

ANEXO 5

INFORME ANUAL DE CONTRALORÍA SOCIAL 2016

PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA 2016 (S202)

Subprograma específico: Verificar la existencia de bienes asignados a los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica durante el ejercicio fiscal 2015¹.

Responsable del llenado: Comité de Contraloría Social.

Revisar el instructivo del Informe para llenarlo de manera correcta.

Llenar una sola vez, después de haber aplicado las cédulas de Vigilancia de entrega de Bienes. Este formato se llena durante el mes de Diciembre y recaba la información final de la aplicación de la Contraloría Social.

FAVOR DE LLENAR A MANO Y CON LETRA DE MOLDE.

I. DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Número de registro del Comité de Contraloría Social: _____

El Comité lo integran: Número total de hombres _____ Número total de mujeres _____

Fecha de Constitución del Comité: ____/____/____ Fecha de llenado del Informe: ____/____/____
día mes año día mes año

Domicilio del integrante que llena el Informe _____

Teléfono del integrante que llena el Informe: _____

Correo electrónico del integrante que llena el Informe: _____

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO BENEFICIADO

Estado: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

CLUES: _____

Institución: _____ Domicilio: _____

Nombre del Proyecto o tipo de Reconocimiento: _____

Información a llenar por la Instancia Ejecutora:

Clave del Estado: _____

Clave del Municipio: _____

Clave de la Localidad: _____

Clave del Programa: S202

¹ En el caso de los Proyectos de Capacitación, la verificación podrá ser de bienes y/o servicios.



5. De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia ¿Para qué consideran les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede elegir más de una opción).

1	Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa
2	Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios
3	Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa
4	Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)
5	Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios

6	Para que se atiendan nuestras quejas
7	Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa
8	Para lograr que el programa funcione mejor

6. En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Contraloría Social:

6.1. ¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen? **Nota:** El Programa Calidad en la Atención Médica, sólo otorga a los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica o del Premio Nacional de Calidad en Salud, apoyos para la adquisición de bienes o servicios, en una sola ocasión.

Si 1 No 0

6.2. Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o servicio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría? **Nota:** El Programa Calidad en la Atención Médica, sólo otorga a los establecimientos ganadores de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica o del Premio Nacional de Calidad en Salud, apoyos para la adquisición de bienes o servicios, en una sola ocasión.

Si 1 No 0

6.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

Si 1 No 0

6.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?

Si 1 No 0

6.5. ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?

Si 1 No 0

6.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?

Si 1 No 0

7. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos promotores del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios? Nota:

Para el Programa Calidad en la Atención Médica los beneficiarios son los Establecimientos de Atención Médica, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como áreas administrativas y de calidad de los Servicios Estatales de Salud de los 31 estados de la República, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y demás instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que desarrollen Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica; o un Modelo de Gestión de Calidad Total

Si 1 No 0

8. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?

Si 1 No 0



16. ¿Solicitó información adicional para realizar sus actividades de Contraloría Social? En caso de no haber solicitado información, pase a la pregunta 18.

1 Sí 0 No

16.1. En caso de haber respondido SI, especifique ¿A quién? _____

17. ¿Le entregaron la información?

1 Sí 0 No

17.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

NOTA: Solicite al responsable del establecimiento las evidencias físicas o documentadas de los bienes adquiridos por el Proyecto.

SOLO PARA PROYECTOS DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN

18. ¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el Proyecto?

1 Sí 0 No

19. ¿Se encontraban en funcionamiento y en el área destinada los bienes descritos en el Proyecto?

1 Sí 0 No

19.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

20. ¿El establecimiento realizó el Proyecto por el cual recibió los bienes?

1 Sí 0 No

20.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

21. ¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?

1 Sí 0 No

SOLO PARA PROYECTOS DE CAPACITACIÓN

22. ¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el proyecto, o en su caso, evidencias de que se adquirieron los servicios descritos en el proyecto?

