artículo 4° párrafo cuarto establece que toda persona tiene derecho a la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, y definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. El determina la necesidad de disponer de un sistema único público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, en consonancia con lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024: "el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos".

Consolidando los mecanismos de mejoramiento de la calidad a través del Consejo de Salubridad General y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) y del Proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios, respectivamente. Por tanto la seguridad del paciente es un movimiento mundial que involucra a múltiples organizaciones cuyo objetivo es hacer visible y palpable el compromiso con la seguridad de los pacientes por parte de los políticos, profesionales sanitarios, instituciones de salud y asociaciones de pacientes y se enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios.

Es en este contexto que el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, retoma las acciones que desde el inicio del movimiento por la calidad en México se realizaron en la institución y plantea la necesidad de generar estrategias que ayuden en la mejora continua de la calidad y seguridad de las y los pacientes.

Por lo tanto es importante definir las políticas, acciones, procesos y procedimientos sistematizados que contribuirán a favorecer la calidad, motivo por el cual se lleva a cabo la revisión sistemática de las actividades que operan en el departamento para su estandarización.

El Departamento de Gestión de la Calidad se encuentra adscrito a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, de la Dirección de Planeación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

El presente manual de procedimientos tiene como finalidad establecer las políticas, normas y mecanismos a seguir, para el desarrollo adecuado de las actividades encomendadas al Departamento de Gestión de la Calidad, que le permita al personal adscrito a éste, conocer y entender la resolución operativa de los procesos de calidad, que faciliten un funcionamiento coordinado y estandarizado de los servicios proporcionados en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

## II. MARCO JURÍDICO


Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
 Ley General de Salud.  
 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.  
 Ley Federal de las Entidades Paraestatales y Reglamento.  
 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y Reglamento.  
 Ley de Infraestructura de la Calidad.  
 Ley General para el control del Tabaco y Reglamento.  
 Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
 Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
 Ley Federal del Trabajo.  
 Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B) del Artículo 123 Constitucional.  
 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.  
 Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados y Reglamento.  
 Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes.  
 Ley Federal para Prevenir y Eliminar Discriminación.  
 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y Reglamento.  
 Ley del Instituto Nacional de las Mujeres.  
 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.  
 Presupuesto de Egresos de la Federación.  
 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología.



### DECRETOS

Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud.

### REGLAMENTOS

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.  
 Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.  
 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		<b>INPer-DP-SDO-DGC-MP</b>
			<b>Rev. 2</b>
			<b>Hoja: 6 de 10</b>

Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de publicidad.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios.

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Reglamento de Insumos para la Salud.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación.

Reglamento Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Reglamento Interior de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.

## ACUERDOS

Acuerdo por el que los titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal del Sector Salud, consultarán a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Mexicana de Cirugía para la instrumentación de las políticas públicas en materia de salud.

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos.

Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida.

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción y Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.

Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos.

## LINEAMIENTOS

Lineamientos Generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

## NORMAS

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA2-2018, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.

NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

Norma Oficial mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-08-2021

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigencia epidemiológica del cáncer de mama.

Norma Oficial mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención

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

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

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

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

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

Norma Oficial Mexicana NOM-208-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud, para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, Salud ambiental, Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-055-SEMARNAT-2003, Que establece los requisitos que deben reunir los sitios que se destinarán para un confinamiento controlado de residuos peligrosos, previamente estabilizados.

Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-NUCL-2009, Requerimientos de seguridad radiológicas para egresar a pacientes a quienes se les ha administrado material radiactivo.

### DISPOSICIONES LEGALES INTERNAS

Condiciones Generales de Trabajo del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, registradas en el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje expediente R.S 13/83 del 15-06-2018 y autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante oficio No. 307-A-1622 de fecha 12-06-2018.

**Nota:** Para lo no previsto dentro de este marco jurídico, se observará lo establecido en el marco jurídico regulatorio del Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





INPer-DP-SDO-  
DGC-MP

Rev. 2

Hoja: 10 de 10



### III. PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-01
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)		Hoja: 1 de 11

### 1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DP-SDO- DGC-MP-01</b>
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)		Hoja: 2 de 11

## 1.0 Propósito

1.1. Administrar el portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP) en el cual el personal de la salud notifica errores o fallos que se presentan durante la atención de pacientes con la finalidad de identificar cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela para darles seguimiento y coordinar acciones de mejora que eviten su recurrencia en el Instituto, propiciando una cultura de calidad y seguridad del paciente, además de contar con una herramienta y sistema confiable.

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, al Departamento de Gestión de la Calidad y a todas las áreas de atención clínica del INPer.



2.2 A nivel externo, este procedimiento no es aplicable.

## 3.0 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos:

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Revisar el sistema IRSP y coordinar con el personal del Departamento de Tecnologías de la Información, las modificaciones y/o actualización que se requieran en el sistema.
- Verificar los reportes registrados en el sistema IRSP para identificar y clasificar las cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela con la finalidad de establecer las acciones correspondientes.
- Elaborar un informe mensual y anual sobre patrones y tendencias de los resultados del sistema de IRSP para su control y difusión al personal del INPer.
- Dar a conocer en sesión del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, los patrones y tendencias de la notificación de cuasifallas, eventos adversos y/o eventos centinela, ocurridos en las personas atendidas en los diferentes servicios.
- Enviar a los servicios de atención clínica, las estadísticas de presencia de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente para conocimiento del personal clínico.
- Coordinar con el Comité de Farmacovigilancia un programa de mejora dirigido a evitar los errores de medicación.
- Coordinar con el Departamento de Gestión del Cuidado, acciones de mejora, enfocadas a los procesos del cuidado de enfermería.
- Dirigir las reuniones y coordinar acciones encaminadas a dilucidar las fallas latentes en el proceso de atención que contribuyeron a la ocurrencia de eventos adversos.
- Capacitar continuamente al personal del Instituto, así como al de nuevo ingreso, sobre el uso del sistema de IRSP para que en la medida de lo posible se asegure el mayor número de reportes de incidentes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-SDO- DGC-MP-01</b>
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)		Hoja: 3 de 11

- Acudir a las áreas clínicas para promover y difundir el acceso al Sistema del IRSP y supervisar el proceso de notificación, solucionando dudas o apoyando al personal para la notificación de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente.
- Fomentar mediante cursos de capacitación y materiales de apoyo la calidad y seguridad del paciente como un valor primordial de las áreas del INPer.
- Promover una cultura de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en todas las áreas del Instituto y la implementación de recomendaciones emitidas o derivadas de su análisis.
- Solicitar al Departamento de Estadística y Metas Institucionales número de egresos hospitalarios trimestralmente.
- Aplicar indicador de resultado de manera trimestral para conocer el porcentaje de errores o fallos durante el proceso de atención.
- Conformar un grupo de trabajo multidisciplinario, ante la presencia de eventos centinela, para llevar a cabo el Análisis Causa Raíz (ACR), en los primeros siete días de presentarse el evento.
- Coordinar para que el Grupo de trabajo multidisciplinario cumpla con las siguientes recomendaciones:
  - ✓ Recopilar información del incidente para su análisis a través de:
    - Entrevistas: testimonio de las personas relacionadas directa e indirectamente con el evento.
    - Evidencia física: identificar fallas del proceso relevantes, muestras de laboratorio, documentos, equipo utilizado para la atención entre otros.
    - Visitas: acudir al sitio donde ocurrió el incidente: establecer interacción directa con el personal y los pacientes.
    - Documentación: material impreso o digital relacionado con el incidente (datos del paciente, historia clínica, órdenes o prescripciones médicas, resultados de laboratorio, de anatomía patológica o estudios complementarios, todo tipo de documento que describa el estado de salud o el proceso de atención, políticas o procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, manuales de procedimientos, reglamentos del servicio o de la institución del paciente que sufrió el evento.
    - Expediente Clínico: búsqueda intencionada de indicios de daños al paciente en el expediente clínico.
  - ✓ Analizar las barreras de seguridad mediante:
    - Análisis de barreras
    - Diferenciación de causa-raíz y causa contribuyente
  - ✓ Emitir recomendaciones de mejora para minimizar el riesgo o solucionarlo.
    - Informar en sesión de COCASEP, el ACR llevado a cabo del evento centinela y establecer acciones de mejora con base a las desviaciones identificadas.
    - Asegurar la confidencialidad de los datos y la protección legal de los documentos resultantes de ACR.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DP-SDO- DGC-MP-01</b>
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)		Hoja: 4 de 11

- Establecer plan de comunicación de resultados a todo el personal de salud involucrado.

**3.2** Será responsabilidad del personal directivo y operativo de las Direcciones: Médica, Investigación, Educación en Ciencias de la Salud, Planeación, Administración y Finanzas (involucradas directa e indirectamente en la atención de las y los pacientes); cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Brindar todas las facilidades al Departamento de Gestión de la Calidad, y al grupo de trabajo multidisciplinario, para el análisis causa raíz y proporcionar los elementos que sean necesarios como: recurso humano, acceso a instalaciones y acceso a la información.
- Apoyar para la realización y seguimiento del ACR, para implementar las acciones de mejora que resulten.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-01
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)		Hoja: 5 de 11

#### 4.0 Descripción del procedimiento



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Dirección de Planeación	1	Instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, indique al departamento de Gestión de la Calidad administrar el sistema IRSP.	
Subdirección de Desarrollo Organizacional	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Gestión de la Calidad, administre el portal de IRSP.	
Departamento de Gestión de la Calidad	3	Recibe instrucción y revisa el sistema de IRSP verificando su correcta funcionalidad, así como los registros de eventos que se hayan notificado.	
	4	Propone, de así considerarlo, cambios o modificaciones en el sistema para que sea más eficiente y coordina con el departamento de Tecnologías de la Información la adecuación de éste.	
	5	Analiza la descripción de las notificaciones de cuasifallas, eventos adversos y evento centinela que se encuentren registrados.	
	6	Elabora reporte del número y porcentaje de notificaciones por mes para informar en sesión de COCASEP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reporte de registros</li> <li>• Minuta de COCASEP</li> </ul>
	7	Envía mediante oficio a los servicios clínicos los resultados del análisis, para conocimiento del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> </ul>
	8	Realiza con los datos obtenidos del análisis el indicador de resultado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador de resultado</li> </ul>
	9	Identifica algún evento centinela o verifica si existe solicitud de algún usuario para realizar ACR y someter a consideración del COCASEP.	
		<b>¿Procede?</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

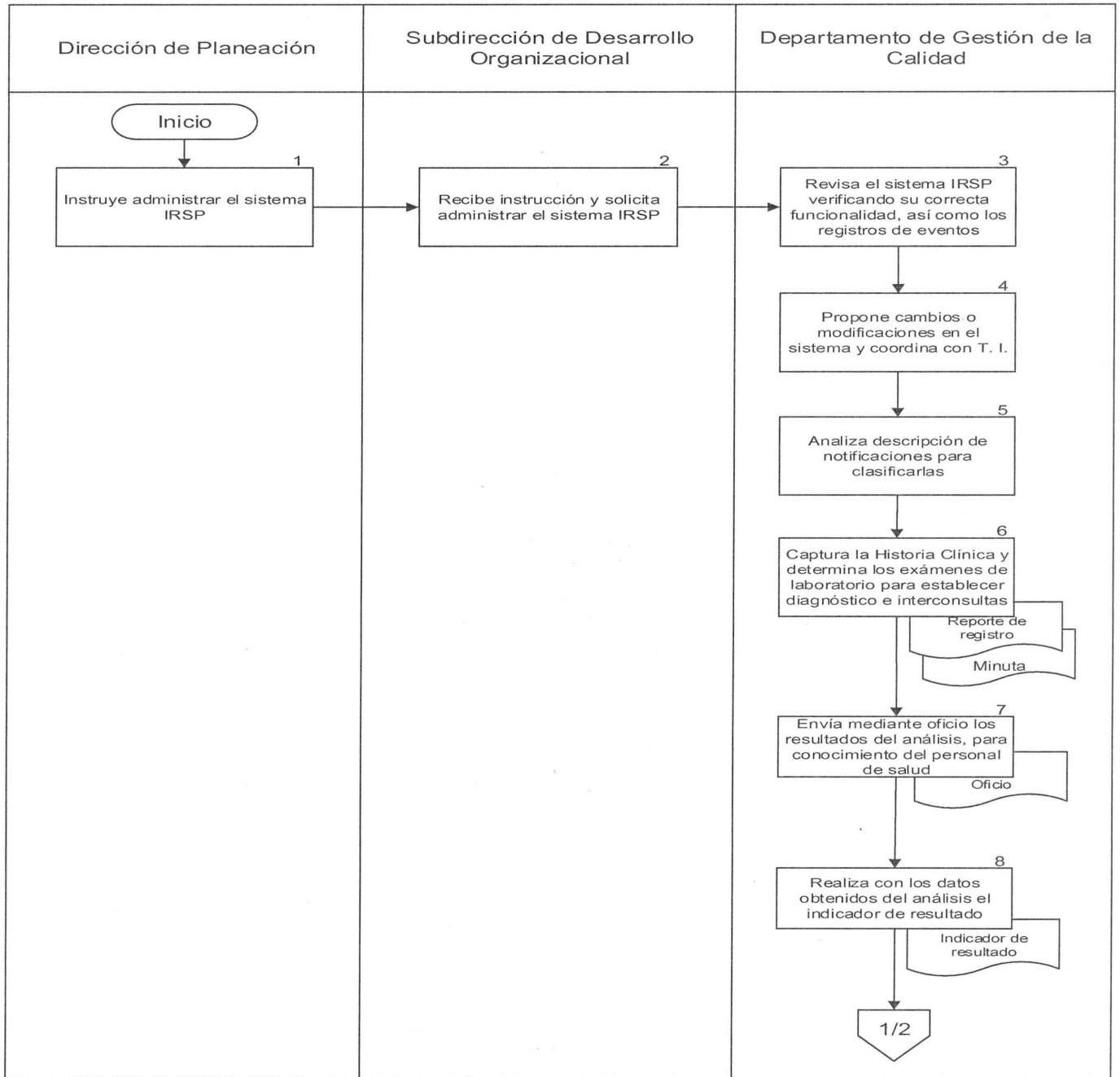
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-01
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)		Hoja: 6 de 11

