

ANEXO 3

DEL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA OPERACIÓN, COORDINACIÓN, FINANCIAMIENTO Y TUTELA DE LOS DERECHOS DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO POR CONDUCTO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO; QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y POR OTRA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO* PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017.

MANUAL TÉCNICO PARA LA APLICACIÓN DE LAS CÉDULAS DE SUPERVISIÓN MOSSESS MODELO DE SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD



COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Dirección de Supervisión y Verificación

Presentación:

La amplitud y diversidad de las tareas que comprende el Sistema de Protección Social en Salud, los problemas que se presentan para su eficaz ejecución y las nuevas circunstancias y condiciones que plantea el avance de la cobertura en materia de salud, pueden dar lugar a desviaciones en la ejecución del sistema. De ahí que la labor de Supervisión es fundamental para la verificación de las acciones y el cumplimiento de los objetivos, asimismo constituye una forma de control de las operaciones y de los procesos.

El presente manual técnico ha sido elaborado con el propósito de que sirva como un marco orientador de las tareas de supervisión que contempla el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud (MOSSESS), contiene las especificaciones y los procedimientos por pregunta para realizar el levantamiento de la información de campo a través de la aplicación de las cédulas de supervisión, mismas que serán aplicadas por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud de las 32 entidades federativas del país. El manual consta de la descripción de las cuatro cédulas así como los anexos correspondientes a cada una de las cédulas. A través del mismo se podrán identificar las acciones mínimas necesarias para el correcto levantamiento de la información.

En su formulación, en la cual participó la Dirección de Supervisión y Verificación de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, se tomó en cuenta la realidad de la estructura de los servicios de salud en el país y de los lineamientos que rigen la operación del Sistema de Protección Social en Salud, de igual forma, se tomaron en cuenta las recomendaciones realizadas por las 32 entidades federativas con el objetivo de complementar el contenido de las cédulas en función de las experiencias propias de cada una de las entidades en la operación del Sistema.

Por lo anterior, las aportaciones que realizan los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para proporcionar elementos de mejora al MOSSESS coadyuvará en la coordinación y el control de las acciones de protección social en salud, en materia de Gestión de Servicios de Salud y permitirá contar con información uniforme y comparable para la toma de decisiones a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de los estados.

Objetivo:

El manual tiene como objetivo ser una guía que permita al personal de supervisión designado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud aplicar las cédulas de supervisión del MOSSESS, de manera que se pueda obtener información clara, precisa y con el menor margen de error que permitirá monitorizar el desempeño de los servicios prestados a los afiliados al Sistema de Protección Social y la toma de decisiones enfocadas a garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad y contribuir a la tutela de sus derechos.

Índice:

I. Cédula Primer Nivel de Atención (CAUSES).....	3-10
II. Cédula Segundo Nivel de Atención (CAUSES).....	11-17
III. Cédula Segundo y Tercer Nivel de Atención (FPGC / SMSXXI).....	18-25
IV. Cédula Beneficiario.....	26-30

I. Cédula Primer Nivel de Atención (CAUSES).

1.1 Instrucciones Generales.

- Cada Entidad Federativa podrá complementar lo establecido en las Cédula de Primer Nivel de Atención del MOSSESS, considerando los temas que sean de su interés y atendiendo a sus necesidades de información particular en la Entidad. En caso de detectar algún hallazgo relevante se deberá registrar en el apartado de "Observaciones".
- La cédula será levantada únicamente por el personal designado por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y se aplicará al Director de la Unidad Médica, en caso de ausencia, se entrevistará al responsable encargado del mismo.
- Ningún reactivo de la cédula deberá quedar en blanco.
- Es de suma importancia atender las instrucciones específicas para cada uno de los reactivos.
- Las respuestas abiertas deberán ser escritas con letra de molde y legible.
- La codificación para el llenado de la cédula será conforme a lo siguiente: "1" cuando la respuesta sea positiva, "0" cuando la respuesta sea negativa y "NA" cuando la respuesta no aplique.
- En todo momento se escuchará lo referido por el entrevistado, bajo ninguna circunstancia se leerán las opciones de respuesta.
- Una vez terminada la encuesta se deberá solicitar el sello y la firma del encargado de la Unidad Médica.
- En el apartado de observaciones se registrarán los hallazgos más relevantes o complementarios a los reactivos supervisados.

1.2 Instrucciones por sección.

1.2.1 Datos Generales

- ❖ Registrar la fecha con dos dígitos para el día (DD), mes (MM) y año (AA).
- ❖ Registrar el nombre de la Unidad Médica tal como se encuentra registrado en el Catálogo CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud).
- ❖ Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) asignada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS).
- ❖ Registrar el nombre de la institución a la cual pertenece la Unidad Médica de primer nivel de atención supervisada.
- ❖ Registrar el nombre de la Entidad Federativa.
- ❖ Registrar el número y el nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece la Unidad Médica de primer nivel de atención supervisada.
- ❖ Registrar el nombre del municipio donde se encuentra la Unidad Médica de primer nivel supervisada.
- ❖ Registrar el nombre de la localidad donde se encuentra la Unidad Médica de primer nivel de atención supervisada.
- ❖ Marque con un "X" la tipología de la Unidad (rural o urbana).
- ❖ Registrar "1" si la Unidad Médica se encuentra acreditada, para lo cual, se deberá verificar la Constancia o Acta Dictamen de Acreditación emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de lo contrario registrar "0".
- ❖ Registrar el número de núcleos básicos con los que cuenta la Unidad Médica Supervisada (*El núcleo básico corresponde a la unidad básica funcional de la atención médica, está constituido por un médico general, una enfermera clínica y una enfermera de campo*).
- ❖ Registrar el nombre completo del Servidor Público entrevistado en la Unidad Médica de primer nivel de atención supervisada.
- ❖ Registrar el cargo que desempeña al momento de la entrevista.
- ❖ Identificar el tipo de plaza del Servidor Público al momento de la entrevista.

1.2.2 Acreditación (1-6)

1	¿La Unidad Médica cuenta con la plantilla de personal completa de acuerdo al Modelo de Recursos para la Planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud?
----------	--

Pregunta 1: Con base en el número de núcleos básicos registrados en "Datos generales" se registrará "1" cuando exista la plantilla de personal completa que le corresponde, de lo contrario se registrará "0".

- En caso de no contar con personal médico y de enfermería de base, para las unidades médicas ubicadas en áreas rurales con uno y hasta dos núcleos básicos, se podrán sustituir con pasante de medicina o de enfermería, según sea el caso (Modelos de Recursos para la Planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud, 2010).
- En caso de contar solamente con una enfermera, ésta deberá llevar a cabo las funciones y actividades que se realizan tanto en el consultorio como en campo.
- Se deberá corroborar con archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios (plantilla de personal, carta de adscripción, título profesional, cédula profesional, carta de pasante, etc.)
- Los responsables de la Unidad Médica donde se presten servicios de atención médica, están obligados a llevar un archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios en forma subordinada, misma que deberá ser exhibida a las autoridades sanitarias cuando así lo soliciten (Art. 24 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
- En caso de detectar algún hallazgo relevante se deberá registrar en el apartado de "Observaciones" correspondiente a esta sección.

2-5	¿La Unidad Médica cuenta con el mobiliario, equipo e instrumental necesario de acuerdo a la NOM-005-SSA3-2010?
------------	---

Pregunta 2-5: Se registrará "1" cuando se cuente con todo el mobiliario, equipo e instrumental necesario y funcional en cada uno de los consultorios con los que cuente la Unidad Médica y se entregue evidencia documental.

- El consultorio de medicina general o familiar debe tener el mobiliario indispensable conforme a lo establecido en la NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y conforme a los parámetros establecidos por la propia organización.
- El equipamiento, instrumental e infraestructura se supervisará a través de la observación directa, verificando su funcionalidad y mediante la evidencia documental pertinente que sustente su asignación a la Unidad Médica supervisada.
- Se supervisará la totalidad de consultorios de medicina general y preventiva con los que cuente la Unidad Médica.
- Para la revisión de la cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y bolsa de plástico color rojo para residuos peligrosos biológico-infecciosos, así como contenedor rígido para residuos peligrosos punzocortantes se deberá supervisar la existencia de los mismos en todas las áreas de la Unidad Médica donde se generen residuos peligrosos biológico-infecciosos, éstos se deberán separar y envasar de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas. Para el envasado de objetos punzocortantes se deberán utilizar los recipientes rígidos de polipropileno color rojo, libres de cloro, que permitan verificar el volumen ocupado en el mismo, resistentes a fracturas y pérdidas de contenido al caerse, destructibles por métodos físicos, tener separador de agujas y abertura para depósito, con tapa(s) de ensamble seguro y cierre permanente, deberán contar con la leyenda que indique "RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLÓGICO-INFECCIOSOS" y marcados con el símbolo universal de riesgo biológico (NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo).
- En caso de detectar algún hallazgo relevante se deberá registrar en el apartado de "Observaciones" correspondiente a esta sección.

6	¿La Unidad Médica cuenta con algún mecanismo para el mantenimiento de los estándares de calidad, capacidad y seguridad?
----------	--

Pregunta 6: Se registrará "1" cuando se muestre evidencia del documental de cualquiera de los mecanismos referidos (Diagnóstico de salud /situacional de la unidad actualizado, Bitácora de supervisión actualizada, Cédula de autoevaluación (acreditación) para la Unidad Médica de primer nivel de atención, Plan de contingencia).

- Se podrán referir una o más opciones, para lo cual se deberá registrar "1" en las opciones mencionadas y "0" en el resto de los incisos.
- En todo momento se deberá solicitar evidencia documental de los mecanismos referidos.
- Si en la Unidad Médica supervisada se emplean otros mecanismos, se colocará "0" en cada uno de los incisos y se registrará en el apartado de "Observaciones" lo referido por el entrevistado.

1.2.3 Redes de Servicio (7-16)

7	¿La Unidad Médica cuenta con el directorio actualizado de la Red de Prestadores de Servicios de Salud?
<p>Pregunta 7: Se registrará “1” si se muestra evidencia documental del Directorio de la Red de Prestadores de Servicios de Salud vigentes en la Entidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se deberá verificar que el Directorio de la Red de Prestadores de Servicios de Salud cuente con la información de los establecimientos de salud de, primero, segundo y tercer nivel que brinden atención médica a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud. Considerando como establecimiento de salud, todo aquel establecimiento público, social o privado, fijo o móvil, que preste servicios de atención médica a la población, ya sea ambulatoria o de internamiento, condicionado por el entorno físico, socioeconómico y tecnológico. La evidencia en archivo electrónico se considerará válida. 	
8	¿Cuenta con el Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia vigente?
<p>Pregunta 8: Se registrará “1” si se muestra evidencia documental (existencia).</p> <ul style="list-style-type: none"> La evidencia a verificar consiste en el Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia del Paciente (Federal o Estatal). La evidencia en archivo electrónico se considerará válida. 	
9	¿Realiza el registro de casos referidos y contrarreferidos de los últimos tres meses, de acuerdo al Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes?
<p>Pregunta 9: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental, de lo contrario se registrará “0” y se pasará a la pregunta 15, se deberá colocar “Sin Datos” en las preguntas 10,11,12, 13 y 14.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica. Fuentes primarias de información para este reactivo: Hoja diaria de consulta externa (SIS-SS-01-P), Informe mensual de actividades realizadas en la Unidad Médica (SIS-SS-CE-H), libreta de control de referencia o libro de registro de pacientes referidos en cada unidad operativa (Dirección General de Información en Salud, Manuales de Procedimiento para la Operación del sistema de Referencia y Contrarreferencia del primer nivel de atención). La evidencia en archivo electrónico se considerará válida. En caso de no realizar el registro, se especificarán las causas en el apartado de “Observaciones” 	
10	¿Cuál es el número de pacientes referidos en los últimos tres meses?
<p>Pregunta 10: Con base en la evidencia proporcionada, se registrará el número total de pacientes referidos en los últimos 3 meses previos, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica.</p>	
11	De acuerdo al registro realizado ¿Cuáles fueron las 5 principales causas (por diagnóstico) de Referencia en los últimos tres meses?
<p>Pregunta 11: Con base en el registro proporcionado, se deberán enlistar las cinco principales causas de referencia en los últimos 3 meses previos, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> El registro se realizará por frecuencia de diagnóstico en orden descendente. 	
12	¿Cuántos expedientes cuentan con hoja de referencia?
<p>Pregunta 12: De acuerdo al registro realizado de referencia y contrarreferencia de pacientes, solicitar 5 expedientes de pacientes referidos a segundo nivel de atención en los últimos tres meses, se deberá registrar el número de expedientes que cuentan con hoja de referencia integrada en expediente clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante la evaluación del expediente clínico es recomendable la presencia del responsable de la Unidad Médica o del profesional de la salud designado, a fin de garantizar transparencia, confiabilidad y generar un plan de mejora continua a partir de los hallazgos detectados. 	
13	¿Cuál es el número de pacientes contrarreferidos en los últimos tres meses?
<p>Pregunta 13: Con base en el registro proporcionado, se registrará el número total de pacientes contrarreferidos en los últimos 3 meses previos, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica.</p>	
14	¿Cuántos expedientes cuentan con constancia de elaboración de hoja de contrarreferencia?
<p>Pregunta 14: De acuerdo al registro realizado de referencia y contrarreferencia de pacientes, solicitar 5 expedientes de pacientes referidos a segundo nivel de atención en los últimos tres meses, se deberá registrar el número de expedientes que cuentan con hoja de contrarreferencia integrada en expediente clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante la evaluación del expediente clínico es recomendable la presencia del responsable de la Unidad Médica o del profesional de la salud designado, a fin de garantizar transparencia, confiabilidad y generar un plan de mejora continua a partir de los hallazgos detectados. 	

15 ¿El 100% de las embarazadas cuentan con referencia a segundo nivel de atención?

Pregunta 15: Con base en las hojas diarias de registro de atención médica de los últimos tres meses, solicitar 5 expedientes de pacientes con embarazo de riesgo o cursando el tercer trimestre de embarazo saludable, se registrará “1” cuando en los 5 expedientes se encuentre evidencia de referencia a segundo nivel de atención.

- La referencia de pacientes con embarazo saludable aplica para aquellas unidades médicas que no cuentan con la capacidad instalada para la atención del parto, por lo que en las unidades médicas en las que se lleve a cabo la atención del parto se registrará “NA”.
- Durante la evaluación del expediente clínico es recomendable la presencia del responsable de la Unidad Médica o del profesional de la salud designado, a fin de garantizar transparencia, confiabilidad y generar un plan de mejora continua a partir de los hallazgos detectados.

16 ¿La Unidad Médica participa en las reuniones del grupo de trabajo jurisdiccional para la referencia y contrarreferencia?

Pregunta 16: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la asistencia a las reuniones del comité.

1.2.4 Expediente Clínico (17-19)

Con base en las hojas diarias de los últimos tres meses, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica. Solicitar al azar 5 expedientes clínicos de beneficiarios del SPSS cuyo padecimiento sea cubierto por el CAUSES Primer nivel.

- De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- Se recomienda priorizar la selección de expedientes de las siguientes intervenciones: Embarazo, Nutrición en menores de 5 años, Enfermedades Crónico Degenerativas No Transmisibles y Prevención y Diagnóstico del Cáncer en la Mujer.
- Durante la evaluación del expediente clínico es recomendable la presencia del responsable de la Unidad Médica o del profesional de la salud designado, a fin de garantizar transparencia, confiabilidad y generar un plan de mejora continua a partir de los hallazgos detectados.
- Registrar el número de expediente evaluado.

17 ¿Existe el expediente clínico en la Unidad Médica?

Pregunta 17: Se registrará “1” cuando el expediente solicitado sea entregado, de lo contrario se registrará “0” en las preguntas 17, 18 y 19 y se especificarán las causas de inexistencia o no entrega en el apartado de “observaciones”.

18 ¿Existe congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica, apegada al CAUSES, Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica correspondiente?

Pregunta 18: Cotejar y registrar respuesta.

- Las opciones de tratamiento para cada una de las intervenciones que se sugieren en el CAUSES no son limitativas, con la posibilidad de usarse en las otras que lo integran, quedando a criterio ético y profesional del médico tratante.
- Es responsabilidad del médico tratante, prestadores de servicios y autoridades que correspondan, hacer uso racional de los medicamentos e insumos que prescriben en la atención del beneficiario, considerando la normatividad y el criterio de individualidad clínica del paciente.

19 El expediente cuenta con:

Pregunta 19: Se registrará “1” únicamente cuando los elementos a revisar en el expediente cumplan con la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

- En caso de que el expediente seleccionado no requiera la existencia de alguno de los elementos a revisar se registrará “NA” según corresponda.
- Historia Clínica: deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados de interrogatorio, exploración física, resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros; diagnósticos o problemas clínicos; pronóstico e indicación terapéutica.
- Notas Médicas: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso número de cama o expediente, todas las notas deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. Las notas deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- Notas de interconsulta: la solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con criterios diagnósticos; plan de estudios sugerencias diagnósticas y tratamiento.
- Hoja de referencia: de requerirse, deberá elaborarla un médico de la Unidad Médica y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de la Unidad Médica que envía; receptor y resumen clínico.
- Nota de enfermería: Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo habitus exterior; gráfica de

signos vitales; ministración de medicamentos (fecha, hora, cantidad y vía prescrita), procedimientos realizados y observaciones.

- Servicios auxiliares de diagnóstico: Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo fecha y hora del estudio; identificación del solicitante; estudio solicitado; problema clínico en estudio; resultados del estudio; incidentes y accidentes (si los hubo) ; identificación del personal que realizó el estudio; y nombre completo y firma del personal que informa.
- Consentimiento informado: deberán contener como mínimo el nombre de la institución a la que pertenezca la Unidad Médica, título del documento; lugar y fecha en que se emite; acto autorizado; señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado; autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; nombre completo y firma del paciente (en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano), nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, y nombre y firma de dos testigos.
- Todos los hallazgos relevantes deberán ser especificados en el apartado de "Observaciones".

1.2.5 Acciones de Prevención y Promoción a la Salud (20-34).

20	Población blanco en la Unidad Médica de mujeres...
Pregunta 20: Con base a la población de responsabilidad en la Unidad Médica, registrar el número de mujeres entre 25 a 64 y 40 a 69 años de edad. En caso de que la información no sea proporcionada se registrará "Sin datos" .	
21	¿La Unidad Médica cuenta con un programa de capacitación y orientación a la población sobre cáncer cérvico uterino y cáncer de mama, que incluya identificación de factores de riesgo, acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno?
Pregunta 21: Solicitar evidencia documental. Se registrará "1" si se cuenta con un programa de capacitación y orientación a la población documentado.	
22	¿En la Unidad Médica se realiza toma de citología cervical o en su caso pruebas biomoleculares (VPH) a las usuarias del SPSS?
Pregunta 22: Se registrará "1" cuando se proporcione evidencia documental, de lo contrario se registrará "0" y se pasará a la pregunta 25, se deberá colocar "Sin Datos" en las preguntas 23 y 24.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica. ▪ En caso de no realizar la toma, se especificarán las causas en el espacio correspondiente. 	
23	En los últimos tres meses ¿cuántos estudios de citología se han realizado a las beneficiarias del SPSS?
Pregunta 23: Con base en la evidencia proporcionada, se registrará el número de citologías realizadas a las beneficiarias del SPSS en los últimos 3 meses previos, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica.	
24	De acuerdo con el registro realizado, ¿en cuántos casos la entrega de resultados de citología cervical a las beneficiarias fue igual o menor a treinta días?
Pregunta 24: Con base en la evidencia proporcionada, se registrará el número de resultados entregados en un periodo igual o menor a treinta días.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En caso de que la entrega de resultados sea mayor al periodo de tiempo marcado, se deberá registrar el tiempo de entrega en el apartado de "observaciones". 	
25	¿Se realiza el registro del seguimiento oportuno de mujeres con diagnóstico de displasia cervical o cáncer? Solicitar evidencia documental y cotejar.
Pregunta 25: Se registrará "1" cuando se proporcione evidencia documental.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica. 	
26	¿En esta Unidad Médica se realiza el registro de solicitud de mastografías de tamizaje en mujeres beneficiarias del SPSS aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad?
Pregunta 26: Se registrará "1" cuando se proporcione evidencia documental, de lo contrario se registrará "0" y se pasará a la pregunta 29, se deberá colocar "Sin Datos" en las preguntas 27 y 28.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica. ▪ En caso de no realizar la toma, se especificarán las causas en el espacio correspondiente. 	
27	En los últimos tres meses ¿cuántos estudios de mastografía de tamizaje se han realizado en mujeres beneficiarias del SPSS aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad? Solicitar evidencia documental y cotejar.
Pregunta 27: Con base en la evidencia proporcionada, se registrará el número de mastografías realizadas a beneficiarias del SPSS en los últimos 3 meses previos, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica.	

28	De acuerdo con el registro realizado ¿En cuántos casos la entrega de resultados a las beneficiarias del SPSS fue igual o menor a 21 días?
<p>Pregunta 28: Con base en la evidencia proporcionada, se registrará el número de resultados entregados en un periodo igual o menor a 21 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de que la entrega de resultados sea mayor al periodo de tiempo marcado, se deberá registrar el tiempo de entrega en el apartado de "observaciones". 	
29	¿En esta Unidad Médica se realiza la toma de muestra para el examen de tamiz neonatal a beneficiarios del SPSS?
<p>Pregunta 29: Se registrará "1" cuando se proporcione evidencia documental, de lo contrario se registrará "0" y se pasará a la pregunta 32, se deberá colocar "Sin Datos" en las preguntas 30 y 31.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica. En caso de no realizar la toma, se especificarán las causas en el espacio correspondiente. 	
30	En los últimos tres meses ¿cuántas muestras de tamiz neonatal se han realizado a beneficiarios del SPSS? Solicitar evidencia documental y cotejar.
<p>Pregunta 30: Con base en la evidencia proporcionada, se registrará el número de estudios de tamiz neonatal realizados a usuarios del SPSS en los últimos 3 meses previos, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica.</p>	
31	De acuerdo con el registro realizado ¿en cuántos casos la entrega de resultados a los beneficiarios del SPSS fue igual o menor a 30 días? Solicitar evidencia documental y cotejar.
<p>Pregunta 31: Con base en la evidencia proporcionada, se registrará el número de resultados entregados en un periodo igual o menor a 30 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de que la entrega de resultados sea mayor al periodo de tiempo marcado, se deberá registrar el tiempo de entrega en el apartado de "observaciones". 	
32	¿La Unidad Médica cuenta con un instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico y perinatal, el cual servirá para el manejo adecuado de cada caso? Solicitar evidencia documental.
<p>Pregunta 32: Se registrará "1" cuando se proporcione evidencia documental.</p> <ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con el numeral 5.1.2.7 del PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, en las unidades médicas se deberá disponer de un instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico y perinatal, el cual servirá para el manejo adecuado de cada caso. 	
33	En el último mes ¿cuántos pacientes beneficiarios del SPSS se encuentran en tratamiento de enfermedades crónico degenerativas?
<p>Pregunta 33: Con base en las hojas diarias de registro de atención médica del último mes, se registrará el número de beneficiarios del SPSS en tratamiento (DM, HAS, Síndrome metabólico).</p> <ul style="list-style-type: none"> Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica. 	
34	De acuerdo con el registro realizado ¿cuántos pacientes beneficiarios del SPSS se encuentran controlados?
<p>Pregunta 34: Con base en la evidencia y en la información proporcionada, se registrará el número de pacientes crónico-degenerativos en control.</p> <ul style="list-style-type: none"> DM: glucemia plasmática en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl o hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%, HAS: cifras de presión arterial <140/90 mm de Hg. 	

1.2.6 Salud Bucal (35 al 39)

35	¿Existe en la Unidad Médica un consultorio exclusivo para el servicio y la atención odontológica?
<p>Pregunta 35: Se registrará "1" cuando en la Unidad Médica supervisada se cuente con un espacio exclusivo para la atención odontológica. En las unidades médicas de 1 y 2 núcleos básicos, se pasará a la pregunta 40 y colocará "Na" en las preguntas 36, 37, 38 y 39.</p> <ul style="list-style-type: none"> En las Unidades médicas de 3 o más núcleos básicos que no cuenten con un consultorio odontológico se registrará "0" y se especificarán las causas en el apartado de "Observaciones". 	
36	¿El consultorio de odontología cuenta con el equipo y el material necesario?
<p>Pregunta 36: Se contestará "1" cuando el consultorio cuente con todo el mobiliario, equipo e instrumental necesario y funcional de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2006 y la NOM-005-SSA3-2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> El equipamiento, instrumental e infraestructura se supervisará a través de la observación directa, verificando su funcionalidad y mediante la evidencia documental pertinente que sustente su asignación a la Unidad Médica supervisada. Se supervisará la totalidad de consultorios dentales con los que cuente la Unidad Médica. En caso de detectar algún hallazgo relevante se deberá registrar en el apartado de "Observaciones" correspondiente a esta sección. 	

