



**Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla**

FACULTAD DE INGENIERÍA QUÍMICA

**“PROPUESTA DE UN MANUAL DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD PARA UNA INSTITUCIÓN DE SALUD
MENTAL BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015”**

“TESINA”

Que para obtener el Título de:

Licenciatura en Ingeniería Química

Presenta:

SAYURI JIMÉNEZ JIMÉNEZ

Director y asesor de Tesina:

ING. ADÁN CUEVAS CHÁVEZ

Puebla, Pue. Febrero 2026

Contenido

FACULTAD DE INGENIERÍA QUÍMICA	2
ANTECEDENTES.....	5
METODOLOGÍA	5
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	6
INTRODUCCIÓN	7
1. Objeto y campo de aplicación.....	8
2. Referencias normativas	9
3. Términos y definiciones	10
4. Contexto de la organización.....	12
4.1. Comprensión de la Organización y su contexto	12
4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	13
4.3. Determinación del alcance del sistema de Gestión de la calidad	14
4.4. Sistemas de Gestión de la calidad y sus procesos	14
5. Liderazgo	16
5.1.1. Enfoque al cliente.....	17
5.2. Política.....	17
5.2.1. Comunicación de la política de calidad.....	17
5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	18
6. Planificación	19
6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades	19
6.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos.....	19
7. Apoyo	20
7.1. Recursos.....	20
8. Operación.....	20
8.1. Planificación y control operacional.....	21
8.2. Requisitos para los productos y servicios	21
8.2.1. Comunicación con el cliente	21
8.2.2. Revisión de los requisitos para los productos y servicios	21
8.3. Diseño y desarrollo de los productos y servicios.....	21

8.4. Control de los procesos, productos y servicios suministrado externamente	22
8.5. Producción y provisión del servicio.....	22
8.6. Liberación del servicio.....	22
8.7. Control de las salida e ingreso	22
9. Evaluación del desempeño.....	22
10. 10. MEJORA.....	23
10.1. Generalidades.....	23
10.2. No conformidad y acción correctiva.....	23
Referencias	23
ANEXOS.....	25
ANEXO 2	25
ANEXO 4.4	26
ANEXO 5.1	28
ANEXO 5.3	30
ANEXO 7	32
ANEXO 8.....	33
ANEXO 8.1	34
ANEXO 8.2	36
ANEXO 8.2.1	38
ANEXO 8.2.2	40
ANEXO 8.6	43
ANEXO 9	44

ANTECEDENTES

La calidad en los servicios de salud se ha convertido en un eje fundamental para garantizar la atención integral, segura y eficaz de los usuarios, especialmente en institutos dedicados a la salud mental, donde el impacto de una gestión inadecuada puede repercutir de manera directa en la estabilidad emocional, psicológica y social de los pacientes e incluso los trabajadores. Es por eso que la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en normas internacionales es una excelente herramienta para fortalecer los procesos internos, mejorar la atención al usuario y asegurar el cumplimiento de las regulaciones pertinentes.

Este trabajo representa un acercamiento a la necesidad actual de la institución de salud mental, la cual enfrenta desafíos constantes relacionados con la eficiencia operativa, la satisfacción del paciente, la optimización de recursos y el cumplimiento de regulaciones sanitarias.

En el ámbito de la salud mental, los retos relacionados con la creciente demanda de servicios, la continuidad asistencial, la gestión de riesgos clínicos y la confidencialidad de la información han evidenciado la necesidad de fortalecer los mecanismos administrativos y operativos. La elaboración del manual ISO9001:2015 se convierte, por tanto, en una herramienta fundamental para estructurar, documentar y estandarizar los procesos del instituto promoviendo una cultura organizacional orientada a la calidad y el mejoramiento continuo.

METODOLOGÍA

La gestión de la calidad constituye un eje fundamental en el fortalecimiento de las organizaciones del sector salud, es por eso que se desarrolló bajo un enfoque descriptivo y documenta.

Para estructurarlo se realizó un diagnóstico organizacional en el que se analiza el contexto interno y externo de la institución mediante herramientas estratégicas como el análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), identificando factores críticos que impactan la prestación del servicio en consulta externa.

Se elaboró una matriz para determinar las necesidades y expectativas de pacientes, familiares, personal médico, autoridades sanitarias y proveedores, incorporando el pensamiento basado en riesgos conforme al numeral 6 de la norma, también se definieron los procesos clave para hacer el mapeo y caracterización de ellos como lo que son la solicitud de consulta, consulta externa, seguimiento terapéutico y alta, algunos proceso de apoyo y procesos estratégicos elaborando diagramas de flujo y fichas de procesos con sus respectivas entradas, salidas responsables e indicadores.

Se desarrollo la estructura del manual conforme a los capítulos de la norma ISO 9001:2015 integrando política de calidad, objetivos, procedimientos, formatos, registros y anexos necesarios para el control documental además de establecer indicadores de desempeño y control de no conformidades.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como resultado del desarrollo de la propuesta, se obtuvo un Manual de Gestión de la Calidad Estructurado conforme a los requisitos de la ISO9001:2015, adaptado al contexto específico de un instituto de salud mental en el área de consulta externa, también se obtuvo una definición adecuada del alcance del SGC y su alineación con la normatividad sanitaria nacional; se identificó y documentaron los procesos estratégicos y operativos, se elaboraron matrices de riesgo y partes interesadas además de realizar formatos estandarizados para ingreso, valoración psiquiátrica, seguimiento terapéutico, alta del paciente y registro de no conformidades.

Desde una perspectiva organizacional, la estandarización documental favorece la transparencia, la rendición de cuentas y la toma de decisiones basada en evidencias. No obstante, la implementación efectiva requerirá compromiso de la alta dirección, capacitación continua del personal y una cultura organizacional orientada a la mejora permanente.

En términos sociales, la aplicación de un SGC en salud mental impacta positivamente en la seguridad del paciente, la confidencialidad de la información y

la dignificación del servicio fortaleciendo la confianza de la comunidad en la institución.

En conclusión, la presente propuesta constituye una herramienta estratégica que puede servir como base para una futura certificación del sistema y como modelo replicable en otras instituciones del sector de salud mental.

INTRODUCCIÓN

El presente manual busca proponer una mejora administrativa y de calidad para el instituto de salud ubicado en el sur oeste de la ciudad de Puebla a través de diversas propuestas y complementos para alcanzar metas específicas, medibles y alcanzables.

El objetivo de la institución es proporcionar atención en materia de salud mental a través de un enfoque integral que, reconociendo la multicausalidad de los componentes que determinan los problemas mentales, busca desarrollar los mecanismos para lograr la implantación de un modelo de atención a la salud mental equitativo, homogéneo y accesible que coadyuve a mejorar la calidad de vida y bienestar de la población a través de la prevención, detección temprana de padecimientos, diagnóstico y tratamientos adecuados, rehabilitación y reinserción en la sociedad.

Misión.

Brindar atención integral con equidad, oportunidad y calidad técnica y humana a la población que requiere servicios especializados en salud mental, ya sea a nivel de Consulta externa u Hospitalización, así como la formación de recursos humanos en la materia, que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida en la población de su área de influencia.

Visión.

Ser una Institución del sector salud referente en modelos de prevención, atención, rehabilitación psicosocial, enseñanza e investigación con eficiencia operativa en sus procesos y un impacto significativo en las necesidades sociales de atención a la

salud mental, obteniendo el reconocimiento y la participación responsable de la sociedad en forma individual, familiar y de su comunidad.

Valores

Integridad: Actuar con honestidad y ética en todas las operaciones comerciales y relaciones con los clientes, proveedores y empleados.

Respeto: Tratar a todos los colaboradores, empleados, pacientes, proveedores, clientes y la comunidad con respeto y dignidad

Disciplina: mantener un orden para llevar cada proceso de la manera más adecuada posible facilitando el trabajo y obteniendo los resultados óptimos.

Transparencia: Ser transparente en las operaciones de la organización proporcionando información clara y precisa a todas las partes interesadas

Aptitudes:

Innovación: Tener la constante búsqueda de nuevas soluciones para cada individuo a través de la investigación para satisfacer las demandas.

Colaboración: Fomentar un ambiente de trabajo colaborativo donde se valoren ideas y contribuciones de todos los miembros de la organización

1. Objeto y campo de aplicación

El presente manual tiene el propósito fundamental de proponer y describir el Sistema de Gestión de Calidad para demostrar la capacidad que tiene la institución de proporcionar servicios y atenciones que satisfagan a los pacientes, los clientes, los legales y reglamentarios aplicables referenciando a la información documentada (procesos, instructivos, formatos, planes de calidad, mapas de proceso y matrices) y en general, a las prácticas de atenciones y negocio propias de la organización.

Consulta externa: a nivel interno la dirección de coordinación médica debe coordinar la realización del procedimiento y supervisar a las subdirecciones del área, este procedimiento es dirigido a los pacientes que soliciten el servicio, así como el área de vigilancia.

Diagramas generales de procesos.

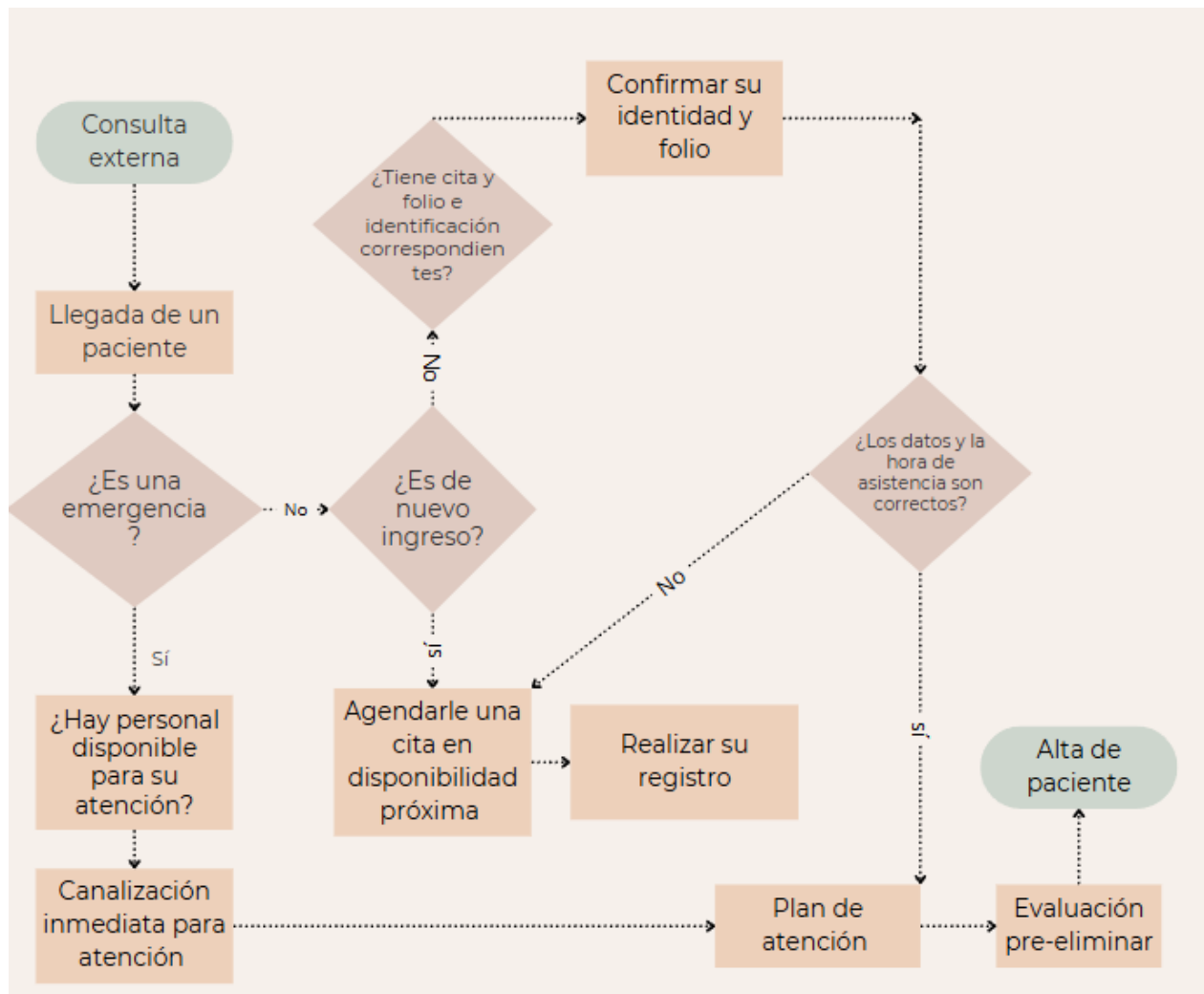


Imagen 1. Diagrama general de ficha de proceso.

2. Referencias normativas

Para un mejor entendimiento del presente manual se utilizan términos y definiciones. En ese vocabulario están comprendidos los términos y definiciones de este mismo manual que usa los términos propios utilizados en procesos internos.

Lo anterior, respetando todas las regulaciones gubernamentales y del trabajo relativas al funcionamiento de la Empresa.

(Véase referencias normativas en el anexo)

3. Términos y definiciones

Para respetar el significado y no dar lugar a las interpretaciones, las definiciones han sido transcritas del glosario médico estándar American Pschyatric Association. (2013,2022) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)

Término	Definición
Actitud	Tendencia a actuar o pensar de determinada manera respecto a un fenómeno, situación o estímulo concreto, derivada de la experiencia o la transmisión de puntos de vista concretos respecto a dicha realidad.
Adicción	Patrón de dependencia física y/o psicológica hacia una sustancia o conducta caracterizada por pérdida de control y persistencia a pesar de las consecuencias adversas que puedan presentarse.
Afasia	Alteración adquirida del lenguaje causada por daño cerebral que afecta la comunicación o comprensión verbal.
Agnosia	Dificultad para poder reconocer estímulos sensoriales a pesar de que los órganos sensoriales funcionan adecuadamente.
Agorafobia	Trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo intenso a situaciones donde escapar podría ser difícil.
Alogia	Disminución de la fluidez y productividad del pensamiento y del discurso.
Alucinación	Percepción sensorial sin estímulo externo real, vivida con convicción de realidad.
Benzodiacepinas	Tipo de sustancia empleada tradicionalmente como ansiolítico. Actúan principalmente a través de la potenciación del ácido gamma-aminobutírico, que reduce el nivel de activación del cerebro. Se utilizan también en el tratamiento del insomnio y de otros problemas.
Bipolaridad	Trastorno del estado de ánimo que implica episodios alternados de depresión y manía o hipomanía.
Catatonía	Síndrome psicomotor que puede incluir inmovilidad, mutismo, negativismo o movimientos estereotipados.
Coma	Estado más profundo caracterizado por la pérdida de la conciencia del ser, con signos vitales detectables.

