**EVALUACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE   
REGIÓN OPERATIVA (CONDUCCIÓN)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales de identificación** | |
| Coordinación Estatal: |  |
| Región Operativa: |  |
| Zona de Servicios Médicos: |  |
| Localidad: |  |
| Nombre del Responsable Estatal Institucional de Calidad (RIEC). |  |
| Nombre del Supervisor Médico Regional: |  |
| Fecha: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Conocimiento general del CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos** | **SÍ** | **NO** |
| * 1. ¿Zona de Servicios Médicos, cuentan con el marco jurídico de actuación del CICASEP de Conducción?   **Manual de Integración y Funcionamiento del CICASEP en el IMSS-BIENESTAR** |  |  |
| 1.2 ¿La Zona de Servicios Médicos, cuentan con un programa de trabajo del CICASEP de Conducción? |  |  |
| 1.3. ¿La Zona de Servicios Médicos, cuentan con las Actas de Instalación de los CICASEP de Conducción de su responsabilidad? |  |  |
| 1.4. ¿La Zona de Servicios Médicos, cuentan con una Base de Datos actualizada de los Establecimientos de Atención Médica que cuentan con CICASEP de Conducción? |  |  |
| 1.5. ¿Se ha capacitado a los integrantes de los diferentes CICASEP de Conducción sobre la operatividad del mismo?  **Adjuntar evidencia anexo al formato** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Evidencia de seguimiento del CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos** | **SÍ** | **NO** |
| 2.1. ¿Se cuenta con una calendarización de sesiones del CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos? |  |  |
| 2.2. ¿Hay evidencia del cumplimiento de las sesiones del CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos? |  |  |
| 2.3. ¿Se revisa el contenido de las actas de las sesiones para asegurar que los temas tratados estén alineados con los Planes de Mejora Continua de Calidad en Salud? |  |  |
| 2.4. ¿Se verifica el cumplimiento de los acuerdos, recomendaciones y/o compromisos establecidos en los CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos? |  |  |
| 2.5. ¿Se verifica si las acciones de mejora derivadas de las iniciativas analizadas en los distintos CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos, y que tengan un impacto positivo en la calidad y seguridad del paciente? |  |  |
| 2.6. ¿Se cuenta con evidencias de la existencia de los Planes de Mejora Continua de Calidad en Salud aprobado por el CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos? |  |  |
| 2.7. ¿Se verifica la existencia de Informes Anuales de los diferentes CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Supervisión del CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos** | **SÍ** | **NO** |
| 3.1 ¿Existen evidencias de que se ha cumplido con la supervisión del seguimiento de acuerdos de los CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos bajo su responsabilidad?  **Adjuntar evidencia anexo al formato** |  |  |
| 3.2 ¿Se han supervisado los CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos bajo su responsabilidad para la verificación de evidencias de las acciones de mejora plasmadas en el Informe Anual? |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **¿Qué tipo de apoyo requiere para la operación del CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos por parte de  la Coordinación de Educación e Investigación del IMSS-BIENESTAR?** |
| Describir el tipo de apoyo que se necesita. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Fortalezas detectadas en supervisión** | 1. **Oportunidades detectadas en supervisión** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Compromisos adquiridos por la coordinación estatal o región operativa para mejorar el  funcionamiento del CICASEP de Conducción de la Zona de Servicios Médicos** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Observaciones (comentarios, recomendaciones y felicitaciones)** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre y Firma de la persona Responsable Institucional Estatal de Calidad | Nombre y Firma del Supervisor Médico Regional | Nombre y Firma del Supervisor Médico Zonal |

Nota: Anotar en la columna de evaluación dicotómica, la calificación:

0 si la respuesta es NO

1 si la respuesta es SÍ