37	¿La Unidad Médica cuenta con un programa de actividades de promoción y prevención de la salud bucal a grupos de apoyo?
Pregunta 37: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de las actividades de promoción y prevención realizadas en la Unidad Médica.	
38	¿El personal de salud realiza la aplicación de fluoruros?
Pregunta 38: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia de la aplicación.	
39	El expediente cuenta con:
<p>Pregunta 39: Con base en las hojas diarias de los últimos tres meses, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica. Solicitar al azar 3 expedientes clínicos de beneficiarios del SPSS cuyo padecimiento dental sea cubierto por el CAUSES Primer nivel.</p> <p>Se registrará “1” únicamente cuando los elementos a revisar en el expediente cumplan con la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico y la NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de que el expediente seleccionado no requiera la existencia de alguno de los elementos a revisar se registrará “NA”. Se recomienda priorizar la selección de expedientes de las siguientes intervenciones: Embarazo, Enfermedades Crónico Degenerativas No Transmisibles y menores de 15 años. Durante la evaluación del expediente clínico es recomendable la presencia del responsable de la Unidad Médica o del profesional de la salud designado, a fin de garantizar transparencia, confiabilidad y generar un plan de mejora continua a partir de los hallazgos detectados Registrar el número de expediente evaluado. El estomatólogo es el responsable de elaborar el expediente clínico, que debe expresarse en lenguaje técnico estomatológico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras o tachaduras. Historia clínica: que contenga interrogatorio, factores de riesgo conforme a características de la zona donde habita, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios, de higiene, hábitos bucales y de alimentación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos, antecedentes personales no patológicos, aparatos y sistemas, exploración física de cavidad bucal, cabeza, cuello y registro de signos vitales, motivo de la consulta y padecimiento actual. Notas Odontológicas: Se debe elaborar cada vez que se proporcione atención al paciente y deberá contener fecha y actividad realizada con nombre y firma del estomatólogo, del paciente o representante legal del paciente. Odontograma: debe referirse a la situación en la que se presenta el paciente. Odontograma de seguimiento y final, debe referirse a la situación de alta del paciente. Plan de tratamiento Consentimiento informado: debe contar como mínimo de nombre del paciente, nombre de la institución, nombre del estomatólogo, diagnóstico, acto autorizado de naturaleza curativa, riesgos, molestias, efectos secundarios, alternativas de tratamiento, motivo de elección, mayor o menor urgencia, lugar y fecha donde se emite, autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción y nombre completo y firma del estomatólogo, paciente y testigos. Todos los hallazgos relevantes deberán ser especificados en el apartado de “Observaciones”. 	

1.2.7 Abasto de medicamentos e insumos (40-43)

40	Número de claves de medicamentos que incluye el cuadro básico estatal:
<p>Pregunta 40: Con base a la información proporcionada, se registrará el número de claves que componen el cuadro básico estatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de desconocimiento se deberá confirmar con el área responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud. 	
41	¿Con cuántas claves de medicamentos cuenta la Unidad Médica?
<p>Pregunta 41: Con base a la información proporcionada del cuadro básico estatal apegado a CAUSES, se deberá cotejar y verificar en el área de farmacia el número de claves con los que cuenta la unidad al momento de la supervisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de no contar con la información del cuadro básico estatal apegado a CAUSES, se cotejara con las claves de medicamentos enlistados en el Anexo A. Biológicos y Medicamentos (CAUSES, Primer Nivel de Atención). En caso de detectar medicamento caduco, se considerará como no existente y dicho hallazgo deberá ser registrado en el apartado de "Observaciones". 	
42	De acuerdo con el listado de medicamentos del Anexo A, ¿cuáles son las claves faltantes?
<p>Pregunta 42: Con base en el Anexo A. Biológicos y Medicamentos (CAUSES, Primer Nivel de Atención), enliste las claves faltantes con mayor demanda en la Unidad Médica, en caso de que sean más de 20 se registrarán en el apartado de "Observaciones".</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de no contar con la clave de medicamento, se podrá registrar el nombre. En caso de que el hallazgo sea que el desabasto se debe a que el responsable no realiza la requisición oportunamente se deberá registrar en el apartado "Observaciones" al final de la cédula de supervisión. 	

43 La Unidad Médica cuenta con:

Pregunta 43: Se registrará “1” cuando exista el insumo en la unidad, su fecha de caducidad esté vigente y sea suficiente de acuerdo a la demanda (solicitar evidencia documental del sistema de abasto).

- Cotejar y verificar: glucómetro (*verificar funcionalidad*), tiras reactivas para determinación de glucosa en sangre capilar, tiras reactivas para determinación de microalbúmina en orina, tiras reactivas para análisis de orina (*glucosa, bilirrubinas, cetonas, gravedad específica, sangre, pH, proteínas, urobilinógeno, nitritos, leucocitos*), lancetas, torundas, algodón, alcohol etílico y guantes látex.

1.2.8 Surtimiento de Recetas (44-46).

Solicitar a 5 beneficiarios que acuden a farmacia su receta médica, a fin de verificar si fue surtida en forma completa y si cumple con las características normativas.

- Aquellos beneficiarios del SPSS que recibieron atención médica pero no requirieron prescripción de medicamentos, no serán incluidos para la evaluación de este apartado.
- Registrar el folio de la receta médica, en caso de que la receta no contenga folio, se registrará el nombre del beneficiario.

44 ¿La receta fue surtida de forma completa?

Pregunta 44: Se registrará “0” cuando el (los) medicamento (s) faltante (s) sea (n) cubierto (s) por el CAUSES. Si la respuesta es “1” pase a la pregunta 46 y registre “Na” en la pregunta 45.

- En caso de que la Unidad Médica cuente con algún mecanismo para garantizar el surtimiento completo de recetas se deberá registrar en el apartado “Observaciones”, pero si al momento de verificar la receta de los beneficiarios que acuden a farmacia, ésta no fue surtida de forma completa se considerará como negativa la respuesta al reactivo.

45 En caso de que la receta no haya sido surtida de forma completa indique el(los) nombres del(los) medicamento(s) faltante(s):

Pregunta 45: Indique el nombre de los medicamentos faltantes. Se podrá utilizar el apartado de “Observaciones” en caso de que los medicamentos faltantes excedan el espacio disponible.

46 ¿La receta cumple con los requisitos de llenado de acuerdo a la normatividad vigente?

Pregunta 46: Se registrará “1” cuando la receta cumpla con los rubros a verificar.

- La receta deberá contar con: nombre completo de quien prescribe, firma autógrafa del emisor, cédula profesional de quien prescribe (en caso de que el médico sea pasante se colocará “Na”), fecha de prescripción, denominación genérica incluida en el cuadro básico de insumos para el primer nivel, dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento (Artículo 28, 29, 30, 31 y 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Insumos para la Salud. Artículos 64 y 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
- Los pasantes, enfermeras y parteras podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría. (Art. 28 y 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Insumos para la Salud).

1.2.9 Sistema Unificado de Gestión para la Orientación a los Usuarios de los Servicios de Salud. (47-54)

47 ¿La Unidad Médica cuenta con el Buzón de Atención del Sistema Unificado de Gestión?

Pregunta 47: Se registrará “1” cuando se verifique la existencia y la integridad del buzón de atención del SUG. En caso de no contar con el mismo, se registrará “0”, se pasará a la pregunta 50 y se colocará “Na” en las preguntas 48 y 49.

48 ¿Se cuenta con un calendario para la apertura del buzón?

Pregunta 48: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental.

- La Calendarización de Apertura de Buzón se realizará de forma anual

49 ¿La Unidad Médica cuenta con minutas de apertura de buzón?

Pregunta 49: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la minuta de apertura del buzón, la cual deberá estar en apego a los Lineamientos del Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario (SUG).

- La apertura de cada buzón se realizará en un periodo no mayor a 15 días.
- La minuta deberá contener: lugar, fecha y hora, nombre y firma de participantes, observaciones, rango de folios asignados, Núm. de solicitudes clasificadas.
- Deberán estar presentes durante la apertura de buzón: el Director de la Unidad, el Gestor de Calidad, el Gestor del Seguro Popular y el Aval Ciudadano.

50	¿La Unidad Médica cuenta con Aval Ciudadano?
Pregunta 50: Se registrará “1” cuando se proporcione el Acta de Instalación del Aval Ciudadano. En caso contrario, se registrará “0”, se pasará a la pregunta 53 y se colocará “Na” en las preguntas 51 y 52.	
51	¿El Aval Ciudadano realiza propuestas de mejora y establece compromisos con los responsables de la Unidad Médica y su personal, para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud, a través de la Carta Compromiso?
Pregunta 51: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de las cartas compromiso de los últimos dos trimestres.	
52	¿El Aval Ciudadano participa en la apertura del buzón?
Pregunta 52: Se registrará “1” cuando se verifique la presencia del Aval Ciudadano en la apertura de buzón para lo cual se deberá proporcionar la “Minuta de Apertura del buzón de Atención del Sistema Unificado de Gestión”. ▪ La minuta deberá contar con el nombre y firma del Aval Ciudadano.	
53	¿La Unidad Médica cuenta con registro de Formatos Unificados de Solicitud de Atención?
Pregunta 53: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental. ▪ Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica.	
54	Con respecto a los registros que realiza la Unidad Médica, mencione en orden descendente de frecuencia los motivos de quejas de los beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud.
Pregunta 54: Con base en el registro proporcionado (<i>bitácora, cartas compromiso de Aval Ciudadano, Buzón de Atención del Sistema Unificado de Gestión, etc.</i>) se deberán enlistar las cinco principales motivos de queja. ▪ El registro se realizará por frecuencia en orden descendente.	
1.2.10 Conocimiento del CAUSES (55-59)	
Para los siguientes reactivos se entrevistará a los profesionales de la salud que conforman al menos un núcleo básico (Personal médico y de enfermería). ▪ En caso de que la Unidad Médica supervisada cuente con más de un núcleo básico, se deberá especificar el tipo de profesional entrevistado (médico, enfermera, personal de laboratorio, trabajo social, etc.)	
55	¿Ha sido capacitado en CAUSES?
Pregunta 55: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la capacitación recibida. En caso contrario, se registrará “0”, se pasará a la pregunta 57 y se colocará “Na” en la pregunta 56.	
56	¿Quién impartió la capacitación que recibió?
Pregunta 56: Con base en la evidencia proporcionada, registrar el responsable de la capacitación en el inciso correspondiente (REPSS, SESA, Gestor del Seguro Popular, Otro).	
57	¿Conoce el CAUSES?
Pregunta 57: Para considerar válida la respuesta, el entrevistado deberá responder la definición y el número de intervenciones cubiertas por el CAUSES vigente.	
58	¿La Unidad Médica cuenta con el Catálogo Universal de Servicios de Salud vigente?
Pregunta 58: Se registrará “1” cuando se muestre el CAUSES 2014. ▪ La evidencia en archivo electrónico se considerará válida.	
59	¿Conoce qué otras carteras de servicios proporciona el SPSS a sus beneficiarios?
Pregunta 59: Para considerar válida la respuesta, el entrevistado deberá mencionar la cobertura del FPGC, SMSXXI y Portabilidad Interestatal.	

1.2.11 Gestor del Seguro Popular (60-63)

Las siguientes preguntas serán aplicadas por algún profesional de la salud diferente al Gestor del Seguro Popular

60 ¿Conoce al Gestor del Seguro Popular (GSP)?

Pregunta 60: Para considerar válida la respuesta el entrevistado deberá mencionar quien es y cuál es su función.

61 ¿Con que frecuencia visita el Gestor del Seguro Popular esta unidad?

Pregunta 61: Se registrará la respuesta otorgada por el entrevistado en el inciso correspondiente.

62 ¿Ha recibido apoyo del Gestor del Seguro Popular?

Pregunta 62: Se registrará el código que corresponda de acuerdo a la respuesta otorgada por el entrevistado. Si la respuesta es negativa, de por terminada la entrevista y coloque **"NA"** en la pregunta 63.

63 ¿Qué tipo de apoyo ha recibido usted por parte del Gestor del Seguro Popular?

Pregunta 63: Se registrará la respuesta otorgada por el entrevistado en el inciso correspondiente.

Anexo A. Biológicos y Medicamentos (CAUSES, Primer Nivel de Atención)

Cotejar y Verificar, se registrará **"1"** cuando exista el insumo en la unidad, su fecha de caducidad esté vigente y sea suficiente de acuerdo a la demanda (solicitar evidencia documental del sistema de abasto).

II. Cédula Segundo Nivel de Atención (CAUSES).

2.1 Instrucciones Generales.

- Cada Entidad Federativa podrá complementar lo establecido en las Cédula de Segundo Nivel de Atención del MOSSESS, considerando los temas que sean de su interés y atendiendo a sus necesidades de información particular en la Entidad. En caso de detectar algún hallazgo relevante se deberá registrar en el apartado de "Observaciones".
- La cédula será levantada únicamente por el personal designado por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y se aplicará al Director de la Unidad Médica, en caso de ausencia, se entrevistará al responsable encargado del mismo.
- Ningún reactivo de la cédula deberá quedar en blanco.
- Es de suma importancia atender las instrucciones específicas para cada uno de los reactivos.
- Las respuestas abiertas deberán ser escritas con letra de molde y legible.
- La codificación para el llenado de la cédula será conforme a lo siguiente: "1" cuando la respuesta sea positiva, "0" cuando la respuesta sea negativa y "NA" cuando la respuesta no aplique.
- En todo momento se escuchará lo referido por el entrevistado, bajo ninguna circunstancia se leerán las opciones de respuesta.
- Una vez terminada la encuesta se deberá solicitar el sello y la firma del encargado de la Unidad Médica.
- En el apartado de "observaciones" se registrarán los hallazgos más relevantes o complementarios a los reactivos supervisados.

2.2 Instrucciones por sección.

2.2.1 Datos Generales

- ❖ Registrar la fecha con dos dígitos para el día (DD), mes (MM) y año (AA).
- ❖ Registrar el nombre de la Unidad Médica tal como se encuentra registrado en el Catálogo CLUES.
- ❖ Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) asignada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS).
- ❖ Registrar el nombre de la Entidad Federativa.
- ❖ Registrar el número y el nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece la Unidad Médica de segundo nivel de atención supervisada.
- ❖ Registrar el nombre del municipio donde se encuentra la Unidad Médica de segundo nivel supervisada.
- ❖ Registrar el nombre de la localidad donde se encuentra la Unidad Médica de segundo nivel de atención supervisada.
- ❖ Marque con un "X" la tipología de unidad según corresponda (Hospital integral, comunitario o equivalente, Hospital General, Hospital Pediátrico, Hospital Materno Infantil, Hospital Regional, Hospital de Alta Especialidad).
- ❖ Registrar "1" si la Unidad Médica de Segundo Nivel se encuentra acreditada, para lo cual, se deberá verificar la Constancia o Acta Dictamen de Acreditación emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de lo contrario registrar "0".
- ❖ Registrar el número de camas **censables** (cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. Es la única que produce egresos hospitalarios) y **no censables** (cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. Se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido).
- ❖ Registrar el nombre completo del Servidor Público entrevistado en la Unidad Médica de segundo nivel de atención supervisada.
- ❖ Registrar el cargo que desempeña al momento de la entrevista.

2.2.2 Acreditación (1-13)

1 ¿Se cuenta con la plantilla de personal completa?

Pregunta 1: Con base al tipo de Acreditación y la tipología de la Unidad Médica registrados en “Datos generales” se registrará “1” cuando exista el recurso humano según corresponda de acuerdo a las cédulas de acreditación vigentes, de lo contrario se registrará “0”.

- Corroborar con archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios (Art. 24 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
- Los responsables de las Unidades Médicas donde se presten servicios de atención médica, están obligados a llevar un archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios en forma subordinada, misma que deberá ser exhibida a las autoridades sanitarias cuando así lo soliciten (Art. 24 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
- En caso de detectar algún hallazgo relevante se deberá registrar en el apartado de “Observaciones” correspondiente a esta sección.

2-13 ¿La Unidad Médica cuenta con el equipo necesario para la atención a los beneficiarios del SPSS?

Preguntas 2-13: Verificar y Cotejar. Se registrará “1” cuando se cuente con todo el mobiliario, equipo e instrumental necesario y funcional en cada uno de las áreas con las que cuente la Unidad Médica y se entregue evidencia documental.

- De acuerdo con la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada se cotejara la existencia del equipo, instrumental e infraestructura de las áreas de Urgencias, Imagenología, Laboratorio, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos adultos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Central de Equipos y Esterilización, Unidad Quirúrgica, Unidad Tocoquirúrgica, Recuperación Postanestésica y Área de Reanimación Neonatal. Para lo anterior, se deberá solicitar la autorización del jefe de servicio y se deberá apegar en todo momento al reglamento hospitalario establecido en cada área, por lo que es indispensable contar con la vestimenta adecuada (bata, uniforme quirúrgico, etc.) y mantener medidas de higiene de manos
- En caso de que la Unidad de Segundo Nivel no cuente con una de las áreas a supervisar se registrará “NA” en los incisos correspondientes y se describirán las causas en el apartado de “Observaciones”.
- El equipamiento, instrumental e infraestructura se supervisará a través de la observación directa, verificando su funcionalidad y mediante la evidencia documental pertinente que sustente su asignación a la Unidad Médica supervisada.
- El electrocardiógrafo y el carro rojo se evaluarán positivamente cuando sean funcionales, sin embargo ante la existencia de duda se podrá solicitar la bitácora de mantenimiento respectiva.
- Para la evaluación de los medicamentos del carro rojo, se deberá cotejar con base en el **Anexo A**.
- La planta de energía eléctrica conectada a un sistema de emergencia se evaluará positivamente cuando el arranque no sea mayor a diez segundos después de la interrupción de la fuente normal, sin embargo ante la existencia de duda se podrá solicitar la bitácora de mantenimiento respectiva.
- Cabe señalar que el supervisor evitará aplicar procedimientos, interrogatorios y búsquedas desproporcionados o fuera de contexto respecto del valor, contenido y exigencia señalados en las cédulas de supervisión.
- En caso de detectar algún hallazgo relevante se deberá registrar en el apartado de “Observaciones” correspondiente a esta sección.

2.2.3 Diferimiento quirúrgico (14-19)

14 ¿Se lleva a cabo el registro de las cirugías programadas y realizadas en la Unidad Médica?

Pregunta 14: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental, de lo contrario se registrará “0” y se pasará a la pregunta 20, se deberá colocar “Sin Datos” en las preguntas 15,16,17,18 y 19.

- Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica.
- Fuentes primarias de información: hojas de programación quirúrgica diaria, cuaderno de concentrado de cirugía y de las hojas de reporte de causas de diferimientos.
- La evidencia en archivo electrónico se considerará válida.
- En caso de no realizar el registro, se especificarán las causas en el apartado de “Observaciones”.
- En caso de que la unidad quirúrgica no sea funcional o que en la unidad no se realicen cirugías de Traumatología y Ortopedia, se registrará “NA” en la sección y se especificaran el motivo en el apartado de “Observaciones”.

15	De acuerdo con el registro realizado ¿Cuántas cirugías fueron programadas en el último mes?
	<p>Pregunta 15: Con base en la evidencia y en la información proporcionada, se registrará el número de cirugías programadas en el último mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Para fines del MOSSESS, la cirugía programada se entenderá como aquella que se realiza cuando sea necesaria pero su retraso no signifique un peligro para el paciente (por ejemplo colecistectomía).
16	De acuerdo con el registro realizado ¿Cuántas cirugías fueron realizadas en el último mes?
	<p>Pregunta 16: Con base en la evidencia y en la información proporcionada, se registrará el número de cirugías realizadas en el último mes.</p>
17	De acuerdo con el registro realizado ¿Cuántas cirugías fueron diferidas en el último mes?
	<p>Pregunta 17: Con base en la evidencia y en la información proporcionada, se registrará el número de cirugías diferidas en el último mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> El indicador de diferimiento quirúrgico en el servicio de Cirugía General se define como el tiempo transcurrido desde que se solicita una cirugía electiva, después de completar los estudios de laboratorio, gabinete y valoraciones preoperatorias, hasta el momento en que se realiza, considerándose diferida cuando el periodo es superior a 7 días (Lineamientos operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad Segundo Nivel. Secretaría de Salud. México. 2002).
18	Del total de cirugías diferidas, cuántas se debieron por:
	<p>Pregunta 18: Con base en la evidencia y en la información proporcionada, se registrará el número de cirugías diferidas por tipo de causa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se registrará el número "0" cuando no se hayan diferido cirugías por alguna de las causas señaladas.
19	De acuerdo con el registro realizado ¿Cuáles fueron las cirugías diferidas?
	<p>Pregunta 19: Con base en la evidencia y en la información proporcionada, se especificará en orden descendente de frecuencia el diagnóstico principal de la cirugía diferida y el número de casos.</p>
2.2.4 Material de Osteosíntesis (20-21)	
<p>Para las siguientes preguntas, se buscarán alternativas para poder entrevistar a los jefes de servicio, de lo contrario se entrevistará al personal médico adscrito al servicio de Ortopedia.</p> <ul style="list-style-type: none"> No se podrá realizar la entrevista al personal becario. 	
20	¿Le han otorgado oportunamente el material de osteosíntesis requerido, para la realización de las cirugías?
	<p>Pregunta 20: Se registrará "1" cuando se proporcione evidencia documental de la requisición de material en donde se especifique la fecha de solicitud y en su caso la fecha de entrega.</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de que la respuesta sea positiva "1" pase a la pregunta 22 y coloque "NA" en la pregunta 21. La evidencia en archivo electrónico se considerará válida.
21	¿Con qué material no ha contado oportunamente?
	<p>Pregunta 21: Se registrará el tipo de material faltante, el padecimiento por el cual se solicitó el material, la fecha de solicitud y en su caso la fecha de entrega.</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de que al momento de la supervisión el material solicitado aún no sea entregado se colocará el código "NA" en el espacio correspondiente a la fecha de entrega.
2.2.5 Redes de Servicio (22-27)	
22	¿Conoce el Manual de Procedimientos para Referencia y Contrarreferencia vigente?
	<p>Pregunta 22: Se registrará "1" si se muestra evidencia documental (existencia).</p> <ul style="list-style-type: none"> La evidencia a verificar consiste en el Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia del Paciente (Federal o Estatal). La evidencia en archivo electrónico se considerará válida.
23	¿Realiza el registro de casos contrarreferidos de acuerdo al Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de pacientes?
	<p>Pregunta 23: Se registrará "1" cuando se proporcione evidencia documental, de lo contrario se registrará "0" y se pasará a la pregunta 26, se deberá colocar "Sin Datos" en las preguntas 24 y 25.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica. Fuentes primarias de información para este reactivo: Hoja diaria de consulta externa (SIS-SS-01-P), Informe mensual de actividades realizadas en la Unidad Médica (SIS-SS-CE-H), libreta de control de referencia-contrarreferencia o libro de registro de pacientes contrarreferidos en cada unidad operativa. La evidencia en archivo electrónico se considerará válida. En caso de no realizar el registro, se especificarán las causas en el apartado de "Observaciones"

24 De acuerdo con el registro realizado ¿Cuál es el número de pacientes referidos a esta Unidad Médica en los últimos tres meses?

Pregunta 24: Con base en la evidencia proporcionada, se registrará el número total de pacientes referidos en los últimos 3 meses previos, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica.

25 De acuerdo con el registro realizado ¿Cuál es el número de pacientes contrarreferidos en los últimos tres meses?

Pregunta 24: Con base en la evidencia proporcionada, se registrará el número total de pacientes contrarreferidos en los últimos 3 meses previos, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica.

26 ¿La Unidad Médica participa en las reuniones del grupo de trabajo jurisdiccional para la referencia y contrarreferencia?

Pregunta 26: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la asistencia a las reuniones del comité.

27 ¿La Unidad Médica cuenta con el Directorio actualizado de la Red de Prestadores de Servicios de Salud?

Pregunta 27: Se registrará “1” si se muestra evidencia documental del Directorio de la Red de Prestadores de Servicios de Salud vigentes en la Entidad.

- Se deberá verificar que el Directorio de la Red de Prestadores de Servicios de Salud cuente con la información de los establecimientos de salud de primero, segundo y tercer nivel que brinden atención médica a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud. Considerando como establecimiento de salud todo aquel establecimiento público, social o privado, fijo o móvil, que preste servicios de atención médica a la población, ya sea ambulatoria o de internamiento, condicionado por el entorno físico, socioeconómico y tecnológico.
- La evidencia en archivo electrónico se considerará válida.

2.2.6 Expediente Clínico (28-31)

Con base en las hojas diarias de los últimos tres meses, contados a partir de la fecha de supervisión a la Unidad Médica. Solicitar al azar 10 expedientes clínicos de beneficiarios del SPSS cuyo padecimiento sea cubierto por el CAUSES Segundo nivel.

- De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- Los expedientes 1 y 2 corresponderán a intervenciones de Ginecología y Obstetricia (GO); los expedientes 3 y 4 corresponderán a intervenciones de Pediatría (P); los expedientes 5 y 6 corresponderán a expedientes de Cirugía General (CG); los expedientes 7 y 8 a intervenciones de Medicina Interna (MI); y los expedientes 9 y 10 a intervenciones de Urgencias (U).
- Durante la evaluación del expediente clínico es recomendable la presencia del responsable de la Unidad Médica o del profesional de la salud designado, a fin de garantizar transparencia, confiabilidad y generar un plan de mejora continua a partir de los hallazgos detectados
- Registrar el número de expediente evaluado.

28 ¿Existe el expediente clínico en la Unidad Médica?

Pregunta 28: Se registrará “1” cuando el expediente solicitado sea entregado, de lo contrario se registrará “0” en las preguntas 29, 31 y “sin datos” en la pregunta 30. Se especificarán las causas de inexistencia o no entrega en el apartado de “Observaciones”.

29 ¿Existe congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica, apegada al CAUSES, Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica correspondiente?

Pregunta 29: Cotejar y registrar respuesta.

- Las opciones de tratamiento para cada una de las intervenciones que se sugieren en el CAUSES no son limitativas, con la posibilidad de usarse en las otras que lo integran, quedando a criterio ético y profesional del médico tratante.
- Es responsabilidad del médico tratante, prestadores de servicios y autoridades que correspondan, hacer uso racional de los medicamentos e insumos que prescriben en la atención del beneficiario, considerando la normatividad y el criterio de individualidad clínica del paciente.