Comportamiento	Manera de actuar frente a determinada situación. Frecuentemente se emplea como sinónimo de conducta.
Convulsión	Contracciones violentas, bruscas e involuntarias de la musculatura, generada generalmente por una alteración de la actividad cerebral. Se trata de uno de los síntomas más visibles y conocidos de las crisis epilépticas.
Delirio	Creencia fija y errónea que se mantiene pese a evidencia en contra.
Demencia	Es un trastorno que deteriora progresivamente las funciones cognitivas e interfiere con la autonomía del individuo
Depresión	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza persistente, pérdida de interés, alteraciones cognitivas y somáticas.
Descarriamiento	Patrón de lenguaje en el que no existe un hilo conductor en el discurso. Existe una pérdida de asociaciones, construyendo oraciones desvinculadas entre sí y juntándolas sin sentido aparente.
Despersonalización	Es la percepción alterada del entorno como irreal o distante, también la pérdida de la consciencia del yo.
Desplazamiento	Es un mecanismo de defensa basado en que la persona proyecta en una situación, estímulo o persona determinada los sentimientos y reacciones que le han provocado otras situaciones, estímulos o personas, sin que exista una vinculación entre ambos elementos.
Desrealización	Es una sensación de irrealidad en el entorno y la vivencia. Se perciben las cosas, el entorno y/o las situaciones como ajenas o irreales.
Diagnóstico	Identificación de la naturaleza de un comportamiento organizacional u operativo, mediante la observación y análisis de sus signos, resultados y síntomas.
Discapacidad intelectual	Presencia de limitaciones más o menos severas en la interacción y adaptación al entorno debido a la presencia de una capacidad intelectual menor a la esperable por edad y nivel de desarrollo madurativo del sujeto.
Discinesia	Es la presencia de movimientos involuntarios, anormales, generalmente asociados a alteraciones neurológicas o efectos farmacológicos.

4. Contexto de la organización

4.1. Comprensión de la Organización y su contexto

Este documento establece el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) como propuesta para el Hospital Psiquiátrico, específicamente en el área de consulta externa, conforme a los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

El SGC abarca las actividades y procesos de los servicios relacionados a la atención ambulatoria en salud mental y los factores capaces de afectar los resultados previstos del sistema ya sea positiva o negativamente.

El nosocomio es una institución dedicada a proporcionar atención en materia de salud mental reconociendo la multicausalidad de los componentes que determinan los problemas mentales buscando diagnosticar, tratar y rehabilitar según cada necesidad presentada de manera y llegar a la reinserción en la sociedad de aquellos que lo necesitan.



Imagen 2. Descripción de diagrama FODA

El instituto cuenta con un equipo de trabajo en el que cada uno de ellos tiene experiencia para atender las necesidades del cliente para la prestación de servicios y atención a pacientes en consulta externa.

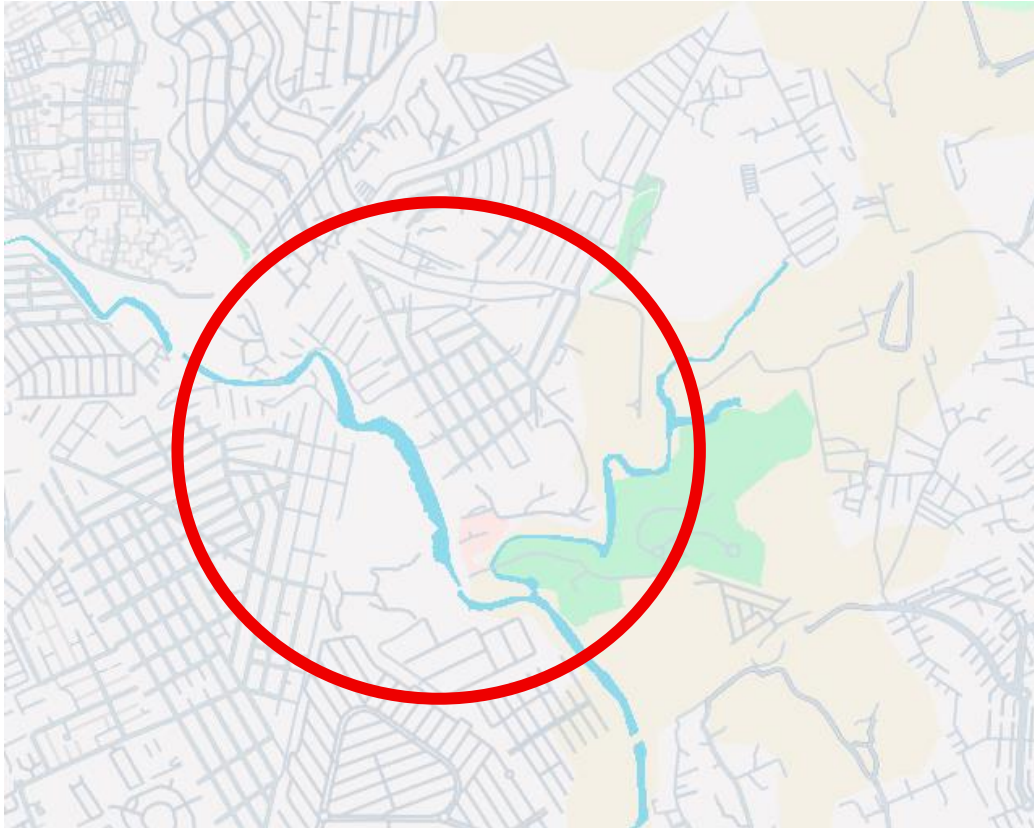


imagen 3. Entorno del instituto retomado de <https://www.google.com/maps>

Análisis del entorno

En un rango de 2km se encuentran cuerpos gubernamentales, un plantel educativo, unidades habitacionales, tiendas y vías de transporte público, en el entorno se encuentra mucha población cercana que pueden encontrar el instituto como centro de interés además de que este tendrá una influencia positiva en él.

4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

Consultar apartado B: matriz de partes interesadas y riesgos

4.3. Determinación del alcance del sistema de Gestión de la calidad

Proceso: Diagrama general		
Recursos necesarios: - Personal con experiencia en salud mental - Conocimiento en Excel/Word - Área de atención adecuada	Requisitos de la norma/Normatividad aplicable - Procesos - Infraestructura - Ambiente para la operación de los procesos - Competencias	Responsable del proceso: - Administrativo - Médico
Entrada/Paciente Asistencia en la institución de salud mental con una identificación	Nombre del proceso: Diagrama general <pre> graph TD A[Consulta externa] --> B[Llegada de un paciente] B --> C{¿Es una emergencia?} C -- Si --> D{¿Hay personal disponible para su atención?} D -- No --> E[Canalización inmediata para atención] E --> F[Plan de atención] F --> G[Evaluación pre-eliminar] G --> H[Alta de paciente] C -- No --> I{¿Es de nuevo ingreso?} I -- Si --> J[Agendarle una cita en disponibilidad próxima] J --> K[Realizar su registro] K --> L[Plan de atención] L --> G I -- No --> M[Confirmar su identidad y folio] M --> N{¿Los datos y la hora de asistencia son correctos?} N -- No --> J N -- Si --> G </pre> Imagen4. Diagrama de fichas de proceso	Salida/Paciente Alta del paciente
Documento control - Manual de procedimientos - Base de datos actualizada	Objetivo Recepción de la solicitud de una consulta para un paciente respetando los lineamientos y acuerdos previamente establecidos siguiendo la ficha de procesos para un adecuado funcionamiento	

Referencias del apartado 4.1 y 4.2

4.4. Sistemas de Gestión de la calidad y sus procesos

Diagramas de fichas de proceso

Proceso: Solicitud de cita/atención		
Recursos necesarios: - Personal con experiencia en salud mental - Conocimiento en Excel/Word - Área de atención adecuada	Requisitos de la norma/Normatividad aplicable - Procesos - Infraestructura - Ambiente para la operación de los procesos - Competencias	Responsable del proceso: - Administrativo
Entrada/Paciente Asistencia en la institución de salud mental con una identificación	Nombre del proceso: Solicitud de consulta <pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> A[Se presenta el paciente para solicitud de consulta] A --> B{¿Es una emergencia?} B -- No --> C{¿Hay personal disponible para su atención?} B -- Si --> D[Evaluación de su estado en el área asignada] C -- No --> E[Asignar según el turno personal para su tratamiento] C -- Si --> D D --> F[Canalizar y tratar] F --> G[Evaluar su estado después del tratamiento] G --> H{¿El paciente ha mejorado?} H -- Si --> I[Registrar datos y darle de alta] H -- No --> J[Elaborar otro plan de tratamiento con los problemas identificados y objetivos] I --> K[Dirigirlo a recepción para solicitar una cita próxima y folio] J --> G G --> L[Dar seguimiento a su tratamiento en el consultorio pertinente] L --> G K --> M([OBTENCIÓN DE FOLIO Y CITA]) </pre> Imagen 5. Diagrama de solicitud de consulta	Salida/Paciente Confirmación de la consulta con número de folio para la cita
Documento control - Manual de procedimientos - Base de datos actualizada	Objetivo Recepción de la solicitud de una consulta para un paciente respetando los lineamientos y acuerdos previamente establecidos siguiendo la ficha de procesos para un adecuado funcionamiento	

Proceso: Consulta externa		
Recursos necesarios	Requisitos de la norma/normatividad aplicable	Responsable del proceso
- Personal que cuente con cédula profesional y experiencia en intervención psicoterapéutica - Espacio adecuado para la atención	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> A[Se presenta el paciente con identificación] A --> B{¿Tiene folio de cita?} B -- No --> C{¿Llegó en el horario y fecha indicada?} B -- Si --> D{¿Se confirmó su identidad?} C -- No --> E[Dirigir a recepción para solicitar una cita próxima y folio] C -- Si --> D D -- No --> E D -- Si --> F[Recibirlo en el área asignada para consulta externa] F --> G{¿Es la primera vez que se presenta?} G -- No --> H[Dar seguimiento a su tratamiento en el consultorio pertinente] G -- Si --> I[Realizar una entrevista inicial y un expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012)] I --> J[Evaluar y diagnosticar al paciente] J --> K[Elaborar un plan de tratamiento con los problemas identificados y objetivos.] K --> L[Compartir los resultados y presentar una propuesta de tratamiento] L --> M{¿Acepta la propuesta?} M -- No --> E M -- Si --> N[Término de cita] H --> N E --> O([FIN]) </pre> Imagen 6. Diagrama. Consulta externa	Consultor externo
Entrada/Paciente	Objetivo:	Salida/Paciente
- Número de folio de cita - Identificación	Diagnosticar y dar un seguimiento para tratamiento terapéutico adecuado para cada persona que así lo requiera siguiendo el proceso necesario para asegurar un servicio óptimo.	Plan de tratamiento y folio de cita

5. Liderazgo

El centro de salud garantiza la atención igualitaria a toda aquella persona que busque nuestro servicio a través del respeto, la confidencialidad y la dignidad,

proporcionamos la información necesaria del seguimiento a ellos con transparencia y trato humanizado buscando el bienestar.

5.1.1. Enfoque al cliente

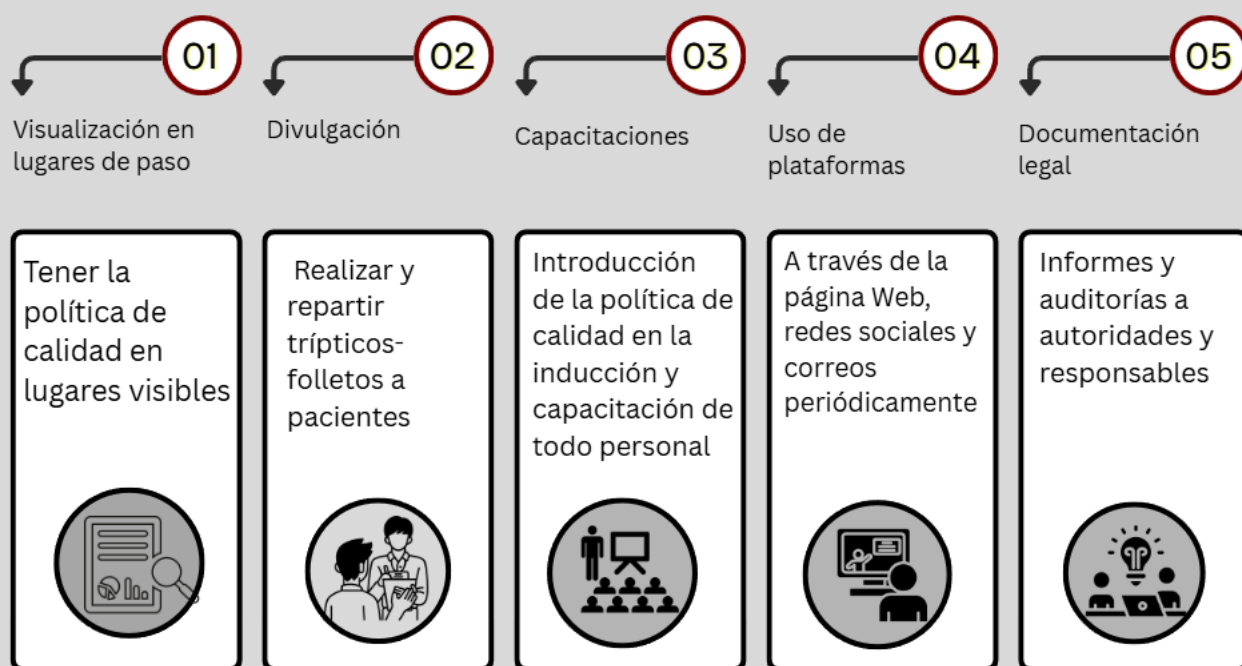
Consultar la matriz de riesgos y oportunidades en el anexo

5.2. Política

El instituto demuestra que es capaz de proporcionar los servicios pertinentes a todo aquel que los necesite de forma equitativa, homogénea e igualitaria para rehabilitar y ayudar el bienestar de la salud mental promoviendo el respeto y la confidencialidad de datos de todos aquellos que busquen nuestro servicio realizando constantes capacitaciones y verificación de las habilidades del personal asegurándonos de ser profesionales, revisamos que las áreas sean seguras y adecuadas para la reducción de incidentes en el lugar, la salud mental no solo es personal, se trabaja como cultura institucional.

5.2.1. Comunicación de la política de calidad

Política de calidad presente



5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

El formato adjunto en el anexo como “Formato de descripción de puestos” es usado en la organización para la descripción de puestos, roles y responsabilidades que cada empleado debe llevar a cabo

Anexos:

- Organigrama de la organización
- Manual de descripción de puestos

Cada puesto debe ser descrito conforme al formato establecido y siempre darse a conocer para los trabajadores,

Además, todos los colaboradores merecen un salario justo por su honesto trabajo, el centro de salud se compromete a pagar los salarios y prestaciones además de respetar los derechos.

Los honorarios de los colaboradores son necesarios para conservar la competitividad y desarrollar una estructura de pago que atraerá, retendrá y recompensará adecuadamente la fuerza de trabajo.

Como lineamiento, trabajamos para que cada empleado

- Conozca cuales son las prestaciones de ley. Todas aquellas en las que se percibe este como aguinaldo, vales de despensa, prima vacacional, fondo de ahorro, etc.
- Cuáles son los beneficios y derechos de los que gozan: Vacaciones, días festivos, seguro de vida, gastos médicos, comedor, servicio de transporte (cuando aplique), etc.
- Cada empleado es consciente de sus responsabilidades acorde a las cláusulas de su contrato.
- Sus responsabilidades no pueden ser delegadas o transferidas.

6. Planificación

6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

Cada riesgo y oportunidad es descrito en la matriz de partes interesadas y riesgos.

A partir de una incidencia

1. Se hace un registro de este incluyendo

1.1. datos generales:

1.1.1. Personal que reporta

1.1.2. Fecha

1.1.3. Hora

1.1.4. Área

1.2. Datos específicos

1.2.1. Involucrados

1.2.2. tipo de incidente

1.2.3. intervenciones externas

1.2.4. nivel de gravedad

1.2.5. objetos involucrados en el lugar de incidencia

1.2.6. personal en turno

2. Se comunica de inmediato a la gerencia para hacer una escala:

3. Verificar que el plan de acción preventivo estaba siendo llevado a cabo

4. Preparar lo necesario para llevar a cabo el plan de acción correctivo

5. Revisar la dirección del plan

6. Llevar a cabo el plan de acción correctiva y llenar las bitácoras correspondientes

6.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

En esta organización estamos comprometidos a proporcionar los servicios pertinentes a todo aquel que los necesite de forma equitativa, homogénea e igualitaria para rehabilitar y ayudar el bienestar de la salud mental.

Promovemos el respeto y la confidencialidad de datos de todos aquellos que busquen nuestro servicio.

Realizamos constantes capacitaciones y verificación de las habilidades del personal asegurándonos de ser profesionales.

Revisamos que las áreas sean seguras y adecuadas para la reducción de incidentes en el lugar.

Nos comprometemos a escuchar abiertamente las opiniones de todos para la mejora continua.

7. Apoyo

La institución de salud mental suele ser el foco de atención de diversos grupos sociales, esto nos da apertura a buscar diversos mecanismos y formas de apoyo para no dejar a nadie sin la opción de apoyarse en la institución reconociendo sus necesidades sin juzgar.

El apoyo no solo aborda las partes teóricas, también la documental interna y presentable, para así tener los recursos pertinentes y necesarios para la toma de decisiones, imprevistos y errores que puedan ser cometidos y detectados.

En sentido a la institución determinamos los perfiles de competencia del personal clínico y administrativo, mantenemos los programas de capacitación periódicamente, controlamos documentos y registros clínicos conforme a la normativa sanitaria vigente y protegemos la información confidencial.

El Instituto cuenta con los recursos, infraestructura, personal competente y controles documentales necesarios para asegurar la calidad y seguridad en la atención psiquiátrica brindada al paciente.

7.1. Recursos

La organización cuenta con la documentación necesaria. Debido a la protección de datos no se puede mostrar la documentación que respalda a este capítulo, por lo que es información confidencial de la alta dirección

8. Operación

La operación en el instituto de salud mental es el cuerpo base de lo que nosotros tenemos para llevar a cabo nuestros servicios, documentaciones y procesos, es por

ello por lo que se ha alineado conforme a la norma. Se describe la planificación, control y supervisión de los procesos operativos que aseguran la calidad y seguridad de los servicios psiquiátricos brindados en el Instituto, ubicado al sur de la ciudad de Puebla.

Algunos de los procesos clínicos y administrativos relacionados son la solicitud de consulta, evaluación psiquiátrica inicial, seguimiento, alta y gestión de no conformidades.

8.1. Planificación y control operacional

El Instituto planifica e implementa controles sobre los procesos que inciden en la calidad del servicio, mediante procedimientos clínicos y administrativos. Se documentan los riesgos operacionales y las medidas preventivas.

Formatos adjuntados en el anexo:

- Revisión de protocolos clínicos
- ARP

8.2. Requisitos para los productos y servicios

Se garantiza que los requisitos del paciente, familiares y organismos normativos sean comprendidos y cumplidos. Cada ingreso requiere una evaluación inicial médica y psiquiátrica, documentada en el formato institucional correspondiente.

8.2.1. Comunicación con el cliente

- Anexo.

8.2.2. Revisión de los requisitos para los productos y servicios

- Checklist de cumplimiento como se mencionó anteriormente.

8.3. Diseño y desarrollo de los productos y servicios

Los programas terapéuticos se diseñarán por un comité interdisciplinario. Se revisarán anualmente y se ajustan según las necesidades de los pacientes y las directrices de la Secretaría de Salud.

8.4. Control de los procesos, productos y servicios suministrado externamente

Los servicios contratados con terceros (alimentos, mantenimiento) son controlados mediante contratos y evaluaciones periódicas de desempeño y cumplimiento.

Para ello, la empresa define criterios para la evaluación y selección de proveedores, además de ver su rendimiento durante periodos de tiempo establecidos

Esta política se basa en los principios de la norma ISO-9001:2015 y es fundamental para el éxito de la empresa en la gestión de sus proveedores externos.

8.5. Producción y provisión del servicio

Los servicios se prestan según protocolos clínicos y administrativos aprobados. Incluye ingreso, diagnóstico, tratamiento, hospitalización y alta médica. Todos los registros se realizan en los formatos institucionales correspondientes.

8.6. Liberación del servicio

El alta o cierre de tratamiento se aprueba tras verificar el cumplimiento de los criterios clínicos y administrativos definidos.

8.7. Control de las salida e ingreso

Los incidentes, quejas o errores clínicos se registran, investigan y documentan en el formato de No Conformidades. Se aplican acciones correctivas y preventivas conforme a los procedimientos internos del Instituto.

Anexo 8.2

9. Evaluación del desempeño

Se realizarán auditorías internas anualmente, evaluando la satisfacción del usuario en un periodo trimestral y revisiones por la dirección. Los indicadores clave incluyen: Asistencia a consulta, abandono terapéutico y satisfacción del paciente.

Las auditorías internas llevaran su control de igual manera mensualmente.

Anexo 9.

10. 10. MEJORA

10.1. Generalidades

El instituto gestionará no conformidades mediante el registro, el análisis causa raíz, acción correctiva y verificación de efectividad.

Se promueve la mejora continua de los servicios clínicos y administrativos.

10.2. No conformidad y acción correctiva

Anexo 8.2

Referencias

Instituto Mexicano de Normalización y Certificación. (2015). NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos. México: IMNC.

Secretaría de Salud. (2019). Manual de Calidad en los Servicios de Salud Mental. Gobierno de México.

COFEPRIS. (2020). Lineamientos para la operación de establecimientos dedicados a la atención de pacientes psiquiátricos. Secretaría de Salud.

Instituto Mexicano de Normalización y Certificación. (2015). NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos. México: IMNC.

Secretaría de Salud. (2019). Manual de Calidad en los Servicios de Salud Mental. Gobierno de México.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Buenas prácticas en la gestión hospitalaria. OPS.

COFEPRIS. (2020). Lineamientos para la operación de establecimientos dedicados a la atención de pacientes psiquiátricos. Secretaría de Salud.

International Organization for Standardization. (2015). ISO 9001:2015 Quality management systems — Requirements.

Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Secretaría de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010.

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales & Secretaría de Salud. (2002). NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/138413/NOM-003-SEGOB-2011.pdf>

American Psychiatric Association.(2013) Diagnostic and statical manual of mental disorders (5th ed). APA publishing

Secretaría de medio ambiente y Recursos Naturales & secretaría de salud. (2002) NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Gobierno de México.

Referencias normativas

Activar
Ve a Conf

ANEXO 4.4

Sistemas de gestión de calidad y sus procesos

Diagrama 2. Solicitud de consulta

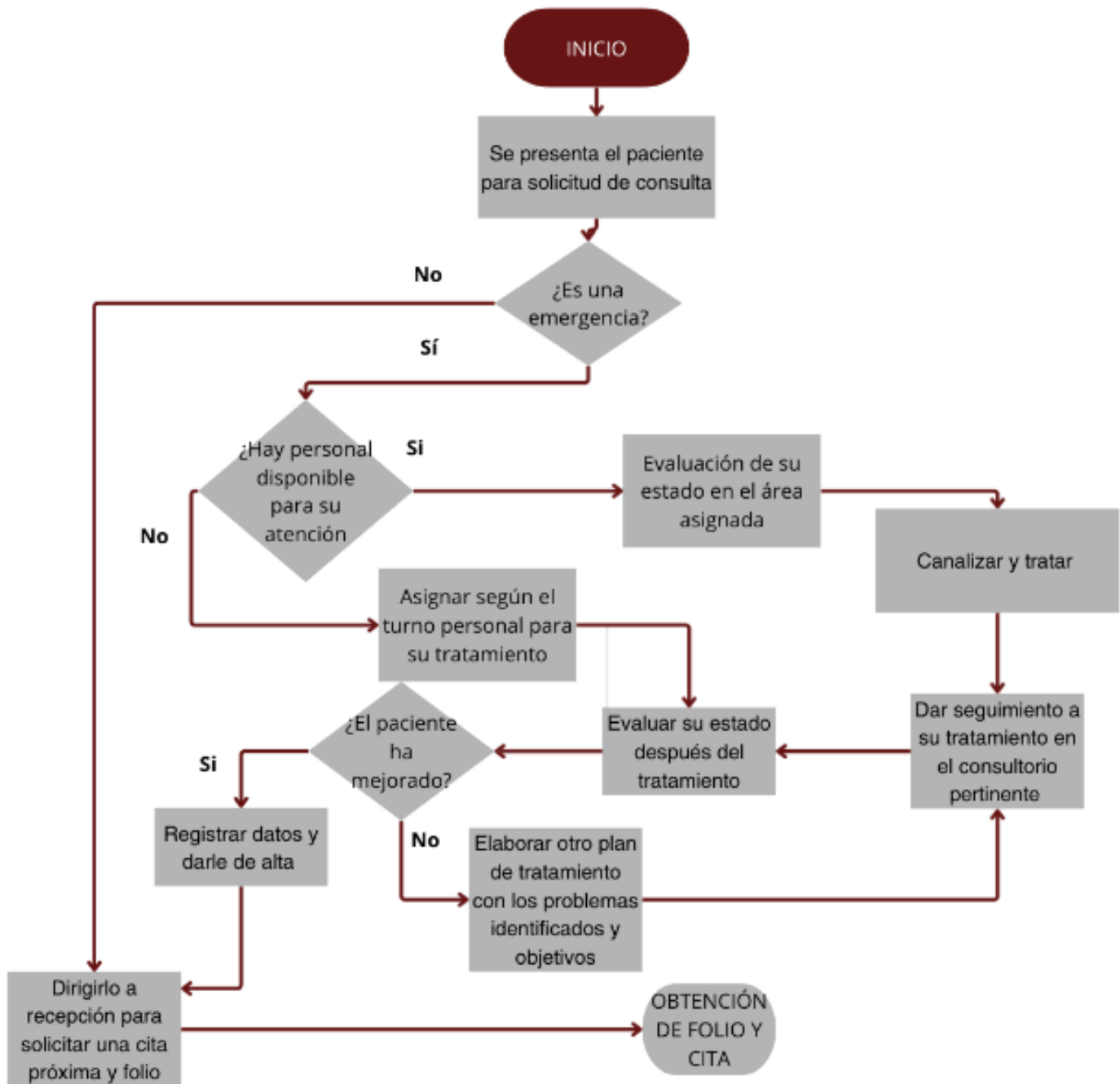
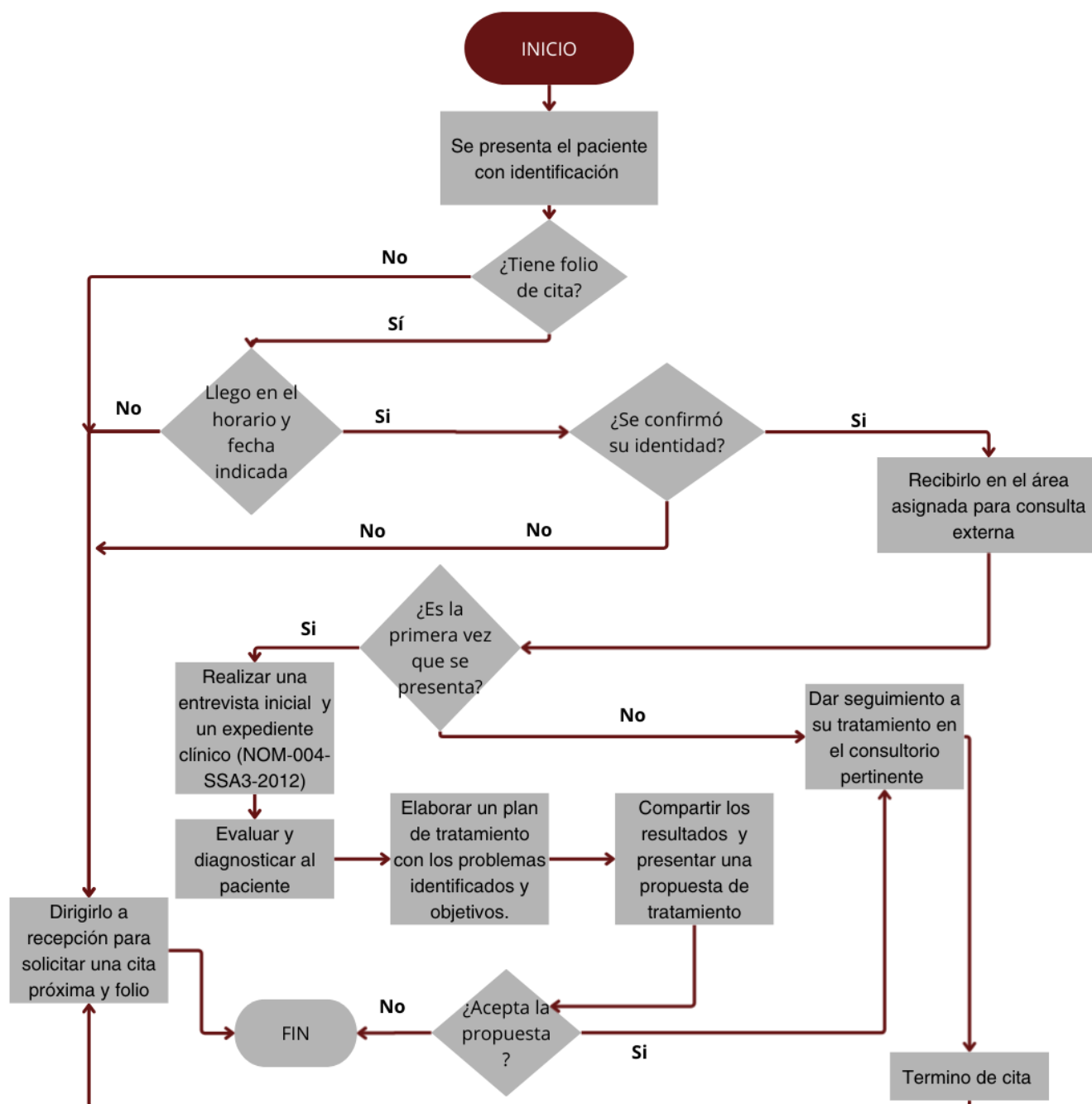


Diagrama 3. Consulta externa



ANEXO 5.1

Partes interesadas, riesgos y oportunidades parte 1

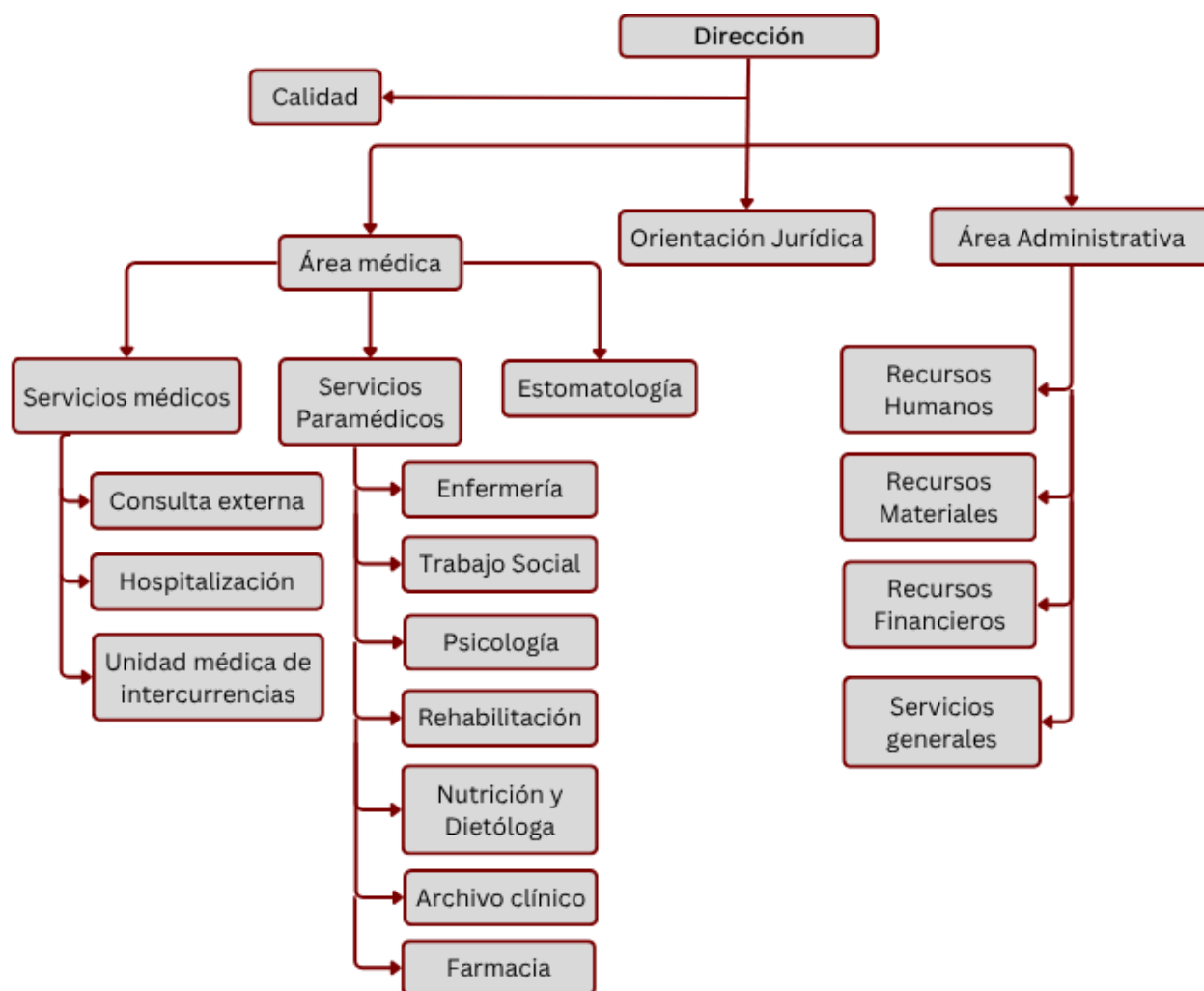
ANÁLISIS DE PARTES INTERESADAS							Evaluación del Riesgo	
Parte interesada	Influencia en el servicio	Intereses Conocidos	Intereses Asumidos	Riesgo	Impacto	Probabilidad de ocurrencia	Índice de Riesgo	Prioridad
Paciente	Alta	Confidencialidad de información clínica Asistencia regular Comportamiento adecuado Cumplimiento de leyes y normas para su seguimiento ideal Capacitaciones y experiencia del personal Espacios adecuados	Trato digno y sin discriminación Sostenibilidad de la empresa Cumplimiento normativo Tener personal capacitado Favorecer la cultura social Flexibilidad de cambios Flexibilidad de horarios	Sancciones por falta de seguimiento	2	5%	0.1	Baja
				Demandas de pacientes por violación a sus derechos	3	10%	0.3	Baja
				Pérdida de instalaciones por incumplimiento legal	3	10%	0.3	Baja
				Incumplimiento en el servicio	3	10%	0.3	Baja
Proveedores (Servicios de internet, papelería, y otros servicios)	Alta	Pagos en tiempo Cumplimiento a contratos Cumplimiento a manifestado Evaluación de proveedores Cumplimiento de requerimientos legales.	Permanencia en el mercado Crecimiento del negocio Contratos a largo plazo Estabilidad de relación comercial	Incrementos repentinos en precios del servicios por parte de proveedor	2	10%	0.2	Baja
				Falta de abastecimiento	2	10%	0.2	Baja
				Demandas por violación de derechos	2	10%	0.2	Baja
				Pérdida de pacientes	2	5%	0.1	Baja
Familiares	Medio	Condiciones adecuadas para su familiar Cumplimiento a contratos Evaluación de satisfacción	Trato igualitario Atención constante Cumplimiento de requerimientos legales.	Multas y sanciones por incumplimiento a requerimientos legales.	3	10%	0.3	Baja
				Multas por incumplimiento fiscal	2	10%	0.2	Baja
				Blanqueo de cuentas bancarias por incumplimientos	3	10%	0.3	Baja
				Demandas laborales	2	10%	0.2	Baja
Dependencias Gubernamentales	Medio	Cumplimiento de los requerimientos, leyes y normas locales, regionales, nacionales. Cumplimiento ambiental y de seguridad Higiene y salud laboral	Permanencia en el mercado Generación de empleos Cuidado del personal Impacto positivo para el medio ambiente y la sociedad	Accidentes laborales	2	10%	0.2	Baja
				Accidentes laborales	3	5%	0.2	Baja
				Afectación de servicio	2	10%	0.2	Baja
				Ausentismo laboral	1	10%	0.1	Baja
Empleados	Alta	Cumplimiento a contratos Pagos en tiempo Pagos legales ante dependencias Prestaciones conforme a la ley Capacitación Salud laboral Proporcionar herramientas de trabajo	Crecimiento laboral Reconocimiento Salarios competitivos Estabilidad laboral Mejor ambiente de trabajo Buenas Condiciones de trabajo Buen clima laboral	Retorno de inversión	3	10%	0.3	Baja
				Costos altos por financiamiento	2	10%	0.2	Baja
				Competencia por el personal	1	10%	0.1	Baja
				Pérdida de negocio	3	15%	0.45	Medio
Accionistas	Alta	No accidentes incapacitantes Cumplimiento a los requisitos normativos (facturación, impuestos, leyes contractuales) Pago puntual en las condiciones establecidas Respeto a cláusulas contractuales (garantías, devolución, calidad) Cumplimiento a los requisitos legales (facturación, impuestos, leyes contractuales)	Estabilidad en la relación comercial Revalorización sobre desempeño (Para mejorar) Visibilidad de planes de compra Rentabilidad	Retorno de inversión	3	10%	0.3	Baja
				Costos altos por financiamiento	2	10%	0.2	Baja
Instituciones Financieras	Medio	Créditos pagados en tiempo Falta de efectivo	Burgués de ingresos extra o donaciones	Competencia por el personal	1	10%	0.1	Baja
Competidores	Alta	Cumplimiento con los requerimientos del paciente Trabajadores con experiencia laboral	Disminución de pacientes	Pérdida de negocio	3	15%	0.45	Medio
Sociedad	Baja	Generar empleos	Apoyo a la comunidad	Ninguno			0.0	

Índice de riesgo		Prioridad
< 0.4	Baja	Baja
0.41 - 0.8	Medio	Medio
0.81 - 1	Alta	Alta
> 1	Muy alta	Muy alta

ANEXO 5.3

Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

ORGANIGRAMA



Formato de descripción de puestos

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla		Organización		Clave: Fecha: Actualización	
---	--	--------------	--	-----------------------------------	--

. Perfiles de puestos y funciones

1. Institución

Revisión:
Aprueba:

Puesto				Nivel de Estructura
Dependencia	Servicios de Salud del Estado de Puebla.	Jurisdicción	Puebla	
Jefe Inmediato	Dirección pertinente:			

Competencias y Habilidades

Nombre			
Laborales y técnicas		Conductuales	

Objetivos del Puesto

- Objetivo #1
- Objetivo #2

ANEXO 7

Formato de Control de Mantenimiento de Infraestructura y Equipos

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

CONTROL DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA

Revisión:
Aprueba:

Área- Equipo	Fecha de Mantenimiento	Tipo de Mantenimiento (P/C)	Responsable	Firma del responsable	Observaciones

DC3 del personal responsable

Nombre y firma:

Fecha asignada para el siguiente mantenimiento:

Preventivo:

Correctivo:

ANEXO 8.

