



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE BIBLIOTECOLOGÍA**

**LA INFORMACIÓN EN SALUD COMO INSTRUMENTO
PARA ELEVAR LA CALIDAD DE LA GESTIÓN
DOCUMENTAL EN LA UNIDAD DE PLANEACIÓN Y
EVALUACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DR. RUBÉN
LEÑERO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL**

INFORME ACADÉMICO

POR ACTIVIDAD PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN BIBLIOTECOLOGÍA

PRESENTA:

JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ PÉREZ



ASESOR:

MTRO. HUGO ALBERTO FIGUEROA ALCÁNTARA

CIUDAD DE MÉXICO, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Filosofía y Letras y el Colegio de Bibliotecología por permitirme pasar por sus aulas y campus, su confianza, paciencia, compromiso, ejemplo y ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

A mis profesores del Colegio de Bibliotecología por su apoyo, quienes a través de sus clases se convirtieron en mi biblioteca existencial y haberme enseñado un horizonte de vida profesional

Al Maestro Hugo Alberto Alcántara Figueroa por su paciencia, confianza, conocimientos y compromiso, ser un ejemplo de esta Universidad y de la carrera, gracias

A mis sinodales Dra. Lina Escalona Ríos, Mtro. César Augusto Ramírez Velázquez, Dra. Brenda Cabral Vargas y Lic. Verónica Méndez Ortiz por su tiempo invertido en la revisión y enriquecimiento de este trabajo a través de sus comentarios y observaciones

A la Maestras Emilia Sánchez Téllez, Evangelina Cardona Mirón, Silvia Vega Hernández, Norma Flores Gaytán y el Maestro Tomás García Suárez por su experiencia profesional y personal, apoyo incondicional y sus consejos que han sabido guiarme hasta donde estoy

A la Dra. Blanca S. Bernal Alcántara por su experiencia, apoyo incondicional y ser mi principal impulso para continuar con mis estudios, superación institucional, personal y profesional

Al Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Salud, la Dirección de Educación e Investigación, la Escuela de Enfermería, el Hospital General Dr. Rubén Leñero y su personal administrativo, médico y paramédico por ser en conjunto una institución sólida con principios, darme mi educación y manutención, permitirme laborar y escalar peldaños para llegar a una cima inalcanzable, ser profesionista y tener el éxito profesional

A María Luisa Aldana, Hilda Adame, Gerardo Ventura, Arturo Anzures, Jorge Mota, Miguel, Fernando, Aurora, Cristian, Ing. Reyna, Martín, Lic. Padilla, Julio César, Raúl, César Morales, Adrián, Juan, Marisol, Chabela, Lalo, Marcela, Araceli, Lic. García, Mtra. Claudia, los Drs. Conrado, Arturo, Chayito, Pulido, Romero, Najera, Teresita Torres, Reyes Tapia, Aburto, Terán Álvarez del Rey, Zayas, QFB Rosa María Martínez y a todos aquellos que por descuido no han sido incluidos y que me brindaron su apoyo, mis más sinceras disculpas y mi agradecimiento por todo lo que he recibido de ustedes, compartir su experiencia laboral y superar los momentos más difíciles.

A la Familia García López, Don Beto, Doña José, Bety, Chovy, Armando, Martín, por su cariño, comprensión, apoyo, confianza, de todo corazón, gracias, no los defraudé

A la familia Meléndez Somilleda por su aprecio, confianza y apoyo incondicional, de todo corazón, gracias, les cumplí

A la familia Cruz Sánchez, por su confianza, su apoyo y sobre todo porque aprendí a dar el valor propio de las cosas y que nada se gana sin algún esfuerzo, gracias

A mis amigos Leonor, Ismael y Rosa Atzimba por su sinceridad, lealtad, amistad y compañerismo, que bueno que logramos juntarnos nuevamente

A todas las personas que he conocido en la oficina bis "La Colorada", gente increíble que hemos tenido la oportunidad de reunirnos y que generosamente han aportado su sentir e ideas acerca de la mejor manera de lo que sería la amistad, hoy los menciono en este trabajo no sólo por el compañerismo, sino por el deseo de mantenernos juntos como una familia y otras cosas más, Bohemios, gracias.

Mis palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, comprensión y sus consejos en los momentos más difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Jean Racine dijo, "Una tragedia no tiene por qué tener sangre y muerte, es suficiente con que llene todo de inmensa desolación, ya que eso es el placer de toda tragedia".

"Estoy agradecido por todos estos años que he pasado con esta familia.

Por todo lo que compartimos, por todas las posibilidades que tuve para crecer como persona. Me llevo lo mejor de cada uno y me servirá de ejemplo donde quiera que vaya. Un amigo me dijo, que fuera honesto con ustedes. Por lo tanto, aquí va. Esto no es lo que quiero, pero voy a tomar el camino más largo. Tal vez sea porque me gusta aprender de todo, o porque no quiero caminar por ahí enfadado, o tal vez es porque al final logré entenderlo. Hay cosas que queremos que no pasen pero debemos aceptarlas. Cosas que no queremos saber pero debemos aprender. Y con personas que no podemos vivir sin ellas pero debemos dejarlas ir". (JJ) Episodio 6, Criminal Minds.2011

DEDICATORIAS

A Dios, por darme la vida y regalarme a una familia maravillosa
A mi Abue Luchita por tantos regaños y consejos sabios, a ti con respeto y cariño
A mi Mama Chela por su esfuerzo y apoyo incondicional, a ti con respeto y cariño
A mi Tía Lupe y Benjamín por su cariño que tanto me han dado
A mi gran hermano Víctor Alejandro que sin duda es mi hijo y mi fuerza, te quiero
A mi papa aunque lejos, aprendí a luchar por lo tuyo, sin duda te sentirás orgulloso

Gracias por todo y por la herencia que un hijo puede recibir,
aunque hemos pasado momentos difíciles, siempre han estado
apoyándome y brindándome su amor sin pedir nunca nada a cambio,
les devuelvo parte de su esfuerzo y logros compartidos, mi tesis.

A mis familiares por haber fomentado en mí el deseo de
superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mis amigos, contempores y compañeros de la infancia, porque
fue el afán de demostrar sus palabras y actos y transformarlas en
hechos honestos el que me impulso día a día concluir esta tesis

A mis amigos y compañeros de la escuela, que en algún
momento nos apoyamos en nuestra formación profesional, gracias

A mis amigos y compañeros del trabajo porque creyeron en mí,
dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran
parte gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre
estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por
el orgullo profesional, fue lo que me hizo llegar hasta el final

خوسيه إغناسيو غونزاليس بيريس
khusi Ignasiu Gunsalis Biris

ÍNDICE

Introducción	7
Capítulo 1 La Secretaría de Salud del Distrito Federal y el Hospital General Dr. Rubén Leñero	10
1.1. La Secretaría de Salud del Distrito Federal	10
1.1.1. Panorama histórico de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	10
1.1.2. Misión, visión, principios y estrategias	17
1.1.3. Estructura orgánica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	18
1.2. La Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial	19
1.2.1. Panorama histórico de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial	19
1.2.2. Estructura orgánica de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial	22
1.3. El Hospital General Dr. Rubén Leñero	23
1.3.1. Panorama histórico del Hospital General Dr. Rubén Leñero	23
1.3.2. Misión, visión, valores y ficha técnica	24
1.3.3. Estructura orgánica del Hospital General Dr. Rubén Leñero y de la Unidad de Planeación y Evaluación	25
Capítulo 2 La información en salud, la calidad en el servicio y la gestión documental	29
2.1. La información y el sistema de información en salud	29
2.1.1. Concepto de información y de un sistema de información en salud	30
2.1.2. Estructura de un sistema de información en salud	34
2.1.3. El registro administrativo como herramienta en las políticas públicas en salud	36
2.1.4. Importancia de las tecnologías de la información y el expediente clínico	42
2.2. La calidad en el servicio administrativo en la unidad hospitalaria	47

2.2.1.	Conceptos de calidad y servicio en una unidad hospitalaria	48
2.2.2.	Elementos que conforman la calidad en salud	49
2.2.3.	Uso de los sistemas administrativos para la evaluación del desempeño	51
2.2.4.	Gestión e innovación gubernamental en salud	55
2.3.	La importancia de la gestión documental, del conocimiento, de la información y su clasificación	60
2.3.1.	La gestión documental, gestión del conocimiento y gestión de la información en el sector salud	60
2.3.2.	El servidor público como nuevo profesional de la información en salud	63
2.3.3.	Conceptos de clasificación de la información y clasificación documental	65
2.3.4.	La información gubernamental a través de la legislación en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos	68
Capítulo 3 Descripción y análisis de las actividades desarrolladas en la Unidad de Planeación y Evaluación del Hospital General Dr. Rubén Leñero		71
3.1.	La planeación y evaluación hospitalaria	71
3.1.1.	Cuerpo de gobierno y liderazgo	72
3.1.2.	Marco jurídico y documentos normativos – operativos	74
3.1.3.	Programas de salud y de coordinación interinstitucional	77
3.2.	La programación y evaluación hospitalaria	78
3.2.1.	Enfoque estratégico	81
3.2.2.	Planeación operativa y mejora continua	82
3.3.	La estadística en salud	84
3.3.1.	Sistemas de información en salud	85
3.3.2.	Información y análisis	86
3.4.	Las tecnologías de la información y comunicaciones	87

3.4.1. Infraestructura informática	89
3.4.2. Interoperabilidad y gobierno digital	92
Capitulo 4 Valoración crítica de la actividad profesional	98
Conclusiones	111
Obras consultadas	113

INTRODUCCIÓN

No podemos aspirar a construir un país en el que todos cuenten con la oportunidad de tener un alto nivel de vida, si nuestra población no posee la educación que le permita, dentro de un entorno de competitividad, planear su destino y actuar en consecuencia; tampoco será posible si la población no cuenta con los servicios adecuados de salud y si no existe seguridad para personas e instituciones

**Lic. Vicente Fox Quezada PND 2000-2006
Presidencia de la República, 2001 p.34**

La información y la salud son derechos de toda persona, los cuales se encuentran plasmados en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre adoptados por la ONU en 1948, en su artículo 19° que se refiere a la libertad para recibir información y en el artículo 25° que habla sobre la salud y bienestar.

En México, la Constitución Política menciona en su artículo 4° que: “toda persona tendrá derecho a la protección de la salud y en el artículo 6° manifiesta que: el derecho a la información será garantizado por el Estado”.

De acuerdo a la Ley General de Salud, la información en salud forma parte de los servicios de atención médica y de las acciones preventivas que incluyen la promoción general, procurando un bienestar físico y mental. La información repercutirá tanto en la salud como en el entorno, y actuará en beneficio o perjuicio de ésta.

En el Distrito Federal, en los años previos al establecimiento de un Gobierno Local elegido democráticamente, no contaba con un sistema de información y modelo de atención a la salud propia, la prestación de servicios la realizaban las diferentes instancias públicas que planeaban y programaban la prestación de sus servicios de salud, respondían a las políticas y líneas de acción definidas por el Gobierno Federal, el que a su vez respondía a las establecidas por las organizaciones internacionales como la OMS y la OPS, o como en el caso de los Hospitales del entonces Departamento del Distrito Federal, la prestación de los servicios no estaba enmarcada en una planeación, programación, operación y evaluación acorde con la problemática epidemiológica, perfiles de morbilidad, mortalidad, de servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y características sociodemográficas del Distrito Federal.

El informe académico por actividad profesional, organizado en cuatro capítulos, presenta una breve exposición del acontecer histórico de la información en salud, con la

finalidad de dar a conocer las prioridades, limitaciones y los alcances de las instituciones involucradas que asumieron la responsabilidad de elaborar información estadística en salud para la sistematización de la información en un ente llamado expediente clínico electrónico a través de las tecnologías de la información y comunicaciones.

El primer capítulo “la Secretaría de Salud del Distrito Federal”, comienza con una reseña histórica de los servicios médicos de la Ciudad de México, desde sus inicios cuando las ambulancias aún no existían y llegaban los pacientes en parihuelas, camillas o carretelas; el impulso de crear una red de hospitales de urgencias, incluido el Hospital General Dr. Rubén Leñero, que junto con sus acontecimientos marcó ser el pionero de lo que constituye la Red Hospitalaria del Distrito Federal y del registro de información estadística en materia de salud; las constantes modificaciones de estructura administrativa para crear el Instituto de Servicios de Salud y erigir en la actualidad la Secretaría de Salud del Distrito Federal, una dependencia centralizada del Gobierno de la Ciudad de México para otorgar atención médica de primer y segundo nivel y en reclusorios, de servicios de salud de apoyo a las tareas de procuración de justicia, de medicina legal, regulación sanitaria, capacitación y formación de personal, de enseñanza médica, investigación clínica y programas de salud a la población abierta del Distrito Federal.

“La información en salud, la calidad en el servicio y la gestión documental”, es el título del segundo capítulo. En él se analiza la relación entre información y el Sistema de Información Estadístico en Salud como una herramienta primordial para la formulación y desarrollo de políticas públicas, los cuales a través de las tecnologías de la información y comunicaciones buscan una interacción para formar una infraestructura tecnológica en información lo que se llama el Expediente Clínico Electrónico; a su vez la calidad como parte de un servicio administrativo es una estrategia que orienta un curso de acción para la evaluación del desempeño y lograr la innovación gubernamental en salud; y por último la importancia de la gestión documental y del conocimiento que busca formar un nuevo servidor público, administrador de la información o profesional de la información en salud, con conocimiento en materia de legislación en salud, transparencia, acceso a la información, protección de datos y rendición de cuentas para resolver problemas prioritarios del sector en beneficio de la sociedad.

La tercera parte que se aborda en éste informe en el capítulo titulado “La descripción y análisis de las actividades que se desarrollan en la Unidad de Planeación y Evaluación del Hospital General Dr. Rubén Leñero” examina el proceso de transformación de las acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de cada programa o subprograma de salud de nivel federal o local y que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas que tiene a su cargo dicha unidad administrativa, tales como revisión de los manuales de procedimientos y de organización; proceso de interrelación con el área de archivo clínico, admisión, hospitalización y consulta externa; indicas, marco jurídico y normativo; carpeta gerencial, sinerhias, comités hospitalarios, gestoría de calidad y liderazgo, innovación gubernamental, entre otros.

El cuarto capítulo “Valoración crítica de la actividad profesional” destaca la manera cómo el esfuerzo conjunto de las actividades del área en estudio tienden al mejoramiento de la calidad de la atención médica basándose en la información estadística en salud, siempre y cuando ésta sea oportuna, disponible, confiable y actualizada para la toma efectiva de decisiones en salud. En contraparte, se ha logrado identificar problemáticas en cuanto a la gestión de información documental, codificación y clasificación de enfermedades y diagnósticos, comunicación nula entre el personal, lo que visualiza una percepción negativa hacia el área; por lo cual, se propone en este trabajo una reorganización administrativa para consolidar una eficaz y coordinación permanente que permita la toma de decisiones de gestión mediante la generación y disseminación de información en salud con calidad y confiabilidad; asimismo, contribuir a elevar la capacidad de la mejora continua de la gestión documental a través de los Sistemas de Información en Salud y el Expediente Clínico Electrónico, a fin de mejorar la equidad, calidad y eficiencia de la atención de salud de la población del Distrito Federal.

Finalmente en el capítulo que lleva por título “Conclusiones” se destaca la manera cómo el uso de los recursos electrónicos y digitales cambian los procedimientos en la recopilación y disseminación de la información en salud, igualmente en el proceso de construcción de las estadísticas en salud por medio de una reorganización administrativa.

1. LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL Y EL HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO

*Si la Universidad es universalidad,
aquí deben fluir todas las corrientes
del pensamiento y someterse a estudio
y a crítica todas las ideas.
El sitio del maestro le asegura el derecho
y aún el deber de someter al análisis
todas las doctrinas*

Dr. Ignacio Chávez

1.1. La Secretaría de Salud del Distrito Federal

Más de un siglo de experiencia tiene la asistencia social y los servicios de salud que el Gobierno del Distrito Federal ha impulsado a través del sistema público de salud para garantizar el acceso a la atención médica a la población, por ello a continuación en forma cronológica, se dan a conocer las acciones de organización más relevantes, antecedentes de la actual estructura administrativa.

1.1.1. Panorama histórico de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

A principios del siglo XX, los accidentados que comúnmente llegaban por estado de ebriedad, asaltos riñas, etc.; se atendían en la sección médica de las comisarías, dependientes del Ministerio de Gobernación por el practicante de guardia. Los pacientes llegaban por su propio pie, en parihuelas, en camillas o en carretelas, puesto que las ambulancias aún no existían, además los casos graves eran transferidos al Hospital Juárez, que era el único que atendía los hechos de sangre, como se le llamaba en esa época.

El 15 de diciembre de 1909, se inauguró el “Primer Puesto Central de Socorros”, se encontraba en la Sexta Comisaría, en la esquina de Revillagigedo y la calle de “Las Verdes”, hoy Victoria. La estructura administrativa estaba conformada por el Jefe del Servicio Médico, Dr. Leopoldo Castro, cinco médicos generales, tres practicantes y tres enfermeras. Su infraestructura era una sala de cirugía, una sala de curaciones y una pequeña sala anexa para el aseo del personal médico y paramédico. A solo dos días de ser inaugurado, se llevo a cabo la primera intervención quirúrgica de un niño por fractura expuesta y en el primer año de labores se atendieron 374 pacientes.

El 14 de julio de 1913, fue clausurado el Puesto Central de la Cruz Verde y suspendido en sus servicios por siete años, durante este tiempo las Cruces Roja y Blanca se encargaban de la atención de urgencias de la ciudad.

Es los años veinte se restablecieron y organizaron los servicios médicos hasta impartir los cursos de “Rehabilitación Física” y se impulsaron “Las Técnicas de Tratamiento en Traumatología”; se instalaron los servicios médicos para los centros de reclusión, cárceles, reformatorios, correccionales y penitenciaría.

Para los años treinta se crean cuatro nuevos puestos periféricos, situados el núm. 1 en Balbuena, el núm. 2 en Santa Julia, el núm. 3 en Mixcoac y el núm. 4 en Revillagigedo y Victoria. En 1935 se designó al Dr. Rubén Leñero, Jefe de Servicios Médicos y propone que la ciudad debería de contar con un Hospital Municipal de Emergencias e inicia la construcción del hospital situado en Santo Tomás, municipio de Tacuba, conocido por la población como Hospital de la Cruz Verde.

En 1943 se inaugura el Hospital Dr. Rubén Leñero, nombre que se le da en honor al médico precursor de los hospitales de urgencias, además de inaugurar una escuela de traumatología propia. Se crean los servicios médicos penitenciarios de la Cárcel de Mujeres, de Santa Martha Acatitla y de Lecumberri. Asimismo a manera de los extintos puestos de socorro, se crean pequeños hospitales regionales en Milpa Alta, Topilejo, Tláhuac, Cuauhtepac, El Rosario y Magdalena Contreras, así como la construcción de 11 Hospitales Infantiles como una política estratégica para combatir la alta mortalidad infantil. (Cuadro 1).

Hospitales Infantiles construidos por la Dirección General de Servicios Médicos DDF					
1958	1960	1961	1962	1963	1964
•Azcapotzalco	•Gustavo A. Madero (actualmente Pediátrico Villa)	•Tacubaya •Moctezuma	•Iztacalco •Peralvillo •Coyoacán	•Inguarán •Legaria	•Xochimilco •San Juan de Aragón
Cuadro 1. Castañeda Jaimes, Alberto 2005, p.25-26.					