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Departamento de Gestión de la Calidad	10	<b>No:</b> documenta las causas por las que no se realiza ACR y fechas de incidencia. <b>Termina procedimiento.</b>	
	11	<b>Sí:</b> conforma equipo de trabajo multidisciplinario de salud y realiza ACR.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9105-07</li> <li>• 9105-08</li> </ul>
	12	Informa en sesión de COCASEP, los resultados obtenidos del Análisis Causa Raíz (ACR) realizado.	
	13	Da a conocer las acciones de mejora, que emanan del ACR y coordina con las áreas usuarias su implementación y seguimiento.	
	14	Realiza recorridos aleatorios en las áreas clínicas, para verificar el seguimiento de las acciones de mejora y apoya al personal en la notificación de errores o fallos.	
	15	Proporciona capacitación continua o enseñanza incidental sobre el sistema de IRSP, al personal de salud y de nuevo ingreso al Instituto.	
		<b>Termina procedimiento</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

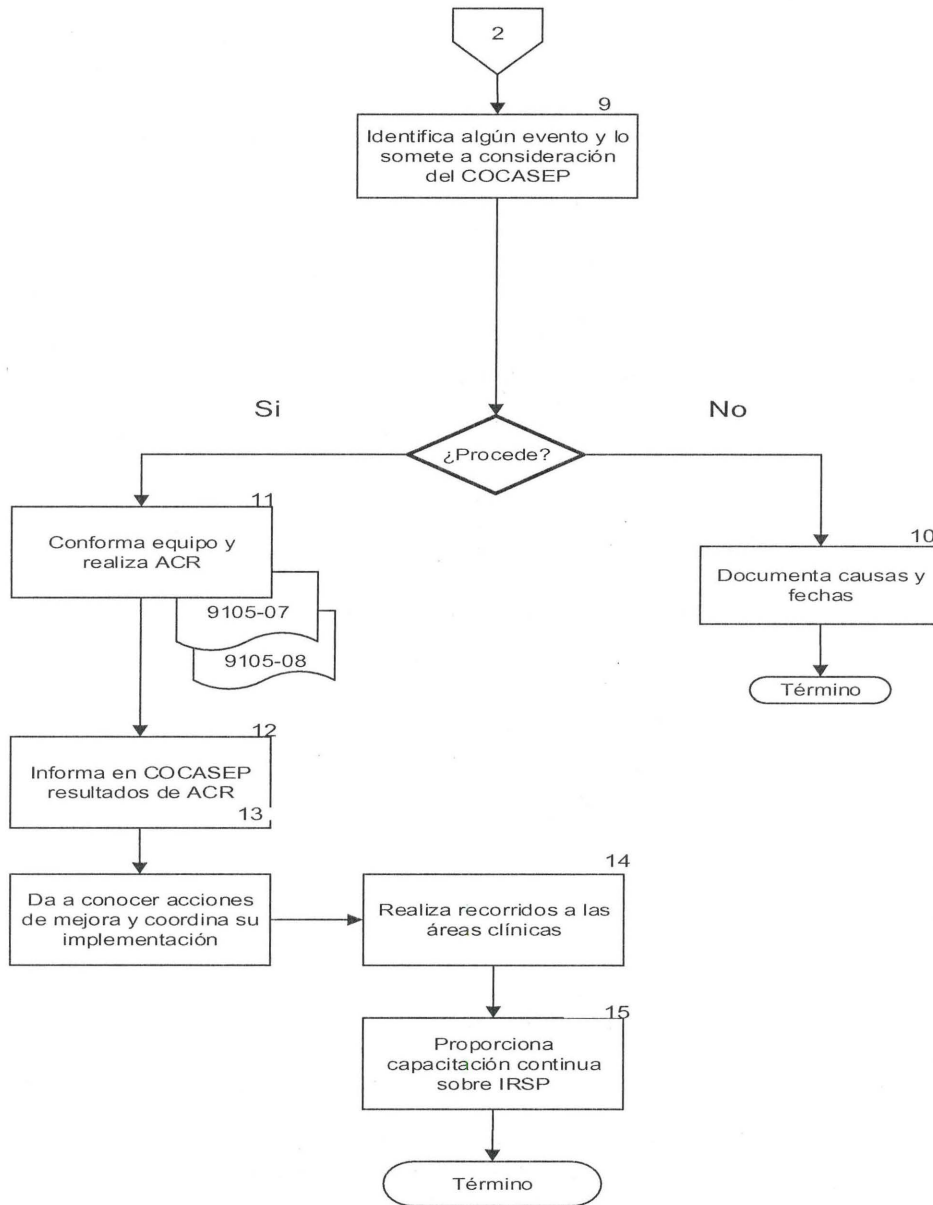
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-SDO-DGC-MP-01</b>
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)		Hoja: 7 de 11

## 5.0 Diagrama de Flujo





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

Departamento de Gestión de la Calidad



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-01
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)		Hoja: 9 de 11

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 Septiembre /2013
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer.	No Aplica



## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Reporte de registros	2 años	Departamento Gestión de la Calidad	No Aplica
7.2 Minuta de COCASEP	6 años	Departamento Gestión de la Calidad	4S.11
7.3 Oficio	6 años	Departamento Gestión de la Calidad	4S.5
7.4 Indicador de resultado	6 años	Departamento Gestión de la Calidad	4S.5
7.5 "Cronología Narrativa del evento ACR"	6 años	Departamento Gestión de la Calidad	9105-07/4S.5
7.6 "Análisis de Barrera"	6 años	Departamento Gestión de la Calidad	9105-08/4S.5

## 8.0 Glosario

- 8.1 Análisis Causa Raíz ACR** es una metodología útil que desde una perspectiva reactiva que orienta la investigación sistemática de las causas y el entorno en el que se produjo un incidente con daño que podrían no ser aparentes de forma inmediata de acuerdo a la etapa de análisis y evaluación de riesgos del proceso de Gestión de Riesgos.
- 8.2 Cronología narrativa.** Herramienta para vincular los hechos en el tiempo que ocurrieron (minutos, horas, días).
- 8.3 Cuasifalla:** Situación que pudo provocar daño o lesión al paciente en el proceso de atención, pero, por una intervención oportuna se evitó; estos son algunos ejemplos: Fallas en desfibriladores o ventiladores que se detectan antes de su uso; mal funcionamiento de tomas de oxígeno o aire

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-SDO- DGC-MP-01</b>
	<b>Departamento de Gestión de la Calidad</b>		<b>Rev. 2</b>
	<b>1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)</b>		<b>Hoja: 10 de 11</b>

cerrados en un mezclador de gases medicinales; no aplicar los 10 correctos en administración de medicamentos; detección de errores de medicación antes de su administración; detección de equivocación de un paciente por otro antes de procedimientos; omisión de indicaciones o acciones realizadas a pacientes en hojas de enfermería o expediente clínico que se detecta oportunamente, percatarse de que el instrumental quirúrgico no fue esterilizado previamente o incompleto antes de que inicie la cirugía; manejo inadecuado de aislamientos hospitalarios; cancelación de procedimientos por falta de resultados de laboratorio o gabinete, los cuáles deben verificarse con anticipación; Identificadores de pacientes ilegibles en los brazaletes de identificación; alarmas apagadas de equipo de soporte vital que se activan oportunamente; riesgo de caída por deambulación temprana sin evaluar condiciones para caminar.

**8.4 Evento adverso:** Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso que provoca un daño al paciente y que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención médica, y no se relaciona con el curso natural o la evolución de su patología, el término negligencia no está implícito en éste; estos son algunos ejemplos: Perforación de órganos y tejidos para la colocación de catéteres o sondas que no causen la muerte o la pérdida permanente de una función; neumotórax por inadecuada técnica de ventilación con resucitador y que no cause muerte o pérdida permanente de la función; lesiones dérmicas derivadas de la atención por retiro cinta adhesiva o quemaduras con electrocauterio o sobrecalentamiento de equipos, mala colocación o inadecuado cuidado de venoclisis, quemaduras de primer grado; inadecuada técnica de punción que provoque más de una incisión, para toma de muestras, colocación de venoclisis o aplicación de anestesia; fracturas derivadas de la atención que no causen la muerte o pérdida permanente de una función; hematomas, lesiones en tabique nasal de los neonatos derivados del uso de CPAP que no causen deformaciones permanentes; aplicación de un medicamento, paciente, dosis, concentración, vía de administración, dilución, horario incorrectos o caduco que no ocasionen daño permanente o la muerte o pérdida de alguna función; configuración errónea de parámetros ventilatorios; caída de pacientes que no ocasionen muerte o pérdida de alguna función; hemorragias causadas por perforaciones o lesiones no previstas durante procedimientos quirúrgicos; falla de batería de incubadoras, monitores, bombas de infusión; úlceras por presión; retraso en el diagnóstico por falta de estudios complementarios oportunos; falta de atención inmediata por no evaluación adecuada de triage o diagnóstico inadecuado; infección nosocomial entre otros.

**8.5 Evento centinela:** Evento que produce la muerte imprevista o herida física que lleva a la pérdida permanente de un miembro o una función al paciente, que no se encuentra relacionada con el curso natural de la enfermedad o un riesgo subyacente, incluye también, la práctica de un evento quirúrgico incorrecto, en el sitio incorrecto, o al paciente incorrecto, muerte materna y el robo de infante y: Perforaciones de órganos y tejidos por la colocación de catéteres o sondas que causen la muerte o la pérdida permanente de una función en el paciente; fracturas de cráneo en neonatos; lesiones en tabique nasal con deformaciones permanentes por uso inadecuado de CPAP; aplicación de medicamento a paciente, dosis, concentración, dilución, horario incorrectos o caducos que ocasionen muerte o daño permanente de alguna función; caída de pacientes; mal funcionamiento de monitores de signos vitales; neumotórax; hemorragias causadas por perforaciones o lesiones no previstas durante procedimientos quirúrgicos; muerte de pacientes por caída de componentes no estructurales o por evacuación indebida durante una emergencia o desastre; perforaciones o lesiones no previsibles durante procedimientos quirúrgicos que ocasionen la muerte; aplicación de dosis incorrecta de anestesia; fracturas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-SDO-DGC-MP-01</b>
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	1.- Administración del Portal del Sistema de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)		Hoja: 11 de 11

**8.6 Plan de mejora continua.** Documento desarrollado por las autoridades de los establecimientos, con la finalidad de dar respuesta integral a los problemas de calidad y seguridad del paciente, que deberán mostrar para la renovación de la vigencia de la Acreditación a través de los informes anuales que se realicen durante los 5 años de vigencia.

**8.7 Riesgo:** Es la amenaza concreta de daño en la salud y seguridad del paciente, familiares y personal del Instituto, que pone en peligro su integridad; este riesgo puede suceder o no, sin embargo, está latente en todo momento.

### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	31-03-2021	Actualización derivada de la reorganización de los procedimientos con base a las actividades que realiza el Departamento.

### 10.0 Anexos

10.1 Cronología Narrativa del evento ACR

(9105-07)

10.2 Análisis de Barrera

(9105-08)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

**ANÁLISIS CAUSA RAÍZ  
(ACR)**

Cronología narrativa del evento

Turno \_\_\_\_\_ (1)

**DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS**

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (2) Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ (3)

Descripción de los hechos:

(4)

Persona que reporta

(5)

## INSTRUCTIVO

Nº	Concepto	Descripción
1	Turno	Registrar el turno en que se presentan el evento
2	Fecha y hora	Anotar la fecha y hora en que se realiza el reporte del evento adverso grave y/o centinela
3	Servicio	Nombre del servicio en el que se presenta el evento adverso grave y/o centinela
4	Descripción de los hechos	<p>Describir cronológicamente la manera en que ocurrió el evento y el tiempo en el que aconteció, es posible utilizar diferentes medidas de tiempo como los días, las horas y minutos.</p> <p><b>Cronología narrativa:</b> A través de entrevistas y expediente clínico, éstos proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido y que permite entender la descripción de los hechos.</p>
5	Persona que reporta	Nombre completo de la persona que reporta, iniciando por nombre y apellidos completos sin abreviaturas con letra clara y legible, así como su firma.