30 Especifique el Diagnóstico principal:

Pregunta 30: Cotejar y registrar respuesta. Se deberá registrar el Diagnóstico apegado al CAUSES.

31 El expediente cuenta con:

Pregunta 31: Se registrará “1” únicamente cuando los elementos a revisar en el expediente cumplan con la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

- En caso de que el expediente seleccionado no requiera la existencia de alguno de los elementos a revisar se registrará “NA” según corresponda.
- Historia Clínica: deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados de interrogatorio, exploración física, resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros; diagnósticos o problemas clínicos; pronóstico e indicación terapéutica.
- Notas Médicas: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso número de cama o expediente, todas las notas deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. Las notas deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- Notas de interconsulta: la solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con criterios diagnósticos; plan de estudios sugerencias diagnósticas y tratamiento.
- Nota Preoperatoria: Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente y deberá contener como mínimo Fecha de cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios y pronóstico.
- Nota por anestesia: deberá contener evaluación clínica del paciente, tipo de anestesia, riesgo anestésico, medicamentos utilizados, duración de la anestesia, incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia, estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano, plan, manejo y tratamiento inmediato.
- Nota Post-operatoria: Deberá elaborar el cirujano que intervino al paciente al término de la cirugía, un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo diagnóstico preoperatorio, operación planeada, operación realizada, diagnóstico post-operatorio, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos transoperatorios, reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico, incidentes y accidentes, cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones, estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios, ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, estado post-quirúrgico inmediato, pronóstico, envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
- Nota de egreso: Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo fecha de ingreso/egreso, motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y el estado actual, manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria, atención de factores de riesgo, pronóstico, en caso de defunción señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción. y si se solicitó y se llevó a cabo estudio de necropsia hospitalaria
- Nota de enfermería: Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo habitus exterior; gráfica de signos vitales; ministración de medicamentos (fecha, hora, cantidad y vía prescrita), procedimientos realizados y observaciones.
- Servicios auxiliares de diagnóstico: Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo fecha y hora del estudio; identificación del solicitante; estudio solicitado; problema clínico en estudio; resultados del estudio; incidentes y accidentes (si los hubo); identificación del personal que realizó el estudio; y nombre completo y firma del personal que informa.
- Registro de transfusión de hemoderivados: deberá contener el registro de la cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos, fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión, control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión, en caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente, nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como el personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de transfusión.
- Consentimiento informado: deberán contener como mínimo el nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, título del documento; lugar y fecha en que se emite; acto autorizado; señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado; autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; nombre completo y firma del paciente (en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano), nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, y nombre y firma de dos testigos.
- Hoja de referencia: de requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de establecimiento que envía; establecimiento receptor y resumen clínico.
- Todos los hallazgos relevantes deberán ser especificados en el apartado de “Observaciones”.

2.2.7 Abasto de medicamentos (32-33)

32 Número de claves de medicamentos que incluye el cuadro básico estatal:

Pregunta 32: Con base a la información proporcionada, se registrará el número de claves de medicamentos que componen el cuadro básico estatal.

- En caso de desconocimiento se deberá confirmar con el área responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

33 De acuerdo con el listado de medicamentos del Anexo B, ¿cuáles son las claves faltantes?

Pregunta 33: Con base en el **Anexo B. Listado de Medicamentos (CAUSES, Segundo Nivel de Atención)**, enliste las claves faltantes con mayor demanda en la Unidad Médica, en caso de que sean más de 20 se registrarán en el apartado de "Observaciones".

- En caso de no contar con la clave de medicamento, se podrá registrar el nombre.
- En caso de que el hallazgo sea que el desabasto se debe a que el responsable no realiza la requisición oportunamente se deberá registrar en el apartado "Observaciones" al final de la cédula de supervisión.

2.2.8 Surtimiento de Recetas (34 -36).

Solicitar a 5 beneficiarios que acuden a farmacia su receta médica, a fin de verificar si fue surtida en forma completa y si cumple con las características normativas.

- Aquellos beneficiarios del SPSS que recibieron atención médica pero no requirieron prescripción de medicamentos, no serán incluidos para la evaluación de este apartado.
- Registrar el folio de la receta médica, en caso de que la receta no contenga folio, se registrará el nombre del beneficiario.

34 ¿La receta fue surtida de forma completa?

Pregunta 34: Se registrará "0" cuando el (los) medicamento (s) faltante (s) sea (n) cubierto (s) por el CAUSES. Si la respuesta es "1" pase a la pregunta 36 y registre "Na" en la pregunta 35.

- En caso de que la Unidad Médica cuente con algún mecanismo para garantizar el surtimiento completo de recetas se deberá registrar en el apartado "Observaciones", pero si al momento de verificar la receta de los beneficiarios que acuden a farmacia, ésta no fue surtida de forma completa se considerará como negativa la respuesta al reactivo.

35 En caso de que la receta no haya sido surtida de forma completa indique el(los) nombres del (los) medicamento(s) faltante(s):

Pregunta 35: Indique el nombre de los medicamentos faltantes. Se podrá utilizar el apartado de "Observaciones" en caso de que los medicamentos faltantes excedan el espacio disponible.

36 ¿La receta cumple con los requisitos de llenado de acuerdo a la normatividad vigente?

Pregunta 36: Se registrará "1" cuando la receta cumpla con los rubros a verificar.

- La receta deberá contar con: nombre completo de quien prescribe, firma autógrafa del emisor, cédula profesional de quien prescribe, fecha de prescripción, denominación genérica incluida en el cuadro básico de insumos para el primer nivel, dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento (Artículo 28, 29, 30, 31 y 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Insumos para la Salud. Artículos 64 y 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).
- Los pasantes, enfermeras y parteras podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría. (Art. 28 y 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Insumos para la Salud).

2.2.9 Sistema Unificado de Gestión para la Orientación a los Usuarios de los Servicios de Salud. (37-44)

37 ¿La Unidad Médica cuenta con buzones de atención del sistema unificado de gestión ubicados en las áreas de mayor circulación de usuarios?

Pregunta 37: Se registrará "1" cuando se verifique la existencia y la integridad del buzón de atención del SUG. En caso de no contar con el mismo, se registrará "0", se pasará a la pregunta 41 y se colocará "Na" en las preguntas 38, 39 y 40.

38 ¿La Unidad Médica cuenta con un calendario para la apertura del buzón?

Pregunta 38: Se registrará "1" cuando se proporcione evidencia documental.

- La Calendarización de Apertura de Buzón se realizará de forma anual.

39 ¿La Unidad Médica cuenta con registro de Formatos Unificados de Solicitud de Atención?

Pregunta 39: Se registrará "1" cuando se proporcione evidencia documental.

- Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica.

40	¿La Unidad Médica cuenta con minutas de apertura de buzón?
<p>Pregunta 40: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la minuta de apertura del buzón, la cual deberá estar en apego a los Lineamientos del Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario (SUG).</p> <ul style="list-style-type: none"> La apertura de cada buzón se realizará en un periodo no mayor a 15 días. La minuta deberá contener: lugar, fecha y hora, nombre y firma de participantes, observaciones, rango de folios asignados, Núm. de solicitudes clasificadas. Deberán estar presentes durante la apertura de buzón: el Director de la Unidad, el Gestor de Calidad, el Gestor del Seguro Popular y el Aval Ciudadano. 	
41	¿La Unidad Médica cuenta con Aval Ciudadano?
<p>Pregunta 41: Se registrará “1” cuando se proporcione el Acta de Instalación del Aval Ciudadano. En caso contrario, se registrará “0”, se pasará a la pregunta 44 y se colocará “Na” en las preguntas 42 y 43.</p>	
42	¿El Aval Ciudadano participa en la apertura del buzón?
<p>Pregunta 42: Se registrará “1” cuando se verifique la presencia del Aval Ciudadano en la apertura de buzón para lo cual se deberá proporcionar la “Minuta de Apertura del buzón de Atención del Sistema Unificado de Gestión”.</p> <ul style="list-style-type: none"> La minuta deberá contar con el nombre y firma del Aval Ciudadano. 	
43	¿El Aval Ciudadano realiza propuestas de mejora y establece compromisos con los responsables de la Unidad Médica y su personal, para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud, a través de la Carta Compromiso?
<p>Pregunta 43: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de las cartas compromiso de los últimos dos trimestres.</p>	
44	Con respecto a los registros que realiza la Unidad Médica, mencione en orden descendente de frecuencia los motivos de quejas de los beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud.
<p>Pregunta 44: Con base en el registro proporcionado (<i>bitácora, cartas compromiso de Aval Ciudadano, Buzón de Atención del Sistema Unificado de Gestión, etc.</i>) se deberán enlistar las cinco principales motivos de queja.</p> <ul style="list-style-type: none"> El registro se realizará por frecuencia en orden descendente. 	
<p>2.2.10 Conocimiento del programa CAUSES (Reactivos 45-48)</p> <p>Para las siguientes preguntas se entrevistará al menos al Jefe de Servicio y un profesional operativo de los servicios de Gineco-Obstetricia (GO), Cirugía General (CG), Medicina Interna (MI) y Pediatría (Ped).</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de que la Unidad Médica no cuente con algún servicio por su nivel de complejidad, se entrevistará a Personal de Hospitalización. 	
45	¿Ha sido capacitado en CAUSES?
<p>Pregunta 45: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la capacitación recibida. En caso contrario, se registrará “0”, se pasará a la pregunta 47 y se colocará “Na” en las preguntas 46.</p>	
46	¿Quién impartió la capacitación que recibió?
<p>Pregunta 46: Con base en la evidencia proporcionada, registrar el responsable de la capacitación en el inciso correspondiente (REPSS, SESA, Gestor del Seguro Popular, Otro).</p>	
47	¿Conoce qué es el CAUSES?
<p>Pregunta 47: Para considerar válida la respuesta, el entrevistado deberá responder la definición y el número de intervenciones cubiertas por el CAUSES vigente.</p>	
48	¿Conoce qué otras carteras de servicios proporciona el SPSS a sus beneficiarios?
<p>Pregunta 48: Para considerar válida la respuesta, el entrevistado deberá mencionar la cobertura del FPGC, SMSXXI y Portabilidad Interestatal.</p>	

2.2.11 Gestor del Seguro Popular (49-52)

Las siguientes preguntas serán aplicadas por algún profesional de la salud diferente al Gestor del Seguro Popular.

49	¿La Unidad Médica cuenta con Gestor del Seguro Popular (GSP)?
<p>Pregunta 49: Si la respuesta es “0” dar por terminada la entrevista y especifique las causas en el apartado de “observaciones”.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se deberá colocar “Na” en las preguntas 50, 51 y 52. 	

50	¿Conoce al Gestor del Seguro Popular (GSP)?
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregunta 50: Para considerar válida la respuesta el entrevistado deberá mencionar el nombre del Gestor del Seguro Popular de la Unidad Médica
51	¿Conoce las funciones del Gestor del Seguro Popular?
	Pregunta 51: Para considerar válida la respuesta se deberán mencionar al menos 5 funciones previstas en el Manual del Gestor del Seguro Popular del Sistema de Protección Social en Salud vigente.
52	¿El Gestor del Seguro Popular participa como vocal en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) para el planteamiento de la problemática relacionada con la tutela de derechos de los beneficiarios, así como en el seguimiento a quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión?
	Pregunta 52: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la presencia del Gestor del Seguro Popular en las reuniones del COCASEP.

Anexo A. Listado de Medicamentos del Carro Rojo

Guía para cotejar y verificar la existencia, caducidad y suficiencia de los medicamentos de cada uno de los carros rojos supervisados en la Unidad Médica.

Anexo B. Listado de Medicamentos (CAUSES, Segundo Nivel de Atención)

Cotejar y Verificar, se registrará “1” cuando exista el insumo en la unidad, su fecha de caducidad esté vigente y sea suficiente de acuerdo a la demanda (solicitar evidencia documental del sistema de abasto).

III. Cédula Segundo y Tercer Nivel de Atención (FPGC / SMSXXI).

3.1 Instrucciones Generales.

- Cada Entidad Federativa podrá complementar lo establecido en las Cédula de Segundo y Tercer Nivel de Atención (FPGC/SMSXXI) del MOSSESS, considerando los temas que sean de su interés y atendiendo a sus necesidades de información particular en la Entidad. En caso de detectar algún hallazgo relevante se deberá registrar en el apartado de "Observaciones".
- La cédula será levantada únicamente por el personal designado por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y se aplicará al Director de la Unidad Médica, en caso de ausencia, se entrevistará al responsable encargado del mismo.
- Ningún reactivo de la cédula deberá quedar en blanco.
- Es de suma importancia atender las instrucciones específicas para cada uno de los reactivos.
- Las respuestas abiertas deberán ser escritas con letra de molde y legible.
- La codificación para el llenado de la cédula será conforme a lo siguiente: "1" cuando la respuesta sea positiva, "0" cuando la respuesta sea negativa y "NA" cuando la respuesta no aplique.
- En todo momento se escuchará lo referido por el entrevistado, bajo ninguna circunstancia se leerán las opciones de respuesta.
- Una vez terminada la encuesta se deberá solicitar el sello y la firma del encargado de la Unidad Médica.
- En el apartado de observaciones se registrarán los hallazgos más relevantes o complementarios a los reactivos supervisados.

3.2 Instrucciones por sección.

3.2.1 Datos Generales

- ❖ Registrar la fecha con dos dígitos para el día (DD), mes (MM) y año (AA).
- ❖ Registrar el nombre de la Unidad Médica tal como se encuentra registrado en el Catálogo CLUES.
- ❖ Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) asignada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS).
- ❖ Registrar el nombre de la institución a la cual pertenece la Unidad Médica de segundo y/o tercer nivel de atención supervisada.
- ❖ Registrar el nombre de la Entidad Federativa.
- ❖ Registrar el número y el nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece la unidad médica de segundo y/o tercer nivel de atención supervisada.
- ❖ Registrar el nombre del municipio donde se encuentra la Unidad Médica de segundo y/o tercer nivel de atención supervisada.
- ❖ Registrar el nombre de la localidad donde se encuentra la Unidad Médica de segundo y/o tercer nivel de atención supervisada.
- ❖ Marque con un "X" la tipología de la unidad según corresponda (Hospital integral, comunitario o equivalente, Hospital General, Hospital Pediátrico, Hospital Materno Infantil, Hospital Regional, Hospital de Alta Especialidad).
- ❖ Registrar "1" si la Unidad Médica segundo y/o tercer nivel de atención supervisada se encuentra acreditada en CAUSES, para lo cual, se deberá verificar la Constancia o Acta Dictamen de Acreditación emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de lo contrario registrar "0".
- ❖ Registrar el número de camas **censables** (cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. Es la única que produce egresos hospitalarios) y **no censables** (cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. Se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido).
- ❖ Registrar el tipo de cartera de servicios a supervisar (FPGC Y/O SMSXXI), podrán ser marcadas ambas opciones por lo que se deberán contestar los reactivos correspondientes al tipo de cartera en particular.
- ❖ Registrar las intervenciones acreditadas en la Unidad Médica según corresponda la cartera de servicios.
- ❖ Registrar el nombre completo del Servidor Público entrevistado en la Unidad Médica segundo y/o tercer nivel de atención supervisada.
- ❖ Registrar el cargo que desempeña al momento de la entrevista.

FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS.

3.2.2 Acreditación FPGC (1).

1 De acuerdo con el tipo de Acreditación y la tipología de la Unidad Médica, ¿Se cuenta con la plantilla de personal completa?

Pregunta 1: Se registrará “1” cuando se cuente con la plantilla del personal completa según corresponda, en caso de faltar con algún personal requerido de acuerdo al tipo de unidad se registrará “0”.

- Para cotejar la plantilla del personal en la Unidad Médica, se utilizará el Anexo A.
- Se deberá corroborar con archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios (Art. 24 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

3.2.3 Expediente Clínico (FPGC) (2-8)

Con base en el Nominal de los casos previamente seleccionados (atendiendo criterios de inclusión como monto erogado, presencia de comorbilidad, casos pendientes de autorización) solicitar 10 expedientes de casos cubiertos por el FPGC.

- Se deberá solicitar al médico validador de la Unidad Médica el Nominal de casos financiados por el FPGC en el trimestre previo a la fecha de supervisión.
- De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- Durante la evaluación del expediente clínico es recomendable la presencia del responsable de la Unidad Médica o del profesional de la salud designado, a fin de garantizar transparencia, confiabilidad y generar un plan de mejora continua a partir de los hallazgos detectados.
- Registrar el número de expediente evaluado.
- Registrar el diagnóstico cubierto por el FPGC (*Se podrá registrar el nombre del diagnóstico junto con su clave CIE10*).

2 ¿Existe el expediente clínico en la Unidad Médica?

Pregunta 2: Se registrará “1” cuando el expediente solicitado sea entregado, de lo contrario se registrará “0” en las preguntas 3 y 8, se especificarán las causas de inexistencia o no entrega en el apartado de “Observaciones”.

- En caso de que el expediente solicitado no sea entregado, se registrará “Sin datos” en las preguntas 4, 5, 6 y 7.

3 ¿Existe congruencia entre el diagnóstico registrado en las notas médicas y lo registrado en el SIGGC2?

Pregunta 3: Se registrará “1” cuando el diagnóstico consignado en el expediente sea el mismo que el declarado en la plataforma Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos 2.

- Cualquier inconsistencia detectada en relación al diagnóstico declarado deberá ser especificada en el apartado “Observaciones”.

4 Anotar número de declaratoria.

Pregunta 4: Cotejar y registrar respuesta. En caso de que aún no cuente con declaratoria se colocará “Na.”

5 ¿Presenta datos de comorbilidad?

Pregunta 5: Cotejar y registrar respuesta. Si la respuesta es “0”, se pasará a la pregunta 7 y se colocará “NA” en la pregunta 6.

- Comorbilidad: se refiere a la existencia de una entidad clínica adicional distinta que ocurre durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad indexada bajo estudio
- Para fines del Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud se considerará la existencia comorbilidad a la presencia de afecciones que se agregan a la patología financiada por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos o Seguro Médico Siglo XXI.

6 En caso de presentar datos de comorbilidad, especifique

Pregunta 6: Cotejar y registrar los hallazgos de comorbilidad en el expedientes supervisado.

7 Oportunidad de la atención:

Pregunta 7: Cotejar y registrar la fecha de diagnóstico, la fecha de inicio de tratamiento y la fecha de egreso.

- Cualquier inconsistencia detectada en relación a las fechas consignadas en el expediente y lo reportado en la plataforma SIGGC2 (reporte nominal de casos) se deberá especificar en el apartado “Observaciones”.

8 El expediente cuenta con:

Pregunta 8: Se registrará “1” únicamente cuando los elementos a revisar en el expediente cumplan con la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

- En caso de que el caso seleccionado no requiera la existencia de alguno de los elementos a revisar se registrará “NA” según corresponda.

- Historia Clínica: deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados de interrogatorio, exploración física, resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros; diagnósticos o problemas clínicos; pronóstico e indicación terapéutica.
- Notas Médicas: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso número de cama o expediente, todas las notas deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. Las notas deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- Notas de interconsulta: la solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con criterios diagnósticos; plan de estudios sugerencias diagnósticas y tratamiento.
- Nota Preoperatoria: Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente y deberá contener como mínimo Fecha de cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios y pronóstico.
- Nota por anestesia: deberá contener evaluación clínica del paciente, tipo de anestesia, riesgo anestésico, medicamentos utilizados, duración de la anestesia, incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia, estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano, plan, manejo y tratamiento inmediato.
- Nota Post-operatoria: Deberá elaborar el cirujano que intervino al paciente al término de la cirugía, un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo diagnóstico preoperatorio, operación planeada, operación realizada, diagnóstico post-operatorio, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos transoperatorios, reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico, incidentes y accidentes, cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones, estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios, ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, estado post-quirúrgico inmediato, pronóstico, envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
- Nota de egreso: Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo fecha de ingreso/egreso, motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y el estado actual, manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria, atención de factores de riesgo, pronóstico, en caso de defunción señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción. y si se solicitó y se llevó a cabo estudio de necropsia hospitalaria
- Nota de enfermería: Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo habitus exterior; gráfica de signos vitales; ministración de medicamentos (fecha, hora, cantidad y vía prescrita), procedimientos realizados y observaciones.
- Servicios auxiliares de diagnóstico: Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo fecha y hora del estudio; identificación del solicitante; estudio solicitado; problema clínico en estudio; resultados del estudio; incidentes y accidentes (si los hubo); identificación del personal que realizó el estudio; y nombre completo y firma del personal que informa. Las opciones de auxiliares de diagnóstico para cada una de las intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos deberán estar en estricto apego a los protocolos técnicos emitidos por el Consejo de Salubridad General.
- Registro de transfusión de hemoderivados: deberá contener el registro de la cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos, fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión, control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión, en caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente, nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como el personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de transfusión
- Consentimiento informado: deberán contener como mínimo el nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, título del documento; lugar y fecha en que se emite; acto autorizado; señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado; autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; nombre completo y firma del paciente (en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano), nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, y nombre y firma de dos testigos.
- Hoja de referencia: de requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de establecimiento que envía; establecimiento receptor y resumen clínico
- Hoja de quimioterapia o radioterapia: Las opciones de tratamiento para cada una de las intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos deberán estar en estricto apego a los protocolos técnicos emitidos por el Consejo de Salubridad General.
- Todos los hallazgos relevantes deberán ser especificados en el apartado de "Observaciones".

3.2.4 Conocimiento del FPGC (9-11)

Para las siguientes preguntas se entrevistará al menos un Jefe de Servicio y cuatro profesionales de la salud relacionados con la validación, revisión y atención a beneficiarios con intervenciones cubiertas por el FPGC.

9 ¿Ha sido capacitado en FPGC?

Pregunta 9: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la capacitación recibida.

10 ¿Conoce qué es el FPGC?

Pregunta 10: Para considerar válida la respuesta, el entrevistado deberá mencionar la definición y el número de intervenciones cubiertas por el FPGC.

11 La Unidad Médica donde labora, ¿Está acreditada para brindar atención a los beneficiarios del SPSS en alguna intervención del FPGC?

Pregunta 11: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental. Se deberá verificar la Constancia o Acta Dictamen de Acreditación emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y especificar las intervenciones acreditadas.

3.2.5 Sistema Unificado de Gestión para la Orientación a los Usuarios de los Servicios de Salud. (12-19)

12 ¿La Unidad Médica cuenta con buzones de atención del Sistema Unificado de Gestión ubicados en las áreas de mayor circulación de usuarios?

Pregunta 12: Se registrará “1” cuando se verifique la existencia y la integridad del buzón de atención del SUG. En caso de no contar con el mismo, se registrará “0”, se pasará a la pregunta 16 y se colocará “Na” en las preguntas 13, 14 y 15.

13 ¿La Unidad Médica cuenta con un calendario para la apertura del buzón?

Pregunta 13: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental.

- La Calendarización de Apertura de Buzón se realizará de forma anual.

14 ¿La Unidad Médica cuenta con registro de Formatos Unificados de Solicitud de Atención?

Pregunta 14: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental.

- Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica.

15 ¿La Unidad Médica cuenta con minutas de apertura de buzón?

Pregunta 15: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la minuta de apertura del buzón, la cual deberá estar en apego a los Lineamientos del Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario (SUG).

- La apertura de cada buzón se realizará en un periodo no mayor a 15 días.
- La minuta deberá contener: lugar, fecha y hora, nombre y firma de participantes, observaciones, rango de folios asignados, Núm. de solicitudes clasificadas.
- Deberán estar presentes durante la apertura de buzón: el Director de la Unidad, el Gestor de Calidad, el Gestor del Seguro Popular y el Aval Ciudadano.

16 ¿La Unidad Médica cuenta con Aval Ciudadano?

Pregunta 16: Se registrará “1” cuando se proporcione el Acta de Instalación del Aval Ciudadano. En caso contrario, se registrará “0”, se pasará a la pregunta 19 y se colocará “Na” en las preguntas 17 y 18.

17 ¿El Aval Ciudadano participa en la apertura del buzón?

Pregunta 17: Se registrará “1” cuando se verifique la presencia del Aval Ciudadano en la apertura de buzón para lo cual se deberá proporcionar la “Minuta de Apertura del buzón de Atención del Sistema Unificado de Gestión”.

- La minuta deberá contar con el nombre y firma del Aval Ciudadano.

18 ¿El Aval Ciudadano realiza propuestas de mejora y establece compromisos con los responsables de la Unidad Médica y su personal, para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud, a través de la Carta Compromiso?

Pregunta 18: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de las cartas compromiso de los últimos dos trimestres.

19 Con respecto a los registros que realiza la Unidad Médica, mencione en orden descendente de frecuencia los motivos de quejas de los beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud.

Pregunta 19: Con base en el registro proporcionado (*bitácora, cartas compromiso de Aval Ciudadano, buzón de atención del Sistema Unificado de Gestión, etc.*) se deberán enlistar las cinco principales motivos de queja.

- El registro se realizará por frecuencia en orden descendente.

3.2.6 Gestor del Seguro Popular (20-23)

Las siguientes preguntas serán aplicadas por algún profesional de la salud diferente al Gestor del Seguro Popular

20 ¿La Unidad Médica cuenta con Gestor del Seguro Popular (GSP)?

Pregunta 20: Si la respuesta es “0” dar por terminada la entrevista y especifique las causas en el apartado de “observaciones”.

- Se deberá colocar “Na” en las preguntas 21, 22 Y 23.

21 ¿Conoce al Gestor del Seguro Popular (GSP)?

- **Pregunta 21:** Para considerar válida la respuesta el entrevistado deberá mencionar el nombre del Gestor del Seguro Popular de la Unidad Médica

22 ¿Conoce las funciones del Gestor del Seguro Popular?

Pregunta 22: Para considerar válida la respuesta se deberán mencionar al menos 5 funciones previstas en el Manual del Gestor del Seguro Popular del Sistema de Protección Social en Salud vigente.

23 ¿El Gestor del Seguro Popular participa como vocal en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) para el planteamiento de la problemática relacionada con la tutela de derechos de los beneficiarios, así como en el seguimiento a quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión?

Pregunta 23: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la presencia del Gestor del Seguro Popular en las reuniones del COCASEP.

Anexo A. Recursos humanos de acuerdo con las cédulas de Acreditación vigentes en FPGC (Dirección General de Calidad y Educación en Salud).

Cotejar y Verificar, se registrará “1” cuando se cuente con el recurso humano según corresponda la intervención acreditada en la Unidad Médica.

SEGURO MEDICO SIGLO XXI.

3.2.7 Acreditación SMSXXI (1).

1 De acuerdo con el tipo de Acreditación y la tipología de la Unidad Médica, ¿se cuenta con la plantilla de personal completa?

Pregunta 51: Se registrará “1” cuando se cuente con la plantilla del personal completa según corresponda, en caso de faltar con algún personal requerido de acuerdo al tipo de unidad se registrará “0”.

- Para cotejar la plantilla del personal en la Unidad Médica, se utilizará el Anexo B.
- Se deberá corroborar con archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios (Art. 24 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

3.2.8 Expediente Clínico (2-9)

Con base en el Nominal de los casos previamente seleccionados (atendiendo criterios de inclusión como monto erogado, presencia de comorbilidad, casos pendientes de autorización) solicitar 10 expedientes de casos cubiertos por el SMSXXI.

- Se deberá solicitar al médico validador de la Unidad Médica el Nominal de casos financiados por el SMSXXI en el trimestre previo a la fecha de supervisión.
- De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- Durante la evaluación del expediente clínico es recomendable la presencia del responsable de la Unidad Médica o del profesional de la salud designado, a fin de garantizar transparencia, confiabilidad y generar un plan de mejora continua a partir de los hallazgos detectados.
- Registrar el número de expediente evaluado.
- Registrar el diagnóstico cubierto por el SMSXXI (*Se podrá registrar el nombre del diagnóstico junto con su clave CIE10*).

2 ¿Existe el expediente clínico en la Unidad Médica?

Pregunta 2: Se registrará “1” cuando el expediente solicitado sea entregado, de lo contrario se registrará “0” en las preguntas 3, 4, 5 Y 9, se especificarán las causas de inexistencia o no entrega en el apartado de “Observaciones”.

- En caso de que el expediente solicitado no sea entregado, se registrará “Sin datos” en las preguntas 6, 7 y 8.

3 ¿Cuenta con póliza de afiliación?

Pregunta 3: Se registrará “1” cuando el expediente cuente con la póliza de afiliación vigente del beneficiario.

- Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2015.

4 ¿Existe congruencia entre el diagnóstico registrado en las notas médicas y lo registrado en el Sistema SMSXXI?

Pregunta 4: Se registrará “1” cuando el diagnóstico consignado en el expediente sea el mismo que el declarado en el Sistema Seguro Médico Siglo XXI.

- Cualquier inconsistencia detectada en relación al diagnóstico declarado deberá ser especificada en el apartado “Observaciones”.

5 ¿Existe congruencia entre las fechas, diagnósticos, tratamientos y auxiliares de diagnóstico registrado en las notas médicas y lo registrado en el Sistema SMSXXI?

Pregunta 5: Se registrará “1” cuando las fechas, diagnósticos, tratamientos y auxiliares de diagnóstico consignados en el expediente sean los mismos que lo declarado en el Sistema Seguro Médico Siglo XXI.

6 ¿Presenta datos de comorbilidad?

Pregunta 6: Cotejar y registrar respuesta. Si la respuesta es “0”, se pasará a la pregunta 8 y se colocará “NA” en la pregunta 7.

- Comorbilidad: se refiere a la existencia de una entidad clínica adicional distinta que ocurre durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad indexada bajo estudio
- Para fines del Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud se considerará la existencia comorbilidad a la presencia de afecciones que se agregan a la patología financiada por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos o Seguro Médico Siglo XXI.

7 En caso de presentar datos de comorbilidad, especifique

Pregunta 7: Cotejar y registrar los hallazgos de comorbilidad en el expedientes supervisado.

8 Oportunidad de la atención:

Pregunta 8: Cotejar y registrar la fecha de diagnóstico, la fecha de inicio de tratamiento y la fecha de egreso.

- Cualquier inconsistencia detectada en relación a las fechas consignadas en el expediente y lo reportado en el Sistema Seguro Médico Siglo XXI (reporte nominal de casos) se deberá especificar en el apartado “Observaciones”.

9 El expediente cuenta con:

Pregunta 9: Se registrará “1” únicamente cuando los elementos a revisar en el expediente cumplan con la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

- En caso de que el caso seleccionado no requiera la existencia de alguno de los elementos a revisar se registrará “NA” según corresponda.
- Historia Clínica: deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados de interrogatorio, exploración física, resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros; diagnósticos o problemas clínicos; pronóstico e indicación terapéutica.
- Notas Médicas: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso número de cama o expediente, todas las notas deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables. Las notas deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- Notas de interconsulta: la solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con criterios diagnósticos; plan de estudios sugerencias diagnósticas y tratamiento.
- Nota Preoperatoria: Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente y deberá contener como mínimo Fecha de cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios y pronóstico.
- Nota por anestesia: deberá contener evaluación clínica del paciente, tipo de anestesia, riesgo anestésico, medicamentos utilizados, duración de la anestesia, incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia, estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano, plan, manejo y tratamiento inmediato.
- Nota Post-operatoria: Deberá elaborar el cirujano que intervino al paciente al término de la cirugía, un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo diagnóstico preoperatorio, operación planeada, operación realizada, diagnóstico post-operatorio, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos transoperatorios, reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico, incidentes y accidentes, cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones, estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios, ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, estado post-quirúrgico inmediato, pronóstico, envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
- Nota de egreso: Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo fecha de ingreso/egreso, motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y el estado actual, manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria, atención de factores de riesgo, pronóstico, en caso de defunción señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción. y si se solicitó y se llevó a cabo estudio de necropsia hospitalaria
- Nota de enfermería: Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo habitus exterior; gráfica de signos vitales; ministración de medicamentos (fecha, hora, cantidad y vía prescrita), procedimientos realizados y observaciones.
- Servicios auxiliares de diagnóstico: Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo fecha y hora del estudio; identificación del solicitante; estudio solicitado; problema clínico en estudio; resultados del estudio; incidentes y accidentes (si los hubo); identificación del personal que realizó el estudio; y nombre completo y firma del personal que informa.
- Registro de transfusión de hemoderivados: deberá contener el registro de la cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos, fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión, control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión, en caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente, nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como el personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de transfusión
- Consentimiento informado: deberán contener como mínimo el nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, título del documento; lugar y fecha en que se emite; acto autorizado; señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado; autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; nombre completo y firma del paciente (en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano), nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, y nombre y firma de dos testigos.
- Hoja de referencia: de requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de establecimiento que envía; establecimiento receptor y resumen clínico.
- Todos los hallazgos relevantes deberán ser especificados en el apartado de “Observaciones”.

3.2.9 Conocimiento del SMSXXI (10-12)

Para las siguientes preguntas se entrevistará al menos al Jefe de Servicio Pediatría o Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y un profesional operativo de los servicios de Gineco Obstetricia, Pediatría, UCIN, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) o Área de Tamiz auditivo, que se encuentren relacionados con la validación, revisión y atención de beneficiarios con intervenciones cubiertas por el SMSXXI

10	¿Ha sido capacitado sobre el Programa Seguro Médico Siglo XXI?
Pregunta 10: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la capacitación recibida.	
11	¿Conoce que es el Programa Seguro Médico Siglo XXI?
Pregunta 11: Para considerar válida la respuesta, el entrevistado deberá responder el objetivo, población diana y número de intervenciones cubiertas por SMSXXI.	
12	¿Ha percibido un impacto en su servicio?
Pregunta 12: Se registrará “1” cuando se describa el impacto en términos de mejora en el servicio.	

3.2.10 Sistema Unificado de Gestión para la Orientación a los Usuarios de los Servicios de Salud. (13-20)

13	¿La Unidad Médica cuenta con buzones de atención del Sistema Unificado de Gestión ubicados en las áreas de mayor circulación de usuarios?
Pregunta 13: Se registrará “1” cuando se verifique la existencia y la integridad del buzón de atención del SUG. En caso de no contar con el mismo, se registrará “0”, se pasará a la pregunta 17 y se colocará “Na” en las preguntas 14, 15 y 16.	
14	¿La Unidad Médica cuenta con un calendario para la apertura del buzón?
Pregunta 14: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental. ▪ La Calendarización de apertura de buzón se realizará de forma anual.	
15	¿La Unidad Médica cuenta con registro de Formatos Unificados de Solicitud de Atención?
Pregunta 15: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental. ▪ Se tomará como válido cualquier mecanismo de registro que implemente la Unidad Médica.	
16	¿La Unidad Médica cuenta con minutas de apertura del buzón?
Pregunta 16: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la minuta de apertura del buzón, la cual deberá estar en apego a los Lineamientos del Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario (SUG). ▪ La apertura de cada buzón se realizará en un periodo no mayor a 15 días. ▪ La minuta deberá contener: lugar, fecha y hora, nombre y firma de participantes, observaciones, rango de folios asignados, Núm. de solicitudes clasificadas. ▪ Deberán estar presentes durante la apertura de buzón: el Director de la Unidad, el Gestor de Calidad, el Gestor del Seguro Popular y el Aval Ciudadano.	
17	¿La Unidad Médica cuenta con Aval Ciudadano?
Pregunta 17: Se registrará “1” cuando se proporcione el Acta de Instalación del Aval Ciudadano. En caso contrario, se registrará “0”, se pasará a la pregunta 20 y se colocará “Na” en las preguntas 18 y 19.	
18	¿El Aval Ciudadano participa en la apertura del buzón?
Pregunta 18: Se registrará “1” cuando se verifique la presencia del Aval Ciudadano en la apertura de buzón para lo cual se deberá proporcionar la “Minuta de apertura del buzón de Atención del Sistema Unificado de Gestión”. ▪ La minuta deberá contar con el nombre y firma del Aval Ciudadano.	
19	¿El Aval Ciudadano realiza propuestas de mejora y establece compromisos con los responsables de la Unidad Médica y su personal, para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud, a través de la Carta Compromiso?
Pregunta 19: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de las cartas compromiso de los últimos dos trimestres.	
20	Con respecto a los registros que realiza la Unidad Médica, mencione en orden descendente de frecuencia los motivos de quejas de los beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud.
Pregunta 20: Con base en el registro proporcionado (<i>bitácora, cartas compromiso de Aval Ciudadano, Buzón de Atención del Sistema Unificado de Gestión, etc.</i>) se deberán enlistar las cinco principales motivos de queja. ▪ El registro se realizará por frecuencia en orden descendente.	

3.2.11 Gestor del Seguro Popular (21-24)

Las siguientes preguntas serán aplicadas por algún profesional de la salud diferente al Gestor del Seguro Popular.

21	¿La Unidad Médica cuenta con Gestor del Seguro Popular (GSP)?
<p>Pregunta 21: Si la respuesta es “0” dar por terminada la entrevista y especifique las causas en el apartado de “observaciones”</p> <ul style="list-style-type: none"> Se deberá colocar “Na” en las preguntas 22, 23 Y 24. 	
22	¿Conoce al Gestor del Seguro Popular (GSP)?
<p>Pregunta 22: Para considerar válida la respuesta el entrevistado deberá mencionar el nombre del Gestor del Seguro Popular de la Unidad Médica.</p>	
23	¿Conoce las funciones del Gestor del Seguro Popular?
<p>Pregunta 23: Para considerar válida la respuesta se deberán mencionar al menos 5 funciones previstas en el Manual del Gestor del Seguro Popular del Sistema de Protección Social en Salud vigente.</p>	
24	¿El Gestor del Seguro Popular participa como vocal en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) para el planteamiento de la problemática relacionada con la tutela de derechos de los beneficiarios, así como en el seguimiento a quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión?
<p>Pregunta 24: Se registrará “1” cuando se proporcione evidencia documental de la presencia del Gestor del Seguro Popular en las reuniones del COCASEP.</p>	

Anexo B. Recursos humanos de acuerdo con las cédulas de Acreditación vigentes en SMSXXI (Dirección General de Calidad y Educación en Salud).

Cotejar y Verificar, se registrará “1” cuando se cuente con el recurso humano según corresponda la intervención acreditada en la Unidad Médica.

IV. Cédula Beneficiario.

4.1 Instrucciones Generales.

- Cada Entidad Federativa podrá complementar lo establecido en las Cédula de Segundo Nivel de Atención del MOSSESS, considerando los temas que sean de su interés y atendiendo a sus necesidades de información particular en la Entidad. En caso de detectar algún hallazgo relevante se deberá registrar en el apartado de "Observaciones".
- La cédula será levantada únicamente por el personal designado por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
- Ningún reactivo de la cédula deberá quedar en blanco.
- Es de suma importancia atender las instrucciones específicas para cada uno de los reactivos.
- Las respuestas abiertas deberán ser escritas con letra de molde y legible.
- La codificación para el llenado de la cédula será conforme a lo siguiente: "1" cuando la respuesta sea positiva, "0" cuando la respuesta sea negativa y "NA" cuando la respuesta no aplique
- En todo momento se escuchará lo referido del entrevistado, bajo ninguna circunstancia se leerán las opciones de respuesta.
- En caso de que el beneficiario sea menor de edad, la entrevista se realizará de forma indirecta con el padre o tutor.
- Entrevistar a beneficiarios del SPSS que su última consulta no exceda los 6 meses.
- Una vez terminada la encuesta se deberá solicitar el nombre y la firma del beneficiario entrevistado.
- Una vez terminada la encuesta se deberá solicitar el sello de la Unidad Médica.
- En el apartado de observaciones se registrarán los hallazgos más relevantes o complementarios a los reactivos supervisados.

4.2 Instrucciones por sección.

4.2.1 Datos Generales

- ❖ Registrar la fecha con dos dígitos para el día (DD), mes (MM) y año (AA).
- ❖ Registrar el nombre de la Unidad Médica tal como se encuentra registrado en el Catálogo CLUES.
- ❖ Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) asignada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS).
- ❖ Registrar el nombre de la institución a la cual pertenece la Unidad Médica supervisada.
- ❖ Registrar el nombre de la Entidad Federativa.
- ❖ Registrar el número y el nombre completo de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece la Unidad Médica supervisada.
- ❖ Registrar el nombre del municipio donde se encuentra la Unidad Médica supervisada.
- ❖ Registrar el nombre de la localidad donde se encuentra la Unidad Médica supervisada.
- ❖ Marque con un "X" el tipo de unidad en donde se realiza la entrevista según corresponda (Unidad de Consulta Externa, Unidad de Hospitalización),
- ❖ Marque con un "X" la tipología de la Unidad Médica supervisada (Centro de Salud Urbano, Centro de Salud Rural, Hospital integral, comunitario o equivalente, Hospital General, Hospital Pediátrico, Hospital Materno Infantil, Hospital Regional, Hospital de Alta Especialidad).
- ❖ Registrar el nombre completo del Servidor Público entrevistado en la Unidad Médica supervisada.

4.2.2 Datos generales del beneficiario

- ❖ Se deberá utilizar una columna para cada beneficiario entrevistado
- ❖ Registrar el nombre completo del beneficiario con letra de molde y legible.
- ❖ Registrar el número de póliza del beneficiario, la cual deberá estar vigente al momento de la entrevista.
- ❖ Se registrará: M: Masculino, F: Femenino
- ❖ Registrar la edad del beneficiario, en adultos se deberá escribir la edad en años (AA), en niños menores de 5 años se deberá escribir la edad en años y meses.
- ❖ Registrar "1" cuando el entrevistado o el cónyuge pertenezca o sea originario de alguna comunidad o pueblo indígena.
- ❖ Registrar "1" cuando el entrevistado o el cónyuge hable o entienda alguna lengua indígena, en caso positivo, se deberá especificar la lengua hablada.

4.2.3 Satisfacción del beneficiario (1-12)

1	¿Su última consulta en esta Unidad Médica fue programada?
Pregunta 1: Si la respuesta es “0”, se pasará a la pregunta 3 y se colocará “Na” en la pregunta 2. <ul style="list-style-type: none"> Se considerará consulta programada a aquella en que la unidad le proporciona una cita médica periódica por ser paciente en control subsecuente. 	
2	En su última consulta, ¿Cuál fue el tiempo que tuvo que esperar desde su hora de atención programada hasta el momento que recibió atención?
Pregunta 2: Se registrará el tiempo en minutos. <ul style="list-style-type: none"> El tiempo de espera para recibir atención médica en las unidades médicas deberá estar dentro de los estándares de calidad (áreas urbanas de 30 minutos, urgencias no mayor a 15 minutos y en zonas rurales no mayor a 50 minutos) (Lineamientos operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad Primer y Segundo Nivel. Secretaría de Salud. México. 2002) 	
3	En su última consulta, ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el momento que llegó a la unidad hasta que le dieron su ficha?
Pregunta 3: Se registrará el tiempo en minutos.	
4	En su última consulta, ¿Cuál fue el tiempo que tuvo que esperar desde que recibió su ficha hasta que lo atendieron?
Pregunta 4: Se registrará el tiempo en minutos. <ul style="list-style-type: none"> El tiempo de espera para recibir atención médica en las unidades médicas deberá estar dentro de los estándares de calidad (áreas urbanas de 30 minutos, urgencias no mayor a 15 minutos y en zonas rurales no mayor a 50 minutos) (Lineamientos operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad Primer y Segundo Nivel. Secretaría de Salud. México. 2002) 	
5	En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy insatisfecho y 5 muy satisfecho, ¿qué tan satisfecho está con el tiempo de espera?
Pregunta 5: Con base en la escala de satisfacción establecida, se registrará la letra del inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.	
6	¿El médico le explicó sobre su enfermedad diagnóstico y tratamiento?
Pregunta 6: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario. <ul style="list-style-type: none"> Para las entrevistas realizadas en las unidades médicas de primer nivel de atención, se considerará el último diagnóstico y tratamiento otorgado. 	
7	¿Tiene dudas sobre lo que le explicaron de su enfermedad y tratamiento?
Pregunta 7: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario. <ul style="list-style-type: none"> Para las entrevistas realizadas en Centros de Salud de Primer nivel de Atención, se considerará el último diagnóstico y tratamiento otorgado. 	
8	En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy mala atención y 5 muy buena atención, ¿Cómo podría calificar la atención que ha recibido por cada uno de los miembros del personal de la unidad?
Pregunta 8: Con base en la escala establecida, se registrará la letra del inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario. <ul style="list-style-type: none"> Se evaluará de manera individual la atención brindada al beneficiario de parte del Personal Médico, Enfermería, Trabajo Social, Gestor del Seguro Popular, Personal Administrativo, Personal Técnico y Otros (vigilancia, limpieza, etc.). 	
9	En los últimos tres meses ¿ha presentado alguna queja y ante quién?
Pregunta 9: Si la respuesta es “1” especifique.	
10	En los últimos tres meses ¿le han negado alguna vez la atención en la Unidad Médica?
Pregunta 10: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario. <ul style="list-style-type: none"> Se entenderá como negación de la atención a todo acto u omisión por el cual se rehúsa injustificadamente la prestación de servicios médicos obligatorios (Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud. 2012. Secretaría de Salud. México). 	
11	En una escala del 1 al 5 ¿En general como se siente luego de haber recibido la consulta médica?
Pregunta 11: Con base en la escala de satisfacción establecida, se registrará la letra del inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.	
12	En relación a la atención y al trato recibido, ¿regresaría a esta misma Unidad Médica para su atención?
Pregunta 12: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.	

4.2.4 Gasto de bolsillo (13-16)

13	En los últimos 3 meses, ¿ha realizado algún pago por algún servicio durante su atención?
<p>Pregunta 13: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario. Si la respuesta es "1" pase a la pregunta 14, de lo contrario, pase a la pregunta 17 y se colocará "NA" en las preguntas 14, 15 y 16.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se considerará afirmativa la respuesta cuando haya realizado el pago a pesar de contar con póliza vigente del Seguro Popular y el servicio pagado sea cubierto por alguna de las carteras (CAUSES, FPGC, SMSXXI). Estas preguntas no solo harán mención a la unidad donde se está llevando a cabo la entrevista, sino también a las unidades médicas del mismo nivel de atención contempladas en la Red de Prestadores de Servicios de Salud del Sistema de Protección Social en Salud en la Entidad. Se evaluará la información otorgada en un periodo de 3 meses contados a partir de la fecha de supervisión a la unidad. 	
14	¿El pago fue realizado dentro de la Unidad Médica?
<p>Pregunta 14: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.</p>	
15	¿Qué fue lo que pagó?
<p>Pregunta 15: Registrar el código en el inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se identificará concepto por el cual se generó gasto de bolsillo: consulta externa, consulta de urgencias, procedimiento durante hospitalización, intervención quirúrgica, insumos, medicamentos, estudios de laboratorios, estudios de gabinete y otros (se deberá especificar). Si gasto de bolsillo fue por medicamentos, se deberá verificar que los mismos sean cubierto por alguna de las carteras (CAUSES, FPGC, SMSXXI) de lo contrario no se tomará como válida la respuesta. 	
16	En caso de que el pago haya sido por concepto de medicamentos, indique el nombre:
<p>Pregunta 16: Registrar el nombre de los medicamentos. Se podrá utilizar el apartado de "Observaciones" en caso de que se exceda el espacio disponible.</p>	

4.2.5 Surtimiento de receta (17-21)

17	En los últimos 3 meses, cuando ha venido a consulta a esta unidad, ¿le han entregado o aplicado todos los medicamentos que el médico le recetó?
<p>Pregunta 17: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario. Si todo el medicamento fue entregado y aplicado, pase a la pregunta 21 y se colocará "NA" en la pregunta 18, 19 y 20.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se registrará "0" cuando el medicamento no otorgado sea cubierto por alguna de las carteras de servicio (CAUSES, FPGC, SMSXXI). 	
18	En caso de que el medicamento no haya sido entregado o aplicado indique el nombre del(los) medicamento(s) faltante(s):
<p>Pregunta 18: En caso de que el medicamento no haya sido entregado o aplicado, se deberá registrar el nombre de los medicamentos faltantes.</p> <p>Se podrá utilizar el apartado de "Observaciones" en caso de que se exceda el espacio disponible.</p>	
19	En caso de que el medicamento no haya sido entregado o aplicado, ¿Cuál fue el motivo por el cual no le entregaron o aplicaron todos sus medicamentos?
<p>Pregunta 19: Registrar el código en el inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.</p>	
20	En caso de que el medicamento no haya sido entregado o aplicado, ¿Qué fue lo que realizó para obtener los medicamentos no proporcionados?
<p>Pregunta 20: Registrar el código en el inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.</p>	
21	En general y en una escala del 1 al 5 ¿Que tan satisfecho se siente luego de haber recibido su medicamento?
<p>Pregunta 21: Con base en la escala de satisfacción establecida, se registrará la letra del inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.</p>	

4.2.6 Reafiliación (22-23)

22 ¿Se reafiliaría al Seguro Popular?

Pregunta 22: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario. Si la respuesta es “1” de por terminada la entrevista y colocará “Na” en la pregunta 23.

23 ¿Cuál es el motivo por el que no se reafiliaría al Seguro Popular?

Pregunta 23: Registre la respuesta otorgada por el beneficiario.

Anexo A. Gestor del Seguro Popular.

Las siguientes preguntas serán aplicadas al beneficiario por algún profesional de la salud diferente al Gestor del Seguro Popular.

Datos generales del beneficiario

- ❖ Registre el nombre del beneficiario en la misma posición asignada anteriormente.
- ❖ Registrar el número de póliza del beneficiario.
- ❖ Se registrará: M: Masculino, F: Femenino
- ❖ Registrar la edad del beneficiario, en adultos se deberá escribir la edad en años (AA), en niños menores de 5 años se deberá escribir la edad en años y meses.

1 ¿Conoce al Gestor del Seguro Popular?

Pregunta 1: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.

2 ¿Sabe Ud. que el Gestor del Seguro Popular le puede brindar ayuda con respecto al Seguro Popular?

Pregunta 2: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario. Si la respuesta es “0” de por concluida la entrevista. Se deberá colocar “NA” en las preguntas 3, 4, 5 y 6.

3 ¿Ha solicitado ayuda al Gestor del Seguro Popular?

Pregunta 3: Registrar el código correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.

4 ¿En cuál trámite ha solicitado la ayuda del Gestor del Seguro Popular?

Pregunta 4: Registrar el código en el inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.

5 ¿Qué tanto se resolvió el trámite solicitado al Gestor del Seguro Popular?

Pregunta 5: Con base en la escala establecida, se registrará la letra del inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.

6 En una escala del 1 al 5, siendo 1 muy mala y 5 muy buena atención, ¿cómo calificaría el trato que ha recibido por parte del Gestor del Seguro Popular?

Pregunta 6: Con base en la escala establecida, se registrará la letra del inciso correspondiente a la respuesta otorgada por el beneficiario.