Cuando se inaugura el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, los hospitales sufren una gran sangría de su personal, pues la mayoría de sus médicos y enfermeras pasan a laborar en sus hospitales, en especial al de Traumatología. Hay que empezar de nuevo a preparar su personal. Pero ya hay escuelas, hay bases. Llegan nuevos médicos y residentes, se intensifica la enseñanza universitaria, se crea nuevamente la Escuela de Enfermería en el Hospital General Rubén Leñero, bajo la dirección del Dr. José Gómez García, se funda la Sociedad Mexicana de Traumatología, y la Asociación Mexicana de Medicina Legal. El prestigio de nuestros hospitales lleva a los médicos del Rubén Leñero a cubrir los servicios de la Plaza de Toros y el Toreo, bajo la dirección de los doctores Morales Ortiz y Herrera Franyutti y se presta amplia ayuda al Sanatorio de los Toreros (hoy desaparecido), se cubren los Servicios de Box del Estado de México, a cargo del que esto escribe. En las carreras de autos de la Magdalena Mixhuca el servicio médico del Rubén Leñero y Balbuena, en todos sus eventos. (Herrera Franyutti, Alfonso.1984, p.301).

A finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, inicia la construcción de dos Hospitales de Urgencias: Balbuena y Xoco; se elaboró el primer cuadro básico de medicamentos de material de curación y papelería, se establecieron los almacenes internos en los hospitales y se crearon las plazas para médicos residentes.

Un cambio estructural administrativo llegó en la década de los setenta en la Dirección General de los Servicios Médicos, por lo cual, se crearon el Comité de Becas con base en la Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal, las coordinaciones y jefaturas en su Dirección General; se integraron el servicio de ambulancias al Escuadrón de Urgencias de la Dirección General de Policía y Tránsito del Departamento del Distrito Federal, el Consejo de Investigación y los servicios médicos en las Agencias del Ministerio Público y en Reclusorios; se estableció los servicios de Medicina Física y Rehabilitación y el Primer Banco de Oídos en el Hospital General Dr. Rubén Leñero y Ortopedia en el Hospital Infantil Coyoacán; se otorgó reconocimiento universitario por parte de la Facultad de Medicina de la UNAM a los cursos de especialización y residencias médicas; se elaboró el Manual de organización y procedimientos del servicio de urgencias para la red hospitalaria y se inauguró el Hospital de Urgencias Tláhuac e inicia la remodelación del Hospital de Urgencias Milpa Alta.

En la década de los ochenta se inaugura el Hospital de Traumatología y Urgencias Magdalena Contreras; asimismo en el año de 1984 asume el cargo de Director General el Dr. José Narro Robles e inicia la remodelación de los Hospitales Balbuena y Xoco para dar atención médica de segundo nivel. Tras el desastre de una de las plantas de gas de Pemex en San Juan Ixhuatepec en el Estado de México, los hospitales generales Villa, Balbuena, Rubén Leñero, Xoco y el pediátrico Tacubaya prestaron un gran servicio en la recepción, traslado de lesionados y atención de quemaduras a los damnificados.

Para 1985, se modifica la estructura administrativa de los hospitales al nombrar asistentes de la Dirección en los turnos vespertino y nocturno (tres para guardias A B C y para sábados, domingos y festivos) y se constituyeron los comités de investigación, de morbimortalidad, de expediente clínico y de infecciones intrahospitalarias. El 19 de septiembre de 1985 se dictó en los Servicios Médicos un “Código Rojo” ante el colapso de varias unidades hospitalarias por el devastador terremoto que sufrió la ciudad de México, lo que significó que todo el personal médico y paramédico diera el apoyo a la población y atención a lesionados. En 1988, la Comunidad Económica Europea ofrece la construcción de una unidad hospitalaria, así se inauguró el “Hospital General Iztapalapa”.

Posteriormente en 1991, los servicios médicos sufren una reestructuración al cambiar de nombre, se llamó Dirección General de Servicios de Salud. Paralelamente a los servicios y atención integral que ofrece a la población, se crean los Servicios de Salud Pública en las 16 Jurisdicciones Sanitaria del Distrito Federal y con el transcurso del tiempo se construyeron varias clínicas de primer nivel de atención médica y especialidades.

Es a partir de 1997 cuando se crea el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (ISSADF), producto del Convenio de Descentralización de los Servicios de Salud establecido por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud Federal (SSA) para constituir los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, organismo público descentralizado que proporciona atención médica en el primer nivel; asimismo el ISSADF es una dependencia que dirige la sanidad y el sistema de salud del Distrito Federal; por ello, se le da mayor autonomía en decisiones de planeación y satisfacción de necesidades de salud de la población, así como responsabilidades que significan mayor infraestructura para la prestación de sus servicios con calidad. (Figura 1).

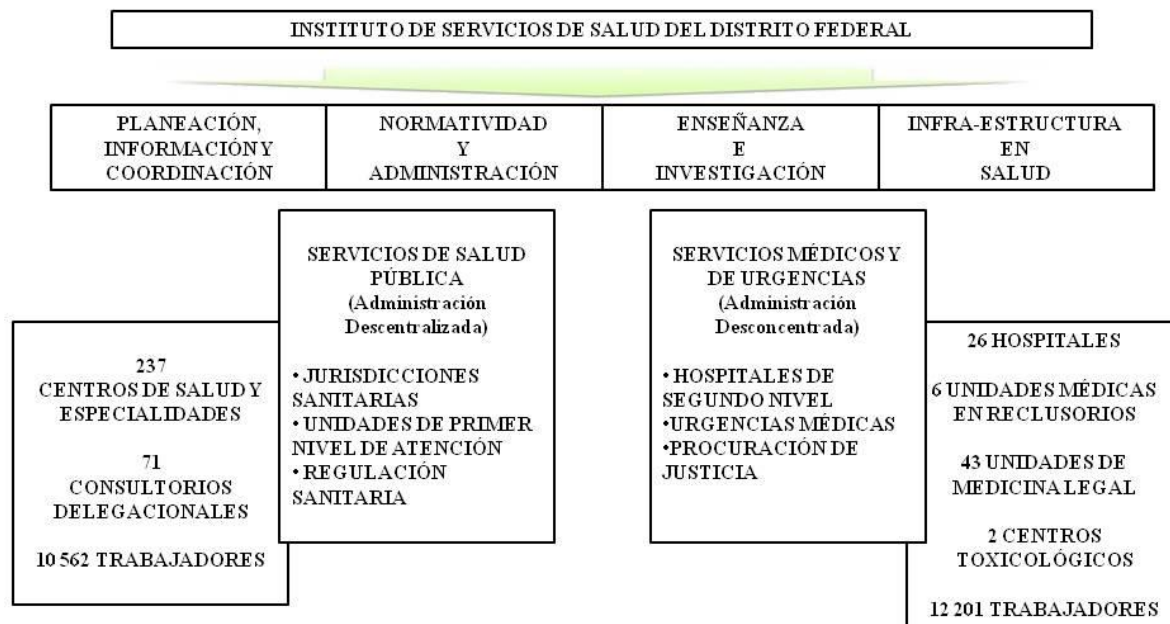


Figura 1. Infraestructura del ISSADF como producto de la descentralización de los Servicios de Salud. GDF. SESEDES. “La salud de la Ciudad”, septiembre de 1997.

Ante estos retos, en 1999 el llamado Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (ISSADF), cambia de nombre al de Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), para ser una dependencia centralizada del Gobierno del Distrito Federal, que además dentro de sus atribuciones comprende el planear, organizar y desarrollar el Sistema de Salud del Distrito Federal a través del Modelo de Atención Ampliada en Salud; determinar la periodicidad y características de la información que deberá proporcionar las unidades administrativas en materia de salud, llevar el registro de la información estadística en materia de salud local, entre otros. Así como sus funciones las cuales comprende: la atención médica en el primer y segundo nivel y en reclusorios; de servicios de salud de apoyo a las tareas de procuración de justicia, de medicina legal y social; la regulación sanitaria; la capacitación y formación personal (médico, paramédico, enfermería, técnicos y administrativos); enseñanza médica e investigación clínica, de servicios de salud y programas de salud a la población. (Figura 2).



Figura 2. Creación de la Secretaría de Salud como parte de la Administración Centralizada del Gobierno del Distrito Federal.

En el periodo comprendido de los años 2000-2010 han sido significativas las acciones referentes a programas de salud a la población y apoyo en infraestructura (equipo médico, instrumental, mobiliario, ambulancias); en síntesis, se presenta lo acontecido en los últimos diez años:

- 2001, crea su principal estrategia, el “Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos” e inicia el “Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 años residentes en el DF”, provenientes de las zonas de muy alta, alta y media marginación,
- 2002, se reabrieron el Hospital General Dr. Rubén Leñero, el Hospital Pediátrico Iztapalapa y el Hospital Materno Infantil Topilejo, se crearon las Clínicas de Displasias en tres Hospitales Generales, en siete Hospitales Materno Infantiles y en

dos Centros de Salud, así como la campaña “Una Vida Digna es una Vida sin Violencia” que continua vigente,

- 2003, la Asamblea Legislativa aprueba una iniciativa de Ley, la cual postula como derecho social universal la pensión alimentaria ciudadana en el Distrito Federal y se construyeron dos nuevos Centros de Salud en San Francisco Tlaltenco y Buenavista Iztapalapa,
- 2004, en cuanto a insumos se puso en marcha el Sistema de Abasto, Inventarios y Control de Almacenes (SAICA); asimismo se consolida el Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM) integrado por el Centro Regulador de Urgencias Médicas y nueve hospitales de la red de la SSDF, siete hospitales de la SSA, cuatro del IMSS y tres del ISSSTE.
- 2005, se firmó un convenio con la SSA para transferir las competencias en materia de seguridad sanitaria a la SSDF; se incorporan al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) los programas de salud; en el ámbito de enseñanza se formó a internos de pregrado, médicos residentes y de especialidades médicas, a enfermeras en nivel licenciatura con aval de la DGIRE-UNAM y cursos postécnicos con aval de la UACM; se inauguraron la Clínica Comunitaria de Santa Catarina y el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez en Iztapalapa.
- 2006, fue inaugurado el Hospital de Especialidades Enrique Cabrera en la Delegación Álvaro Obregón,
- 2010, se crea el Sistema de Protección Social Red Ángel, que integra todos los programas de salud y sociales del Gobierno del Distrito Federal.
- 2011, se inauguran el Hospital General Ajusco Medio Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez y el Hospital General Tlahuac; además se crea la Agencia de Protección Sanitaria y el Laboratorio de Análisis de Riesgos, órganos desconcentrados y aprobados por Asamblea Legislativa del Distrito Federal, los cuales son responsables de la protección sanitaria e identificación de los productos que pueden poner en riesgo la salud de la población
- 2012, se inauguran Clínicas de Salud en el Sistema de Transporte Colectivo Metro y Clínicas de Medicina Tradicional

1.1.2. Misión, Visión, Principios y Estrategias

MISIÓN

Hacer realidad el derecho a la protección de la salud, mantener vigente el espíritu de la gratuidad, la universalidad y la integralidad de la atención médica que se ofrece.

VISIÓN

La construcción de un sistema de salud universal, equitativo, preventivo, eficiente, eficaz y oportuno, en el que la Secretaría de Salud del DF se consolide como la instancia rectora y articuladora de los programas y acciones que en materia de salud se implementen a favor de los capitalinos.

PRINCIPIOS

- Garantizar la justicia social a través del acceso total y, para todos, a los servicios de salud pública en el Distrito Federal.
- Consolidar la equidad en la atención médica y la protección de la salud.
- Brindar servicios de calidad y calidez a los capitalinos.
- Cumplir con la universalidad en el otorgamiento de atención para quienes carecen de seguridad social y a aquellos que, aún siendo asegurado, solicitan el servicio.
- Mantener la integridad en la vocación de servicio de la institución.
- Llevar con oportunidad la atención médica a quienes más lo necesitan y hasta donde lo requieran.
- Fortalecer la gratuidad como premisa del servicio y atención que se otorga.
- Tener a la portabilidad como uno de los ejes de trabajo.

ESTRATEGIAS

Es la innovación de la calidad en la atención para impulsar los programas de prevención y promoción de la salud para las personas sin seguridad social en el Distrito Federal y el eje paralelo de la Secretaría, están constituidas las estrategias por:

- Gratuidad.
- Prioridades, criterios y necesidades
- Modelo de atención ampliada.
- Reorganización institucional, fortalecimiento y ampliación de los servicios.
- Calidad integral de los servicios.
- La administración en apoyo a la operación.
- Participación ciudadana desde la Unidad Territorial.
- El financiamiento, soporte de la política de salud.
- Educación e investigación.

1.1.3. Estructura orgánica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal es la institución responsable de garantizar el acceso a la atención médica y la protección de la salud, de la población residente en la Ciudad de México, a fin de mejorar y elevar su calidad de vida mediante el otorgamiento de intervenciones médicas integrales, oportunas y de calidad. *En http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=247, consultado el 03 de julio de 2012.*

A continuación se representará gráficamente y en forma resumida la estructura orgánica aprobada con el dictamen 3/2007 a partir del 16 de julio de 2007 y del ámbito desconcentrado autorizado a partir del 1 de septiembre de 2010. (Figura 3).

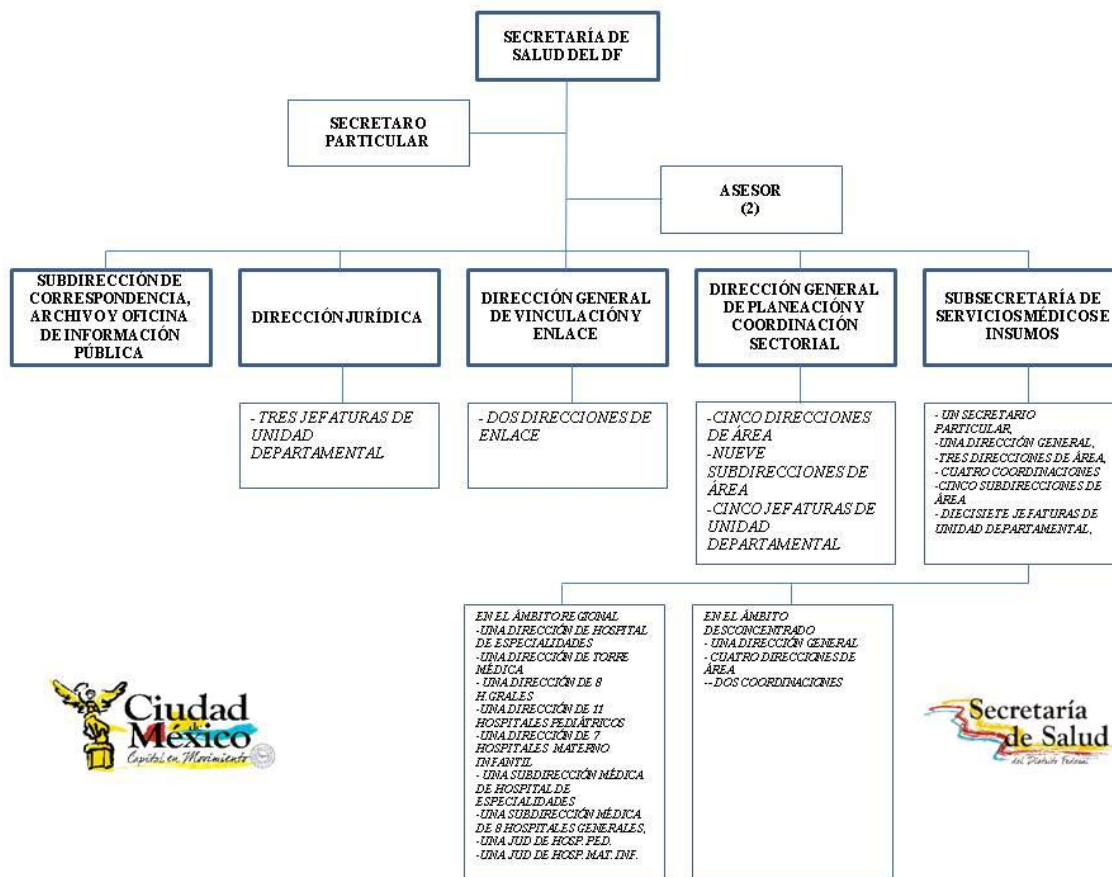


Figura 3. Organigrama funcional de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Dictamen 3/2007 aprobado el 16 de julio de 2007 y ámbito desconcentrado aprobado el 1 de septiembre de 2010. En <http://www.salud.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php>, obtenido el 27 de junio de 2011.

1.2. La Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

La programación en salud como tal, es considerada el eje matriz del desarrollo de la administración en las Instituciones de Salud en México; por ello y para conocer mejor el tema, se describirá una breve referencia histórica de la administración de los servicios de salud del Distrito Federal.

1.2.1. Panorama histórico de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

Al inicio del periodo de la regencia del Distrito Federal (1970-1976) la Dirección General de Servicios Médicos tenía una estructura funcional integrada por un Director General, un Subdirector General, un Director de Servicios Asistenciales y Preventivos; tres unidades con sus respectivas secciones. La primera con funciones específicas de

programación, enseñanza y procesamiento de datos estadísticos. La segunda, dedicada a los servicios asistenciales de los Hospitales de Urgencias, Infantiles, Generales, Penales y Servicios Médicos Legales, así como a los servicios de apoyo. Una tercera, se destinó a los servicios administrativos, en una variada gama de secciones. (Figura 4).

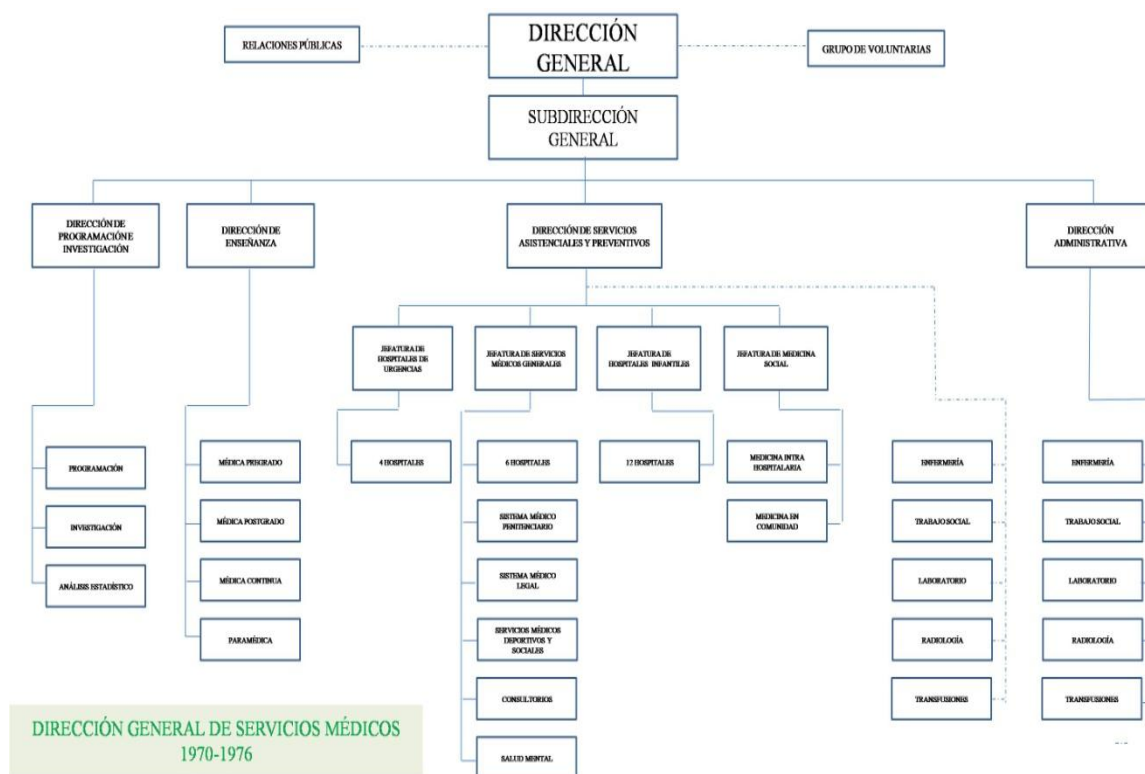


Figura 4. Organigrama funcional de la DGSM, periodo 1970-1976.

Para reforzar la estructura funcional, en 1972, se crea la Jefatura de Medicina Social para otorgar a la comunidad servicios médicos preventivos y asistenciales de primer nivel, entre 1974 y 1975, se crea la Jefatura de Investigación Científica y ante la importancia que representa la docencia, fueron separadas las actividades de enseñanza y programación.

Con respecto a la jurisdicción principal de la Dirección de Programación e Investigación y debido a la demanda creciente en otorgar atención médica, cumplió con atribuciones de integrar los servicios locales de salud a la población, promover congresos, seminarios, jornadas y otras reuniones de carácter científico para la formación de recursos humanos a través de la educación y la investigación, así como obtener información básica

de la recolección de datos en los establecimientos hospitalarios y analizarlos sistemáticamente para la realización de estadísticas y crear un sistema para el manejo de información estadística para disponer de información confiable a través de las jefaturas correspondientes:

- Jefatura de Programación
- Jefatura de Investigación
- Jefatura de Análisis Estadístico

La descentralización de los servicios tiene por objetivo general revertir el proceso centralizador en materia sanitaria mediante una adecuada redistribución de competencia entre los tres niveles de gobierno (incluyendo el traslado consecuente de funciones, programas y recursos), la integración programática de sistemas estatales y locales de salud, así como la integración orgánica de dichos sistemas de atención a población abierta en el seno de los gobiernos locales, bajo un esquema de asignación y aprovechamiento racional de los recursos.

El logro del objetivo general supone atender simultáneamente dos campos, el normativo en el nivel central y el operativo en cada una de las entidades federativas. Se pretende, por una parte, garantizar la adecuada coordinación del Sistema Nacional de Salud y la efectiva conducción de una política nacional en esta materia y por otra, asegurar la administración y operación integral de Sistemas Estatales de Salud en orden sectorial, en todas las entidades federativas del país.

Para efectos de este trabajo, el rubro del proceso de Descentralización de los Servicios de Salud para la población abierta del Distrito Federal es de suma importancia histórica, por el trabajo interinstitucional que tuvieron las estructuras administrativas funcionales anteriores llamadas Dirección de Programación y Evaluación, de Organización, Normatividad y Bioestadística, Dirección de Regulación de los Servicios de Salud en el periodo comprendido de 1970 a 1997, con la creación del ISSADF y posteriormente la SSDF, hasta que el primero de abril del año dos mil, se acepta una nueva reestructuración mediante la creación de áreas sustantivas, entre las que destaca la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.

1.2.2. Estructura orgánica de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.

En la actualidad, la Secretaría de Salud del Distrito Federal dentro de su nueva estructura orgánica establecida en el dictamen/2007 y dada la relevancia de la compatibilidad de los sistemas informáticos institucionales y red de comunicaciones con los sistemas de información de la propia Secretaría cuenta con jefaturas para las diversas acciones de apoyo técnico-operativo para cumplir con las atribuciones de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, de coordinar y controlar el sistema de información estadística, de emitir los lineamientos, criterios y procedimientos de captación, elaboración, producción, actualización, y difusión de la información estadística en salud. (Figura 5).

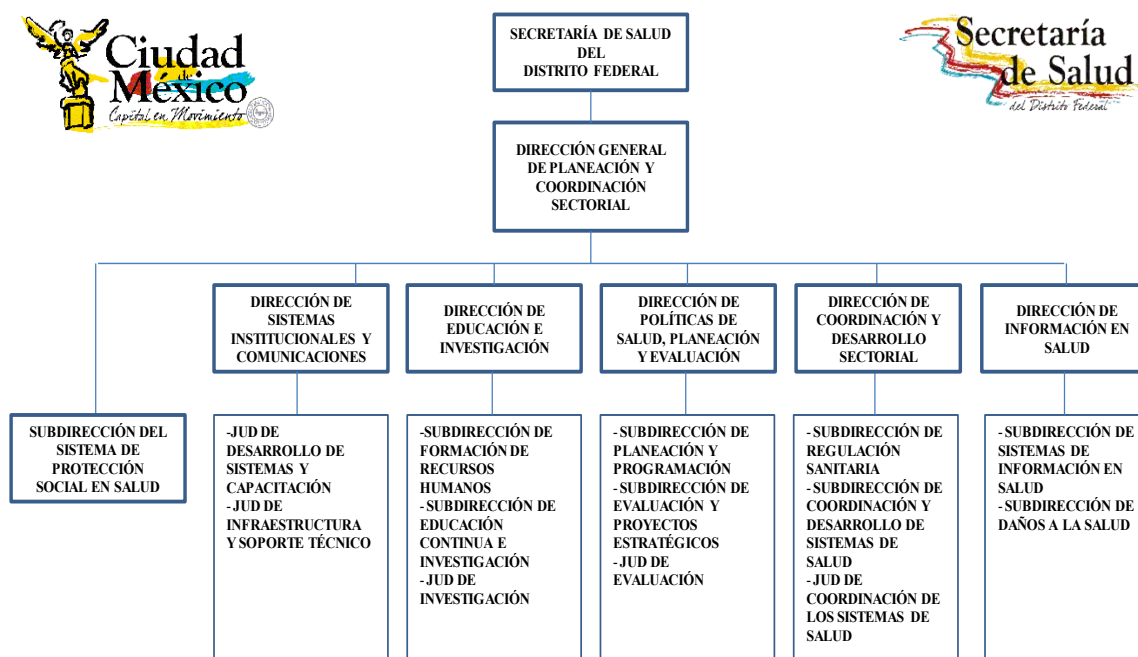


Figura 5. Organigrama funcional de la Dirección de General de Planeación y Coordinación Sectorial de la SSDF. Dictamen 3/2007 aprobado el 16 de julio de 2007 y ámbito desconcentrado aprobado el 1 de septiembre de 2010. En <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php>, obtenida el 27 de junio de 2011.

1.3. El Hospital General Dr. Rubén Leñero

1.3.1. Panorama histórico del Hospital General Dr. Rubén Leñero

El Hospital General Dr. Rubén Leñero, inicia su fundación en 1943, como el primer Hospital de Emergencias de América Latina y uno de los hospitales históricos del país que marcaron pautas para desarrollo de diferentes campos de la Medicina Mexicana (Traumatología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Reconstructiva, Quemados, Cirugía General, etc.), y formación de profesionales como “Hospital Escuela”.

Conocido en esas fechas como Hospital de la Cruz Verde de México y naciendo como respuesta a la creciente demanda de los problemas traumatológicos propios de una gran ciudad y en apoyo a los puestos de socorro fundados hace 87 años, fue el primero de ellos siendo ubicado en la calle de Las Verdes, dando origen al nombre de La Cruz Verde.

En 1957 se inició la primera sala de Terapia Intensiva en la República Mexicana, aumentando el número de camas en 1959 para dar cabida a todas las especialidades propias de un verdadero Hospital General, recibiendo no sólo a pacientes traumatizados, sino todo padecimiento, es decir, se atendía desde a un baleado, atropellado hasta un embarazo de alto riesgo.

Para 1959 se construyeron las salas de Cráneo, Ortopedia, Cirugía Plástica, Reconstructiva, Banco de Sangre y Cirugía Maxilofacial; en la sala de Atención a Quemados se construyó un Quirófano y sala de Terapia Intensiva, siendo la primera Unidad Especializada en “Quemados” en México.

En los años 60, inicia sus actividades la Escuela de Enfermería con reconocimiento universitario dentro de las instalaciones del Hospital y para 1971 se instala formalmente el Servicio de Rehabilitación.

En toda la trayectoria del Hospital, se han dado siete remodelaciones, en los últimos diez años la más reciente y ampliando algunos de sus servicios en el 2002.

1.3.2. Misión, visión, valores, ficha técnica

Su misión del hospital es contribuir al cumplimiento del derecho a la salud de la población del Distrito Federal, mediante la prestación de servicios integrales y multidisciplinarios de 2º nivel de atención, con sentido ético y humanitario en un marco de mejora continua, investigación y formación de recursos humanos para la salud.

Su visión es ser un hospital que brinde atención especializada de alta calidad, adecuándose a los cambios del entorno, mediante el crecimiento profesional y tecnológico que logre un alto grado de satisfacción del usuario.

Sus valores se integran por:

- Honestidad
- Compromiso
- Disponibilidad
- Respeto
- Sentido humanitario

A continuación se describe la ficha técnica que integra sus especialidades y servicios que oferta el hospital (Cuadro 2 y 3).

Medicina Interna	Inhaloterapia	Servicios de Apoyo: Laboratorio Clínico		Medicina Física
Gineco-Obstetricia	Psicología	Imagenología	Patología	
Cirugía General	Unidad de Quemados	Banco de Sangre	Cirugía Maxilofacial	
Urgencias Quirúrgicas	Médico Otorrinolaringología	Oftalmología	Cirugía Bariátrica	
Terapia Intensiva Adultos	Endoscopia	Odontología	Clinica del Dolor	
Traumatología y Ortopedia	Cirugía Plástica y Reconstructiva	Dermatología		

Cuadro 2. Especialidades que oferta el Hospital General Dr. Rubén Leñero.

Fuente: Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, actualizado al 15 de abril de 2011.

SERVICIOS QUE OFERTA	CAMAS CENSABLES	CAMAS NO CENSABLES
Medicina Interna	33	
Cirugía General	26	
Gineco-Obstetricia	2	
Traumatología y Ortopedia	27	
Cirugía Bariátrica	5	
Cirugía Plástica y Reconstructiva	13	
Unidad de Quemados	12	4
Urgencias Médico Quirúrgicas		23
Terapia Intensiva Adultos		7
Quirófanos		8
TOTAL	118	42
Consultorios Totales	15	
Consultorios Especializados	14	
Salas de Quirófano	8	
Consultorios Generales		2
Consultorios de Urgencias		3
Vehículos Administrativos		2
Ambulancias		3
TOTAL	37	10

Cuadro 3. Servicios que oferta el Hospital General Dr. Rubén Leñero

Fuente: Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, actualizado al 15 de abril de 2011.

1.3.3. Estructura orgánica del Hospital General Dr. Rubén Leñero y de la Unidad de Planeación y Evaluación.

De acuerdo a los últimos dictámenes de reestructuración de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y como parte de las funciones sustantivas de las unidades hospitalarias y en particular del Hospital General Dr. Rubén Leñero, a continuación se presenta la actual estructura organizacional con el propósito de orientar al lector las diversas actividades en materia de información que lleva a cabo (Figura 6 y 7).

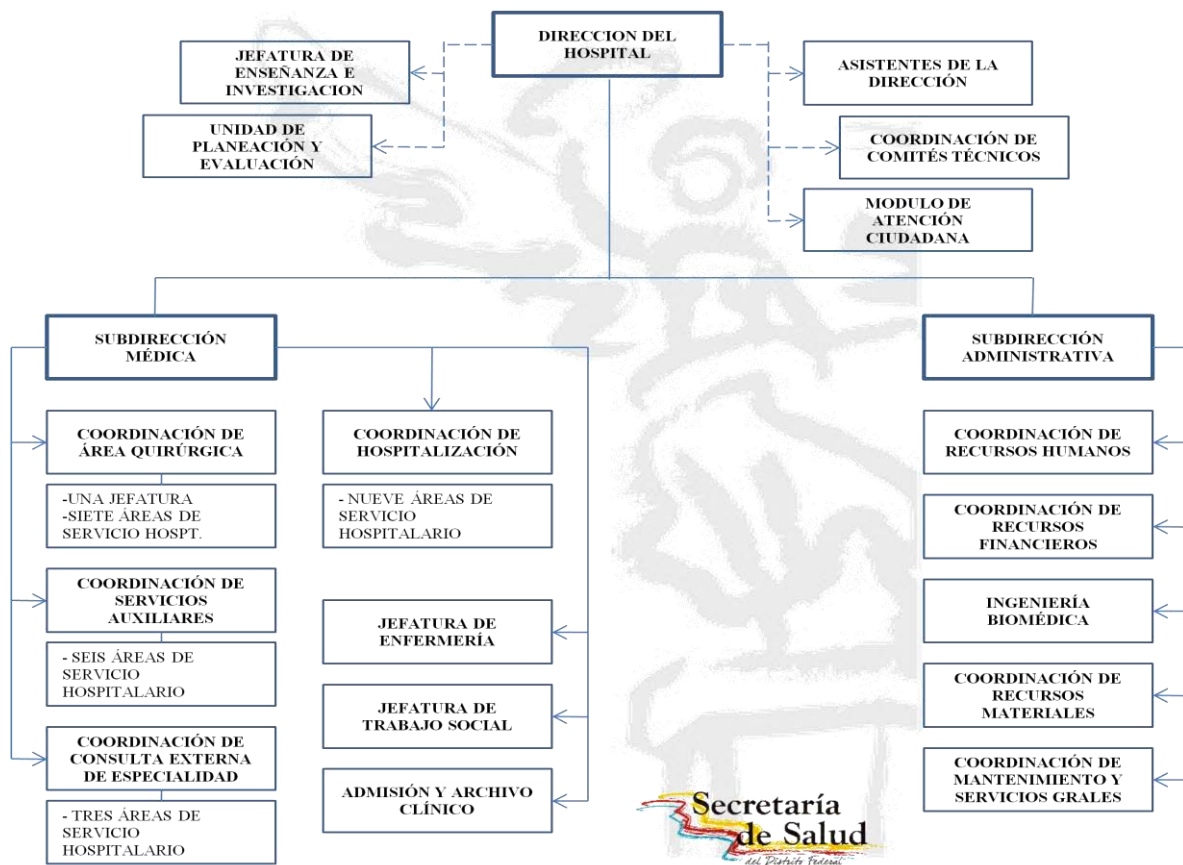


Fig. 6. Organigrama funcional del Área Médica y Administrativa del Hospital General Dr. Rubén Leñero aprobado el 30 de marzo de 2011.

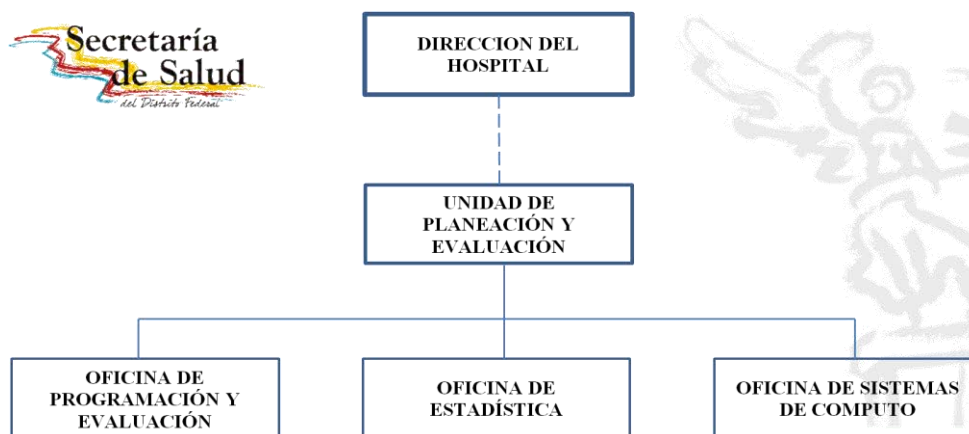


Figura 7. Organigrama funcional de la Unidad de Planeación y Evaluación del HGRL.

La Unidad de Planeación y Evaluación es un área ubicada en el proceso de programación en salud, como una parte de la gran etapa de la planeación de los servicios de salud, de entenderlo como la acción de elaborar programas y proyectos con base en las necesidades comunitarias plenamente justificadas y en previsiones que nos permitan fijar los objetivos, metas, zonas de acción, actividades precisas para lograr los objetivos, procedimientos claros para unificar el criterio de quienes han de llevar a cabo las tareas; estructura, funciones y estrategias bien definidas; así como una doctrina muy firme en lo que se refiere al diagnóstico, análisis y uso de los recursos; todo lo anterior controlado con mecanismos de supervisión que nos permitan identificar y corregir omisiones o desviaciones de la mencionada doctrina de trabajo, indicadores específicos para medir rendimientos, avances del programa y resultados y un sistema de información que señale los formatos para recolección de datos y los procedimientos para su utilización. (*Santos González, José (1986). Modelo de atención a la salud en el proceso de descentralización de los servicios de salud. Memorias II Jornadas Médico Quirúrgicas. Departamento del Distrito Federal: Dirección General de Servicios Médicos. 28 al 31 de enero. P.533-534*).

En toda época la planeación ha sido una herramienta necesaria debido a que coadyuva a formular planes debidamente preparados y razonados, por lo que es necesario que todo directivo de cualquier nivel haga uso de esta etapa del proceso administrativo con el propósito de apoyar al directivo en una adecuada toma de decisiones para alcanzar los objetivos generales de la institución.

La planeación busca mejorar ideas poniéndolas en operación y salir adelante con la problemática operacional a futuro y ve la posibilidad de obtener una mayor calidad en las acciones que se programaron, identificando a la persona que planea, dándole las condiciones de certeza o incertidumbre, en los cambios que se susciten en el futuro, adoptando decisiones racionales acerca de los objetivos y líneas de conducta posible, proceso que a su vez requiere de una evaluación explícita de los distintos conjuntos posibles, objeto – acción equivalentes en un mismo terreno, así como una elección entre ellos. (*Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Manual de Organización de la Unidad de Planeación y Evaluación en las Unidades Hospitalarias (2003). México, el autor*).

Su objetivo de la Unidad de Planeación y Evaluación es realizar la planeación, programación y evaluación periódica de las actividades que se efectúan en la unidad hospitalaria, mediante el análisis de la situación de los diferentes servicios y departamentos, así como, la adecuación y difusión de la normatividad procedente de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y de la generada en la propia unidad hospitalaria, para mejorar la calidad de la atención que se otorga en la unidad. Cuenta con tres oficinas de apoyo técnico-operativo las cuales son: de programación y evaluación, de estadística y sistemas de cómputo.

La oficina de Programación y Evaluación participa en la elaboración e integración de los programas y subprogramas correspondientes a la unidad hospitalaria de acuerdo a la normatividad establecida por nivel central, a través de las estrategias determinadas en la apertura programática, a fin de apoyar en la toma de decisiones.

La oficina de Estadística recopila, depura, procesa y presenta de las distintas áreas y servicios, la información estadística que se genera en los mismos, a fin de que ésta, sirva de apoyo, en el proceso de planeación y evaluación que conlleve a la solución de posibles desviaciones y adecuada toma de decisiones a las autoridades de la unidad hospitalaria y por ende a una adecuada prestación de servicios.

La oficina de sistemas de cómputo formula los procedimientos para el diseño, implantación y desarrollo de sistemas de captura y procesamiento electrónico de información sustantiva y administrativa, para proveer a las instancias correspondientes de insumos de información que coadyuven al mejor cumplimiento de sus actividades de planeación, programación, presupuestación y evaluación.

2. LA INFORMACIÓN EN SALUD, LA CALIDAD EN EL SERVICIO Y LA GESTIÓN DOCUMENTAL.

*En igual grado que el afianzamiento académico,
importa asegurar el del sentido ético.
No puede admitirse una educación verdadera
sin una sólida vertebración moral.
Tanto como el amor a la sabiduría,
la dignidad en la conducta y la rectitud en la
acción deben inspirar la vida universitaria*

Dr. Ignacio Chávez

2.1 La información y el sistema de información en salud.

La información en un hospital es un proceso administrativo complejo, a su vez debe ser confiable y de utilidad para todo el equipo de salud que busca una adecuada organización para llevar a cabo una mejor toma de decisiones.

Los hospitales como prestadores de servicio de una relevancia social deben ampliar su horizonte al desarrollo e innovación de las tecnologías informáticas, la cual incluye los sistemas de información, ya que el aprovechamiento conjunto de la información médica con los sistemas de información en salud, da como resultado mejorar la eficiencia y efectividad a los servicios hospitalarios, asimismo, la gestión administrativa cumple una función relevante en el desarrollo profesional del equipo de salud al adquirir conocimientos gerenciales para ser más eficientes y satisfacer a los usuarios y proporcionar información médico – hospitalaria de calidad.

En el presente trabajo trataremos de explicar la relación que conlleva la información médica generada en un hospital de segundo nivel de atención con los diferentes sistemas y subsistemas de información en salud y el resultado de éstos es proporcionar una gestión documental y administrativa óptima para una mejor toma de decisiones a nivel directivo y una mejora de calidad en el servicio hospitalario.

2.1.1 Concepto de información y estructura de un sistema de información en salud.

En este sentido el término “información” es un conjunto de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado del conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

En general la información tiene una estructura interna y puede contener varios aspectos: significado (semántica), importancia (relativa al receptor), vigencia (en la dimensión tiempo/espacio), validez (relativa al emisor) y valor (activo intangible volátil).

Los usos de la información persiguen los siguientes objetivos: aumentar/mejorar el conocimiento del usuario, proporcionar al que toma decisiones la materia prima necesaria para el desarrollo de soluciones y elección y proporcionar una serie de reglas de evaluación y decisión para fines de control.

El concepto de información puede ser algo confuso, ya que involucra varias características que para algunos usuarios son primordiales y a otros no y las percibe de acuerdo a su utilidad.

Como anteriormente se describe, uno de los aspectos fundamentales es el “valor” de la información, con el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicaciones, se ha transformado en un insumo a nivel local, nacional e internacional y está vinculado al poder del conocimiento en cualquier grupo social. Por otra parte, la información técnica, científica y médica tiene una estrecha relación con el uso de las comunicaciones, lo cual facilita el acceso a sistemas de información, de ahí que se le asigna un valor específico y vinculado con los costos de operación y utilización que tiene para la formación académica y de la producción científica.

La gran diseminación de la información médica ha generado los procesos de selección, adquisición, búsqueda y distribución de manera rápida y efectiva. Para ello, deberá ser analizada, procesada y enviada, utilizando las tecnologías de la información y comunicaciones y sus mecanismos de propaganda y diseminación selectiva con la finalidad de ser consultada y utilizada en diferentes instituciones gubernamentales, privadas, bibliotecas, centros de documentación, entre otros.

Por esto, la información se ha definido cómo (Moya, 2004) “el resultado de un cuidadoso análisis e interpretación de datos cuantitativos y cualitativos por parte de los usuarios. Es también el producto de la comparación y análisis de hechos observados en relación con conocimientos previos, o de datos sobre ciertas actividades respecto a normas o metas preestablecidas con el objetivo de tomar una decisión”

Antes de proseguir sería conveniente diferenciar entre datos, información y conocimiento.

- Datos. Se trataría de una medición objetiva.
- Información. Conjunto de datos relacionados e interpretados.
- Conocimiento. Conjunto de información desarrollada, que permite prever y planificar.

Entre ellos se establecería un sistema jerárquico como sigue: (figura 8).

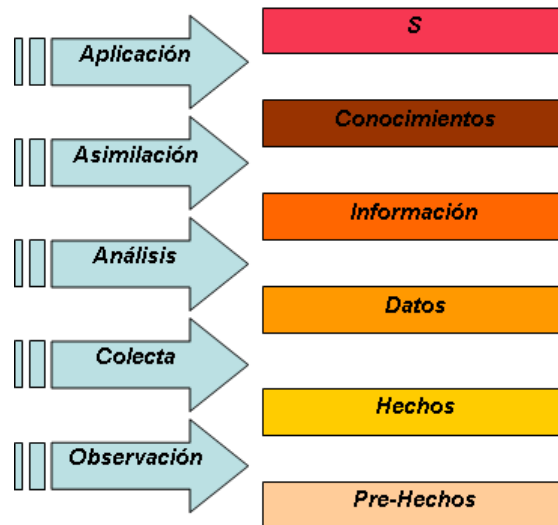


Fig 8. Sistema jerárquico entre datos, información y conocimiento. Adaptado de Alonso Arévalo, Julio (2004, p.4)

Toda información es un conjunto y que forma parte de un sistema, el que a su vez interactúan los usuarios, información y los procesos para generar el valor de la misma información.

La Teoría General de Sistemas es un conjunto de elementos interrelacionados y que se orientan a un fin específico, es decir, una organización, en ella se identificaran los objetivos, propósitos y metas.

(Alonso, 2007, p.4) cita a (Ros García, J. 1993, v.2) que el sistema de Información (SI) puede ser definido como una colección de personas, procedimientos y equipos

diseñados, contruidos, operados y mantenidos para recoger, registrar, procesar, almacenar, recuperar y visualizar información.

En este sentido es importante considerar que en el campo de la salud, la información que se genera en un hospital cualquiera que sea su nivel de atención, centro de salud o clínica, existe una población que está formada por elementos de distinta clase, es decir, estudiantes, maestros, investigadores en las ciencias médicas, hasta una población abierta con o sin seguridad social que comúnmente al futuro serán un grupo de pacientes que serán atendidos en las unidades hospitalarias y que en todo este proceso han generado información médica y conformado un expediente clínico para su tratamiento.

En el lenguaje administrativo, sistema es un conjunto de elementos y componentes coordinados que existen para obtener un objetivo común, según un plan determinado, o sea que el sistema tiene una estructura, metas, propiedades y funciones; connota orden e implica lógica.

Los sistemas de información deben cumplir con tres objetivos básicos dentro de las organizaciones: automatización de procesos operativos, proporcionar información que sirva de apoyo al proceso de toma de decisiones y lograr ventajas competitivas a través de su implantación y uso. (Figura 9).



Fig. 9. Tipos y usos de un sistema de información. Adaptado de Peralta, Manuel, en <http://www.monografias.com/trabajos7/sisinf/sisinf.shtml>. Consultada el día 04 de noviembre de 2011.

Otra definición de Sistema de Información es un conjunto de elementos orientados al tratamiento y administración de datos e información organizados y listos para su posterior uso, generados para cubrir una necesidad (objetivo). Dichos elementos formarán parte de alguna de estas categorías: personas, datos, actividades o técnicas de trabajo y recursos materiales en general (típicamente recursos informáticos y de comunicación, aunque no tienen porque ser de este tipo obligatoriamente). Todos estos elementos interactúan entre sí para procesar los datos (incluyendo procesos manuales y automáticos) dando lugar a información más elaborada y distribuyéndola de la manera más adecuada posible en una determinada organización en función de sus objetivos. (Figura 10).

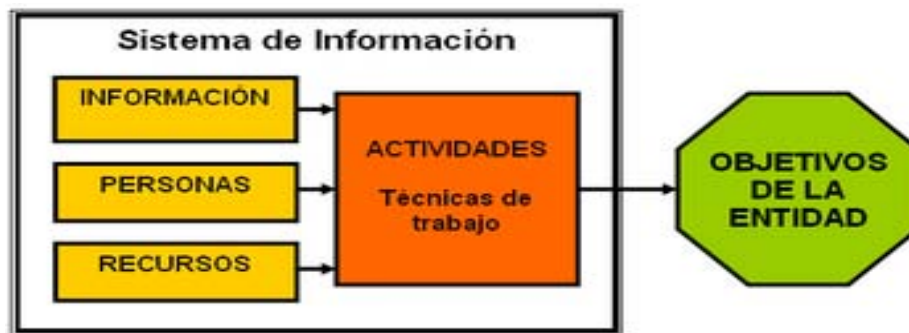


Fig. 10. Wikipedia, La enciclopedia libre. Sistema de Información en http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_Información Consultado el día 04 de noviembre de 2011.

Por lo cual, el Sistema de Información en Salud, denominado también Expediente Clínico Electrónico, pese a que éste último es solo parte clínica del proceso, consiste en un programa o programas de cómputo especializados en salud y que a su vez conforman un Subsistema de Información en Salud que son instalados en una unidad hospitalaria, estos permiten: llevar un control de todos los servicios prestados a los pacientes; obtener estadísticas generales de los pacientes; obtener datos epidemiológicos; detallar el coste de la atención prestada a cada paciente; llevar un estricto expediente clínico en forma electrónica; garantizar la calidad y oportunidad de los datos producidos y colaborar con otros sectores en la definición de las necesidades de indicadores y de otras estadísticas y en el aprovechamiento de los mismos dentro del proceso decisorio. (Wikipedia, La enciclopedia libre. Adaptado de Historia Clínica Electrónica en http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_Clinica_Electronica Consultado el día 04 de noviembre de 2011).

2.1.2. Estructura de un sistema de información en salud

Un sistema de información debe ser estructurado con el firme propósito de responder a las necesidades de las unidades operativas de un sistema de atención a la salud, por lo tanto en su diseño es necesario tomar la Apertura Programática del Sector Salud, que consiste en la integración de las acciones del sector, dentro de un contexto organizado y definido y que se presenta en forma de programas, subprogramas y proyectos que deben expresarse en forma de metas, este elemento es básico en la administración pública, además es establecido por el Sistema Nacional de Planeación.

La conformación de un Sistema de Información en Salud, en forma general debe consistir de tres formatos básicos: “Registro Diario de Actividades”, “Concentración Diaria” e “Informe Mensual”; formularios que deben ser elaborados por cada Unidad Departamental o Jefatura de Servicio de las unidades hospitalarias.

Un sistema debe ser estructurado de manera tal, que permita el uso de un mismo registro en los diferentes niveles de atención a la salud, sin que este registro altere el funcionamiento del sistema y con base en estos elementos es posible:

- Conocer la cuantía de los servicios de salud otorgados y evaluar, en forma expedita y oportuna, los resultados en las unidades.
- Conocer las desviaciones de los sistemas, métodos y procedimientos de trabajo, que permitan prever las unidades inmediatas y mediatas, necesarias para corregir las desviaciones.
- Poner a disposición de los diferentes niveles directivos los elementos necesarios en forma estadística que les permitan hacer más efectivas las actividades de la Dirección General, respecto con la administración de las prestaciones de salud.
- Poner a disposición de los diversos servidores públicos de la Dirección General, la información, presupuestación y evaluación.

Para alcanzar los objetivos citados, es necesario sistematizar las acciones derivadas de la captación de datos y de la elaboración de informes, así como su evaluación, tomando en cuenta que para el efecto, es preciso que en las labores señaladas en la crítica y utilización de datos, impere un criterio uniforme del cual participe todo el personal a quien competan dichas actividades.

Un sistema de información en salud, en su concepción, debe incluir:

- Una guía de programación, que establezca de inicio un universo definido, limitado y estructurado, conforme a un patrón determinado.
- Información de datos agrupados que se originen en la operación y se seleccionen para conformar y garantizar información en cantidad y calidad suficientes para confirmar el grado de confiabilidad.
- Estadísticas que permitan continuidad y que por la veracidad, oportunidad y complementación, constituyan el elemento para la toma de decisiones.
- Evaluación que se inicie en el primer nivel de responsabilidades y se continúe en todos los niveles, con un mínimo de información en conceptos y un máximo de apertura en las unidades, lo que permite en forma inmediata, tener un panorama comparativo, facilitando la supervisión y la acción correctiva.

Además, se deben establecer las bases que permitan posteriormente cruzar la información estadística de las actividades de los departamentos, con la información correspondiente al área de presupuestación y contabilidad, lo que coadyuvará al análisis de los resultados obtenidos de las acciones básicas en el programa, subprogramas y proyectos.

En forma general, un Sistema de Información en Salud, requiere captar las actividades generales, intermedias y lineales, generadas en los diferentes departamentos y servicios de las Unidades de Atención Médica de un Sistema de Atención a la Salud.

Así mismo, el Sistema de Información en Salud se divide en Subsistemas de Información en Salud, éste no es un fin en sí mismo y en el campo de la salud es un medio

para describir y entender el estado de salud del individuo, de la familia y de la comunidad; para poder ejercer la vigilancia epidemiológica; para planear, dirigir, ejecutar, controlar y evaluar los servicios de salud; para asegurarse que las acciones de salud programadas para el individuo, la familia y la comunidad se están realizando; para reconocer las acciones de salud que el individuo, la familia y la comunidad ejecutan o deben ejecutar; para medir el impacto de las acciones sobre el estado de salud y las variaciones de éste en el tiempo y para tomar las decisiones pertinentes.

2.1.3. El registro administrativo como herramienta para las políticas públicas en salud

Un registro administrativo se define como un conjunto de datos y que conjuntamente es información que refiere a una unidad individual, desde una persona hasta organización, que ha sido tratada, recopilada, capturada y procesada por una determinada oficina gubernamental con el propósito de efectuar toma de decisiones relativas a esa institución, a su vez junto con las encuestas y los censos forman la fuente de datos para la estadística.

El registro administrativo forma parte de la estructura estadística de un país, estado, municipio, organizaciones no gubernamentales, entre otros, por su volumen de datos y diversidad de variables que los hace propicios para cualquier investigación social, de salud, económica, política, etc.

Esta información se recolecta a través de las actas de nacimiento, de matrimonio, divorcios, informes policiales, registros catastrales, plantillas de personal, registros médicos y de enfermería, entre otros tantos registros que guarda y/o custodia la administración pública para llevar un control de los actos administrativos que se llevan, es decir, registrar la actividad o el hecho en un documento que se denomina registro administrativo.

En definición, un registro administrativo es un método que permite captar e integrar información que requieren las instituciones públicas, privadas y sociales para controlar y dar seguimiento a las actividades asociadas a sus programas u obligaciones. (*INEGI. Los registros administrativos, en <http://www.oeidrus-oaxaca.gob.mx/laceiegdrus2006/03PresentacionRA.pdf>, consultado el 04 de noviembre de 2011*).

La función de un registro administrativo en salud es identificar, clasificar, analizar y difundir la información generada través de los sistemas de información en salud hacia los distintos departamentos de la unidad hospitalaria, de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial y de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para conformar estadísticas en salud.

No hay que confundir un registro administrativo con el procedimiento administrativo, es decir, las encuestas y censos son procesos que generan datos estadísticos, mientras que los procedimientos administrativos los generan en un segundo plano. Se parecen en que son datos tomados individualmente de una determinada población pero que vienen insertos en diferentes procesos metodológicos.

Es decir, los procedimientos no están hechos para generar estadísticas sino para cumplir con un procedimiento normativo; las encuestas y los censos son proyectos o procesos finitos, mientras que los procesos administrativos son procesos permanentes y metodológicamente las encuestas y los censos dependen de las condiciones iniciales del estudio mientras que el registro administrativo depende de requisitos normativos. (*Los registros administrativos: sus ventajas y desventajas, sus diferencias entre las encuestas y los censos en <http://knol.google.com/k/los-registros-administrativos#>, consultado el 04 de noviembre de 2011*).

De acuerdo con la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía es la encargada de normar el funcionamiento del sistema y regular la captación, procesamiento y publicación de la información que se genera, con base en los dictámenes que, en su caso, emita el Comité Ejecutivo correspondiente; es así que para la elaboración de un sistema de información en salud se registrará bajo las normas de este instituto, considerando las necesidades de salud de la población y la información generada dentro de un hospital, delegación o municipio se creará un sistema de información adaptado a las necesidades de la Secretaría de Salud Federal y de cada Estado del país.

Es así que los registros administrativos forman parte primordial de un sistema de información en salud, se centra en sus funciones técnicas, tecnológicas y administrativas de

una unidad hospitalaria; su entorno que la determina, es decir, su visión y misión los cuales deben responder unos objetivos y estrategias que nos conducirán a unos procesos, poder cumplir con sus funciones y así, buscar la calidad, ya sea del servicio administrativo y de la credibilidad de la información generada por la unidad hospitalaria, para que los derechohabientes del servicio hospitalario sean su centro de todo su quehacer en salud.

Por ende, los registros administrativos son una herramienta fundamental para desarrollar e implementación de políticas públicas, estos esfuerzos se orientan a generar y difundir datos, conocimientos y experiencias para que el Estado disponga de diagnósticos situacionales y herramientas gerenciales y políticas que coloquen a la población en estudio como parte central de la formulación de políticas públicas en salud. Igualmente conjuntando con otras partes (organismos públicos relacionados, organismos no gubernamentales, organismos internacionales, empresarios, legisladores, senadores, asambleístas, partidos políticos, entre otros) promueven y dan inicio a las políticas encausadas hacia la salud de la población de forma participativa, procurando fortalecer las capacidades de todos los actores sociales para recibir una adecuada presupuestación o recursos federales o estatales para atender las necesidades de la población en cuestión de salud.

Como resultado de estas políticas públicas en salud tenemos por parte del Gobierno Federal el Seguro de Protección Social en Salud “Seguro Popular” que incluye el Catálogo Universal de Servicios de Salud, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, Seguro Médico para una Nueva Generación y un programa de convenio o portabilidad “Sicompensa” que da garantía de acceder a los servicios de salud y en el caso del Gobierno del Distrito Federal se cuenta con el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos “Gratuidad” conjuntados con otros programas de protección social, que es un mecanismo articulado por el sistema Red Ángel, los cuales cubren y aseguran el derecho a la salud, la educación y la equidad en todas las etapas de la vida de las personas, cual lema es “donde nadie queda fuera, nadie atrás, nadie olvidado”.

Como punto de partida es entender el papel que juega la política pública de salud en el Distrito Federal. Entender el concepto de protección social es un conjunto de mecanismos que brindan una red de seguridad enfocada en la población marginada y

desprotegida y por lo que incluye solamente políticas asistenciales diferentes a la de seguridad social. En otros casos, se plantea como seguridad social, un concepto más amplio y vinculado con derechos humanos y derechos sociales y por tanto un componente esencial para el desarrollo de las personas y de la entidad.

Cualquiera que sea el modo de expresión de la política en salud, es importante destacar que es un mecanismo universal para el apoyo a la población, superar situaciones adversas y reducir los riesgos que afecten a las personas de acuerdo a su grado de vulnerabilidad, estos son la salud, desempleo, invalidez, pobreza, marginación, vejez, muerte, entre otros.

Bajo esta concepción, debemos identificar las situaciones ideales para el planteamiento de los objetivos, es decir, revisar leyes, normas y convenios internacionales para tener una evidencia empírica; para la definición de los programas sociales debemos tomar en cuenta el marco conceptual que tienen las relaciones causales y no causales, las atribuciones donde intervienen los actores y los recursos y las metas que se basan en las líneas basales y los indicadores en salud (información en salud); la ejecución de las acciones consta de la información de las metas, indicadores y responsabilidades; del presupuesto que se designa, distribuye, utiliza y su efectividad y de las actividades calendarizadas o específicas (registros administrativos en salud); en la evaluación consta de la información disponible, adecuada y de calidad, la ejecución de las acciones previstas y el efecto deseado, así como de los indicadores que nos marcan las metas cumplidas y como se realizaron las acciones (gestión de la información y conocimiento).

Para concluir debemos tener en cuenta que dentro de un sistema de información en salud debe desarrollar como respuesta a las necesidades que se tienen de datos exactos, oportunos y significativos, con el fin de planear, analizar y controlar las actividades de la institución para optimizar su funcionamiento y crecimiento. (Figura 11).



Fig. 11. ¿Cuáles son las fuentes de datos? (Torres Palacios, Luis Manuel (2008). Los registros administrativos de salud desde la óptica de género. IX Encuentro Internacional de Estadísticas de Género Ronda Censal 2010).

El sistema debe proporcionar medios para la entrada, el procesamiento y la salida de datos, además de una red de decisión y retroalimentación, que ayude a la administración de la unidad hospitalaria a responder a los cambios presentes y futuros en el ambiente interno y externo de la propia organización. (Figura 12).



Fig. 12. Fuentes de datos: registro de daños a la salud. (Torres Palacios, Luis Manuel (2008). Los registros administrativos de salud desde la óptica de género. IX Encuentro Internacional de Estadísticas de Género Ronda Censal 2010).

Los sistemas tienen jerarquías, pueden formar parte de sistemas mayores “suprasistemas” y a su vez sistemas menores “subsistemas”. (Figura 13).

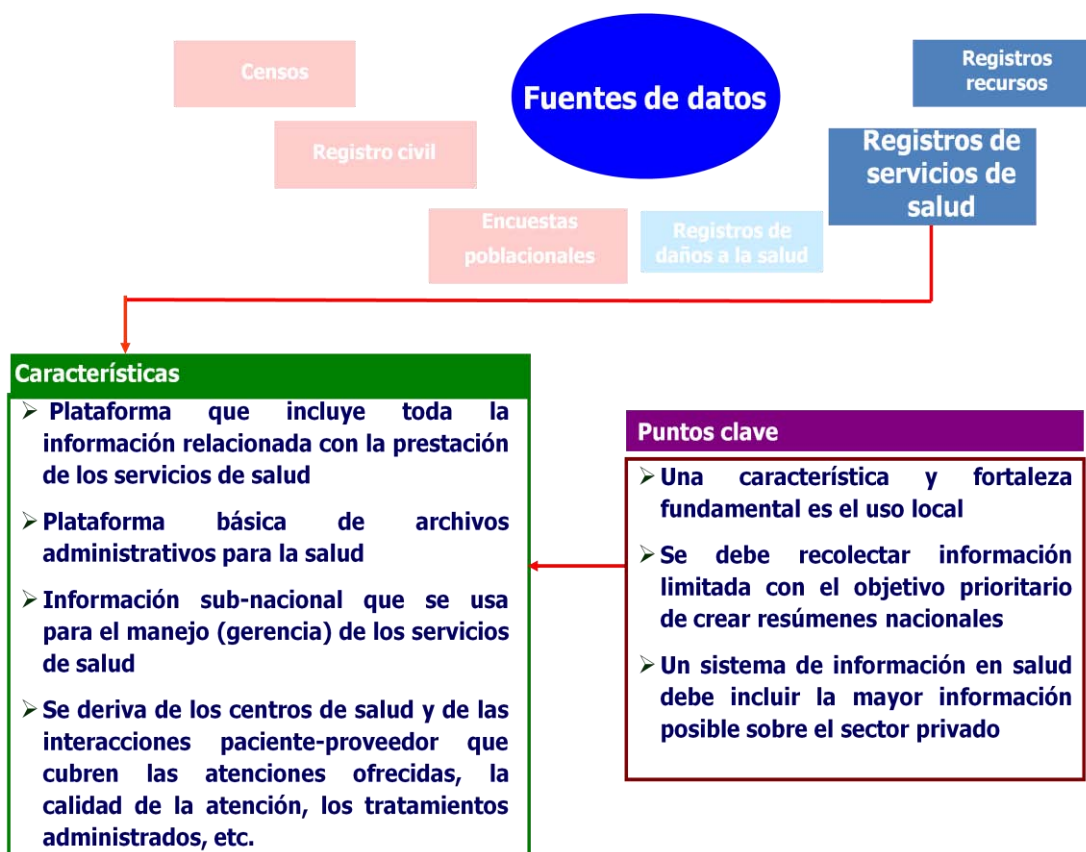


Fig. 13. Fuentes de datos: registro de servicios de salud, Torres Palacios, Luis Manuel (2008). Los registros administrativos de salud desde la óptica de género. IX Encuentro Internacional de Estadísticas de Género Ronda Censal 2010.

Un sistema de información, simplemente, es un método organizado para proporcionar a los diferentes niveles de estructura orgánica la información y sólo la información que necesita para la toma de decisiones cuando la requiere y en forma que ayude a su entendimiento y estimule su acción. Todo ello a efecto de facilitar el proceso de planeación, programación, presupuestación y evaluación de las unidades técnico-administrativas. (Figura 14).

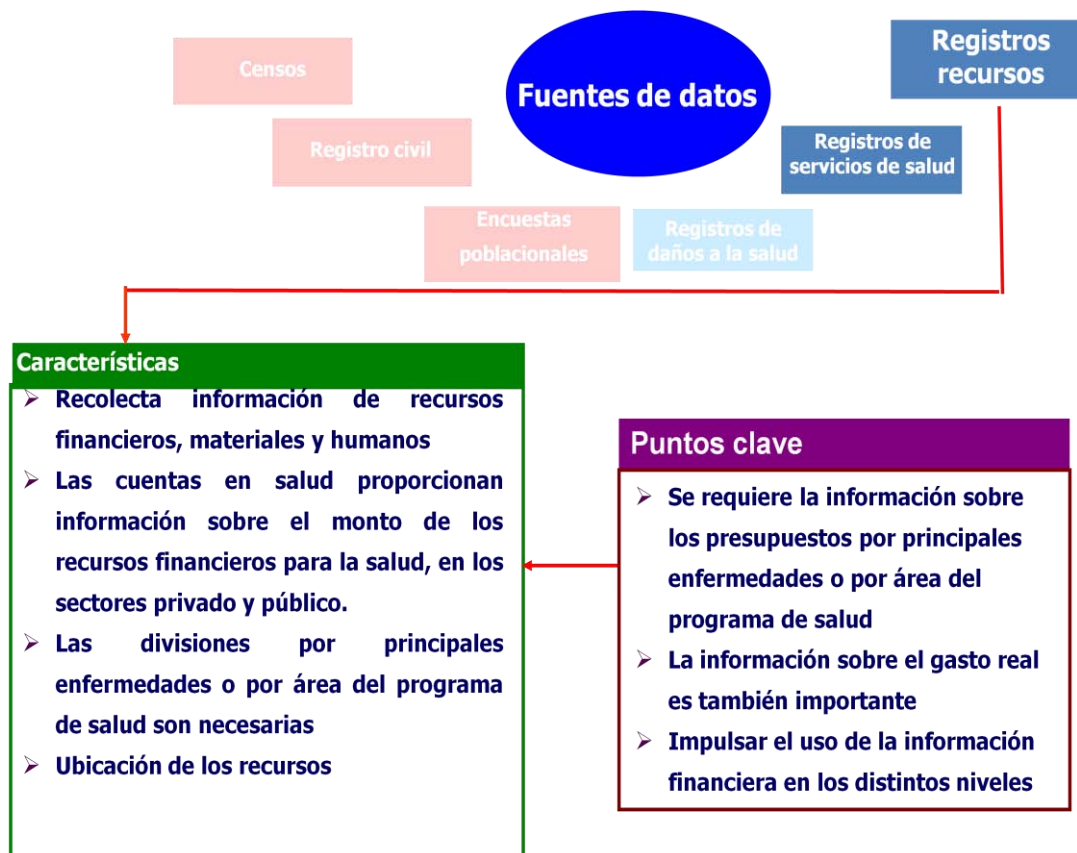


Fig. 14. Fuentes de datos: registro de recursos, Torres Palacios, Luis Manuel (2008). Los registros administrativos de salud desde la óptica de género. IX Encuentro Internacional de Estadísticas de Género Ronda Censal 2010.

2.1.4. Importancia de las tecnologías de la información y comunicación con el expediente clínico

Las tecnologías de la información y comunicaciones es una herramienta primordial en cualquier institución gubernamental y privada, sin embargo no tienen un objetivo en sí mismas; el mismo cumplimiento del objetivo institucional consecutivo a desarrollar asienta su existencia.

Con frecuencia la gestión de las tecnologías de la información y comunicaciones dentro del gobierno federal, estatal o municipal no coinciden en la definición de las políticas públicas y por tanto existe una desarticulación del objetivo de política pública que persiguen.

La razón de la desvinculación institucional puede ser que la gestión de las tecnologías de la información y comunicación se realice en niveles organizacionales

distantes, que no se involucran lo suficiente o desconozcan las capacidades que ofrecen a la gestión que establecen los objetivos de las políticas públicas y viceversa, además de un nulo marco interinstitucional efectivo, lo que provoca que las tecnologías de la información y comunicaciones se gestionen de manera independiente en cada institución gubernamental.

Para presentar una alineación entre las políticas públicas y la gestión de las tecnologías de la información y comunicaciones se requiere la participación de los actores gubernamentales encargados de las oficinas de informática e información gubernamental, con ello facilita la planeación y ejecución de las tecnologías de la información y comunicaciones con el objetivo de política pública a alcanzar y evita en muchos casos los duplicados de esfuerzo de gestión.

Esta problemática se puede visualizar con el siguiente ejemplo: (figura 15).



Fig. 15. Ejemplo de una oportunidad perdida. Adaptado de Obregón, Héctor (2011) en *Cómo alinear las TIC a las políticas públicas. Política Digital: innovación gubernamental* (Feb-Mar, 60:30-31, 2011)

En la actualidad el rol de las tecnologías de la información y comunicaciones en la sociedad es el principal propósito de una política pública, para definir su papel que desempeñarán en la alineación interinstitucional al objetivo superior de la política pública existen tres tipos de variantes: la aplicación interna que se refiere a proyectos tradicionales (email, telefonía, software de productividad); la aplicación en la interacción gobierno-gobernados (centros de atención al público, de servicio por internet, etc.) y la aplicación en la sociedad (objetivo de la política pública trata de dar un impacto de la tecnologías de la información que rebasa el límite gubernamental).

El uso de la tecnología en el gobierno va más allá de una oficina virtual, eficiente y eficaz, su impacto debe retribuir en el ahorro institucional y en la competitividad enfocada en la disponibilidad de servicios que ofrece y el uso público que le dará la población.

Cabe mencionar que no todos los proyectos tecnológicos (gobierno electrónico, cloud computing, e-gobierno, G2C, gobierno abierto, open government, entre otros) tienen las mismas prioridades, algunos enfocan su orientación a prestar servicios a la comunidad, al ciudadano, interacción entre oficinas gubernamentales, con sus empleados, con sus proveedores con el objetivo de intercambiar información o simplificar las transacciones de pago de contribuciones; así que el objetivo varía de un proyecto tecnológico a otro y su éxito dependerá en función del valor del gobierno que le dé y a las partes involucradas para tal fin; su interés se centra a corto plazo con resultados a la vista del ciudadano y se vuelve prioritario al dar una imagen de éxito y con un valor a la comunidad.

Por otra parte, las tecnologías de la información y comunicación que ha adoptado el Gobierno del Distrito Federal conforman tres ejes estratégicos: e-administración, e-servicios, e-participación. (Figura 16).

A través de la Coordinación General de Modernización Administrativa establece la estrategia de e-gobierno, una política pública de tecnologías de información y comunicación que establece bases y principios para el uso y aprovechamiento de los bienes y servicios relacionados con la Administración Pública del Distrito Federal y permitirán la modernización en su conjunto y cumplir con los objetivos del gobierno establecidos en el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012.

La Dirección General de Gobernabilidad de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones será la oficina encargada de la planeación del desarrollo tecnológico de acuerdo con los planes estratégicos definidos, así como la operabilidad de la red de transmisión de datos digitales, correo electrónico, centros de datos y en general de la gestión tecnológica.



Fig. 16. Modelo de desarrollo tecnológico de la Administración Pública del Distrito Federal en su implementación de tecnologías de la información y comunicaciones con la finalidad de incrementar la eficiencia, competitividad, promoción al desarrollo económico, rendición de cuentas, atención ciudadana y transparencia del Gobierno del Distrito Federal en http://www.cge.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=56 Consultado el día 19 de noviembre de 2011.

Un ejemplo de ello es el Gobierno del Distrito Federal, que tiene “Ángel” en sus diferentes programas sociales, es una Red que abarca todos los programas sociales de las Dependencias Gubernamentales del Distrito Federal, es el sistema de protección social más grande de América Latina y es también uno de los proyectos prioritarios del Jefe de Gobierno, el cual da seguimiento por medio de un tablero de control (balance scorecard). Se basa en un Padrón Único de Beneficiarios, lo que permite optimizar los recursos y replantear las reglas de operación de cada programa, integra de manera conjunta la planeación, factores de medición y del impacto que cada uno genera. Al mismo tiempo que es el administrador de toda la estrategia social del gobierno capitalino, Red Ángel sería la base fundamental para la creación del expediente electrónico ciudadano que accede a un historial de cada ciudadano y de sus relaciones con el Gobierno del Distrito Federal.

Desde una óptica conceptual, el expediente electrónico ciudadano formará parte de una plataforma de intercambio entre todos los prestadores de servicios gubernamentales y el ciudadano y su estrategia de atención ciudadana es en tres canales: ventanillas, internet y telefonía; sin embargo, para la Secretaría de Salud del Distrito Federal, esta plataforma es un acceso primordial para la vinculación o enlace de datos personales para la creación del

expediente clínico electrónico, el cual estará al alcance de los ciudadanos que reciban una atención médica en la Red de Hospitales y Centros de Salud del Distrito Federal.

En la actualidad, en la red hospitalaria del gobierno capitalino, sus archivos clínicos están con apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, el cual son el soporte documental de la atención médica, en ellos se describe la información de las actividades que realiza el médico al paciente y hacen el intercambio de la información sobre los cuidados con otros miembros del equipo de salud, esto conlleva al aporte de nuevos elementos para evaluar su atención médica.

La calidad de la información registrada, influye en la actividad del ejercicio profesional del equipo de salud, por ende, todo registro o actividad realizada al paciente deberá ser integrado al expediente clínico conforme a los estándares establecidos y disposiciones legales y normativas en la materia; lo anterior favorecerá la eficacia del personal médico, paramédico y administrativo. El expediente clínico también forma parte en la enseñanza y la investigación, su uso es meramente administrativo y permite el análisis estadístico de la información, lo que contribuye al desarrollo de la profesión médica y paramédica. No obstante, la integración del expediente clínico es para muchos un conjunto de registros y su tratamiento es una obligación administrativa y no asistencial y por tanto no se le ha dado su importancia al cumplimiento legal, ético y profesional.

Su objetivo principal es registrar las actividades médico – asistenciales de un paciente, tiene una finalidad docente – investigadora y de gestión administrativa, facilita el análisis estadístico el cual realiza una contribución al desarrollo de la profesión médica y a la mejora continua de los servicios, tiene un propósito jurídico – legal, ya que los registros plasmados constituyen una prueba fehaciente de los actos realizados al paciente por el profesional y equipo de salud.

Destaca por su importancia, la normativa dirigida a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico, que indica registrar los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, constituyéndose como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Esta norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo el uso médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico. Es importante señalar que para la correcta interpretación de la Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva a favor del personal

médico, a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios, a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios. *Villeda – García, Flor Lizet et. Al (2010). Nivel del cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del expediente clínico, por el personal de enfermería de un Instituto Nacional de Salud. Revista CONAMED, 15, supl. 1: 17-22.*

De igual manera, la organización administrativa del expediente clínico, indica en forma relevante la calidad de la atención médica, así como, la seguridad del paciente; la información que está plasmada puede identificar fallas en los registros, por lo cual, es necesario asegurarse que exista un estándar mínimo de calidad y en los aspectos éticos homogeneizar a nivel institucional, dado que todavía es insuficiente el realizar registros completos, veraces y oportunos por el equipo de salud.

2.2. La calidad del servicio administrativo en la unidad hospitalaria

La medición de la calidad en el servicio administrativo debe estar orientada a los requerimientos del derechohabiente para alcanzar la excelencia; un proceso administrativo con una gestión débil e ineficiente puede echar a perder un excelente servicio básico para la población. Hay que planificar y ofrecer a los derechohabientes no solo un paquete de servicios, sino una oferta de servicios esenciales. Un ejemplo claro es la Red Ángel, el cual ofrece una gama de trámites y servicios, información sobre los programas sociales de las dependencias del Gobierno de la Ciudad de México. Si el derechohabiente no sabe de la información contenida en el portal del programa de Gratuidad, el derechohabiente no asistirá al hospital. La información contenida no es el servicio principal, pero hace posible el uso de ese servicio esencial que lo llamaremos facilitador, en tanto que, a través de ese servicio facilitador, es posible agregar valor al derechohabiente e incrementar la percepción de la calidad del servicio integral que presta en la red de hospitales, también el expediente clínico electrónico es en sí un servicio facilitador que permitirá al servidor público un ahorro sustancial de tareas administrativas y al derechohabiente ofrecerle una mejora del servicio gubernamental.

En particular, en una unidad hospitalaria el servicio administrativo es esencial para lograr una vinculación institucional con los demás departamentos, ello permite un ahorro en tiempo, recursos e insumos; simplificación en los tiempos de espera para otorgar consulta

y trámites; eficiencia y resultados en los programas de salud; medición del impacto de la atención médica; retroalimentación para una mejor toma de decisiones, la resolución de conflictos y la mejora continua del servicio, así como necesidades de los usuarios y satisfacción de la población con los servicios otorgados.

Para el logro de la excelencia y liderazgo efectivo en la gestión administrativa, la alta dirección emplea la excelencia tratando al derechohabiente con confianza, emplea el recurso humano como fuente de ideas, proporcionándole un entorno de trabajo óptimo, apoyo al logro de sus objetivos y un buen clima organizacional, realiza un acercamiento entre la institución y el derechohabiente, en donde la opinión de ambos es muy significativa para las actividades de la institución.

Es decir, aprovecha al capital humano con que cuenta (personal con competencias acreditadas y personal con habilidades y experiencia en el servicio), si se menosprecia a este capital humano, la institución estará condenada al fracaso.

2.2.1. Conceptos de calidad y servicio en una unidad hospitalaria

El objetivo de la reforma del sector salud tiende a establecer instrumentos que promuevan la calidad y eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social a través de programas sociales que atiendan las necesidades de la población de escasos recursos en las zonas urbanas marginadas y rurales pobres. Por ello, es necesario reconocer la importancia del servicio administrativo para lograr una nueva cultura organizacional; el proceso del trabajo y la satisfacción del derechohabiente como elementos fundamentales para una calidad en el servicio e identificar las características del servidor público para lograr una excelencia en el servicio.

Los principales precursores de la cultura de calidad han aportado diferentes conceptos para la mejora continua en toda organización, aquí se presentan algunos conceptos:

- Edward Deming: “Grado predecible de cumplimiento de requisitos y de costo satisfactorio del mercado”.
- Kaoru Ishikawa: “Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto que sea el más económico, útil y siempre satisfactorio para el consumidor. Un sistema

eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo y mejoramiento de calidad realizados por las diversas áreas de la organización para la satisfacción plena del cliente”.

- Joseph M. Juran: “Adecuación de un producto o servicio al uso”.
- Philip B. Crosby: ”La calidad debe definirse como el cumplir con los requisitos”
- Armando Feigenbaum: “Resultante de las características del producto y/o servicio a través de las cuales se satisfacen las necesidades del cliente”

Estos autores tiene similitudes en sus conceptos, por lo que podremos obtener la siguiente definición de calidad: la calidad es la cultura organizacional orientada a la satisfacción integral de las necesidades del cliente, mediante la producción de artículos y/o servicios que cumplen un conjunto de atributos, dimensiones y requisitos”.

Por otra parte el servicio administrativo tiene como objetivo satisfacer las necesidades de los clientes y/o usuarios de nuestros servicios. Es así que definimos servicio como “un proceso de trabajo que tiene como objetivo satisfacer de manera eficaz las necesidades de otros”

El servicio es trabajar para otros con las premisas de ayudar, apoyar, aconsejar, atender y facilitar el manejo de la información, lo cual permitirá iniciar un proceso de mejora en los servicios que presta.

2.2.2. Elementos que conforman la calidad en salud

Los elementos para poder brindar un servicio de calidad son: conocer la misión y objetivos de la institución; conocer los procesos de los servicios y sus objetivos; conocer a nuestros usuarios; identificar las necesidades de nuestros usuarios; definir y conocer los estándares de nuestros servicios, contar con las condiciones básicas para el desarrollo del servicio y capacitación adecuada para la prestación del servicio; así como tener una actitud de servicio, ello engloba la cortesía, amabilidad, respeto, honestidad, compromiso y disposición.