1 Sí 0 No

23. ¿Se encontraban en funcionamiento y en el área destinada los bienes descritos en el Proyecto?

En el caso de los proyectos que no obtuvieron bienes, pasar a la pregunta 24.

1 Sí

0 No

23.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

24. ¿El establecimiento realizó el Proyecto de Capacitación por el cual recibió el apoyo?

1 Sí

0 No

24.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

25. ¿Se dieron en su totalidad los temas contemplados en el programa de capacitación?

1 Sí

0 No

26. ¿Hubo mejoras en el establecimiento por los bienes o servicios recibidos?

1 Sí

0 No

SOLO PARA PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

27. ¿Se encontraban en el establecimiento los bienes descritos en el Justificante de la aplicación del reconocimiento económico?

1 Sí

0 No

28. ¿Se encontraban en funcionamiento y en el área destinada los bienes descritos el Justificante de la aplicación del reconocimiento económico?

1 Sí

0 No

28.1. En caso de haber respondido NO, especificar ¿Por qué?

29. ¿Hubo mejoras en el establecimiento con los bienes recibidos?

1 Sí

0 No

30. ¿Hubo alguna irregularidad durante la entrega de los bienes y/o servicios?

1 Sí

0 No

30.1. En caso de haber respondido SI, Escriba de que se trata.

31. ¿Se resolvió la irregularidad?

1 Sí

0 No

IV. SEGUIMIENTO A QUEJAS

NOTA: Llenar sólo en caso de haber recibido quejas o denuncias relacionadas a la entrega de bienes y/o servicios por Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica y del Premio Nacional de Calidad en Salud otorgados por el Programa Calidad en la Atención Médica

32. ¿Cuántas quejas recibió? _____

33. ¿Con qué se relacionan las quejas entregadas por el personal del establecimiento?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1 | Ejecución del Proyecto |
| 2 | Se entregaron incompletos los bienes |
| 3 | Otro |

34. ¿Le presentaron pruebas o documentos que apoyen la queja del personal del establecimiento respecto al Proyecto de Mejora o Premio?

1 Sí

0 No

34.1. En caso de haber contestado SI, mencione Cuáles.

34.2. En caso de haber contestado NO, ¿Cuál fue el motivo?

35. ¿Realizó el seguimiento de las quejas que recibió del personal del establecimiento al Proyecto de Mejora o Premio?

1 Sí

0 No

35. 1. En caso de haber respondido SI, mencione de cuántas _____

35.2 En caso de haber contestado NO, ¿Por qué?

36. ¿Qué resultados obtuvo?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | Se resolvió la queja |
| 2 | No se resolvió la queja |
| 3 | Otra |

37. ¿Le dieron números de registro para el seguimiento a las quejas?

1 Sí

0 No

37.1. ¿Qué números le dieron de registro para el seguimiento de las quejas que entregó?

a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____

38. ¿Envió copia de las quejas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) para su seguimiento?

1 Sí 0 No

38.1. En caso de haber respondido SI, especifique ¿qué resultados le dieron?

39. ¿Envió copia de las quejas a la Secretaría de la Función Pública para su seguimiento?

1 Sí 0 No

40. ¿Informó a los usuarios y al personal del establecimiento sobre los resultados de las actividades de Contraloría Social que obtuvo?

1 Sí 0 No

40.1. ¿Por qué medio? _____

41. ¿Durante la aplicación de la Contraloría Social, cómo fue la calidad de la atención que le dio el personal del establecimiento?

1 Buena 2 Regular 3 Mala

42. ¿Algún integrante del personal del establecimiento le negó la información sobre el Proyecto de Mejora o Premio?

1 Sí 0 No

42.1 En caso de que si, escriba el nombre: _____

43. Observaciones o comentarios adicionales:

Nombre y firma del Responsable del establecimiento:

Nombre y firma de los Integrantes del Comité de Contraloría Social:

Nombre y Firma del Responsable Estatal o Institucional de Calidad que recibe el Informe: