

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)

Presentación

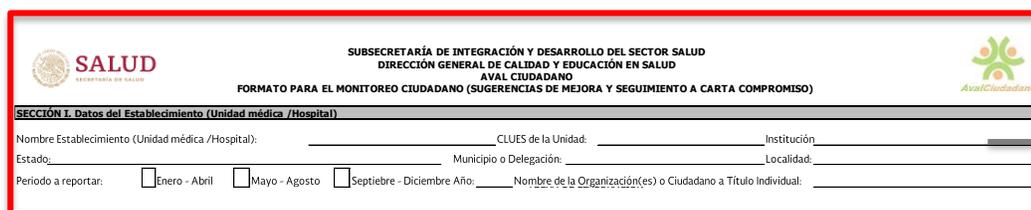
El Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso), constituye un instrumento que fomenta el diálogo entre el Aval Ciudadano y el personal del establecimiento de Atención Médica (Unidad médica u hospital), con el fin de tomar decisiones conjuntas para la mejora del trato digno. Es por ello que inicia con la solicitud de información del monitoreo institucional y concluye con el establecimiento de compromisos de mejora en la calidad de los Servicios de Salud.

Objetivo

Dar a conocer al Aval Ciudadano el procedimiento de llenado del Formato de Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso para el Monitoreo Ciudadano, para su aplicación en las unidades médicas del Sector Salud.

El Formato del Monitoreo Ciudadano consta de dos páginas, en la primera (ver figura 1) están las secciones; Datos del Establecimiento (Unidad médica /Hospital), Identificación de Sugerencias derivadas de revisión por parte del Aval Ciudadano y de las aportaciones de los usuarios, Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta.

En la segunda página (ver figura 2) continua con la sección de Sugerencias de Mejora emitidas por el Aval Ciudadano, Seguimiento de la Carta Compromiso, Establecimiento de Compromisos y termina con la sección “Nombre y firma del entrevistador y del Responsable de la unidad médica”



SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD
DIRECCIÓN DE MEJORA DE PROCESOS

FORMATO PARA EL MONITOREO CIUDADANO (SUGERENCIAS DE MEJORA Y SEGUIMIENTO A CARTA COMPROMISO)

SECCIÓN I. Datos del Establecimiento (Unidad médica /Hospital)

Nombre Establecimiento (Unidad médica /Hospital): _____ CLUES de la Unidad: _____ Institución: _____
Estado: _____ Municipio o Delegación: _____ Localidad: _____
Período a reportar: Enero - Abril Mayo - Agosto Septiembre - Diciembre Año: _____ Nombre de la Organización(es) o Ciudadano a Título Individual: _____

Sección I: Datos de identificación del establecimiento (unidad médica/hospital)



SECCIÓN II. Identificación de Sugerencias derivado de revisión por parte del Aval Ciudadano

INSTRUCCIONES: Pregunte a 5 usuarios de la Unidad Médica, marque con una "V" en caso de que contesten "SI" o con una "X" en caso de que contesten "NO", después sume el total de "✓" 1 2 3 4 5 Total de ✓

1. ¿El usuario conoce los Derechos Generales de los Pacientes? En caso de que conteste que NO, indícale en qué lugar los puede ver.

2. ¿El usuario conoce los resultados de calidad publicados en el Periódico Mural de la Unidad Médica? En caso de que conteste que NO, indícale en qué lugar lo puede ver.

INSTRUCCIONES: Pregunte a 10 usuarios de la unidad médica.

No.	¿Qué es lo que SÍ le gusta de la Unidad?	¿Qué es lo que NO le gusta de la unidad?	¿Cómo sugiere que se mejore?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

CONFORT DE LAS INSTALACIONES

INSTRUCCIONES: Después de realizar una inspección visual al Establecimiento de Atención Médica, marque con una "✓" si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al tema correspondiente. Posteriormente, Sume de lado a lado las "✓" y califique el total de "✓" en el apartado correspondiente (Total).

Tema	Áreas con sugerencias según la inspección visual por tema				Total
Privacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Instalaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acceso al público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ventilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Iluminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Superficies y pintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Señalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limpieza y orden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sección II: Identificación de Oportunidades de Mejora derivado de la revisión por parte del Aval Ciudadano

SECCIÓN III. Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta

INSTRUCCIONES: Escriba las tres principales áreas de oportunidad de acuerdo a los Resultados de la Aplicación de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno

1. _____

2. _____

3. _____

Sección III: Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta

SECCIÓN IV. Sugerencias de Mejora

INSTRUCCIONES: Tome en cuenta lo registrado en los apartados anteriores y describa acciones concretas que puedan llevarse a cabo y que ayuden a mejorar el trato y calidad en la Unidad Médica

No.	Área o tema que sugiere se mejore	¿Cómo sugiere que se mejore? Describa una actividad específica, que pueda verificarse
1		
2		
3		
4		
5		

Sección IV: Sugerencias de Mejora emitidas por el Aval Ciudadano

SECCIÓN V. Seguimiento a Carta Compromiso

INSTRUCCIONES: Marque con una "✓" la casilla correspondiente a las evidencias documentadas que dan seguimiento al acuerdo establecido en la Carta Compromiso del (de los) cuatrimestre(s) anterior(es).

Cuatrimestre en el que se firmó la Carta Compromiso	Año	¿Se cumplió la Carta?	Acuerdo establecido en la Carta Compromiso	Evidencia del Cumplimiento
1	May - Ago / Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Expedientes <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constatación <input type="checkbox"/> Actas de reuniones <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material Impreso <input type="checkbox"/> Monitoreo de procesos <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras
2	May - Ago / Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Expedientes <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constatación <input type="checkbox"/> Actas de reuniones <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material Impreso <input type="checkbox"/> Monitoreo de procesos <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras
3	May - Ago / Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Expedientes <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constatación <input type="checkbox"/> Actas de reuniones <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material Impreso <input type="checkbox"/> Monitoreo de procesos <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras
4	May - Ago / Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Expedientes <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constatación <input type="checkbox"/> Actas de reuniones <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material Impreso <input type="checkbox"/> Monitoreo de procesos <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras
5	May - Ago / Sep - Dic	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Expedientes <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Constatación <input type="checkbox"/> Actas de reuniones <input type="checkbox"/> Informes <input type="checkbox"/> Listas de asistencia <input type="checkbox"/> Material Impreso <input type="checkbox"/> Monitoreo de procesos <input type="checkbox"/> Minutas <input type="checkbox"/> Otras

Sección V: Seguimiento de la Carta Compromiso

IMPORTANTE: Entregar el original del este formato al Responsable de la Unidad y solicitar que le firme una copia para usted.

SECCIÓN VI. Establecimiento de Compromisos

IMPORTANTE: Este espacio debe ser llenado por el Responsable de la Unidad Médica o el Gestor de la Unidad, una vez que se haya entregado la Carta Compromiso correspondiente al cuatrimestre al Aval Ciudadano.

Dominio	Descripción del dominio	¿Hubo Sugerencias?	¿Se firmó Carta Compromiso?	Fecha en la que se firmó la Carta Compromiso	Número de Carta Compromiso
Autonomía:	Es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Confidencialidad:	Se relaciona con el derecho de los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Comunicación:	Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de tratamiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Trato Digno:	Implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Atención Oportuna:	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y a la recepción de ésta.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Condiciones básicas:	Confort, Evalúa, entre otros aspectos, la limpieza de los baños y de las salas de espera, iluminación, la calidad de los alimentos servidos a los hospitalizados, entre otras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Organización de los servicios:	Se refiere a la organización de los servicios que se prestan en la unidad médica y que impactan a la atención del usuario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Medicamentos:	Se refiere al abasto de medicamentos, la gestión de los mismos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Difusión:	Se refiere a la difusión de la información obtenida del Monitoreo Ciudadano, a los usuarios de los servicios de salud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Infraestructura:	Se refiere a las modificaciones estructurales que se realicen en el establecimiento de atención médica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	
Equipo:	Se refiere a la solicitud de reparación o compra de equipo médico.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Día / Mes / Año	

Sección VI: Establecimiento de Compromisos

Nombre y firma del Aval Ciudadano _____	Nombre y firma del responsable de la unidad médica _____	Nombre y firma del Aval y del Responsable de la unidad médica
---	--	---

Sección I: Datos de Identificación del Establecimiento (Unidad médica /hospital), se deben registrar los datos generales que permiten identificar al hospital donde se lleva a cabo la encuesta, por favor, escriba los datos con letra legible, de molde y no deje espacios sin llenar. El objetivo de esta sección, es tener datos que permitan reconocer la unidad médica y sus características.

En caso de no conocer alguno de ellos, lo puede preguntar al responsable de la unidad médica

Sección II: Identificación de Oportunidades de Mejora derivado de la revisión por parte del Aval Ciudadano, en esta sección se verifica la difusión de los Derechos Generales de los Pacientes y de los resultados de calidad obtenidos por el Aval Ciudadano, también se les pregunta directamente a los usuarios qué es lo que les gusta de la unidad, qué es lo que no les gusta de la unidad y en su caso, qué sugieren para mejorarlo se revisa el confort de las instalaciones.

Sección III: Identificación de Áreas de Oportunidad derivado de los Resultados de la Aplicación de la Encuesta, para llenar esta parte se requiere que el Aval Ciudadano, revise sus resultados de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno.

Sección IV: Sugerencias de Mejora emitidas por el Aval Ciudadano, en este apartado, el Aval Ciudadano emite sus sugerencias de mejora, basándose en sus resultados de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno y la aplicación del Formato para el Monitoreo Ciudadano.

Sección V: Seguimiento a la Carta Compromiso, en esta sección, el Aval Ciudadano solicita la evidencia del cumplimiento de la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior, revisa la evidencia de manera documentada o física.

Sección VI: Establecimiento de Compromisos: Esta sección es la única que debe llenar el Responsable de la unidad médica u hospital o en su caso el Gestor de Calidad, una vez que el Aval entregó su Formato con sus sugerencias de mejora, el personal de la unidad las analiza y establece

compromisos que pueda cumplir en el siguiente cuatrimestre, a través de la Carta Compromiso, misma que entrega al Aval Ciudadano. Con los datos de esta Carta Compromiso, se llena el apartado VI del Formato para el Monitoreo Ciudadano.

Nombre y firma del Aval Ciudadano y del Responsable de la Unidad Médica u Hospital:

en está deberá firmar el Aval Ciudadano y el Responsable de la Unidad, esto a manera de validar la información registrada en el documento.

Llenado del Formato para el Monitoreo Ciudadano (Sugerencias de Mejora y Seguimiento a Carta Compromiso)

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (UNIDAD MÉDICA):

- **Nombre del establecimiento:** Escriba el nombre completo del establecimiento (unidad médica) como aparece en el registro de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). El Responsable de la unidad le indicará cuál es el nombre completo de la unidad médica.
- **CLUES del Establecimiento:** Solicite al Responsable de la unidad médica que le proporcione la CLUES y regístrela en la línea correspondiente.
- **Institución:** Escriba el nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento: SS (Secretaría de Salud), IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) o bien, si pertenece a otra Institución, regístrela.
- **Estado:** Escriba el nombre de la Entidad Federativa al que pertenece la unidad médica.
- **Municipio:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) del municipio o delegación política en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
- **Localidad:** Escriba el nombre completo (legible y sin abreviaturas) de la localidad en donde se encuentra ubicada la unidad médica.
- **Periodo:** Marque con una , el periodo en el que se realizó el Monitoreo Ciudadano.
- **Nombre de la Organización o Ciudadano a Título Individual:** Escriba el nombre completo de la organización a la que pertenece con letra clara y sin abreviaturas. Ejemplo:



Universidad Autónoma de Aguascalientes, Fundación Regalo de Corazón. En el caso de los ciudadanos independientes, se registrará su nombre.

II. IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA DERIVADO DE LA REVISIÓN POR PARTE DEL AVAL CIUDADANO

- Pregunte mínimo a cinco usuarios de la unidad médica u hospital, sobre los derechos de los pacientes. Escriba una “✓” en caso de que conteste que conoce los Derechos Generales de los pacientes o un “X” en caso de que no los conozca, sume el total de “✓”. A continuación, pregunte sobre los resultados de Calidad, escriba una “✓” en caso de que conteste que conoce los resultados de calidad o un “X” en caso de que no los conozca, sume el total de “✓”. En caso de que no conozca los Derechos Generales de los Pacientes o los resultados de Calidad, favor de indicarle en donde se encuentran publicados.
- Entreviste a 10 usuarios de la Unidad Médica y les pregunta las cuestiones que les gustan de la Unidad Médica, las que no les gustan y en caso de que mencionen que algo no les gustó de la Unidad Médica, se les exhorta a que le den sugerencias para mejorar esa cuestión, este apartado impulsa la corresponsabilidad y el diálogo de los usuarios con los Servicios de Salud, los hace partícipes de las decisiones que afectan a toda la comunidad en cuanto a Servicios de Salud, a través del Aval Ciudadano, los usuarios de los Servicios de Salud, pueden expresar sus necesidades, inquietudes, sugerencias y felicitaciones sobre la calidad que se les otorga, el Aval Ciudadano es el encargado de llevar todas estas cuestiones con el Responsable de la Unidad Médica para que sean tomadas en cuenta.
- Después de realizar una revisión a la Unidad Médica, marque con una “✓” si existen oportunidades de mejora en las áreas visitadas de acuerdo al tema correspondiente. Posteriormente: Sume de lado a lado las “✓” y coloque el total de “✓” en el apartado correspondiente (Total).

III. IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE OPORTUNIDAD DERIVADO DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Para llenar esta parte se requiere que el Aval Ciudadano, revise el concentrado de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno, de acuerdo a los resultados obtenidos, escriba las tres principales áreas de oportunidad para que mejore la unidad médica u hospital.

IV. SUGERENCIAS DE MEJORA EMITIDAS POR EL AVAL CIUDADANO

Sugerencias de Mejora: Para formular las Sugerencias de Mejora, debe tomar en cuenta las secciones II y III del formato, así como las observaciones que haya encontrado durante su revisión de las instalaciones. Trate de que éstas puedan traducirse en acciones concretas que ayuden a implementar acciones de mejora en la Unidad Médica y puedan llevarse a cabo.

El Aval Ciudadano utilizará el apartado correspondiente del Formato para el Monitoreo Ciudadano, tomará en consideración lo siguiente:

- La Difusión de los Derechos Generales de los Pacientes y los Resultados de Calidad.
- Las sugerencias realizadas por los usuarios de la Unidad Médica.
- Las oportunidades de mejora detectadas durante la aplicación de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno.
- El estado en que se encuentran las instalaciones.

V. SEGUIMIENTO DE LA CARTA COMPROMISO

- En el caso de que se trate de la segunda visita en adelante, registrar el avance de los compromisos establecidos en los Carta compromiso, firmada en el cuatrimestre anterior.
- Marque con una “✓” el cuatrimestre al que corresponde el seguimiento a la Carta Compromiso.
- Registre el año al que corresponde la Carta Compromiso.
- Marque con una “✓” si se cumplió la Carta Compromiso.

- En la columna “Acuerdos establecidos en la Carta Compromiso” transcriba de la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior los compromisos de mejora.
- En la columna “Evidencia de que se cumplió el compromiso” marque con una “✓” las evidencias de que estos compromisos se han cumplido. Los avances deben contar con evidencias documentadas o físicas de acuerdo a lo establecido.

IMPORTANTE: Después de llenar el apartado V. Entregar el original del este formato al Responsable de la Unidad y solicitar que le firme una copia para usted.

VI: ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISOS

Este espacio debe ser llenado por el Responsable de la Unidad Médica o el Gestor de la Unidad, una vez que se haya entregado la Carta Compromiso correspondiente al cuatrimestre al Aval Ciudadano.

- Para registrar la Carta Compromiso el Gestor de Calidad o el Responsable de la Unidad Médica u hospital, debe tener la Carta Compromiso que entregó al Aval Ciudadano, para ello, se deben firmar tres ejemplares: uno para el Aval Ciudadano, uno para la unidad médica y uno para la Jurisdicción Sanitaria.
- De acuerdo a los dominios establecidos en el formato, se marca con una “✓” si hubo sugerencias del Aval Ciudadano de acuerdo al dominio, para ello, en el formato se describe de que trata cada dominio. En caso de que el Aval no hay emitido sugerencias se coloca la “✓” en la casilla “No”.
- A continuación marca con una “✓” en la opción SI, en caso de que haya firmado una carta de acuerdo a cada dominio. En caso de que no se haya firmado Carta Compromiso, se coloca la “✓” en la casilla “No”.
- Si se firmó una Carta Compromiso, se coloca la fecha en que se firmó, colocando primero el día, luego el mes y finalmente el año.
- En el apartado “Número de Carta Compromiso”, se coloca el número consecutivo de acuerdo a las Cartas Firmadas.

Nombre y firma del Aval Ciudadano y del Responsable de la Unidad Médica u Hospital

en ésta deberá firmar el Aval Ciudadano y el Responsable de la Unidad, esto a manera de validar la información registrada en el documento.

Este formato deberá enviarse a la Jurisdicción Sanitaria para su captura en los tiempos establecidos.