Formato de competencias del personal

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

Evaluación de competencias del personal

Revisión:
Aprueba:

Nombre del Empleado	Puesto	Capacitación Recibida		Evaluación (Aprobado/No)	Nombre del Evaluador	Firma del evaluador

DC3 del personal evaluado

Nombre y firma:

Pláticas a las que asistió:

Encuentros realizadas:

Divulgación de información en la que ha participado:

ANEXO 8.1

Formato de revisión de protocolo

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

Revisión de protocolo:

Revisión:

Aprueba:

Protocolo	Fecha de revisión	Responsable	Cambios	Aprobación
Etapas:	Descripción de la etapa:	Tiempo de ejecución	Cambios	Aprobación

Formato ARP

1. ANÁLISIS DE RIESGOS POTENCIAL (Reconocimiento Evaluación y Control)				
Área:		Fecha de realización:		OBSERVACIONES
Actividad a Realizar:		Total de personal trabajando:		
Horario de trabajo:		Semana:		

Este ARP se debe realizar por el RSST responsable del trabajo y debe ser difundido a todo el personal involucrado que realizará las actividades.

☐ SI ☐ No Se da información adicional para complementar el ARP: ¿Cual? _____

ETAPAS BASICAS	Personal involucrado, material y área	* NIVEL DE RIESGO INICIAL	RIESGOS POTENCIALES	* NIVEL DE RIESGO FINAL	MEDIDAS DE SEGURIDAD
Describe paso a paso las actividades a realizar ¿cómo lo voy hacer?			¿Qué puede pasar y por qué?		Acciones preventivas y correctivas
1					
2					
3					
4					

2. MÉTODO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS							
Probabilidad de accidente: AH+FP+PT				Probabilidad - Gravedad			
Antecedentes Históricos (AH)	Factor de Prevención	Permiso de trabajo (PT)	Resultado	Poco Probable (PP)	El accidente ocurrirá rara vez.		Leve (L)
				Probable (P)	El accidente ocurrirá en algunas ocasiones.		Serio (S)
				Muy Probable (MP)	El accidente ocurrirá casi siempre.		Grave (G)
				Probabilidad / Gravedad	Leve (L)	Serio (S)	Grave (G)
				Muy probable (MP)	2	3	3
				Probable (P)	1	2	3
				Poco Probable (PP)	1	1	2

3. PERMISOS DE TRABAJO REQUERIDOS

4. DC3 REQUERIDOS DEL PERSONAL EN BASE A LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL ARP

Nombre y Firma del Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Nombre y Firma del Supervisor Responsable.

ANEXO 8.2

Ingreso y Valoración Psiquiátrica

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

Ingreso y Valoración Psiquiátrica

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Campo	Descripción	Observaciones	Firma Responsable
Fecha de ingreso			
Diagnóstico inicial			
Motivo de ingreso			
Tratamiento propuesto			
Evaluación de riesgo			
Observaciones			
Nombre, firma y cédula del psiquiatra			
Sello de la institución			

Registro de seguimiento terapeutico

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

Registro de Seguimiento Terapéutico

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Fecha	
Terapia	
Protocolos seguidos	
Evolución	
Evaluación	
Firma y cédula del terapeuta	

Registro de no conformidades e incidentes

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
Registro de No Conformidades e Incidentes		
Folio	Fecha	Firma de notificador:
Servicio, producto o identificador del proceso:		
Descripción del hallazgo:		
Cantidad de producto:	Servicio no conforme:	
Tratamiento de la no conformidad:		
☐ Segregación ☐ Suspensión de la provisión ☐ Corrección ☐ Reasignación ☐ Reclasificación ☐ Devolución ☐ Remisión	☐ Otro Descripción:	
Nombre y firma de responsable:		
Fecha de recibido:		

Comunicación y difusión.

No estás solo

HABLAR CON PROFESIONALES
PUEDE

marcar la diferencia en tu vida

Instituto de salud mental ubicado al sur de la ciudad de
Puebla, línea de atención:

ANEXO 8.2.2

Checklist de fármacos

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

Checklist de medicamentos

Medicamentos o material	✓/X	Descripción	Unidades disponibles	Conformidad	No conformidad

Recibido por:

Firma:

Checklist de insumos o servicios en enfermería

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

Checklist de enfermería

Medicamentos, artículo o servicio	✓/X	Descripción	Unidades	Conformidad	No conformidad

Recibido por:

Firma:

Checklist de equipo médico

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

Checklist de equipo médico básico

Medicamento o equipo	✓/X	Descripción	Unidades disponibles	Conformidad	No conformidad

Recibido por:

Firma:

ANEXO 8.6

Formato de alta de paciente

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla		Organización	Clave: Fecha: Actualización
Informe clínico: Alta de paciente			
Nombre del paciente:			
Edad:		Sexo:	Número de historia clínica:
Folio	Fecha de ingreso	Fecha de alta	
Diagnóstico principal:			
Procedimientos realizados		Tratamientos recibidos	
Evolución clínica		☐ Alta voluntaria ☐ Alta por recuperación ☐ Alta por traslado ☐ Alta por fallecimiento ☐ Alta por mejoría	
Condiciones al alta, recomendaciones y tratamiento			
Nombre y firma de médico responsable:			Sello de la institución

ANEXO 9

Checklist para extintores

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

CHECK LIST EXTINTOR



- PALANCA Y / O MANIJA DE ACTIVACIÓN
- PASADOR Y / O ANILLO DE SEGURIDAD
- MANIJA DE ACARREO
- MANÓMETRO
- ABRAZADERA O SUJETADOR DE MANGUERA
- PICTOGRAMA DE CLASE DE FUEGO Y USO
- MANGUERA
- ETIQUETA DE CARGA
- TUBERA O BOCA DE MANGUERA
- CILINDRO

Fecha de último mantenimiento

Tipo de extintor	
A	
B	
C	
D	
K	

Responsable de mantenimiento	DC3
Capacidad del extintor	Ubicación
Nº de extintor	Fecha de recarga

Responsable de seguridad y salud en el trabajo

Descripción	Sí	No	Observaciones
El manómetro indica carga			
Acceso libre de obstáculos			
Fácil de acceder			
Pictograma de clase de fuego legible			
Etiqueta de carga legible			
Existe colgador de pared			
Tiene Pasador y precinto de seguridad sellado			
Manija de acarreo			
Palanca de activación en buen estado			
Manguera en buen estado			
Tobera, pistón o pistola en buen estado			
Abrazadera o sujetador de manguera en buen estado			
Cartucho impulsor en buen estado			
Pintura de botella y cartucho impulsor en buen estado			
Presenta abolladuras			
Otro			

Checklist para señalizaciones

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

Check list de señalización	Área
	Fecha
	Nº de registro

Elementos para inspeccionar						
Existe la señalización en el área de trabajo	Sí	No	Bien afianzada	Sin daños	Limpia	Colocada a una altura adecuada
Peligro						
Prohibido						
Obligatorio						
Puntos de reunión						
Rutas de evacuación						
Salida de emergencia						
Extintores						
botiquín de primeros auxilios						
Alarma de emergencia						
Información general.						
Observaciones						
Responsable de seguridad y salud en el trabajo						

Checklist señalización específica

Secretaría pertinente Gobierno de Puebla	Organización	Clave: Fecha: Actualización
---	--------------	-----------------------------------

Check list de señalización	Área
	Fecha
	Nº de registro

Elementos para inspeccionar						
Señalización de riesgos específicos	Sí	No	Bien afianzada	Sin daños	Limpia	Colocada a una altura adecuada
Peligro						
Prohibido						
Obligatorio						
Señal para trabajos en altura						
Excavación						
Andamios						
Tableros eléctricos						
Cargas sobresalientes						
Trabajos en caliente						
Señalización de EPP						
Observaciones:						
Responsable de seguridad y salud en el trabajo						