**ANÁLISIS DE BARRERA  
ACR**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (1) Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Turno \_\_\_\_\_ (2)

Servicio: \_\_\_\_\_ (3)

Riesgos	Barreras existentes	Impacto en la seguridad del paciente	Existe alguna barrera adicional para su mejora	Impacto en la seguridad del paciente	Responsable (quién)
(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

Persona que reporta

(10)

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma

## INSTRUCTIVO

N°	Concepto	Descripción
1	Fecha y hora	Anotar la fecha y hora en que se realiza el reporte del evento adverso grave y/o centinela
2	Servicio	Registrar el servicio en el que se presenta el evento adverso grave y/o centinela
3	Turno	Registrar el turno en que se presenta el incidente
4	Riesgos	Reconocer los riesgos presentes y la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso grave y/o centinela
5	Barreras existentes	Identificar las protecciones o barreras existentes que fallaron para que se haya producido el incidente (diferentes tipos de barreras: físicas, naturales, humanas y administrativas, principalmente)
6	Impacto en la seguridad del paciente	Hacer un listado de todas las barreras que actuaron o podrían haber actuado en la prevención de la falla.
7	Existe alguna barrera adicional para su mejora	Describir que estrategia o barrera se propuso e implemento
8	Impacto en la seguridad del paciente	¿Qué acciones se tomarán para resolver el problema? ¿Qué estrategias o barreras se propuso e implemento? ¿Qué sucedió, qué mejoró y qué no? ¿Por qué se repitió la falla?
9	Responsable (quién)	Nombre completo de quien será responsable de ejecutar las acciones
10	Persona que reporta	Registrar el nombre, apellidos y firma de la persona que reporta el evento adverso grave y/o centinela.

Dirección General  
Dirección de Planeación  
Subdirección de Desarrollo Organizacional  
Departamento de Gestión de la Calidad

## Reporte trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno 2021

### Objetivo:

Dar a conocer los avances del programa de trabajo de control interno, sobre los incidentes relacionados con la seguridad del paciente durante el primer trimestre en el Instituto, para su seguimiento.

### Acción 1.

Construcción e implementación de indicador de resultado.



### Fundamento:

De acuerdo a cifras que da la Organización Mundial de la salud, 1 de 10 pacientes sufren un evento adverso, durante la atención a la salud en el mundo.

### Objetivo:



Conocer la incidencia de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en el Instituto, para identificar los daños generados a los pacientes.

<b>Indicador</b>	
<i>Nombre del Indicador</i>	Seguridad del paciente en la atención a la salud en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes Definición: Total de reportes de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente (IRSP)
<i>Tipo de Indicador</i>	Resultado
<i>Dimensión</i>	Calidad y Seguridad
<i>Fórmula o método de cálculo</i>	$\frac{\text{Total de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente}}{\text{Total de egresos hospitalarios de pacientes}} \times 100$
<i>Umbral estándar</i>	< 10 %
<i>Rango de desempeño</i>	< 10% ESPERADO > 10% DEFICIENTE
<i>Fuente de datos</i>	Reporte en el Portal de Incidentes Relacionados con la Seguridad del Paciente del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
<i>Periodicidad</i>	Trimestral
<i>Responsable</i>	Gestión de la Calidad

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-02
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	2.- Capacitación al personal de salud en materia de Calidad y Seguridad del Paciente		Hoja: 1 de 8

## 2.- Capacitación al personal de salud en materia de Calidad y Seguridad del Paciente

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-SDO- DGC-MP-02</b>
	<b>Departamento de Gestión de la Calidad</b>		<b>Rev. 2</b>
	<b>2.- Capacitación al personal de salud en materia de Calidad y Seguridad del Paciente</b>		<b>Hoja: 2 de 8</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Capacitar al personal de la salud mediante la integración de cursos de actualización, cursos monográficos, charlas, conferencias o sesiones contemplando temas enfocados a la calidad con la finalidad de mantenerlo a la vanguardia y propiciar una cultura de Calidad y Seguridad del Paciente en el Instituto.

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, al Departamento de Gestión de la Calidad, así como a todo el personal del Instituto.



2.2 A nivel externo, este procedimiento no es aplicable.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Implementar un diagnóstico de necesidades de capacitación, mediante la aplicación de encuesta de necesidades de capacitación.
- Elaborar un programa anual de capacitación en materia de calidad y seguridad del paciente, dirigido a los profesionales de la salud.
- Incluir en el programa cursos, conferencias o sesiones, considerando las necesidades de los profesionales de la salud.
- Definir el calendario de programación, lugar físico y / o virtual para la impartición de la capacitación.
- Determinar el contenido temático, instructores y posibles participantes, así como establecer logística para la organización e impartición de la capacitación.
- Entregar al Departamento de Programas Académicos y Educación Continua, la solicitud anual para requerirle la programación de los cursos definidos.
- Corroborar en la programación anual de capacitación los cursos definidos por el departamento para llevar a cabo las acciones que apliquen en la organización e implementación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-02
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	2.- Capacitación al personal de salud en materia de Calidad y Seguridad del Paciente		Hoja: 3 de 8

#### 4.0 Descripción del procedimiento


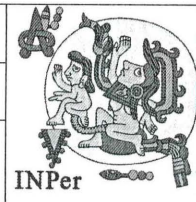
Responsable	No. Actividad	Descripción de actividades	Documento anexo
Dirección de Planeación	1	Instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, indique al departamento de Gestión de la Calidad realice el programa anual de capacitación en materia de calidad y seguridad del paciente.	
Subdirección de Desarrollo Organizacional	2	Indica al Departamento de Gestión de la Calidad elabore programa anual de capacitación en materia de calidad y seguridad del paciente.	
Departamento de Gestión de la Calidad	3	Aplica instrumento de identificación de necesidades de capacitación en materia de calidad y seguridad del paciente al personal de la salud.	
	4	Analiza instrumento de identificación de necesidades y prioriza la capacitación con base a los resultados obtenidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumento de identificación de necesidades de capacitación</li> </ul>
	5	Elabora programa de capacitación con enfoque de Calidad y Seguridad del Paciente y lo da a conocer a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, para su autorización y visto bueno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de trabajo del departamento</li> </ul>
	6	<b>No:</b> modifica programa realizando las adecuaciones sugeridas. <b>Regresa actividad N° 5.</b>	
	7	<b>Sí:</b> elabora oficio dirigido al departamento de Programas Académicos y Educación Continua con propuesta de cursos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio</li> </ul>
	8	Coordina con el departamento de Programas Académicos y Educación Continua la organización presencial o virtual de los cursos definidos.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

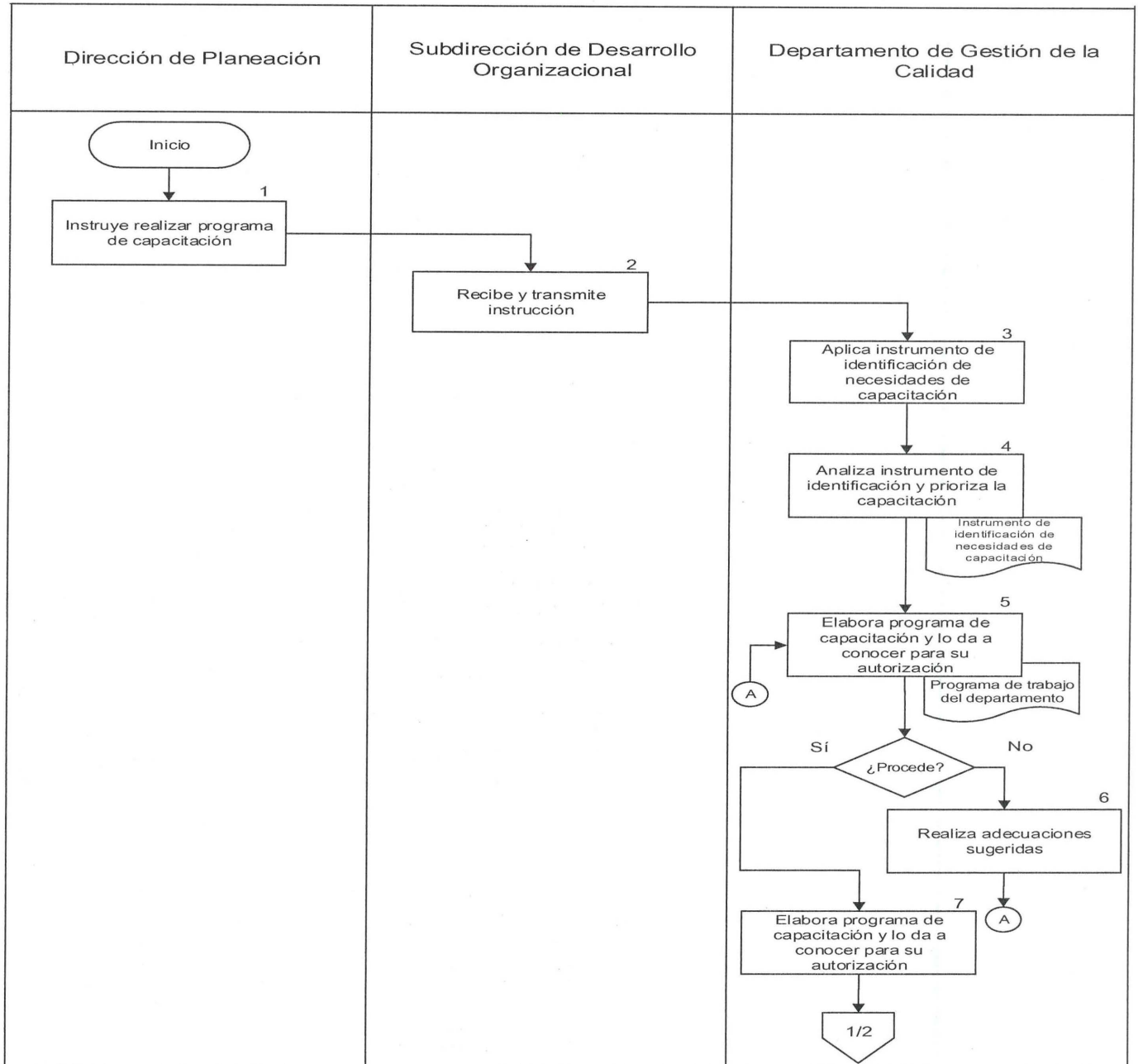
<b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-02
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	2.- Capacitación al personal de salud en materia de Calidad y Seguridad del Paciente		Hoja: 4 de 8

Responsable	No. Actividad	Descripción de actividades	Documento anexo
Departamento de Gestión de la Calidad	9	Lleva a cabo la logística para la planeación, organización y difusión del curso a realizar.	
	10	Realiza la implementación de cursos, en coordinación con los Departamentos de Programas Académicos y Educación Continua, Imagen Institucional y la Coordinación de Estadística de Productividad en Enseñanza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listas de registro</li> <li>• Lista de Asistencia</li> <li>• Evaluaciones</li> </ul>
	11	Coordina la entrega de constancias para asistentes y ponentes al finalizar el curso y realiza cierre.	
		<b>Termina Procedimiento</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

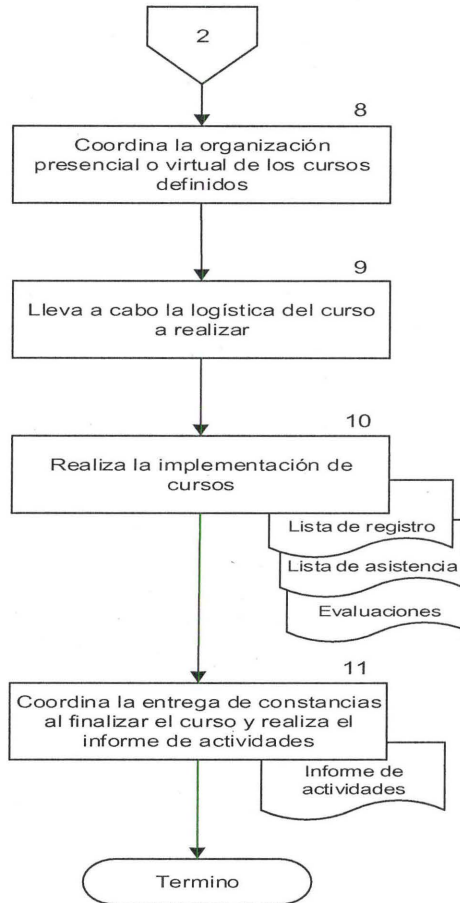
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-02
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	2.- Capacitación al personal de salud en materia de Calidad y Seguridad del Paciente		Hoja: 5 de 8

## 5.0 Diagrama de Flujo





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-08-2021

Departamento de Gestión de la Calidad



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-02
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	2.- Capacitación al personal de salud en materia de Calidad y Seguridad del Paciente		Hoja: 7 de 8

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 Septiembre 2013
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer.	No Aplica



## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Instrumento de identificación de necesidades de capacitación	6 Años	Departamento de Gestión de la Calidad	4C.22
7.2 Programa de trabajo	6 Años	Departamento de Gestión de la Calidad	4C.22
7.3 Oficio	6 Años	Departamento de Gestión de la Calidad	4C.22 / No de oficio
7.4 Listas de registro	1 Año	Departamento de Gestión de la Calidad	Documento de comprobación inmediata
7.5 Lista de Asistencia	1 Año	Departamento de Gestión de la Calidad	Documento de comprobación inmediata
7.6 Informe de actividades	1 Año	Departamento de Gestión de la Calidad	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

- 8.1 Calidad:** Grado en que el conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria.
- 8.2 Curso:** Tratado o conjunto de lecciones para la enseñanza de una materia.
- 8.3 Seguridad del Paciente:** Conjunto de acciones interrelacionadas que tienen como objetivo prevenir y reducir los eventos adversos, que implican un daño al paciente como resultado de la atención médica que recibe.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-02
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	2.- Capacitación al personal de salud en materia de Calidad y Seguridad del Paciente		Hoja: 8 de 8



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	31-03-2021	Actualización derivada de la reorganización de los procedimientos con base a las actividades que realiza el Departamento.

