**EVALUACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales de identificación** | |
| Coordinación Estatal |  |
| Región Operativa |  |
| Zona de Servicios Médicos. |  |
| Localidad |  |
| Nombre del Representante Institucional Estatal de Calidad (RIEC) |  |
| Nombre del Supervisor Médico Regional |  |
| Nombre del Establecimiento de Atención Médica |  |
| Nombre del Presidente(a) / Titular del Establecimiento de Atención Médica. |  |
| Nombre del Secretario(a) Técnico |  |
| CLUES |  |
| Fecha |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Evidencia de seguimiento del CICASEP** | **SÍ** | **NO** |
| 2.1. ¿Se cuenta con una calendarización de sesiones de los CICASEP? |  |  |
| 2.2. ¿Hay evidencia del cumplimiento de las sesiones del CICASEP? |  |  |
| 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? |  |  |
| 2.4. ¿Se verifica el cumplimiento de los acuerdos, recomendaciones y/o compromisos establecidos en los CICASEP? |  |  |
| 2.5. ¿Se verifica si las acciones de mejora derivadas de las iniciativas analizadas en los distintos CICASEP han tenido 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? |  |  |
| 2.7. ¿Se verifica la existencia del Informe Anual del CICASEP en el EAM? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Supervisión del CICASEP** | **SÍ** | **NO** |
| 3.1 ¿Existen evidencias de que se ha cumplido con el seguimiento de acuerdos de los CICASEP del EAM?  Adjuntar evidencia |  |  |
| 3.2 ¿Se han verificado las evidencias de las acciones de mejora plasmadas en el Informe Anual en el EAM? |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **¿Qué tipo de apoyo requiere para la operación del CICASEP por parte de la Oficina de Calidad y Certificación Médica del Departamento de Educación e Investigación de la Coordinación Estatal del IMSS-BIENESTAR?** |
| Describir el tipo de apoyo que se necesita. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Fortalezas detectadas en la evaluación** | 1. **Oportunidades detectadas en la evaluación** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Compromisos adquiridos por los integrantes para mejorar el  funcionamiento del CICASEP** |
|  |

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

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

0 si la respuesta es NO

1 si la respuesta es SI

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre y Firma del Secretariado Técnico | Nombre y Firma de la Presidencia |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre y firma del Supervisor Médico Regional | Nombre y firma del Responsable Institucional Estatal de Calidad |