

PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN Y MONITOREO PARA LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

A U T O R I Z A C I Ó N

RÚBRICA

ELABORÓ: DR. DOMINGO DAVID RODRÍGUEZ MÁRQUEZ
GESTOR DE SERVICIOS DE SALUD

RÚBRICA

APROBÓ: DR. DAGOBERTO GARCÍA MEJÍA.
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN Y GARANTÍA DE SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA

RÚBRICA

AUTORIZÓ: DR. ANTONIO CRUCES MADA
DIRECTOR GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud

| | | |
|-------------------|----------------|-------------------------------|
| | CÓDIGO: | DOM-P305-D1_001 |
| FECHA DE | DOCUMENTACIÓN: | 3 DE DICIEMBRE DE 2014 |
| | ACTUALIZACIÓN: | 30 DE ENERO DEL 2015 |
| | AUTORIZACIÓN | 19 DE FEBRERO DEL 2015 |
| NIVEL DOCUMENTAL: | II | VERSIÓN: |
| CLAVE: | | |

Sello

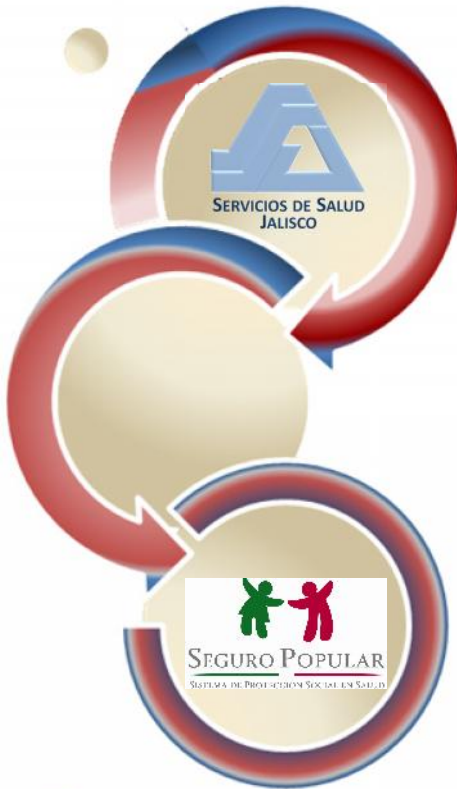
DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Sí cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.

Sello

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
20 febrero 2015





1.- Objetivo

Plasmar las actividades estandarizadas de las supervisiones en las unidades prestadoras de servicios, con el fin de llevar un monitoreo y detectar las mejoras continuas y las áreas de oportunidad.

Límites del procedimiento:

Inicia en el momento en que se dan las indicaciones para realizar las supervisiones en las unidades prestadoras de servicios y termina en el momento en que da el seguimiento a las observaciones para su cumplimiento.

2.- Alcance

Áreas que intervienen:

Dirección de Gestión, Coordinador Estatal de Gestores, Jefe de departamento de Contratación y Monitoreo y Servicios de Salud a la persona.