## 10.0 Anexos



10.1 No Aplica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-03
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	3.- Coordinación de grupos transversales de trabajo para el desarrollo e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 1 de 8

**3.- Coordinación de grupos transversales de trabajo, para el desarrollo e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente.**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-03
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	3.- Coordinación de grupos transversales de trabajo para el desarrollo e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 2 de 8

## 1.0 Propósito

1.1 Organizar y coordinar grupos transversales de trabajo para la integración, desarrollo, implementación y seguimiento de los diferentes programas, así como instrumentos rectores enfocados a la calidad y seguridad del paciente para fortalecer los procesos en el Instituto en beneficio de la población usuaria.

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, a la Subdirección de Desarrollo de Personal, al Departamento de Gestión de la Calidad y a todo el personal del Instituto.

2.2 A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), Consejo de Salubridad General y a la Dirección de Calidad y Educación en Salud.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Conocer los distintos programas de calidad y seguridad del paciente que determine la Secretaría de Salud para determinar aquellos que puedan implementarse en el INPer para su seguimiento.
- Organizar con los responsables de los diferentes Departamentos y/o Coordinaciones, para que el personal que sea requerido integre los grupos multidisciplinarios para la implementación de los programas normativos en el Instituto.
- Determinar el programa de trabajo de los diferentes programas de calidad en coordinación con los integrantes de los grupos multidisciplinarios para ejecutarlos en el INPer.
- Informar en sesión de COCASEP sobre los avances de la implementación de programas de calidad en Instituto, para conocimiento, visto bueno y apoyo en su ejecución y seguimiento.

3.2 Será responsabilidad de la Direcciones de Administración y Finanzas, Médica, Investigación y de Educación en Ciencias de la Salud, verificar a través de sus Subdirecciones de área y Jefaturas de Departamento, se dé cumplimiento a las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Brindar las facilidades, para que el personal bajo su cargo participe en los grupos transversales de trabajo que el Departamento de Gestión de la Calidad consideré necesario o estén involucrados en los programas de calidad para su cumplimiento.
- Dar acceso a todas las áreas e información que se requiera para llevar a cabo los programas de calidad y seguridad en el Instituto.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO-DGC-MP-03
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	3.- Coordinación de grupos transversales de trabajo para el desarrollo e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 3 de 8

#### 4.0 Descripción del procedimiento



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Dirección de Planeación	1	Solicita a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, dirija las acciones para que el Departamento de Gestión de la Calidad coordine la integración de grupos transversales de trabajo para el desarrollo e implementación de programas de calidad.	
Subdirección de Desarrollo Organizacional	2	Instruye al Departamento de Gestión de la Calidad, determine los programas de calidad que aplican al Instituto, así como la integración de grupos transversales de trabajo.	
Departamento de Gestión de la Calidad	3	Determina el programa de calidad a desarrollar y propone al personal que considera pueda formar parte del grupo transversal, de acuerdo a perfil y competencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas de Calidad</li> </ul>
	4	Elabora plan de trabajo y determina fecha y hora de reunión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de trabajo</li> </ul>
	5	Convoca a través de correo electrónico u oficio o vía telefónica al grupo transversal, informando el programa de calidad a desarrollar, previo a la reunión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de convocatoria/correo electrónico</li> </ul>
	6	Realiza reunión en la fecha establecida <b>¿Procede?</b>	
	7	<b>No:</b> Cancela con aprobación de los integrantes del grupo de trabajo que acudieron a la reunión y convoca para otro momento. <b>Regresa a actividad N° 5.</b>	
	8	<b>Sí:</b> Presenta objetivos, levanta lista de asistencia y desarrolla orden del día.	
	9	Realiza en conjunto con el grupo transversal análisis de los puntos básicos del programa de calidad y determinan el plan de acción, con responsabilidades a cada integrante.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

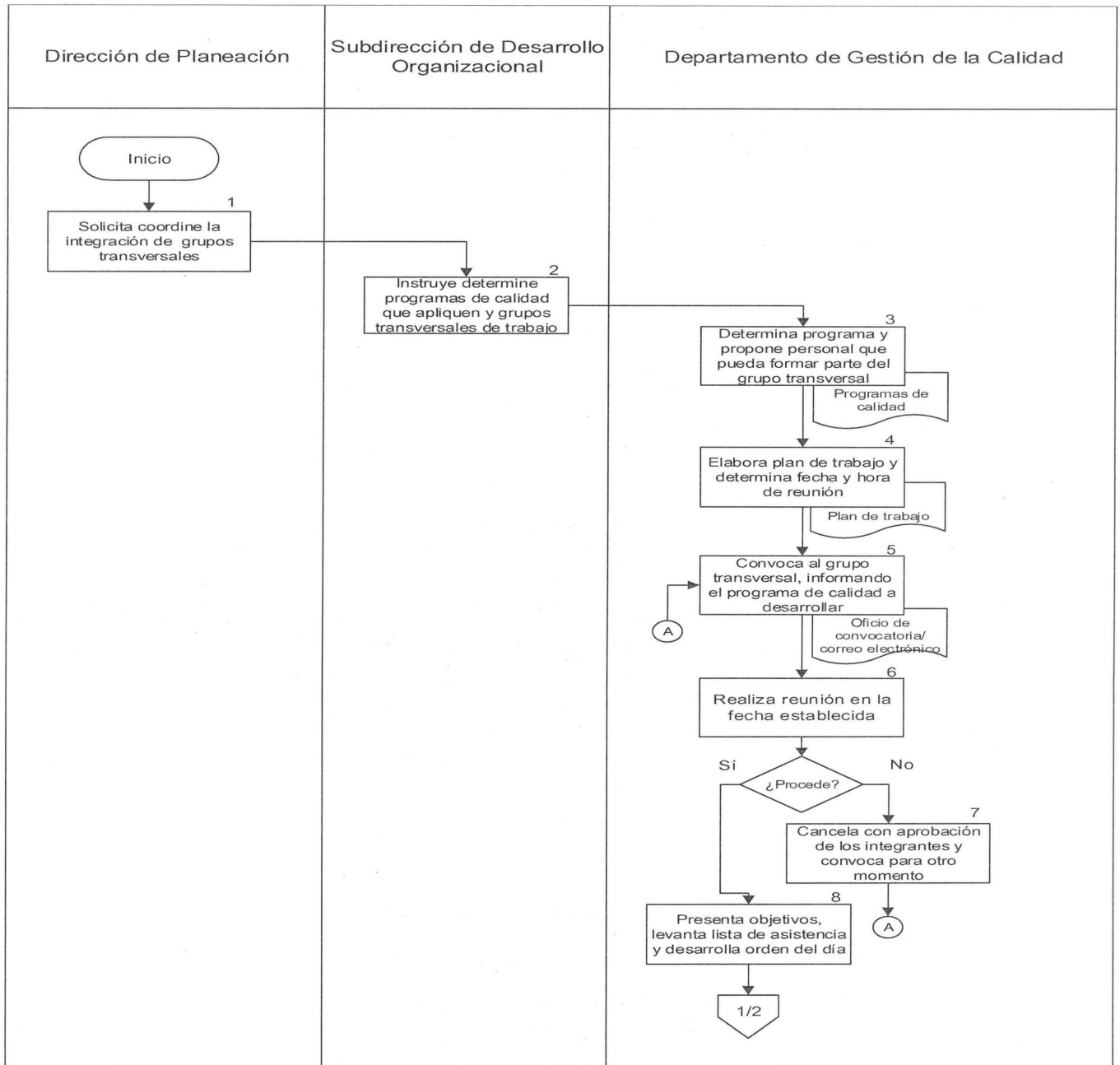
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO-DGC-MP-03
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	3.- Coordinación de grupos transversales de trabajo para el desarrollo e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 4 de 8

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Departamento de Gestión de la Calidad	10	Designa en conjunto con el grupo de transversal al "líder" del grupo que será el vínculo entre el grupo de trabajo y el Departamento de Gestión de la Calidad.	
	11	Determina en conjunto con el grupo de transversal la creación de subgrupos, para las acciones consecutivas y establece responsabilidades a los integrantes y/o personas de otras áreas.	
	12	Anota en minuta de trabajo los procedimientos o procesos a realizar, con responsables, metas y tiempos para la consecución de actividades de mejora.	• Minuta de trabajo
	13	Coordina el seguimiento de acciones en cada una de las reuniones e implementa las actividades de mejora continua y da seguimiento en cada reunión de trabajo.	
	14	Evalúa y supervisa en coordinación con el grupo transversal las actividades de mejora y acuerda fecha y hora de la siguiente reunión.	
	15	Revisa las actividades de mejora del grupo transversal para continuar con los programas de calidad y las presenta en sesión del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).	• Minuta Sesión COCASEP
Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)		<p>Recibe informes de las actividades de los programas de calidad llevados a cabo y resultados emitidos por DGCES para su seguimiento. <b>Inicia procedimiento N° 6 "Coordinación e implementación de programas de calidad en el Instituto".</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Termina Procedimiento</b></p>	• Inormes

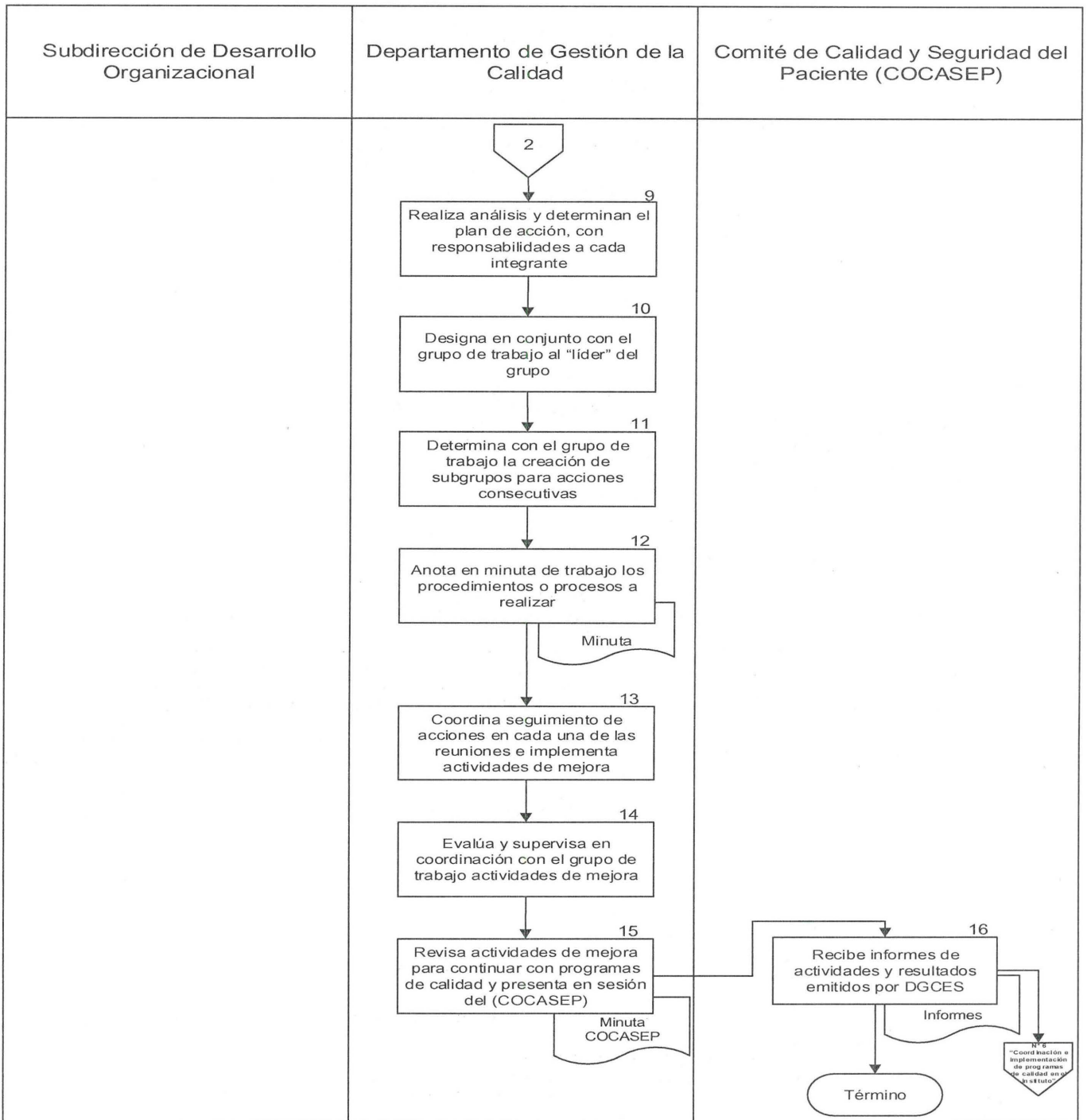
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-SDO-DGC-MP-03</b>
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	<b>3.- Coordinación de grupos transversales de trabajo para el desarrollo e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente</b>		Hoja: 5 de 8



### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO-DGC-MP-03
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	3.- Coordinación de grupos transversales de trabajo para el desarrollo e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 7 de 8

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 Septiembre /2013
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer.	No Aplica



## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programa de calidad	2 Año	Departamento de Gestión de la Calidad	11C.4
7.2 Plan de trabajo	2 Año	Departamento de Gestión de la Calidad	11C.4
7.3 Oficio de convocatoria	1 Año	Departamento de Gestión de la Calidad	N° de oficio / Documento de comprobación inmediata
7.4 Minuta de trabajo	2 Año	Departamento de Gestión de la Calidad	11C.4
7.5 Minuta de COCASEP	3 Años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.11
7.6 Informes	3 Años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.11

## 8.0 Glosario

**8.1 Grupo transversal.** Grupo que desarrolla proyectos o situaciones donde es necesaria la interrelación de diferentes unidades o departamentos. Sus características son diferentes a un equipo normal y el líder, normalmente, no tiene autoridad jerárquica sobre los participantes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-03
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	3.- Coordinación de grupos transversales de trabajo para el desarrollo e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 8 de 8

**8.2 Líder.** Persona que actúa como guía o jefe de un grupo, con la facultad de influir en otros sujetos, su conducta o sus palabras logran incentivar a los miembros de un grupo para que trabajen en conjunto por un objetivo común.

**8.3 Plan de acción.** Camino a seguir o tareas de cada una de las estrategias planteadas; las tareas deben ser lo más específicas y detalladas posibles, reflejando cada paso necesario.

**8.4 Plan de mejora continua.** Herramienta fundamental para alcanzar la calidad total, es la razón de ser y a la vez, el efecto más importante del proceso de evaluación, ya que es un medio para elevar la calidad de los programas, una herramienta para mejorar la calidad asistencial.

**8.5 Plan de trabajo.** Esquema en el que se describe un conjunto de metas y procesos con los cuales un equipo o una persona pueden lograr sus objetivos.

**8.6 Programa de calidad.** Mecanismo operativo de una organización para optimizar sus procesos, apunta a la coordinación de procedimientos y recursos para mejorar la calidad de los servicios otorgados en una institución de salud. estrategia para asegurar la continua satisfacción de los usuarios internos y externos, mediante el desarrollo permanente de la calidad en los servicios.



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	31-03-2021	Actualización derivada de la reorganización de los procedimientos con base a las actividades que realiza el Departamento.

## 10.0 Anexos



10.1 No Aplica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-04
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	4.- Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación		Hoja: 1 de 11

#### 4.- Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-SDO- DGC-MP-04</b>
	<b>Departamento de Gestión de la Calidad</b>		<b>Rev. 2</b>
	<b>4.- Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación</b>		<b>Hoja: 2 de 11</b>

## 1.0 Propósito

**1.1** Coordinar, supervisar y dar seguimiento a la acciones para el cumplimiento de los criterios mayores de Capacidad, Calidad y Seguridad, con la finalidad de someter a un proceso de evaluación externa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) para obtener y refrendar un dictamen favorable de Acreditación y/o Reacreditación de las diferentes intervenciones en beneficio de población sin seguridad social.

## 2.0 Alcance

**2.1** A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Planeación, Subdirección de Desarrollo Organizacional, Departamento de Gestión de la Calidad y todas las áreas involucradas y determinadas en los criterios de evaluación por tipo de acreditación.



**2.2** A nivel externo, este procedimiento es aplicable ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1** Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Evaluar y formular propuesta de acreditación aplicable a los servicios del Instituto, en el pleno del Comité de Calidad y Seguridad de las/os Pacientes (COCASEP), para su posible autorización y posterior envío a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).
- Dar seguimiento a la vigencia de los dictámenes de acreditación (4 o 5 años), para informar en el pleno de COCASEP y realizar la programación necesaria.
- Llevar a cabo autoevaluación de las intervenciones aplicables en el INPer e informar el resultado a las autoridades del Instituto y generar las acciones de mejora que permitan reforzar o subsanar posibles desviaciones en el cumplimiento de Capacidad, Calidad y Seguridad, que permitan obtener un dictamen favorable.
- Gestionar ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), la inclusión de acreditación requerida y la cual se incluya en el Programa Estatal de Acreditación correspondiente.
- Enviar a la DGCES la siguiente documentación como parte de las gestiones para el proceso de evaluación externa:
  - ✓ oficio de solicitud para programación de evaluación y formato Programa Estatal de Acreditación (PEA).
  - ✓ Cédula de autoevaluación, Contratos de servicios subrogados a la DGCES y al Gestor Estatal de Calidad.
  - ✓ Plan de mejora de la calidad e información estadística en caso de solicitar Reacreditación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-SDO-DGC-MP-04</b>
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	<b>4.- Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación</b>		Hoja: 3 de 11

- Elaborar programa de trabajo y coordinar con las áreas involucradas acciones de mejora para subsanar posibles desviaciones.
- Coordinar con la DGCEs la logística y requisitos para la ejecución de la evaluación externa de los servicios del INPer y darlos a conocer en sesión de COCASEP.
- Coordinar con las autoridades del Instituto la apertura, desarrollo y cierre de la visita de evaluación externa e informar la conducción y anomalías durante el proceso de evaluación.
- Dar seguimiento a la emisión del resultado del dictamen de la DGCEs, para darlo a conocer en sesión de COCASEP, para la toma de decisiones.
- Establecer un plan de contingencia en caso de incumplimiento de los requisitos de evaluación, para iniciar acciones correctivas inmediatas y supervisar el cumplimiento de las mismas.

**3.2** Será responsabilidad del personal directivo y operativo de las Direcciones: Médica, de Investigación, de Educación en Ciencias de la Salud, de Planeación y de Administración y Finanzas (involucradas directa e indirectamente en la atención de las y los pacientes); cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Brindar todas las facilidades al Departamento de Gestión de la Calidad, para la programación, implementación y seguimiento de acciones de mejora.
- Colaborar en la implementación inmediata del plan de contingencia y proporcionar los elementos que sean necesarios como: recursos humanos, acceso a instalaciones e información, para el cumplimiento de los criterios de Capacidad, Calidad y Seguridad.
- Dar seguimiento y documentar las acciones por las que se haya resuelto o no el problema e informar en sesión de COCASEP.
- Indicar a todos los servicios o áreas involucradas en el proceso de evaluación, la implementación y seguimiento de acciones de mejora para el proceso de evaluación.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-04
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	4.- Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación		Hoja: 4 de 11

#### 4.0 Descripción del procedimiento



Responsable	No. Actividad	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Dirección de Planeación	1	Solicita se realice el análisis de posibles intervenciones aplicables, para el proceso de evaluación externa por la DGCES.	
Subdirección de Desarrollo Organizacional	2	Recibe indicación e instruye al Departamento de Gestión de la Calidad, presente análisis de intervenciones aplicables al Instituto.	
Departamento de Gestión de la Calidad	3	Analiza las intervenciones susceptibles de evaluar por la DGCES y aplica autoevaluación para identificar el grado de cumplimiento de los criterios (Mayores, de Capacidad, Calidad y Seguridad).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cédula de Evaluación (DGCES)</li> </ul>
	4	Informa en COCASEP, resultados de autoevaluación: Aprobatoria; cumplimiento > de 85 y > de 90%. <b>¿Aprobatoria?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden del día</li> <li>• Minuta de Sesión</li> </ul>
	5	<b>No:</b> Coordina la elaboración de un plan de mejora continua, para lograr el cumplimiento de los criterios no aprobados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de mejora continua</li> </ul>
	6	Da a conocer las acciones que se llevarán a cabo para subsanar las debilidades encontradas en la autoevaluación.	
	7	Emprende acciones de mejora para subsanar las debilidades encontradas en la autoevaluación y supervisa su desarrollo. <b>Regresa Actividad N° 3.</b>	
	8	<b>Sí:</b> Realiza logística para envío y entrega de documentos requeridos a la DGCES.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cédula de autoevaluación</li> <li>• Oficio y Formato PEA</li> <li>• Cédula evaluación de la DGCES</li> <li>• Contratos</li> <li>• Plan de mejora</li> </ul>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-SDO- DGC-MP-04</b>
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	4.- Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación		Hoja: 5 de 11

Responsable	No. Actividad	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Departamento de Gestión de la Calidad	9	Da seguimiento a publicación del Programa Estatal de Acreditación con fechas de evaluación e informar en sesión de COCASEP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orden del día</li> </ul>
	10	Coordina con autoridades del Instituto y equipo evaluador la reunión de apertura del proceso de evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de visita de evaluación de la DGCES</li> <li>Acta de Apertura de la DGCES</li> </ul>
	11	Entrega identificación de autoridad y persona responsable de la visita de evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificaciones oficiales (INE)</li> </ul>
	12	Coordina con personal involucrado el desarrollo de la evaluación, mediante la visita de las diferentes áreas del Instituto, contemplando únicamente los criterios definidos en la cédula de evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cédula de Evaluación</li> </ul>
	13	Organiza la realización de ajustes o mejoras viables inmediatas, en áreas donde se detectan desviaciones leves, para subsanarlas.	
	14	Coordina con autoridades la reunión del cierre para la retroalimentación y evaluación del personal evaluador de DGCES para concluir el proceso de evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de evaluación de la DGCES</li> </ul>
	15	<p><b>¿La evaluación tuvo resultados satisfactorios?</b></p> <p><b>No:</b> Realiza Plan de Contingencia en coordinación con autoridades y personal involucrado y solicita al Responsable Estatal de Calidad su validación.</p>	
	16	Espera programación de visita de supervisión, determinada por la DGCES. <b>Regresa a Actividad No. 10.</b>	
	17	<b>Sí:</b> Concluye visita de evaluación y da seguimiento al resultado del dictamen en un lapso de 60 días hábiles.	

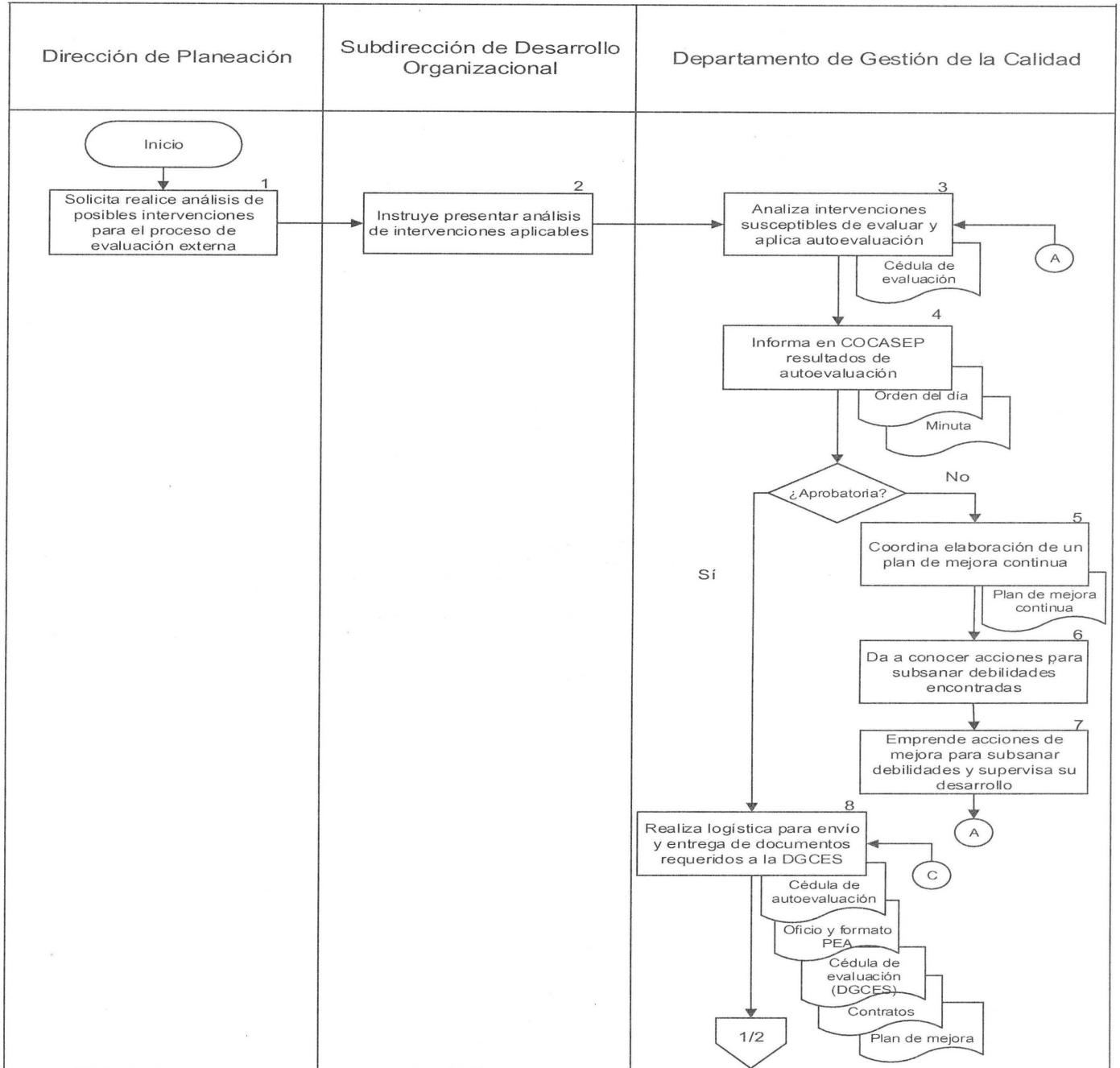
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO- DGC-MP-04
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	4.- Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación		Hoja: 6 de 11

Responsable	No. Actividad	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Departamento de Gestión de la Calidad	18	<p><b>¿El dictamen es favorable?</b></p> <p><b>No:</b> Identifica los problemas que impidieron la Acreditación (infraestructura física, mobiliario, equipo o instrumental), elabora un Plan de Mejora para subsanar desviaciones a corto plazo. <b>Regresa a la Actividad No. 8</b></p>	
	19	<p><b>Sí:</b> Recibe Dictamen y entrega a Dirección General, lo coloca en lugar visible y concluye el proceso.</p>	
	20	<p>Anota fecha de vencimiento de acreditación en su caso para considerar acciones a realizar para la Reacreditación.</p> <p style="text-align: center;"><b>Termina procedimiento</b></p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

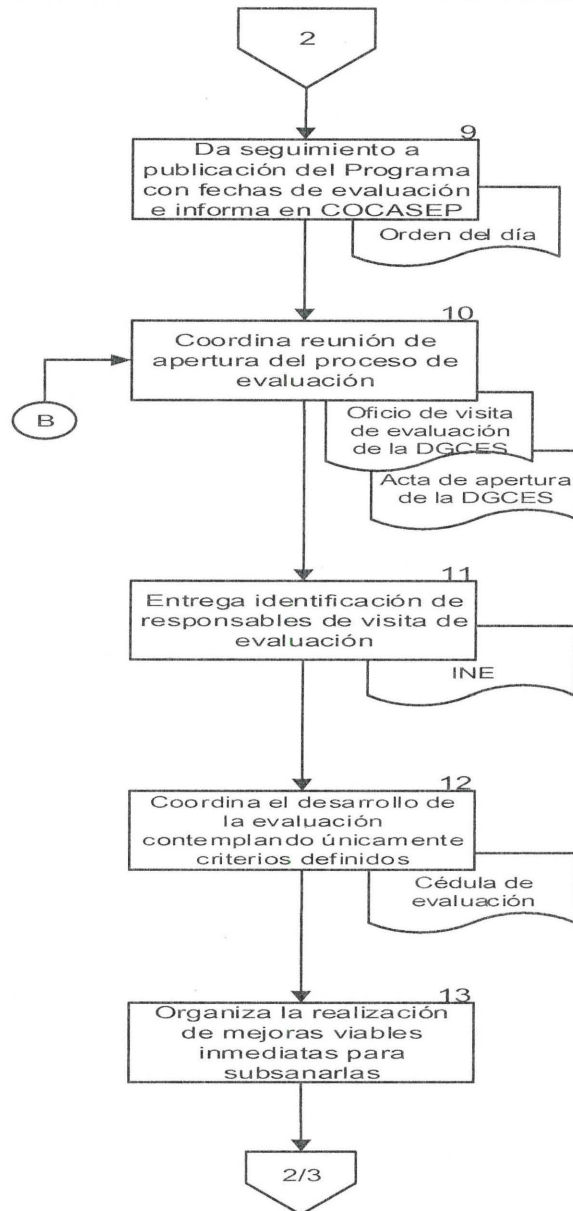
### 5.0 Diagrama de flujo



#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

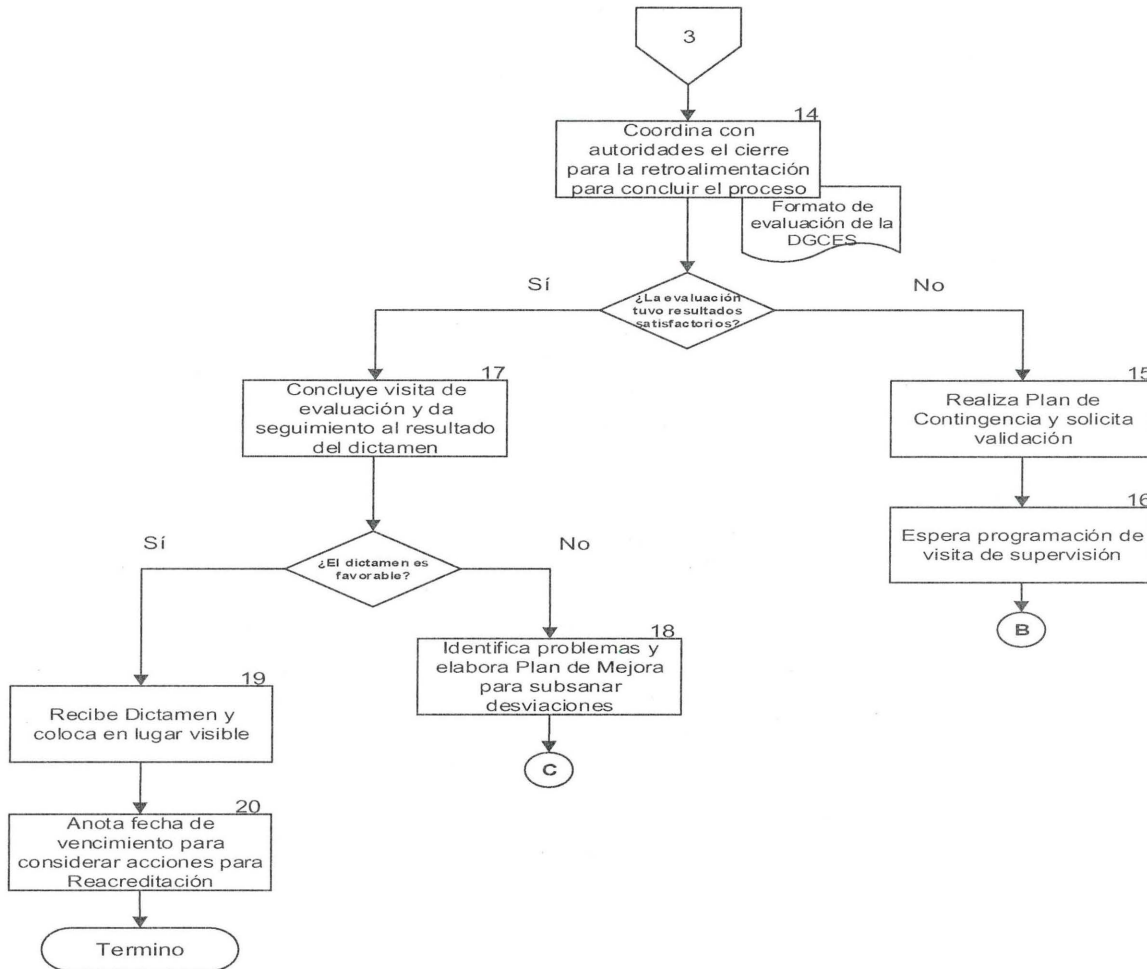
Departamento de Gestión de la Calidad



CONTROL DE EMISIÓN



	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

Departamento de Gestión de la Calidad



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPer	INPer-DP-SDO-DGC-MP-04
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	4.- Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación		Hoja: 10 de 11

## 6.0 Documentos de referencia



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 Septiembre /2013
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer.	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Autoevaluación	2 años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.1
7.2 Orden de día	2 años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.1
7.3 Minuta de Sesión	2 años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.1
7.4 Plan de Mejora continua	2 años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.1
7.5 Cédula de Autoevaluación	2 años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.1
7.6 Contratos	2 años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.1
7.7 Oficio	2 años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.1
7.8 Programa anual de Acreditación	2 años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.1
7.9 Plan de contingencia	2 años	Departamento de Gestión de la Calidad	4S.1
7.10 Dictamen de Acreditación	2 años	Dirección General	4S.1

### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-04
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	4.- Acciones de calidad en el proceso de Acreditación y/o Reacreditación		Hoja: 11 de 11

## 8.0 Glosario

- 8.1 Acreditación:** Proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Dicho proceso aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primero y segundo nivel de atención o servicios de alta especialidad.
- 8.2 Autoevaluación:** Proceso de evaluación interna realizada por el personal del establecimiento a acreditar, con la finalidad de conocer el grado de cumplimiento de los estándares de calidad, capacidad y seguridad.
- 8.3 Criterios de Calidad:** Condiciones que deben cumplir los servicios de atención médica con la finalidad de incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados.
- 8.4 Criterios de Capacidad:** Mínimos indispensables de recursos humanos, materiales y financieros considerados en las normas oficiales mexicanas y demás disposiciones jurídicas aplicables, para la prestación de los servicios de atención médica que se le brindan al paciente.
- 8.5 Criterios de Seguridad:** Requisitos en materia de reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, dentro de los cuales se incluyen los establecidos en el Programa de Hospital Seguro contra Desastres
- 8.6 Plan de Contingencia:** Documento mediante el cual se define el mecanismo para subsanar las omisiones, incumplimientos o hallazgos identificados en el proceso de autoevaluación que impiden su acreditación.
- 8.7 Plan de Mejora Continua de la calidad.** Documento desarrollado por las autoridades de los Establecimientos, con la finalidad de dar respuesta integral a los problemas de calidad y seguridad del paciente, que deberán mostrar para la renovación de la vigencia de la Acreditación a través de los informes anuales que se realicen durante los 5 años de vigencia



## 9.0 Cambios de esta versión:

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	31-03-2021	Actualización derivada de la reorganización de los procedimientos con base a las actividades que realiza el Departamento.

## 10.0 Anexos

10.1 No Aplica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-06
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	6.- Coordinación e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 1 de 9

## 6.- Coordinación e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

Revisó por el Departamento de Estrategias Organizacionales: Lorena Beatriz Vera Leiva

MRCM

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-06
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	6.- Coordinación e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 2 de 9

## 1.0 Propósito

1.1 Coordinar, implementar y supervisar los diferentes programas normativos de calidad que emite la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para propiciar una cultura de calidad y seguridad del paciente en el Instituto.

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno, éste procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, a la Dirección Médica, a la Subdirección de Desarrollo Organizacional y al Departamento de Gestión de la Calidad.

2.2 A nivel externo, éste procedimiento es aplicable a la Secretaría de Salud, a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y a usuarios del INPer.