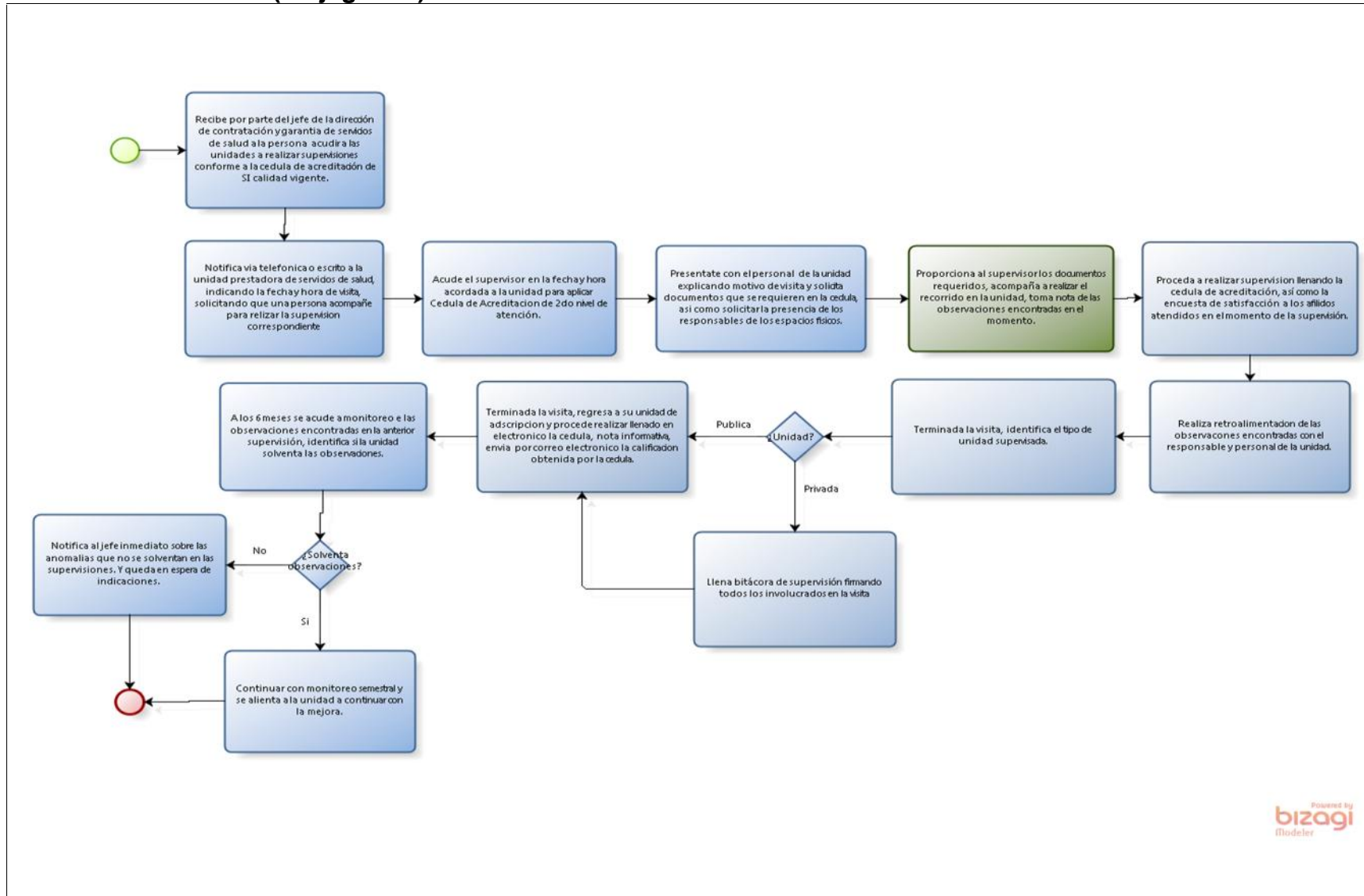
3.- Reglas de Operación

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y la Dirección de Contraloría del Organismo.
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente que responde a las necesidades y dinámica actual del Organismo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del Organismo o éste, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando éste cumple con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es responsabilidad del supervisor conocer la Norma Oficial Mexicana sobre la conformación del Expediente Clínico, con el fin de identificar si se le otorgo un servicio al afiliado conforme a los lineamientos que se indican.
- El supervisor debe apegarse a la cedula de acreditación y modelo de supervisión y seguimiento dependiendo del nivel de atención, con el fin de monitorear lo mínimo indispensable para la atención a los afiliados y con el objeto de tener una mejora continua.
- Es responsabilidad del supervisor conocer para su correcta ejecución las encuestas de satisfacción y su metodología para su aplicación a los afiliados que se encuentran en el momento de la supervisión, y así evitar sesgos estadísticos.
- El supervisor debe de aplicar las cedulas de encuestas de satisfacción a los afiliados con el fin de detectar áreas de oportunidad desde la perspectiva del afiliado.

4.- Responsabilidades

| | |
|---|--|
| Documento | Manual de Organización |
| Funciones | |
| <ul style="list-style-type: none"> • | |
| Documento | Manual de Organización Específico Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud. |
| Funciones | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Monitorear de manera programada que las Unidades acreditadas proveedoras de servicios, garanticen la prestación de los mismos, con calidad, apegadas al CAUSES, bolsa de Gastos Catastróficos y Seguro Médico para una Nueva Generación. • Informar a las autoridades competentes de salud, la necesidad de acreditar unidades prestadoras de servicios de salud con base al número de familias afiliadas. • Coadyuvar en la evaluación de unidades y/o proveedores de servicios de salud a la persona, para contribuir al proceso de acreditación de unidades. • Verificar que la unidad, instalaciones, procedimientos y métodos sean apropiados para la atención de los afiliados. • Monitorear las redes de proveedores acreditadas, verificando que se mantengan con los estándares de calidad requeridos. | |

5.- Modelado de Proceso (Flujograma)



Powered by
bizagi
Modeler

6.- Desarrollo:

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | |
|----------|--|--|----------|-----------|---------|----------------------------|
| 1. | Supervisor. | Recibe por parte del Titular de la Dirección de Gestión indicaciones de manera escrita, acudir a las unidades a realizar supervisiones conforme a la “ cedula de acreditación de SI calidad ” (ver anexo 1) o el “ Modelo de Supervisión y Seguimiento ” dependiendo del nivel de atención: primer nivel de atención (ver anexo 2), segundo nivel de atención (ver anexo 3) o tercer nivel de atención (ver anexo 4) vigente. | | | | |
| 2. | | Notifica vía telefónica y escrito a la unidad prestadora de servicios de salud, indicando la fecha y hora de visita, solicitando que una persona acompañe para realizar la supervisión correspondiente. | | | | |
| 3. | | Acude en la fecha y hora acordada con la unidad acompañado de la Cedula de Acreditación o el Modelo de Supervisión y Seguimiento, dependiendo del nivel de atención. | | | | |
| 4. | | Presentarse con el personal de la unidad explicando motivo de visita y solicito documentos que se requieren en la cedula (bitácoras de mantenimiento de cada equipo médico y maquinaria, comités técnicos, de surtimiento, y diagnostico situacional de la unidad, expedientes del personal que atiende a los afiliados al seguro popular), solicita la presencia de los responsables de los espacios físicos, solicita permiso para tomar fotografías de los espacios de la unidad. | | | | |
| 5. | Responsable asignado por la unidad supervisada. | Proporciona al supervisor los documentos requeridos, acompaña a realizar el recorrido en la unidad, toma nota de las observaciones encontradas en el momento. | | | | |
| 6. | Supervisor/ Responsable asignado por la unidad supervisada. | Proceda en conjunto realizar la supervisión llenando la cedula de acreditación, así como la encuesta (ficha técnica del afiliado) (ver anexo 2) o base encuesta de satisfacción (ver anexo 3) a los afiliados atendidos en el momento de la supervisión. | | | | |
| 7. | Supervisor. | Realiza retroalimentación de las observaciones encontradas con el responsable y personal de la unidad. | | | | |
| 8. | | Termina visita, identifica el tipo de unidad supervisada: | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Unidad?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Privada</td> <td>Aplica actividad 9.</td> </tr> <tr> <td>Publica</td> <td>Llena bitácora de supervisión firmando todos los involucrados en la visita, aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Unidad? | Entonces. | Privada | Aplica actividad 9. |
| ¿Unidad? | Entonces. | | | | | |
| Privada | Aplica actividad 9. | | | | | |
| Publica | Llena bitácora de supervisión firmando todos los involucrados en la visita, aplica actividad siguiente. | | | | | |
| 9. | Regresa a su unidad de adscripción y proceda realizar llenado en electrónico de la cedula, así como nota informativa para el Director de Gestión y al Coordinador Estatal de gestores de servicios de salud sobre las actividades realizadas en la visita, y se envía por correo electrónico al responsable de la unidad la calificación obtenida por la cedula. | | | | | |
| 10. | Director de Contratación y Garantía de Servicios de Salud a la Persona. | Solicita a los 6 meses al Supervisor acudir a monitoreo de las observaciones encontradas en la anterior supervisión. | | | | |



| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|---------|---|--|--------------------------|-----------|----|--|----|---|
| 11. | Supervisor. | Identifica si la unidad solventa las observaciones: | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Solventa observaciones?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Continúa con monitoreo semestral y se alienta a la unidad a continuar con la mejora. Fin de procedimiento.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Notifica al jefe inmediato sobre las anomalías que no se solventan en las supervisiones, queda en espera de indicaciones. Fin de procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Solventa observaciones? | Entonces. | Si | Continúa con monitoreo semestral y se alienta a la unidad a continuar con la mejora. Fin de procedimiento. | No | Notifica al jefe inmediato sobre las anomalías que no se solventan en las supervisiones, queda en espera de indicaciones. Fin de procedimiento. |
| | | ¿Solventa observaciones? | Entonces. | | | | | |
| Si | Continúa con monitoreo semestral y se alienta a la unidad a continuar con la mejora. Fin de procedimiento. | | | | | | | |
| No | Notifica al jefe inmediato sobre las anomalías que no se solventan en las supervisiones, queda en espera de indicaciones. Fin de procedimiento. | | | | | | | |

7.- Colaboradores:

| PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ | | |
|--|---|-------------------------------|
| Asesorado por: | Lic. Laura Leticia Pérez Peralta. | |
| PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN | | |
| Dr. Oswaldo García Morales | Dra. Hilda Guadalupe Márquez Villareal. | Dr. Fidel Ángel Cortina Luna. |