## 3.0 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos:



3.1 Será responsabilidad de la Dirección General, a través de la Dirección de Planeación, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Autorizar la implementación de los programas normativos de la DGCES en el Instituto.
- Conducir al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), para que se dé seguimiento de los programas normativos.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:



- Corroborar la programación anual de los diferentes programas normativos de calidad y seguridad del paciente que emite la DGCES, para garantizar su implementación en el INPer.
- Informar en sesión de COCASEP las acciones a implementar en los diferentes programas para darles cumplimiento.
- Integrar la información de los resultados de la aplicación de los programas de calidad y seguridad del paciente en el Instituto para proporcionar la información en COCASEP.
- Coordinar y corroborar que se realicen las acciones de mejora con base a los resultados de la aplicación de los programas de calidad en el Instituto.
- Coordinar y elaborar los planes de mejora continua de los programas; Higiene de manos y cultura de seguridad, para enviarlos a la DGCES.
- Coordinar y llevar a cabo los siguientes programas normativos:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-06
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	6.- Coordinación e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 3 de 9

- **Programa de Higiene de manos; Marco de Autoevaluación;** Cuestionario que será deberá ser llenado en coordinación con la/el Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Epidemiología, para conocer la infraestructura con que se cuenta para llevar a cabo la higiene de manos en el INPer.
- **Higiene de las Manos; Conocimiento y percepción, personal de salud;** Cuestionario que deberá ser llenado por el personal de la salud en contacto directo con el paciente.
  - ❖ Solicitar y enviar al departamento de Relaciones Laborales la tabla para el cálculo de la muestra de la DGCES sobre el número de personal médico, de enfermería y administrativo en el Instituto, para la aplicación del cuestionario “higiene de manos”; percepción y conocimiento del personal de salud, para aplicar la muestra requerida
  - ❖ Guiar y asesorar al personal de la salud de los diferentes servicios y turnos para la aplicación del cuestionario.
  - ❖ Coordinar con la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Epidemiología las acciones consecutivas sobre la campaña de higiene de manos y el marco de celebración del Día mundial de Higiene de Manos en el Instituto (5 de mayo).
  - ❖ Coordinar con el departamento de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Epidemiología, la elaboración de plan de mejora, con base a los resultados y recomendaciones de la encuesta y solicitar el visto bueno y firma del Director General, para enviarlo a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)
  - ❖ Informar en sesión de COCASEP la implementación del programa y los resultados obtenidos
- **Programa; Satisfacción, trato adecuado y digno (SESTAD):**
  - ❖ Solicitar al departamento de Estadísticas y Metas Institucionales el número de consultas otorgadas en Urgencias, Consulta Externa y egresos de hospitalización, en el periodo anterior cuatrimestral.
  - ❖ Determinar con base a las estadísticas solicitadas el tamaño de la muestra de personal a encuestar de acuerdo a la fórmula del programa establecida por la DGCES para tal efecto.
  - ❖ Coordinar y aplicar la encuesta cuatrimestral (enero, mayo, agosto) a las/os usuarias/os en los servicios y diferentes turnos de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización del Instituto.
  - ❖ Enviar a DGCES el concentrado de encuestas aplicadas, validadas y autorizadas por el Director General del Instituto.
  - ❖ Informar en sesión de COCASEP los resultados emitidos por la DGCES y a los servicios donde fueron aplicadas las encuestas.
- **Programa de Cultura de Seguridad:**
  - ❖ Solicitar y enviar al departamento de Relaciones Laborales la tabla para el cálculo de la muestra del programa de la DGCES y solicitar el número de personal médico y de enfermería en el Instituto, para la aplicación de la encuesta “Cultura de Seguridad” para aplicar la muestra requerida.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-06
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	6.- Coordinación e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 4 de 9

- ❖ Solicitar al departamento de Relaciones Laborales el número de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) en el Instituto, para conocer detalladamente el número de encuestas a aplicar.
- ❖ Determinar el tamaño de la muestra del profesional médico y de enfermería para la aplicación de encuesta de acuerdo a la fórmula establecida para tal efecto.
- ❖ Coordinar, orientar y guiar al profesional médico y de enfermería sobre la encuesta de cultura de seguridad, en los diferentes servicios y turnos.
- ❖ Informar en sesión de COCASEP los resultados obtenidos.

➤ **Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud**

- ❖ Participar como integrante y acudir a sesiones de apertura y seguimiento del Comité Local del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.
- ❖ Dar seguimiento en sesiones de COCASEP al calendario y acciones del programa definidas en el reglamento para llevarlas a cabo en materia de calidad.
- ❖ Proponer temas de Calidad y Seguridad del Paciente en pleno de COCASEP, para autorización y visto bueno de los integrantes, como propuestas de trabajos de mejora continua.
- ❖ Dar a conocer en sesiones de COCASEP los proyectos de mejora del personal registrado en el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, para que sean validados y autorizados por los integrantes, de acuerdo a fechas establecidas del programa.
- ❖ Validar las actividades de capacitación relativa a la Calidad de los Servicios de Salud en el Instituto, así como el número de horas como criterios establecidos.
- ❖ Hacer el llenado de cédulas PECD-12 de evaluación de Seguridad del paciente y compromiso de la mejora continua con evidencias que sustenten el otorgamiento de puntuación, además de la PECD-12B con los criterios establecidos y estén debidamente registradas.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO-DGC-MP-06
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	6.- Coordinación e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 5 de 9

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No Actividad	Descripción de actividades	Documento anexo
Dirección de Planeación	1	Recibe instrucción de la Dirección General para coordinar el cumplimiento de programas normativos de calidad y seguridad del paciente emitidos por la DGCES, e instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional realice las acciones correspondientes.	
Subdirección de Desarrollo Organizacional	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Gestión de la Calidad, establecer estrategias para dar a conocer los programas normativos de calidad y seguridad del paciente emitidos por la DGCES.	
Departamento de Gestión de la Calidad	3	Recibe instrucción, verifica convocatoria de emisión anual de programas normativos de calidad y seguridad del paciente de DGCES.	
	4	Realiza programa anual de trabajo determinando y contemplando los programas de calidad y seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de trabajo</li> </ul>
	5	Envía a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, el programa de trabajo para su visto bueno y posterior envío a la Dirección de Planeación para su autorización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas oficiales DGCES</li> </ul>
	6	<b>¿Procede?</b> <b>No:</b> Recibe retroalimentación de la subdirección o determina que no aplican los programas de calidad en el INPer. <b>Termina procedimiento.</b>	
	7	<b>Sí:</b> Recibe autorización y coordina las acciones que deberán desarrollarse para la implementación y cumplimiento de los programas de calidad.	
	8	Implementa los programas de calidad en los servicios.	
	9	Informa en sesión de COCASEP, los programas de calidad y seguridad llevados a cabo y resultados emitidos por DGCES; elabora minutas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minuta sesión COCASEP</li> </ul>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-06
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	6.- Coordinación e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 6 de 9

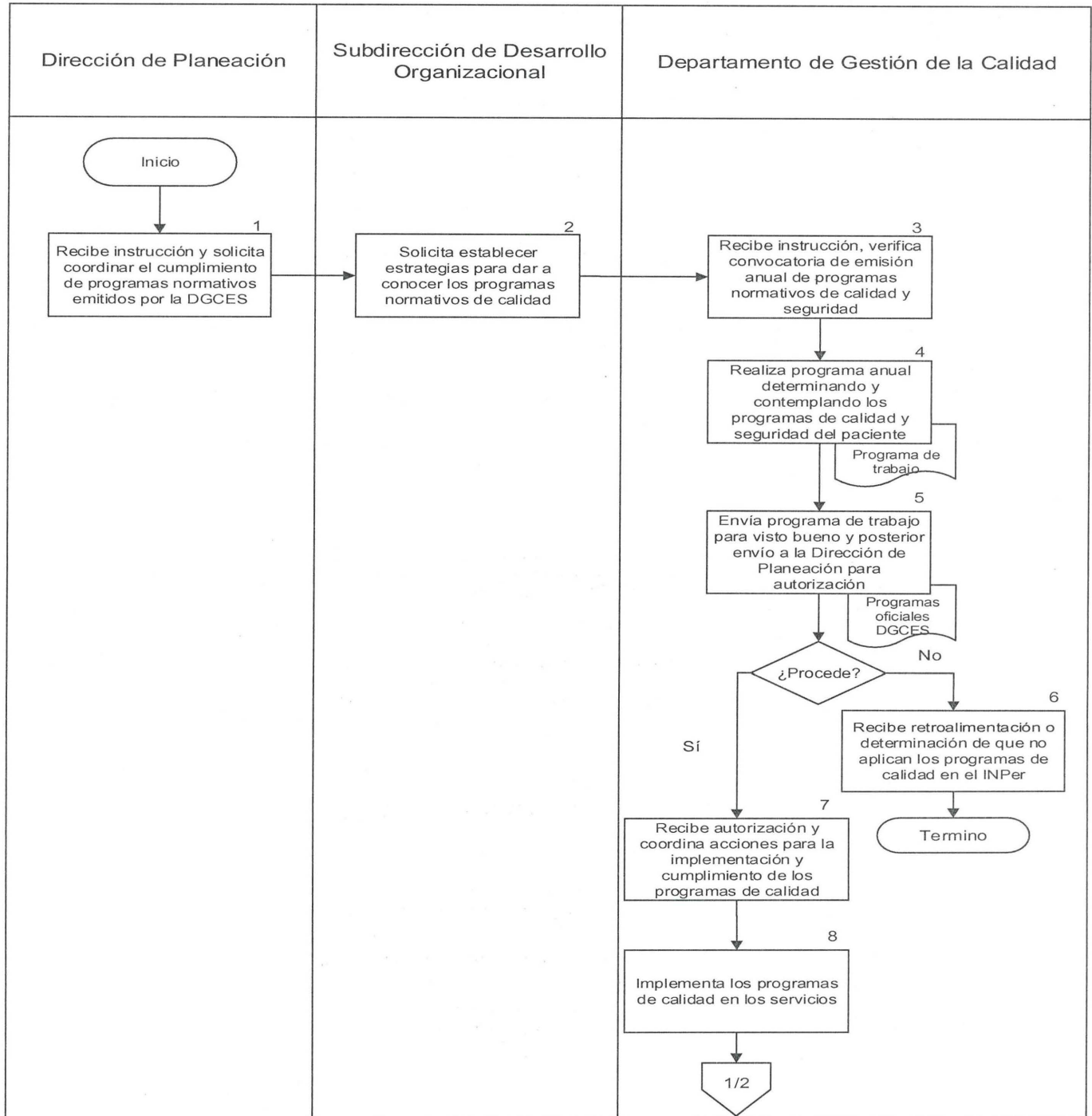
Responsable	No Actividad	Descripción de actividades	Documento anexo
Departamento de Gestión de la Calidad	10	Envía a los servicios los resultados de los programas establecidos que procedan para conocimiento.  <b>Termina Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gráficos</li> </ul>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

Revisó por el Departamento de Estrategias Organizacionales: Lorena Beatriz Vera Lewa

MRCM

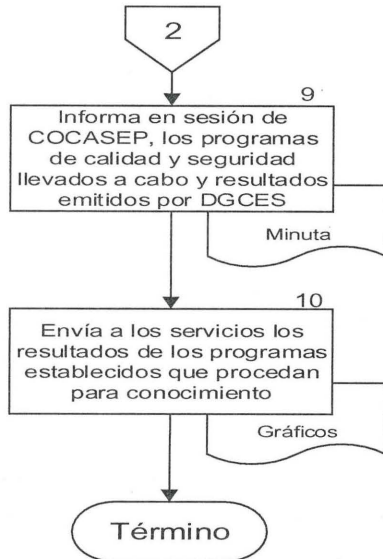
### 5.0 Diagrama de Flujo



#### CONTROL DE EMISIÓN



	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

Departamento de Gestión de la Calidad



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-06
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	6.- Coordinación e implementación de programas de calidad y seguridad del paciente		Hoja: 9 de 9

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 Septiembre /2013
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer.	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Programas normativos	6 años	Departamento Gestión de la Calidad	11C.20
7.2 Minuta de Sesión COCASEP	6 años	Departamento Gestión de la Calidad	11C.20
7.3 Formatos DGCES	6 años	Departamento Gestión de la Calidad	No aplica
7.4 Minuta	2 años	Departamento Gestión de la Calidad	No aplica / documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

**8.1 Solicitud de Atención:** Cualquiera de las siguientes acciones: Queja, sugerencia, felicitación o solicitud de gestión

**8.2 GC:** Gestor de Calidad



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	31-03-2021	Actualización derivada de la reorganización de los procedimientos con base a las actividades que realiza el Departamento.

## 10.0 Anexos



**10.1** No aplica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-07
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	7.- Identificación y gestión de riesgos		Hoja: 1 de 8

## 7.- Identificación y gestión de riesgos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		INPer-DP-SDO- DGC-MP-07
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	7.- Identificación y gestión de riesgos		Hoja: 2 de 8

## 1.0 Propósito

- 1.1. Identificar y gestionar los riesgos y problemas como posibles amenazas o condiciones de inseguridad y de peligro latente en los servicios que comprometan la seguridad del paciente, trabajadores y las instalaciones del Instituto, a través de su priorización, análisis e implementación de acciones de mejora continua para limitar su impacto en el Instituto.



## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Subdirección de Desarrollo Organizacional, al Departamento de Gestión de la Calidad, así como a todas las áreas del Instituto.

## 3.0 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Gestión de la Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar el proceso de gestión de riesgos en las áreas del INPer anualmente, involucrando al personal directivo, administrativo y adscrito de las áreas.
  - Utilizar la herramienta de calidad "Análisis Modo Efecto Falla" (AMEF), para la clasificación y ponderación de la gestión de riesgos, como parte del control del proceso.
  - Convocar a reunión a los responsables de las áreas y servicios para el análisis de los riesgos y problemas detectados, con la finalidad de proponer acciones de mejora que permitan subsanar las desviaciones, así como establecer mecanismos de supervisión para darles continuidad.
  - Evaluar integralmente los riesgos y problemas en el Instituto así como definir las prioridades como ventanas de oportunidad de mejora continua.
  - Informar en sesiones del COCASEP la gestión de riesgos en el Instituto, para la toma de decisiones, en beneficio de los usuarios y personal del Instituto.
  - Documentar y dar seguimiento a la gestión de riesgos, así como a las acciones de mejora establecidas para su cumplimiento en las diferentes áreas.
- 3.2 Será responsabilidad del personal directivo y operativo de las Direcciones: Médica, de Investigación, de Educación en Ciencias de la Salud, de Planeación y de Administración y Finanzas; cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Brindar todas las facilidades al Departamento de Gestión de la Calidad, para el análisis de riesgos y proporcionar los elementos que sean necesarios como: recursos humanos, acceso a instalaciones e información.
  - Participar en el análisis de riesgos relacionados con: instalaciones, equipo, personal o con procesos críticos para la calidad y seguridad de las y los pacientes, su familia, visitantes, personal e instalaciones.
  - Acordar en conjunto con el Departamento de Gestión de la Calidad, las acciones a llevar a cabo para dar solución o minimizar riesgos relacionados con su área.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
<b>Nombre</b>	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
<b>Cargo-puesto</b>	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-07
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	7.- Identificación y gestión de riesgos		Hoja: 3 de 8

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No Actividad	Descripción de actividades	Documento anexo
Dirección de Planeación	1	Recibe instrucción de la Dirección General para llevar a cabo el proceso de gestión de riesgos e instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, indique al departamento de Gestión de la Calidad llevar a cabo acciones para su cumplimiento.	
Subdirección de Desarrollo Organizacional	2	Recibe instrucción e indica al Departamento de Gestión de la Calidad, identifique y gestione los riesgos y/o problemas que comprometan la seguridad de pacientes, trabajadores y las instalaciones.	
Departamento de Gestión de la Calidad	3	Recibe indicación convoca e integra equipo de trabajo para identificar los riesgos y problemas e involucra al personal de las diferentes áreas.	
	4	Realiza plan de recorridos por las áreas para identificación de riesgos y problemas, que puedan afectar la seguridad de pacientes, personal e instalaciones.	
	5	Documenta la recopilación de información de riesgos y problemas de las áreas afectadas para hacer recomendaciones de acciones de mejora a los responsables de las áreas.	
	6	Analiza, clasifica y prioriza los riesgos con la metodología de "Análisis de Modo Efecto Falla" (AMEF) y matriz de riesgos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMEF</li> <li>• Matriz de riesgos</li> </ul>
	7	Informa en sesión de COCASEP, los riesgos identificados para su gestión y las acciones de mejora recomendadas y solicita el apoyo de los directivos para que faciliten llevarlas a cabo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden del día</li> <li>• Acta de sesión de COCASEP</li> </ul>
	8	<b>No:</b> Registra la determinación que se emite en el seno del Comité relativa a la no aplicación de las acciones. <b>Termina Procedimiento.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minutas de reunión</li> </ul>

#### CONTROL DE EMISIÓN

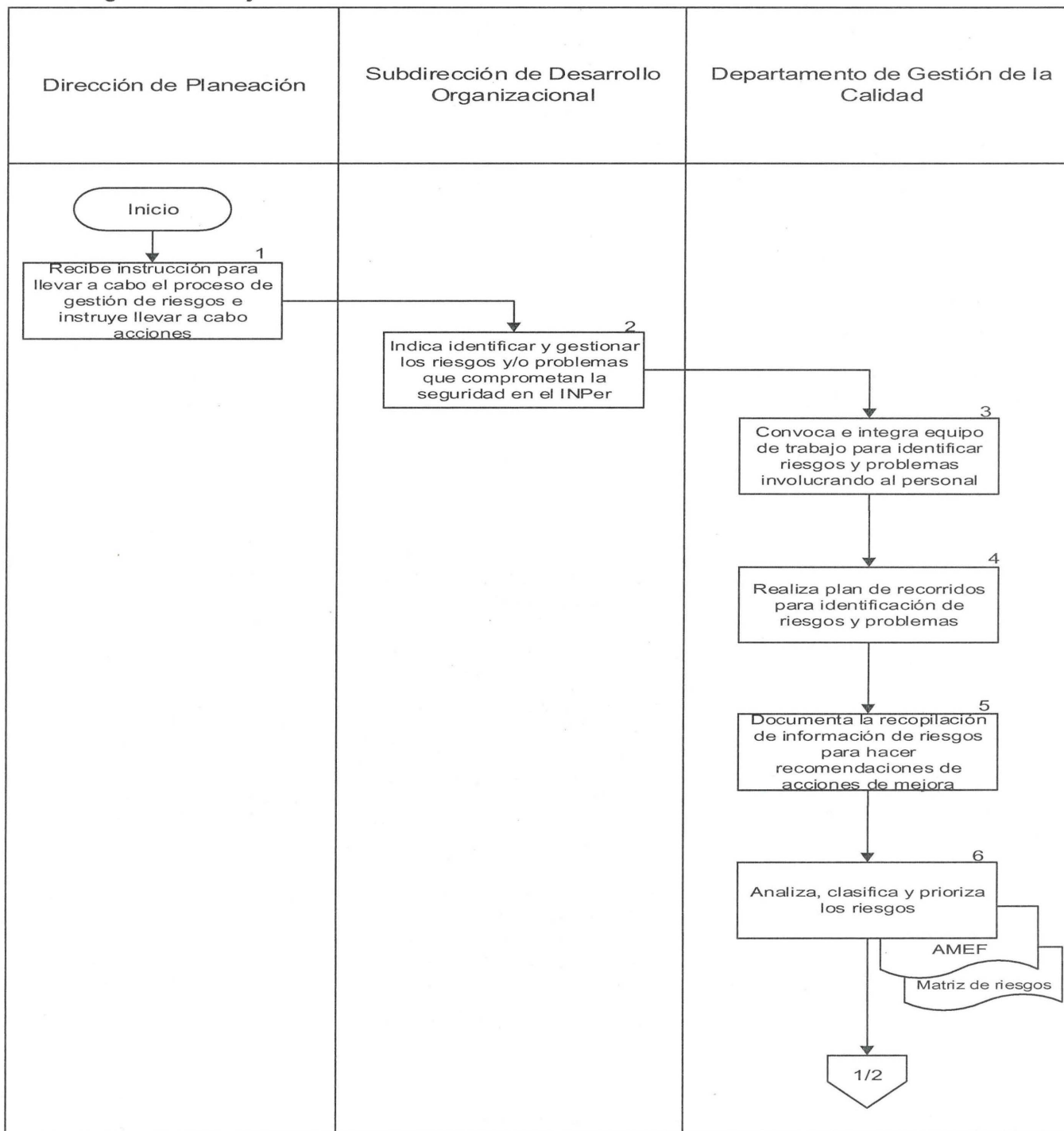
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-07
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	7.- Identificación y gestión de riesgos		Hoja: 4 de 8

Responsable	No Actividad	Descripción de actividades	Documento anexo
Departamento de Gestión de la Calidad	9	<b>Sí:</b> Informa las acciones de mejora para subsanar los riesgos y problemas e invita al personal del servicio involucrado a implementarlas y darles seguimiento; se documenta toda la información.	
	10	Lleva a cabo las acciones de mejora continua que emanen de la gestión de riesgos y que apliquen al departamento de gestión de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acciones de mejora</li> </ul>
	11	Supervisa y da seguimiento a las acciones de mejora, hasta su consecución e informa en sesión del COCASEP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orden del día, actas de sesión de COCASEP</li> </ul>
<b>Termina Procedimiento</b>			

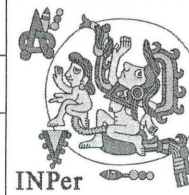
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

## 5.0 Diagrama de Flujo

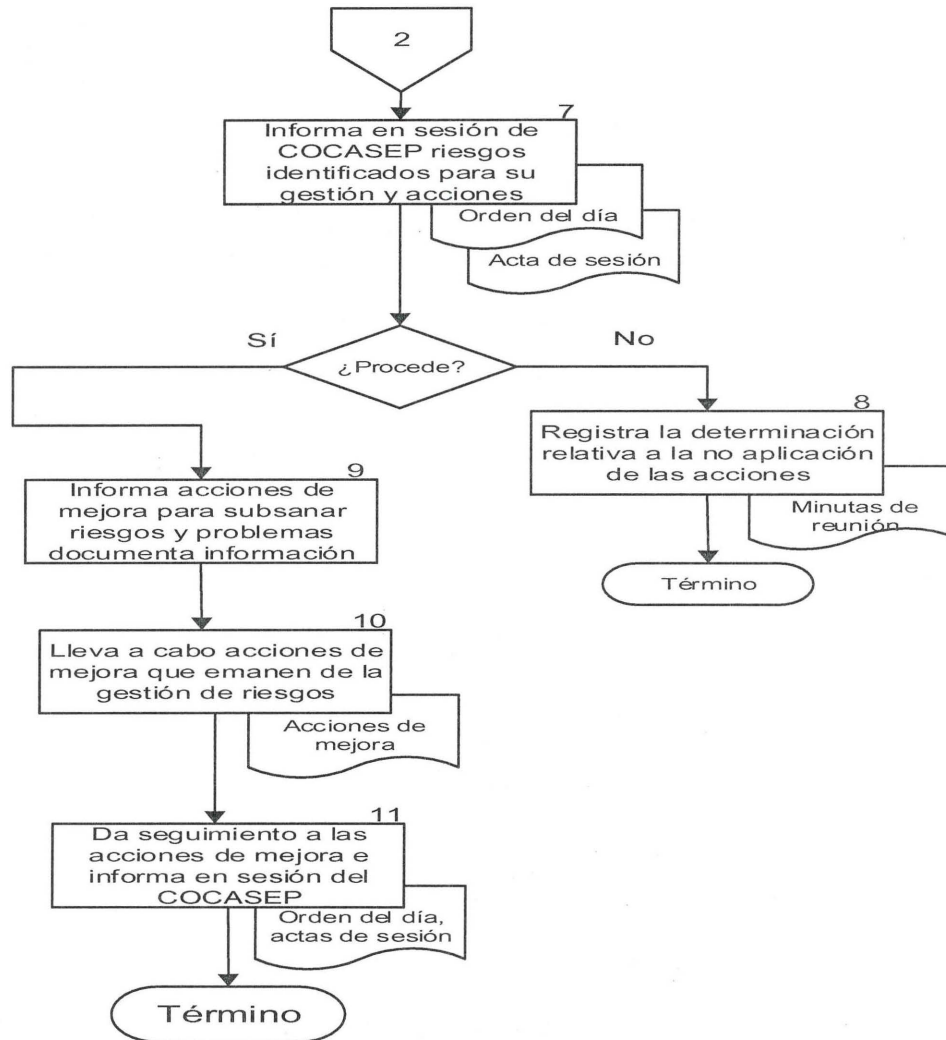


### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021





Departamento de Gestión de la Calidad



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-07
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	7.- Identificación y gestión de riesgos		Hoja: 7 de 8

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 Septiembre /2013
6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer.	No Aplica



## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 AMEF	2 años	Departamento Gestión de la Calidad	11C.4
7.2 Matriz de riesgos	2 años	Departamento Gestión de la Calidad	Documento de comprobación inmediata
7.3 Orden de día	2 años	Departamento Gestión de la Calidad	11C.4
7.4 Acta de sesión de COCASEP	2 años	Departamento Gestión de la Calidad	11C.4
7.5 Minuta de Sesión COCASEP	2 años	Departamento Gestión de la Calidad	11C.4
7.6 Seguimiento de acciones	1 año	Departamento Gestión de la Calidad	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

- 8.1 Acción de mejora:** Medida adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.
- 8.2 Gestión de Riesgos:** Proceso de identificar, analizar y cuantificar las probabilidades de pérdidas y efectos secundarios que se desprende de situaciones adversas, así como las acciones preventivas, correctivas y reductivas correspondientes que deben emprenderse
- 8.3 Riesgo:** Es la amenaza concreta de daño en la salud y seguridad del paciente, familiares y personal del Instituto, que pone en peligro su integridad; este riesgo puede suceder o no, sin embargo, está latente en todo momento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPer-DP-SDO-DGC-MP-07
	Departamento de Gestión de la Calidad		Rev. 2
	7.- Identificación y gestión de riesgos		Hoja: 8 de 8

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
2	31-03-2021	Actualización derivada de la reorganización de los procedimientos con base a las actividades que realiza el Departamento.

## 10.0 Anexos

### 10.1 No Aplica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Mtra. Bárbara Campos Rosas	Mtra. María de las Mercedes Ugarte Silva	Dr. Ramón Alberto Ruíz Tapia
Cargo-puesto	Jefa del Departamento de Gestión de la Calidad	Subdirectora de Desarrollo Organizacional	Director de Planeación
Firma			
Fecha	18-02-2021	29-03-2021	31-03-2021