8.- Definiciones:

| Palabra, frase o abreviatura | Definición |
|---------------------------------|---|
| Unidad de atención de 1er Nivel | Son las unidades en las que se realizan acciones preventivas con promoción a la salud y atención médica general (centros de salud). |
| Unidad de atención de 2o Nivel | Son todas aquellas unidades que cuentan con las especialidades básicas (Pediatría, Gineco - obstetricia, medicina interna y cirugía general). |
| Unidad de atención de 3er Nivel | Son las unidades con alta especialidad. |

9.- Documentos de Referencia:

| Código | Documento |
|------------|--|
| DOM M01.04 | Manual de Organización Especifico Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud. |
| | Minuta de Trabajo 2012. |

10.- Formatos Utilizados:

| Código | Documento |
|--------|---|
| | Anexo 01 Cedula de acreditación de SI calidad. |
| | Anexo 02 Encuesta (Ficha técnica del afiliado). |
| | Anexo 03 Base encuesta de satisfacción. |

11.- Descripción de Cambios

| No. | Fecha del Cambio | Referencia del cambio | Breve Descripción del Cambio |
|-----|------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1. | 19 enero 2015 | | Primera versión. |
| 2. | | | |



ANEXOS

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA


Página
8

*Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social
en Salud.*






ANEXO 01: CEDULA DE ACREDITACIÓN DE SI CALIDAD.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SUB SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DE SARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
SUBDIRECCIÓN DE ACREDITACIÓN
ACREDITACIÓN COMO GARANTÍA DE CALIDAD

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL. HOSPITALES
FORMATO DE CAPTURA ELECTRÓNICA PARA LA AUDITORÍA DE PROCESOS. GUÍA DE AUDITORÍA.

FICIA/CAUSE S/2NIV_12-13E

ACREDITACIÓN:

| INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO | |
|--|--|
| Entidad Federativa: | |
| Jurisdicción Sanitaria: | |
| Registro de CLUES: | |
| Número y fecha de expedición de Licencia Sanitaria: | |
| Nombre del establecimiento: | |
| Domicilio del Establecimiento: | |
| Nombre del(a) Director(a) del establecimiento: | |
| Teléfono y correo electrónico del Director: | |
| Nombre del Auditor Líder de la evaluación: | |
| Fecha de la visita de auditoría: | |
| CRITERIOS MAYORES PARA ACREDITAR: | Área quirúrgica con apego a NOM 016 SSA3-2012 (Numeral completo 6.3.1) Personal médico de Anestesiología Personal médico de Urgencias Personal médico de Medicina Interna (Terapia Intensiva) Personal médico de Pediatría (Terapia Intensiva Pediátrica) Personal médico de Cirugía Personal médico y paramédico de Gineco-obstetricia Personal técnico para el Laboratorio de análisis clínicos Personal para Imagenología Circuito eléctrico conectado a planta de emergencia con arranque |
| NOMBRE DE LOS AUDITORES FEDERALES Y ESTATALES QUE INTEGRAN AL EQUIPO DE AUDITORIA: | |
| | |
| | |
| | |

ANEXO 02 ENCUESTA (FICHA TÉCNICA DEL AFILIADO).

| FICHA TECNICA DEL AFILIADO: | | | | N° CONSECUTIVO DE ENCUESTA | |
|-----------------------------|--|-------------------|--|----------------------------|--|
| Folio de Afiliación: | | Sexo | | Edad | |
| Fecha Aplicación: | | Nivel de Atención | | Número de expediente | |
| Hospital subrogado: | | | | | |
| Hospital de Referencia: | | | | | |
| Domicilio del Paciente: | | Colonia | | Teléfono | |

| SATISFACCIÓN. | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------------|-------------------------|------------|----------------|---|---|---|---|----|
| Después de recibir el servicio en esta Unidad, me podría calificar del 1 al 10 ¿Qué tan satisfecho sale con la atención que le dio... (Siendo 1 insatisfecho y 10 muy satisfecho) | | | | | | | | | | |
| Médico Tratante | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No aplica | Totalmente insatisfecho | Insatisfecho | Regularmente satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho | | | | | |
| El personal de Enfermería | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No aplica | Totalmente insatisfecho | Insatisfecho | Regularmente satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho | | | | | |
| El personal Paramédico o Camillero | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No aplica | Totalmente insatisfecho | Insatisfecho | Regularmente satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho | | | | | |
| El Personal Administrativo (Recepcionista, Caja, Etc.) | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No aplica | Totalmente insatisfecho | Insatisfecho | Regularmente satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho | | | | | |

| INFORMACIÓN. | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------------|-------------------------|------------|----------------|---|---|---|---|----|
| Después de recibir atención en esta Unidad, me podría calificar del 1 al 10 si se le dio información clara por parte de... | | | | | | | | | | |
| El Médico tratante | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No aplica | Totalmente insatisfecho | Insatisfecho | Regularmente satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho | | | | | |
| El personal de Enfermería | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No aplica | Totalmente insatisfecho | Insatisfecho | Regularmente satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho | | | | | |
| El personal administrativo (Recepcionista, caja, Etc.) | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No aplica | Totalmente insatisfecho | Insatisfecho | Regularmente satisfecho | Satisfecho | Muy satisfecho | | | | | |

| IDENTIFICACIÓN E IMAGEN DEL PERSONAL. | | | | | | | | | | |
|---|---------|---|-----|---|------|---|----------|----|-----------|----|
| Después de recibir atención en esta Unidad, de la calificación del 1 al 10 ¿Qué calificación le daría a Uniforme o vestimenta del personal? | | | | | | | | | | |
| Personal de la Unidad. | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No responde | Muy mal | | Mal | | Bien | | Muy bien | | Excelente | |
| El Personal de la Unidad que la atendió cargaba su gafete | | | | | | | | | | |
| No se dio cuenta | | | | | No | | | Si | | |
| 0 | | | | | 5 | | | 10 | | |

| LIMPIEZA DE LA UNIDAD | | | | | | | | | | |
|---|---------|---|-----|---|------|---|----------|---|-----------|----|
| Después de recibir atención en esta Unidad, de la calificación del 1 al 10 ¿Qué calificación le daría a la limpieza de la Unidad? | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No responde | Muy mal | | Mal | | Bien | | Muy bien | | Excelente | |

| SEGURIDAD. | | | | | | | | | | |
|--|--------------|---|----------|---|---------------------|---|--------|---|------------|----|
| Después de recibir atención en esta Unidad, de la calificación del 1 al 10 ¿Ud. se siente protegido (a) dentro de la Unidad? | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No responde | Muy inseguro | | Inseguro | | Regularmente Seguro | | Seguro | | Muy Seguro | |

| PROTECCIÓN DE SEGURO POPULAR | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---|------------------------|---|------------|-----------------|----------------|-----------|---|----|
| De la calificación del 1 al 10 ¿Después de recibir su atención en esta Unidad, Ud. se siente protegido (a) en su salud y la de su familia por Seguro Popular? | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No respondió | Nada Protegido | | Regularmente Protegido | | Protegido | | Muy Protegido | | | |
| En esta ocasión tuvo algún gasto en su atención | | | | | | | | | | |
| No respondió | Si | | | | No | | | | | |
| 0 | | | | 5 | | | 10 | | | |
| De la calificación del 1 al 10 ¿Le explicaron claramente el porque? | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No respondió | Nada Claro | | Regularmente Claro | | Claramente | | Muy Claramente | | | |
| ACCESIBILIDAD | | | | | | | | | | |
| Que tiempo hizo del Hospital que la refirió a este Hospital | | | | | | | | | | |
| No respondió | 1 a 15 minutos | | 16 a 30 minutos | | | 30 a 60 minutos | | > 1 hora. | | |
| 10 | | 5 | | | 5 | | 0 | | | |
| Cuanto tiempo paso desde que llego a la Unidad para que la Atendiera el Medico | | | | | | | | | | |
| No respondió | 1 a 15 minutos | | 16 a 30 minutos | | | 30 a 60 minutos | | > 1 hora. | | |
| 10 | | 7 | | | 5 | | 0 | | | |



| SERVICIO | | | | |
|--|--|--|--|-----------|
| ¿Que servicio fue el que solicitó? | | | | |
| GINECO - OBSTETRICIA | | CIRUGIA | | ORTOPEDIA |
| ¿Le negaron algún servicio? | | | | |
| No respondió | Si | | No | |
| ¿Por qué? | | | | |
| No respondió | No se cubre en el Catalogo de Seguro Popular | No se contaba con el servicio en la Unidad | No se cuenta con el servicio por el momento en la Unidad | Otro: |
| ¿Su atención fue como Usted esperaba? | | | | |
| No respondió | Si | | No | |
| 0 | 10 | | 0 | |
| Nombre del responsable de la aplicación y captura correcta de la Encuesta: | | | | |
| Firma ó huella del Paciente Afiliado: | | | | |