Toda institución de salud para ofrecer el otorgamiento de sus servicios debe estar orientada por los siguientes principios del servicio:

- Orientado al cliente o usuario: conocer a nuestros usuarios, incorporar e identificar sus necesidades y expectativas y orientar el esfuerzo hacia la satisfacción del usuario.
- Sistemático: previamente planeado, con objetivos y metas claras, procedimientos e instrumentos bien definidos.
- Oportuno: planeado e instrumentado para poder prestarlo en la forma, el lugar y el momento en que los clientes o usuarios los necesitan y/o desean.
- Útil: debe aportar siempre un beneficio a las personas que lo reciben.
- Medible: contar con parámetros de evaluación que permitan medir el grado de satisfacción de los clientes y usuarios en la prestación de los servicios.
- Participativo: debe involucrar a todos los actores que participen en el proceso con la finalidad de desarrollar propuestas de mejora en el otorgamiento del servicio
- Flexible: responder en forma permanente a las nuevas necesidades de los clientes o usuarios a través de la mejora continua.

Lograr la calidad de los servicios en una unidad hospitalaria requiere desarrollar un proceso de capacitación permanente para involucrar a todo el personal y orientar el trabajo a la satisfacción del cliente. Para ello la capacitación se conformará de conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes; todo en su conjunto podremos definir con claridad el servicio que se presta; conocer a los usuarios del servicio; identificar las necesidades de los usuarios de los servicio; establecer características o estándares del servicio; realizar el procedimiento para el otorgamiento del servicio; desarrollar una actitud positiva y comunicación con el usuario del servicio para poder lograr un fin; la satisfacción del usuario.

2.2.3. Uso de los sistemas de información para la evaluación del desempeño

A finales de la primera década del siglo XXI, la Secretaría de Salud del Distrito Federal se ha preocupado por fomentar el desarrollo de los sistemas de información en salud, para lo cual ha apoyado de manera sistemática de su desempeño por parte de las unidades de planeación y evaluación de la red de hospitales del Distrito Federal.

El fortalecimiento de los sistemas de información en salud es una de las estrategias institucionales con el objetivo de mejorar en forma equitativa la toma de decisiones, calidad de la atención a través de las estadísticas vitales en salud, conlleva a visualizar el modelo de atención de salud a la población abierta si responde a las necesidades socio – demográficas e igualdad en el acceso a los servicios y recursos hospitalarios.

El Sistema Nacional de Salud es el eje rector de la seguridad social que cubre a los trabajadores asalariados del sector privado (IMSS), a los trabajadores asalariados del sector público (ISSSTE), a la población no asegurada o que no cuenten con seguridad social (SPSS o Seguro Popular) y en el caso del Distrito Federal para la población no asegurada (PSMyMG o Gratuidad).

A fin de lograr la cobertura universal, la Secretaría de Salud Federal como institución rectora en las políticas de salud desarrolla un modelo de evaluación para el desempeño de las unidades hospitalarias con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica, garantizar el paquete de servicios de salud para el ciudadano y responder de manera más efectiva las demandas de la población. Este modelo contempla un nivel macro de evaluación orientado a generar información sobre el desempeño del sistema de salud a nivel federal y estatal, en cuanto al nivel micro de evaluación contempla el apoyo a la gerencia de servicios y toma de decisiones en el nivel operativo orientado a la prestación de servicios personales o clínicos y a la prestación de servicios no personales o de salud pública. (Figura 17).

MODELO DE EVALUACIÓN EN LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

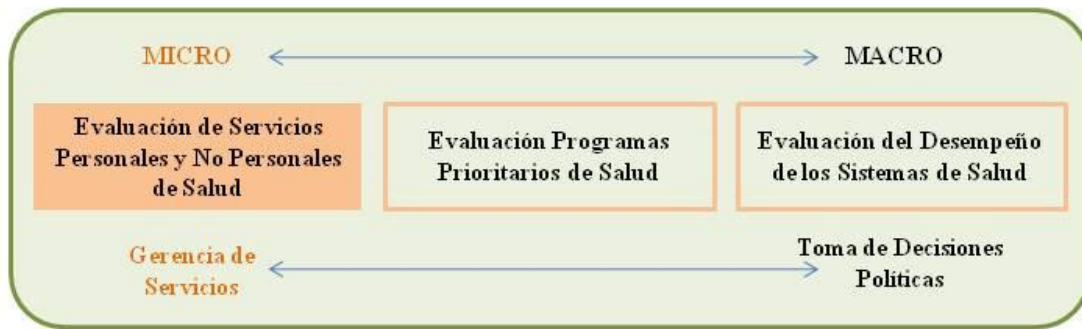


Fig. 17. Modelo de Evaluación de la Secretaría de Salud Federal. Disponible en http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/marco_dged.html consultado el 21 de noviembre de 2011.

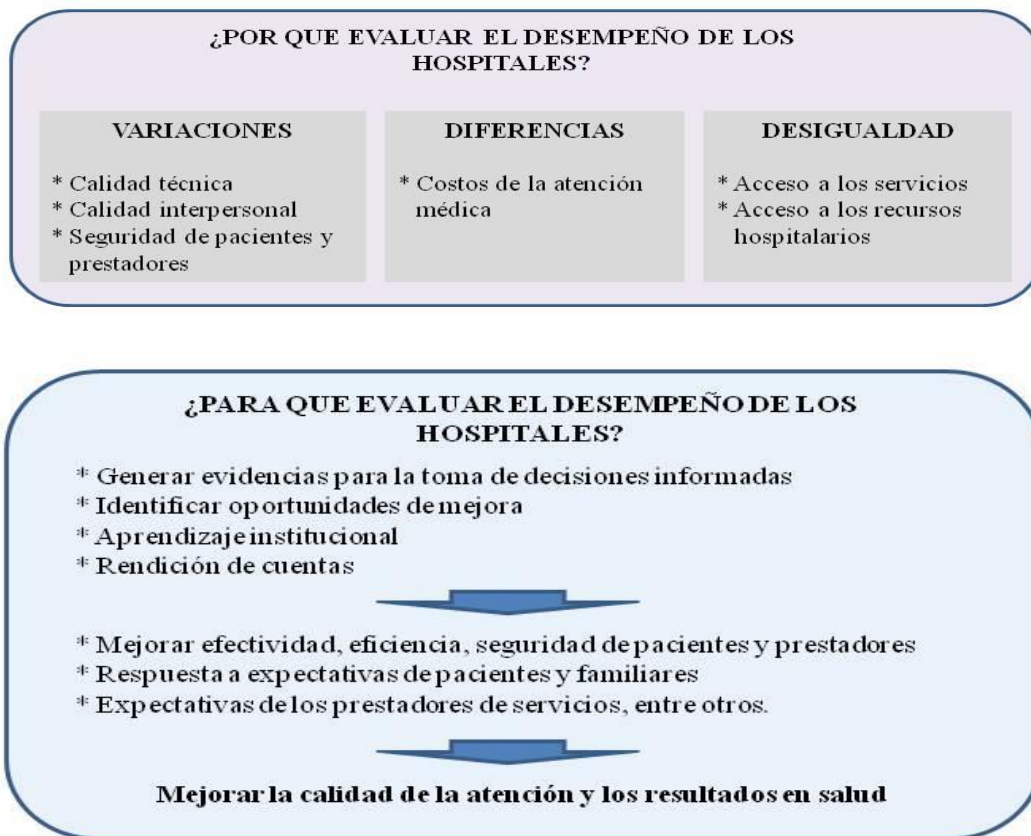
En ese sentido, la vinculación con un sistema de información que sea útil y competitivo tiene una considerable importancia en el incremento de la capacidad organizacional frente al cambio del entorno; implica posibilidades múltiples, frecuentes y oportunas de información que permitirá ubicar los puntos críticos que afectan al desarrollo del recurso humano y por ende de la institución gubernamental para así establecer propuestas de mejora continuas de la calidad del servicio y obtener mejores logros en los objetivos y corregir aquellos factores que afectan su motivación o desempeño.

Al establecerse sistemas de información apoyados en tecnologías de información y comunicación, las evaluaciones pueden adaptarse a la institución, por lo que la visión del modelo de la evaluación de servicios personales de salud comprende dos rubros: la evaluación de los hospitales públicos y la evaluación de los servicios de salud ambulatorios.

Lo más importante es por qué y para qué evaluar el desempeño de los hospitales, la respuesta es alcanzar niveles de eficiencia y eficacia en la gestión de sus funciones sustantivas, se debe considerar el desarrollo de instrumentos como variaciones, diferencias y desigualdades dirigidas al sentido de calidad, ello permite detectar el nivel de impacto que tienen las variables internas de la institución en el comportamiento del personal hacia la calidad del servicio. (Figura 18).

Asimismo, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 establece un compromiso de realizar evaluaciones de desempeño de las redes de servicios en sus componentes

ambulatorios y hospitalarios, es así que el Observatorio del Desempeño Hospitalario es un documento que reporta las evaluaciones del desempeño al interior de los hospitales públicos, este ejercicio será realizado cada dos años, resume la disponibilidad de recursos y producción de servicios, ejerce los indicadores de recursos y servicios hospitalarios, productividad de los hospitales, y los indicadores de calidad y eficiencia clínicas, da seguimiento a procesos y resultados clave del quehacer hospitalario con el objetivo de contribuir a la toma de decisiones gerenciales y a mejorar el desempeño de las instituciones. (Figura 19).



Figuras 18 y 19. ¿Por qué evaluar el desempeño de los hospitales? ¿Para qué evaluar el desempeño de los hospitales? Uso de los Sistemas de Información para la Evaluación del Desempeño. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Evaluación y Desempeño de la Secretaría de Salud. En http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=uso%20de%20los%20sistemas%20de%20informacion%20en%20la%20evaluacion&source=web&cd=9&ved=0CF0QFjAI&url=http%3A%2F%2Fwww.calidad.salud.gob.mx%2Fdoctos%2Fforos%2Fmesas_tema%2Fmesa1_p3.ppt&ei=X4rKTt_hDMWvsOKw6vIX&usg=AF0jCNEMyshijXsITnSNkv_MTb-oRrsQCw&cad=rja consultado el 21 de noviembre de 2011

En la medida en que al interior de una unidad hospitalaria se tenga el interés sobre qué se está haciendo, como se está haciendo y qué resultados se están obteniendo, se habrá

dado un paso importante para tener hospitales dignos y de calidad, por ello debemos considerar los componentes de la evaluación del desempeño para un hospital: efectividad y eficiencias clínicas, seguridad del paciente, calidad de los sistemas de información, trato adecuado y satisfacción de los pacientes, desempeño financiero y de los recursos humanos y productividad de los servicios.

Estos componentes generan datos, documentos e información por su propia gestión institucional necesarios para la evaluación del desempeño, éstas fuentes de información se encuentran en los registros administrativos de los hospitales (egresos hospitalarios, urgencias, consulta externa, diagnóstico y tratamiento, etc.), encuestas de usuarios y prestadores de servicios, inventarios de equipos médicos, registros de recursos humanos (médicos, paramédicos, enfermería, técnicos y administrativos), programas sociales a nivel federal estatal y municipal, programa operativo de metas institucionales, informes de gabinete y de labores y los propios lineamientos del programa nacional de salud, programa sectorial de salud y de la legislación en materia de salud.

Con miras a la evaluación del desempeño en salud, los indicadores de resultado son una herramienta que por medio del análisis estadístico verifica el nivel del logro alcanzado respecto a los objetivos intermedios y finales del sistema de salud de los niveles federal y estatal, vinculados con los atributos de los sistemas de información en salud: condiciones de salud (efectividad y eficiencias clínicas); disponibilidad y accesibilidad (sistemas de información en salud); calidad técnica e interpersonal (seguridad del paciente); aceptabilidad, sustentabilidad y anticipación (desarrollo organizacional y financiamiento institucional). (Figura 20).

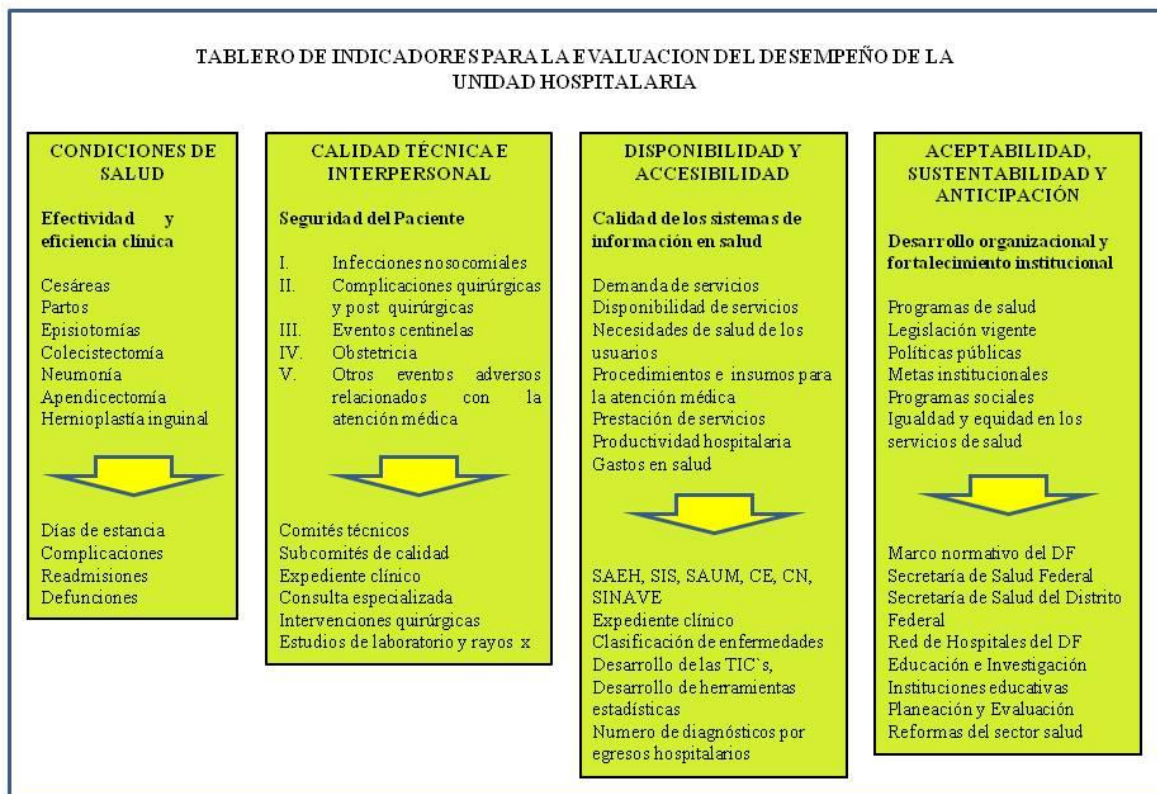


Fig. 20. Cuadro sinóptico de un modelo operativo de indicadores para la evaluación del desempeño de la unidad hospitalaria. SSA. (2011) Uso de los sistemas de información para la evaluación del desempeño.

Así, ello implicaría que la seguridad social bajo responsabilidad del Estado no se limitaría a servicios asistenciales o paliativos, sino que se extendería a un acceso a los servicios médicos médico – quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, es decir, una política de desarrollo de capital humano y prevención de riesgos para la población.

2.2.4. Gestión e innovación gubernamental en salud

Las tecnologías de la información y comunicaciones en la gestión e innovación gubernamental tiene en la actualidad mucha prioridad, ya que las acciones gubernamentales y el proceso administrativo exige una innovación tecnológica constante para la aplicación adecuada de las políticas públicas, tener mejor servicios de conectividad, generar información de valor para la mejor toma de decisiones, incrementar el nivel de gobernabilidad en materia de seguridad de la información; además que todo gobierno debe

ser eficiente y eficaz en todos sus procesos para disminuir costos de operación, ahorros en tiempo de atención y atención al ciudadano con prontitud y proximidad.

Por otra parte, al hablar de interoperabilidad, más allá de la perspectiva tecnológica es un concepto del cual se define como *“la habilidad de organizaciones y sistemas dispares y diversos para interactuar con objetivos consensuados y comunes y con la finalidad de obtener beneficios mutuos. La interacción implica que las organizaciones involucradas compartan información y conocimiento a través de sus procesos de negocio, mediante el intercambio de datos entre sus respectivos sistemas de tecnologías de la información y comunicaciones”*. Wikipedia, *La enciclopedia libre. Interoperabilidad en <http://es.wikipedia.org/wiki/Interoperabilidad>* Consultado el día 19 de noviembre de 2011.

De ello, se desprende un proyecto nacional, el cual nos permitirá la interconexión de datos mediante la cooperación e intercambio de información de salud. (Figura 21). El Expediente Clínico Electrónico es un proyecto para lograr un sistema integrado de expedientes clínicos electrónicos interoperables con información médica y paramédica, el cual:

- Facilita la integración funcional del sector salud.
- Integra la visión estadística, médica y de infraestructura para la planeación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud
- Integra un sistema de información para la vigilancia epidemiológica, la gerencia y medición del desempeño
- Normaliza los sistemas de expediente clínico electrónico existentes
- Incentiva la adopción de sistemas de expediente clínico electrónico en los diferentes niveles de atención médica
- Establece criterios mínimos de registro y funcionalidad por nivel de atención
- Establece un identificador único para el seguimiento de pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud

EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO NACIONAL (ECE)
Es un proyecto que beneficia al paciente / ciudadano

Mejora la percepción de la atención a la salud

- El ciudadano se siente mejor atendido.
- Menores tiempos en la atención y de espera
- Disminución de complicaciones médicas
- Se evita la duplicación de exámenes de gabinete (i.e. pruebas de laboratorio)
- Disminuye la prescripción inadecuada
- Mayor seguridad en la atención
- Disminuye el gasto del bolsillo

Mejora el desempeño del Sistema Nacional de Salud

- Disminución de costos de tratamiento
- Prestación de servicios con mayor seguridad, calidad, oportunidad, coordinación y menos iatrogenias
- Mejor servicio y tratamientos homogéneos
- Mayor coordinación del equipo médico
- Historia clínica organizada, disponible, confiable, sistematizada y oportuna
- No hay pérdida de información médica
- Ciudadanos informados acerca de su salud y los servicios recibidos

Fig. 21. Apuntes de la exposición Caso de interoperabilidad: expediente clínico electrónico nacional SSA.
Adaptado de Villarreal Levy, Gabriela, en Seminario Un Modelo de interoperabilidad Gubernamental, efectuado el día 07 de julio de 2011.

Es así que la Secretaría de Salud Federal está en la dirección estratégica correcta para definir cuatro líneas de planeación importantes con sus diversas acciones, enfocado a fortalecer el desarrollo de sistemas de expediente clínico electrónico y establecer su interoperabilidad. (Figura 22).

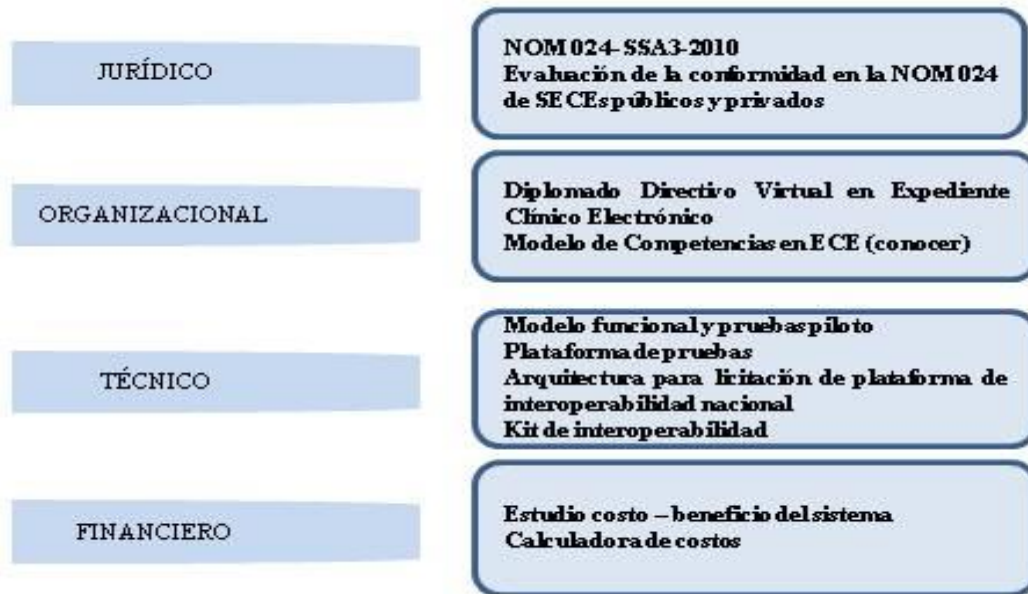


Fig. 22. Apuntes de la exposición Caso de interoperabilidad: expediente clínico electrónico nacional SSA. Adaptado de Villarreal Levy, Gabriela, en Seminario Un Modelo de interoperabilidad Gubernamental, efectuado el día 07 de julio de 2011.

Así como la arquitectura nacional de la Plataforma Tecnológica de Integración del Sector Salud llamada Plataforma Nacional de Interoperabilidad será de la siguiente forma: (Figura 23).



Fig. 23. Apuntes de la exposición Caso de interoperabilidad: expediente clínico electrónico nacional SSA. Adaptado de Villarreal Levy, Gabriela, en Seminario Un Modelo de interoperabilidad Gubernamental, efectuado el día 07 de julio de 2011.

Por tanto, los beneficios que aportará la implementación del esquema de interoperabilidad de datos abiertos y de la Plataforma Tecnológica de Integración del Sector Salud del Expediente Clínico Electrónico serán los siguientes:

- Oportunidad, integridad, menos burocracia y confianza en el gobierno
- Homologación de la información y eliminación de la duplicidad de documentos
- Simplificación e integración de trámites y servicios
- Mayor transparencia en los procesos y calidad en los servicios
- Reducción de los costos de operación
- Propiciará un cambio cultural en los servidores públicos
- Se contará con indicadores claros y oportunos
- Mejor soporte en la toma de decisiones y comunicación al interior de las dependencias
- Intercambio de experiencias entre gobiernos federal, estatal y municipal
- Estandarización informática y disponibilidad de conectividad y tecnología en todas las unidades médicas
- Voluntad y compromiso político de todo el sector y políticas públicas en salud asertivas
- Fortalecer el despliegue de los sistemas de expediente clínico electrónico institucional a nivel federal, estatal y municipal
- La NOM 024-SSA3-2010, Sistemas de Expediente Clínico Electrónico garantiza la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogo de la información de registros electrónicos en salud, alineando esfuerzos
- Fortalecimiento del marco normativo para la institucionalización de la interoperabilidad en toda la administración pública federal, estatal y del Distrito Federal.

2.3. La importancia de la gestión documental, del conocimiento, de la información y su clasificación

La adecuada gestión de algún proceso adquiere importancia estratégica dentro de una entidad del sector público para la preservación de los documentos institucionales, ya que existe un marco legal de obligatorio cumplimiento que rige la actividad archivística que comprende la elaboración de un documento hasta su conservación o eliminación del mismo dependiendo del tipo de información que éste posee. Así el término “gestión” se refiere a orientar una acción o secuencia de actividades que realiza una organización con el fin de transferir un conocimiento mediante varios procesos administrativos para la pronta resolución de problemas e implica el desarrollo de competencias esenciales para compartirla y utilizarla entre sus miembros. (Adaptado de Bustelo Ruesta, Carlota; García-Morales Huidobro, Elisa 2001)

En pocas palabras, el proceso de gestión documental, del conocimiento y de la información genera un valor para la entidad ya sea del sector público o privado, en realidad son conceptos relacionados y complementarios entre sí; por una parte la gestión documental es el soporte de las actividades administrativas, implica las normas técnicas y prácticas usadas para el flujo de documentos y recuperar información a través de ellos; la gestión de conocimientos es la base para la producción de información y capital intelectual con el fin de utilizar, compartir y desarrollar los conocimientos de una organización y de los individuos que en ella trabajan, enfocando a la mejor consecución de sus objetivos y por ende existe una aproximación práctica que es la gestión de la información, ya que su finalidad es controlar, almacenar y recuperar la información producida, recibida, diseminada o retenida por cualquier organización en el desarrollo de sus actividades. (Adaptado de Bustelo Ruesta, Carlota, Amarilla Iglesias, Raquel 2001).

2.3.1. La gestión documental, gestión del conocimiento y gestión de la información en el sector salud

Dentro de los términos usados en el área de la archivología se halla la gestión documental, como un conjunto de acciones asociadas al manejo de los documentos que genera una institución, y también es parte de un sistema de información de una institución desarrollado con el propósito de almacenar y recuperar documentos. La gestión documental se inicia a partir de la generación y/o recepción del documento y se extiende

por todo el ciclo de vida que tiene la documentación “creación, recepción, mantenimiento, uso y eliminación de documentos”. (Adaptado de Barrios Bernal, Sandra Viviana; Rincón, María de los Ángeles; Alfonso Ramos, Víctor y Martínez, Lyda Gioanna. 2011?).

De entrada la gestión documental no es solo un tratamiento archivístico, sino el conjunto de actividades archivísticas desde la creación y producción de los documentos al igual que el inicio de la actividad administrativa hasta que en un determinado tiempo se decida su conservación permanente, además de ser una manifestación de la gestión de una institución refiriéndose a los documentos de archivo. Entender que la gestión documental es parte integral de la gestión administrativa desde el inicio por la creación de documentos y más allá de sus funciones de recoger, conservar y servir, sino las atribuciones que tiene el tratamiento archivístico como la clasificación y descripción para integrar un valor a la documentación.

La nueva perspectiva para una gestión administrativa ha de impulsarnos a nuevos conocimientos y comportamientos dentro de la organización, logrando con ello la gestión de calidad, incluye con esto el producto/servicio esencial de cualquier archivo que integra los documentos, es decir, guarda, trata y conserva, a los ciudadanos y a la entidad pública a la que está vinculada el archivo. Otro concepto relacionado es el de la administración documental que enseña el tratamiento administrativo que se le debe de dar a un documento (hoja, serie de hojas o expedientes donde se guarda la información) con el único fin de facilitar su utilización y conservación, es decir, el conjunto de actividades para el manejo, tratamiento y organización de documentos, a fin de acelerar su búsqueda, recuperación y uso.

Por otra parte, la gestión del conocimiento se puede definir como dos tipos de conocimientos: explícito y tácito; donde el primero la disponibilidad de información que recoge son de estadísticas, datos, teorías y red de contactos, así como de procedimientos que abarcan las políticas internas, manuales de procesos, experiencias y antecedentes; mientras que el segundo su base es la cultura fundamentada en valores, intuiciones y opiniones, así como de capacidades que se encuentran en la experiencia personal y grupos de expertos. En pocas palabras, saber que es la información y cultura que se transmite a otras personas y saber cómo realizar los procedimientos y capacidades que no quedan

registrados pero esta entrelazado con un grupo de personas de la organización. (Adaptado de Bustelo Ruesta, Carlota; Amarilla Iglesias, Raquel. 2001).

La gestión del conocimiento va entrelazada con la gestión de la información dado que ésta es un conjunto de tareas con el fin de controlar, almacenar y recuperar toda información producida por un ente público o privado en el desarrollo de sus actividades, es en éste punto donde se encuentra la gestión del conocimiento, puesto que la información producida se queda plasmada en documentos que pueden ser internos (actividad administrativa diaria de la institución); externos (consulta en fuentes de información: libros, revistas, internet) y pública (documentos producidos con un fin público: memorias, catálogos, etc.). (Adaptado de Bustelo Ruesta, Carlota; Amarilla Iglesias, Raquel. 2001).

En sí, la gestión del conocimiento es un modelo de gestión de todo ente público o privado, los estilos de los sistemas de información varían de acuerdo a las necesidades y funciones de cada institución y se enlazan con las tecnologías de la información para ofrecer nuevas posibilidades de conexiones e interoperabilidad, todo ello por medio de procesos y personas. La idea clave para la aplicación de la gestión del conocimiento es realizar con eficacia el trabajo encomendado, que el individuo de aporte de ideas y conocimiento en su entorno laboral; por otro lado, la gestión de la información es indispensable en toda institución, pero solo cambia a gestión del conocimiento cuando los individuos lo aplican para la solución a un conflicto o mejora continua para su propio beneficio y de la institución.

En tanto que la gestión de la información es el paso previo para una organización de implantar una herramienta gerencial que garantice la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información a través de un conjunto de procesos documentales o archivísticos y que por medio de las tecnologías de la información y comunicaciones (sistema de gestión de la información, bases de datos, documentos electrónicos, entre otros) tenga una organización, almacenamiento y recuperación de la información, que es útil para la adopción de decisiones y reorientación estratégica-táctica para la mejora de los servicios de una institución. (Adaptado de Ecured. 2012).

En otras palabras, la gestión de la información en el sector salud implica recabar datos acerca de la población abierta que carecen de seguridad social y que asisten a los hospitales del Distrito Federal así como de la asistencia a los servicios que proporcionan,

entre los cuales se encuentran la atención médica, atención odontológicas, atención a cirugías generales y de especialidades, de los servicios auxiliares y diagnósticos, entre otros; de forma tal que la información recopilada se monitorea a través de indicadores de salud, utilización de estándares de procesos, de diagnósticos y tratamiento, de productividad, evaluación del desempeño, de calidad, de informes de gestión etc., ello aplica el apoyo a procesos de coordinación y garantiza que todos los actores involucrados (personal médico, paramédicos, administrativo y afines) trabajen con información y estadísticas en salud iguales o complementarios, pertinentes, precisos y actualizados en todas las dimensiones sociales que inciden en la vida y salud de los individuos.

2.3.2. El servidor público como profesional de la información en salud

En la actualidad estamos inmersos en la llamada era de la información y el conocimiento o también sociedad de la información, la cual sufre cambios constantes para poder establecer un nuevo perfil profesional del llamado gestor de la información de acuerdo a las exigencias de la institución.

El nuevo modelo de gestión de servicios de salud implica los conocimientos de la administración de los servicios de salud a una gerencia en salud, porque en la actualidad las instituciones de salud son consideradas como empresas productoras de servicios y requieren de un “manejo empresarial” para el logro de sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad; su orientación debe estar enfocada al cliente (derechohabiente/paciente/usuario).

Además que (Priego-Álvarez, 1995) nos dice que la mercadotecnia enfocada a la salud debe ser una “orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud”

El enfoque del nuevo modelo de gestión para los servicios de salud en la actualidad debe incluir a la población como clientes externos e internos, su objetivo primordial es la satisfacción del usuario/derechohabiente, por lo cual el servidor público o gestor de la información deberá tener cualidades orientadas a los valores de la organización, habilidades administrativas, eficiencia, toma de decisiones y solución de problemas.

Otro aspecto importante es formar equipos de trabajo (círculos de calidad, equipos de progreso, equipos de proceso o equipos autónomos), los cuales deberán ser interdependientes con habilidades complementarias comprometidas con un propósito común, cooperación plena entre sí para alcanzar resultados excepcionales en el trabajo desempeñado; servir a los intereses de la institución para que ésta pueda cumplir su misión y sus miembros deberán desarrollar motivación y compromisos propios. A su vez, el liderazgo permitirá facilitar los procesos mentales del equipo; coordinar, asesorar y satisfacer las necesidades del equipo; guiar al interior de éste la actividad y administración de los límites. Por otra parte, el alto rendimiento dentro de un equipo de trabajo deberá tener las siguientes cualidades, estas pueden ser: distribución de roles, tener un compromiso con un propósito común, establecer metas específicas, responsabilidad social y sistemas adecuados de evaluación del desempeño con el objeto de medir las actividades del servidor público y del equipo de trabajo.

Todo ello conforma un perfil idóneo de un gestor de la información, gerente en salud, bibliotecólogo especialista en información médica o cualquier otro perfil profesional; deberá adquirir a lo largo de sus estudios profesionales ciertas habilidades, conocimientos y capacidades que le han de proporcionar una formación teórica y práctica que le permita desenvolverse en cualquier entorno médico, ya sea un centro de salud, hospital de primer o segundo nivel, hospital de especialidades o un instituto nacional de salud; su formación idónea se enfoca principalmente en administración de empresas; gerencia en salud; tecnologías de la información y comunicación; desarrollo de habilidades en comunicación, presentación y negociación; ya que el mercado laboral, más aún dentro de los sistemas de salud, exige de competencias profesionales, personales y transversales enfocado a la atención y satisfacción de los usuarios.

Según López, (2006, p.15) “en base a lo expuesto anteriormente se puede concluir en que el gestor de la información es un moderno profesional encargado de administrar y gestionar la información para satisfacer las demandas informativas de sus usuarios, para lo cual necesita adquirir ciertas competencias, habilidades y conocimientos. Su rol consistirá en identificar, reunir y coordinar la información de la organización y administrarla como un recurso institucional. Debe además caracterizarse por su espíritu innovador y mantenerse

actualizado en cuanto a los avances tecnológicos y a las tendencias de la gestión administrativa dominar su especialidad y poseer también una amplia cultura general.”

Todo lo expuesto con anterioridad, surge la necesidad de un cambio en la profesión bibliotecológica con enfoque a la salud, ya que se requiere de una mentalidad innovadora para el manejo y desempeño de los sistemas de información en salud, acordes con el perfil laboral del servidor público actual.

Por otra parte, se menciona una cultura institucional para la seguridad del paciente, el objetivo primordial es salvar vidas y evitar daños. El Programa Nacional de Salud nos señala en su punto No. 3: “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”. A la par, el Consejo de Salubridad General tiene seis Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, las cuales son: identificar correctamente a los pacientes; mejorar la comunicación efectiva; mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo; garantizar las cirugías en el lugar correcto; reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud; y por último reducir el riesgo de daño al paciente a causas de caídas. El Plan de Trabajo de la institución debe estar acorde con estas políticas y metas para proyectar un modelo organizacional funcional; comunicación interna eficiente y servicios al cliente (derechohabiente/familia)

De tal manera que otra forma de perfil profesional del gestor de información es la promoción conjunta con las instituciones de educación superior, maestrías y doctorados; actividades dirigidas al personal propio de la institución, es decir, un proceso de mejora continua con el objeto de que el personal aprenda, evaluar el conocimiento médico y administrativo de cada trabajador, y que los directivos dispongan de la información sobre la infraestructura de recursos humanos, financieros y materiales, ello permitirá tomar mejores decisiones en salud y refrendar su compromiso de proporcionar al derechohabiente un servicio seguro, digno y de calidad.

2.3.3. Conceptos de clasificación de la información y clasificación documental

En nuestra legislación no existe una definición específica para el término clasificación, sin embargo, es el punto de partida para comprender el concepto, de tal forma lo podemos definir como un proceso de identificación y agrupación de clases o grupos, es decir, nos permite distinguir y diferenciar una cosa de otra. Es por ello que clasificar en

materia archivística es un proceso relevante en la organización del archivo de cualquier institución para poder establecer una estructura lógica (orgánica, funcional o ambas), que refleje y represente la institución; proporcionar el control y manejo de la documentación y proporcionar el acceso a la información. Por tanto, se tiene que ser claro y delimitar entre clasificación de información y clasificación documental (Adaptado de Herrera Flores, Claudia et.al. 2012).

Para comprender acerca de éstos dos conceptos, partiremos de un marco legal, donde se establece que de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 6º, fracción III y V dicen que toda persona tendrá acceso gratuito a la información pública, a sus datos personales o a la rectificación de éstos, sí como los sujetos obligados deberán preservar sus documentos en archivos administrativos y los publicarán a través de medios electrónicos disponibles con información completa y actualizada sobre sus indicadores de gestión y ejercicio de los recursos públicos. De estos dos derechos, parte el acceso a la información pública y la organización de los archivos de las instituciones públicas.

En cuanto a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública Gubernamental, determina que la clasificación de información se divide en información pública, información reservada e información confidencial.

La información pública, deriva de la información reservada y confidencial, expuesto en el Artículo 7 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y en su Reglamento en la obligación de transparencia en su Artículo 10.

La información reservada está sustentada en los Artículos 13 y 14 y podrán clasificarse aquella cuya difusión pueda comprometer la seguridad nacional, la seguridad pública o la defensa nacional; de la conducción de relaciones internacionales; del daño a la estabilidad financiera, económica o monetaria; poner en riesgo la vida, la seguridad o la salud de cualquier persona; un perjuicio a las actividades de verificación del cumplimiento de las leyes; los secretos bancarios, comercial, industrial, fiscal y fiduciario; la que por disposición expresa de una ley sea considerada confidencial, reservada, comercial reservada o gubernamental confidencial.

La información confidencial está sustentada en el Artículo 18 y 19 y se considerará la información entregada con tal carácter por los particulares a los sujetos obligados y los

datos personales que requieran el consentimiento de los individuos para su difusión, distribución o comercialización en términos de esta Ley.

Es importante mencionar con lo referido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la cual nos refiere a los Artículos 2, 3, 12 y 15 que nos menciona que son sujetos regulados por esta Ley, los particulares sean personas físicas o morales de carácter privado que lleven a cabo el tratamiento de datos personales y que éstos deberán limitarse al cumplimiento de las finalidades previstas en el aviso de privacidad, así como el responsable tendrá la obligación de informar a los titulares de los datos, la información que se recaba de ellos y con qué fines, a través del aviso de privacidad. Por tanto, podemos simplificar lo anterior con el siguiente esquema: (figura 24).

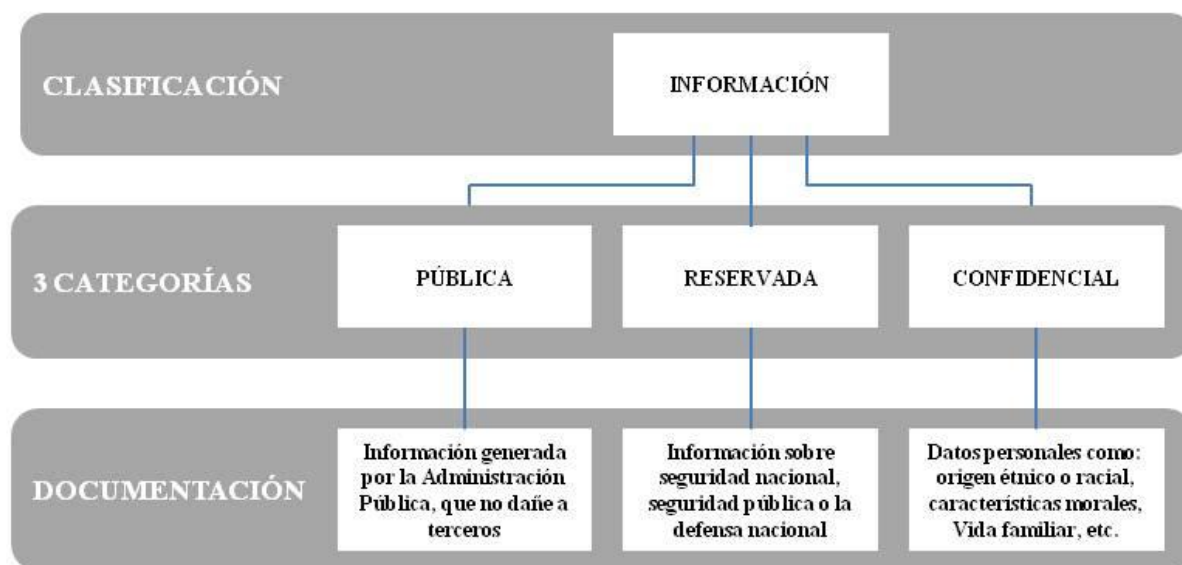


Figura 24. Clasificación de la información de acuerdo a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública Gubernamental. (Herrera Flores, Claudia et.al 2012).

En el caso de la Clasificación documental, la Ley Federal de Archivos estipula en su Artículo 6, que “son objetivos de esta Ley promover el uso, métodos y técnicas que garanticen la localización y disposición expedita de documentos a través de sistemas modernos de organización y conservación de los archivos, que contribuyan a la eficiencia gubernamental, la correcta gestión gubernamental y el avance institucional”.

Es así, que los responsables de los archivos institucionales deberán mantener el control y acceso de los documentos por medio del Cuadro de Clasificación Archivística,

instrumento que permite sistematizar, organizar y jerarquizar lógicamente las funciones y actividades que propiciaron la creación y recepción de documentos. En base a ello, para la elaboración del cuadro se establecen criterios que nos brindan un sistema de clasificación, éstos son: orgánico, funcional, por asunto o materias y mixto. Nos representa una estructura orgánica que se manifiesta como un modelo ordenado, basada en niveles de fondo, sección, serie, expedientes y unidad documental simple o multinivel. A su vez se dividen en subfondos, subsecciones y subseries (las subdivisiones dependerán de las necesidades y requisitos de cada institución). (Adaptado de Herrera Flores, Claudia et.al 2012).

En resumen, podemos decir que la clasificación de la información se refiere al resguardo y accesibilidad de los datos contenidos en los documentos pertenecientes a las instituciones generadoras de los mismos y la clasificación documental es la división y jerarquización de la documentación generada en la institución para mantener una organización y control de su archivo. (Herrera Flores, Claudia et.al 2012).

2.3.4. La información gubernamental a través de la legislación en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos

El acceso, transparencia y protección de datos de la información pública es una dimensión organizacional para crear, procesar, conservar, explotar y divulgar la información que está en manos de las instituciones gubernamentales; es decir, una biblioteca o centro de documentación abierto con información pública.

El derecho a la información es una fortaleza que ha construido el gobierno, pero no se ha ocupado de su gestión de la información; el hacer uso de la información en forma adecuada es lo que se llama transparencia y rendición de cuentas.

Toda información generada en cualquier ente público o privado genera conocimiento de nuestro país, sociedad e instituciones; permitir que la sociedad conozca, sepa, entere y esté informada de lo que realiza el gobierno, es encontrar, leer y entender la información en forma clara y concisa para cualquier ciudadano; empero, es importante que el servidor público sepa que requiere la población sobre las actividades gubernamentales, un ejemplo claro de transparencia es el “open goverment” –el gobierno abierto- son acciones analizadas para producir información y ponerla a disposición al ciudadano como

al gobierno, en pocas palabras, una política pública de transparencia. El artículo 6° Constitucional se menciona indicadores de gestión, datos sobre el gobierno, su función, sus objetivos, información sobre la toma de decisiones y como la ciudadanía entienda al gobierno sobre sus acciones y políticas.

La importancia de contar con una legislación en materia de acceso, transparencia y rendición de cuentas, así como la protección de los datos personales se centra en proteger los derechos e impedir el libre flujo de los datos. Los organismos como ente garante para estos procesos son el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos y el Instituto de Acceso a la Información y Protección de Datos del Distrito Federal -por enfocarnos en este trabajo a la Ciudad de México- a través de estas instituciones presentan solicitudes de acceso a la información y de recursos públicos, ponen a disposición de los particulares información sobre la gestión documental, función de los servidores públicos, diversos trámites en las dependencias, etc.

La transparencia, la rendición de cuentas y el servicio público se han fortalecido con los sistemas de gestión documental, vinculado estrechamente con un sistema de información y políticas públicas para la protección de archivos o documentos en soportes electrónicos y de papel.

Esto, sin lugar a dudas, recae en los expedientes clínicos, documentos oficiales, la gestión documental, el gobierno digital y la transparencia. Las personas tienen derecho de solicitar acceso a su propia información, en este caso, médica porque contiene datos sobre su salud, exigen confidencialidad para tener mayor conocimiento sobre su condición y podrá demandar a los servicios de salud pública mejor atención y una mejora de la calidad de la información.

En el caso del expediente clínico se rige por las disposiciones de las Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1-1998, su objetivo es establecer los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración y uso del archivo del expediente clínico conforme a los criterios éticos, científicos y profesionales. Asimismo existen disposiciones sanitarias que se encuentran en la Ley General de Salud y que se señalan de la propia NOM-168 a través de la definición del expediente clínico “Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el

personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias”.

El expediente contiene información médica, estudios de gabinete y laboratorio, la NOM-168 obliga a los prestadores de servicios médicos a conservar el expediente y son meramente responsables con respecto al cumplimiento de las obligaciones que contiene en general esta norma, también a proporcionar a los pacientes información o resumen clínico sobre su estado de salud. Los poseedores de información que contengan datos personales, están obligados a cumplir el artículo 5° de la Ley de Transparencia, cuyo principio fundamental es que toda la información en poder de los sujetos obligados se considera con información pública, así como la información solo podrá ser dada a conocer a terceros mediante una orden de la autoridad competente (sanitaria, judicial, de procuración de justicia o para arbitraje médico).

Igualmente, en la gestión documental es un proceso clave para que el ciudadano acceda de manera oportuna a la información generada por las instituciones públicas, estos documentos nos permiten conocer, analizar y examinar la toma de decisiones en el diseño de las políticas públicas para una mejor rendición de cuentas. Aquí es importante señalar la Ley de Archivos conjuntamente con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública originan nuevos paradigmas archivísticos, ello trata de concebir un nuevo enfoque en los archivos, expedientes y documentos, una nueva manera de proporcionar información a nuestros ciudadanos.

Además de la gestión documental, donde se realizan varios trámites por medio de herramientas electrónicas, la implementación del gobierno digital es una innovación para el acceso a la información pública y recursos de revisión desde cualquier lugar; su transparencia beneficia el combate a la corrupción, mejora de la gestión pública y control social; ya que su objetivo primordial es buscar al ciudadano en lugares accesibles a través de portales de internet o redes sociales; un lenguaje ciudadano sencillo y claro y lineamientos de políticas informáticas que proveen acceso universal a sistemas, interoperabilidad, seguridad y privacidad de datos personales.

3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA UNIDAD DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DR. RUBÉN LEÑERO

*...Los problemas universitarios no sólo son nuestros,
sino que son en realidad, problemas nacionales.
Allí se reflejan, allí convergen y allí hacen crisis
muchos fenómenos sociales de afuera.
Nuestros errores sumados, nuestros olvidos culpables,
nuestra pobreza de medios, todo eso se traduce allí,
en la Universidad y no es posible pedir que ella sola,
aislada, los resuelva todos.*

Dr. Ignacio Chávez

3.1 La planeación y evaluación hospitalaria

La mejora en el acceso a la información es indispensable para la planificación, operación, control y supervisión de los servicios, programas y proyectos de una unidad hospitalaria, además de ser un instrumento para la evaluación de las acciones relacionadas a la salud y de los conocimientos gerenciales para ser más eficientes y satisfacer a los usuarios y proporcionar información médico – hospitalaria de calidad.

Asimismo, los sistemas de información son una herramienta útil para los actores involucrados en la unidad de planeación y evaluación; así como los demás profesionales de la salud en diseñar y organizar un plan para elaborar e instrumentar el proceso administrativo idóneo. La aplicación del proceso administrativo incluye la variedad, calidad y oportunidad de recursos, estructura organizativa, nivel de autoridad y objetivos específicos de la unidad hospitalaria, así como las tecnologías de la información y comunicaciones que propician la gestión de un gobierno abierto, digital y de acceso universal a estos productos para generar de forma oportuna la información médica necesaria e instrumentar políticas públicas para una mejor toma de decisiones.

Por otra parte, los encargados de las oficinas y gerencias de planeación y evaluación tienen que asumir nuevas responsabilidades, formas de trabajo y adquirir nuevos conocimientos que coadyuven a lograr la prestación de servicios con mejora de calidad hacia los derechohabientes; estas capacidades y conocimientos se concentran en una planeación estratégica; programación institucional y de servicios; administración de las

operaciones; análisis y procesos de necesidades y supervisión de los resultados de los programas de salud.

En éste capítulo conoceremos la actividad administrativa y de la información médica que se realiza en la Unidad de Planeación y Evaluación del Hospital General Dr. Rubén Leñero y poder analizar una reorganización de las actividades administrativas para conformar un liderazgo en la toma de decisiones y proveer información médica confiable con eficiencia y eficacia para la mejora continua del servicio y la atención de los derechohabientes del Distrito Federal.

3.1.1. Cuerpo de gobierno y liderazgo

La población de la zona conurbada del Hospital General Dr. Rubén Leñero nos permite establecer estrategias y programas tendientes a la solución de sus necesidades y orientarlas hacia una visión hospitalaria con enfoque holístico. Los usuarios y derechohabientes de los servicios de salud son la razón de ser básica de existir, es así que los servidores públicos que trabajan en el área de la salud cumplen con el objetivo primordial de brindar atención médica con calidad y trato amable, como establece la misión de la unidad hospitalaria “Hacer realidad el derecho a la protección a la salud y avanzar en vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad en la atención de la salud, mediante una política de salud que construya el camino para asegurar este derecho a partir del fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario”.

De acuerdo al Manual de Organización del Cuerpo de Gobierno en Unidades Hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal su objetivo primordial de la Unidad de Planeación y Evaluación es “realizar la planeación, programación y evaluación periódica de las actividades que se efectúan en la unidad hospitalaria, mediante el análisis de la situación de los diferentes servicios y departamentos, así como, la adecuación y difusión de la normatividad procedente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y de la generada en la propia unidad hospitalaria, para mejorar la calidad de la atención que se otorga en la unidad”.

Así mismo, el Manual de Organización de la Unidad de Planeación y Evaluación del Gobierno del Distrito Federal nos menciona que sus funciones primordiales serán “elaborar el diagnóstico orgánico funcional; planear y programar las actividades de acuerdo a la capacidad física instalada; planear y programar para someter a la aprobación de los

Subdirectores o Jefes de Unidad Departamental y responsables de las áreas, los programas de trabajo y metas a corto, mediano y largo plazo de las actividades sustantivas y adjetivas; realizar la planeación y ejecución de estudios específicos que designe el director; adecuar, difundir e implantar los documentos normativos en las diferentes áreas operativas; coordinar y asesorar el personal que participa en la elaboración del presupuesto por programa; coordinar y controlar los programas computarizados; desarrollar y operar los sistemas computarizados necesarios para el manejo de la información sustantiva y administrativa; efectuar evaluaciones periódicas en los avances de los programas, informando a la Dirección de la unidad los resultados obtenidos; concentrar y proteger toda información estadística que se genere en el hospital; supervisar que se elaboren los informes estadísticos y técnicos de las actividades de la atención médica, docencia e investigación de la unidad y en cada área; y coordinar e integrar la formulación de la programación – presupuestación de la unidad hospitalaria”.

Es así que dentro del cuerpo de gobierno cuenta con un Sistema de Registro y Control de Usuarios (desde el área de admisión y archivo clínico, consulta filtro y de urgencias, así como de hospitalización y consulta externa) que registran los identificadores personales como lo menciona la Meta Internacional de Seguridad del Paciente; el área de Trabajo Social elabora el perfil del usuario (instrumento que permite conocer el tipo de población, nivel socioeconómico, escolaridad entorno geográfico, entre otros).

Conjuntamente se implementa el Programa de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y se informa la carta de los derechos fundamentales a los pacientes, lo cual garantiza el cumplimiento de estos lineamientos; un Sistema de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones el cual tiene un acercamiento directo con los derechohabientes por medio de buzones, el Programa Aval Ciudadano y un Módulo de Atención Ciudadana creado para conocer expectativas y necesidades que demanda la población; el Buzón del Secretario de Salud, el cual es controlado por funcionarios de nivel central y el compromiso es darle una atención personalizada, correcta e inmediata; el programa INDICAS el cual monitorea la satisfacción del paciente y del familiar, el diferimiento quirúrgico y la consulta de urgencias reportando de manera mensual y cuatrimestral a nivel institucional y federal; el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) órgano rector federal que debe cumplir con la instalación de órganos técnicos médicos constituidos por comités técnicos y subcomités

técnicos; CALIDATEL otra instancia gubernamental para la resolución de quejas por medio de atención telefónica.

Además, se cuenta con un personal voluntariado experto en Tanatología y Reiki, en coordinación con el área de Psicología y Clínica del Dolor, con el objetivo de ayudar en una forma complementaria los procesos clínicos de pacientes terminales y los que requieren de cuidados paliativos; la Asociación de Damas Voluntarias que realizan trabajos altruistas con pacientes hospitalizados de escasos recursos; la Asociación de Amigos y Jubilados del Hospital que participan en la mejora de infraestructura y la biblioteca de la Unidad; una coordinación interinstitucional con la Jurisdicción Sanitaria Delegacional en ámbito de referencia y contra-referencia, comité de muerte materna y reunión mensual con las demás delegaciones colindantes con la unidad; comunicación intersectorial que favorece el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población; capacitación de prestadores de salud en el desarrollo de programas conjuntos como son las Campañas Nacionales de Salud y el Comité de Salud y Vigilancia Epidemiológica, así como las acciones de planeación, evaluación, organización, control y supervisión de las áreas médicas y administrativas para el buen funcionamiento de la unidad hospitalaria.

3.1.2. Marco jurídico y normativo de la información en salud

En los últimos años, la organización de servicios de salud ha cambiado significativamente en el mundo y nuestro país no es la excepción, tanto en la demanda de la información y el conocimiento como base para la toma de decisiones como el acceso a la información para la participación de todos los ciudadanos. Ello permitió crear condiciones necesarias en términos legales y regulatorios en cuanto al acceso a la información, transparencia y rendición de cuentas, el sistema nacional de información en salud, el expediente clínico y expediente clínico electrónico, archivo clínico, interoperabilidad, gobierno electrónico, protección de datos personales y el sistema nacional de salud. A continuación se menciona la normatividad que rigen estos conceptos para poder ofrecer medidas esenciales de índoles administrativas, físicas y técnicas que permiten mantener confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información y de las instituciones

gubernamentales, así como los principales ordenamientos jurídico – administrativos en que se sustentan las acciones de la Unidad de Planeación y Evaluación. (Cuadro 4, 5 y 6).

CONSTITUCIÓN	ESTATUTO	CONVENIO
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Estatuto de Gobierno del Distrito Federal	Convenio de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta del Distrito Federal
LEYES	LINEAMIENTOS	REGLAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Ley de Archivos del Distrito Federal • Ley de Ingresos del Distrito Federal para el Ejercicio Fiscal 2011 • Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal • Ley de Planeación para el Distrito Federal • Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal • Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores del DF • Ley de Salud para el Distrito Federal • Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal • Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica • Ley de Voluntad Anticipada • Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental LFTAIPG • Ley General de Salud • Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal • Ley para Personas con Discapacidad del Distrito Federal 	<ul style="list-style-type: none"> • LFTAIPG – Lineamientos de Protección de Datos Personales • LFTAIPG – Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección • LFTAIPG – Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos • LFTAIPG – Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para notificar al Instituto el listado de sus sistemas de datos personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Reglamento de Insumos para la Salud • Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica • Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud • Reglamento de la Ley de Información Estadística y Geográfica • Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental • Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal

Cuadro 4. Marco jurídico y normativo de la información en salud-I.

DECRETOS Y ACUERDOS	NORMAS	DOCUMENTOS NORMATIVO – ADMINISTRATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • DECRETO por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y muerte fetal • DECRETO que abroga el diverso por el que se da a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y de muerte fetal, publicado el 21 de noviembre de 1986 • ACUERDO que crea la Comisión de Gobierno Electrónico del Gobierno del Distrito Federal • ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal • ACUERDO Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud • ACUERDO por el que se da a conocer el Tabulador de Cuotas de Recuperación de Servicios Médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • NOM-024-SSA3-2010 Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud • NOM-017-SSA2-1994 Para la Vigilancia Epidemiológica • NOM-040-SSA2-2004 En materia de Información en Salud • NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico • RESOLUCIÓN por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico • NOM-178-SSA1-1998 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios • NOM-197-SSA1-2000 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada • NOM-206-SSA1-2002 Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto de Egresos del Distrito Federal para el Ejercicio Fiscal de 2011 • Guía Técnica para la Elaboración de Manuales del Gobierno del Distrito Federal • Circular Uno, Normatividad en Materia de Administración de Recursos, 2011 • Circular para el control y evaluación de la gestión pública; el desarrollo, modernización, innovación y simplificación administrativa y la atención ciudadana en la Administración Pública del DF • Código Financiero del Distrito Federal • Condiciones Generales de Trabajo del Gobierno del Distrito Federal • Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico del Sector Salud • Cuadro Básico y Catálogo de Biológicos y Reactivos del Sector Salud • Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación y Prótesis • Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos • Cuadro de Medicamentos Genéricos Intercambiables • Manual administrativo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal • Manual administrativo de la Dirección General de Administración en la Secretaría de Salud del Distrito Federal • Políticas de Seguridad Informática de la Secretaría de Salud del Distrito Federal • Resolución de Carácter General en la que se exime del Pago de Derechos por los Servicios Médicos que presta el Gobierno del Distrito federal, a la Población Abierta Residente en el Distrito Federal

Cuadro 5. Marco jurídico y normativo de la información en salud-II.

ESTANDARES	ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS	OTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Acción Específico 2007-2012; del Sistema Nacional de Información en Salud • Programa de Gobierno del Distrito Federal • Programa Especial de Desarrollo de Tecnologías de la Información y Comunicaciones • Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012 • Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 • Programa Nacional de Salud 2007-2012 • Programa Sectorial de Salud 2007-2012 • Sistema Integral de la Calidad en salud (SICALIDAD). 	<ul style="list-style-type: none"> • Catálogo de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) actualizado al mes de octubre de 2009 • Criterio de agrupación de las principales causas de enfermedad conforme a la CIE-10 • Estándares Técnicos de Capacitación, Hardware, Software, Datos y de Telecomunicaciones • Lista mexicana para la selección de primeras causas de enfermedad • Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta del Distrito Federal (MASP) 2001. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de salud a nivel federal, estatal, local y acciones prioritarias. Ver cuadro 7 y 8.

Cuadro 6. Marco jurídico y normativo de la información en salud III.

3.1.3. Programas de salud y de coordinación interinstitucional

La diversidad de programas tanto federal como estatal e institucional con los que contamos nos da la oportunidad de ofrecer al derechohabiente una gama de servicios públicos de salud que contribuyen a mejorar su calidad de vida, son de carácter gratuito, permanente y de fácil acceso para personas que no cuenten con algún tipo de seguridad social y residen en la ciudad de México. (Cuadro 7 y 8).

PROGRAMAS DE SALUD NIVEL FEDERAL	PROGRAMAS DE SALUD NIVEL ESTATAL
<ul style="list-style-type: none"> • Programa del Seguro Popular • Seguro Popular para una Nueva Generación 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención Integral de los Adultos Mayores • Voluntad Anticipada • Protección a la Salud de los No Fumadores • Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos • Programa de Salud Mental • Programa de Violencia de Género • Programa de Atención a Quemados

Cuadro 7. Programas de salud a nivel federal y estatal.

PROGRAMAS DE SALUD NIVEL LOCAL / UNIDAD HOSPITALARIA	OTROS PROGRAMAS DE ACCIONES PRIORITARIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Atención Integral del Sobrepeso y Obesidad (Clínica Integral de Obesidad) • Programa de Atención de Enfermedades Metabólicas • Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género • Programa de Atención a Quemados • Programa contra el Tabaquismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Operativo Anual (POA) • Aval ciudadano • Programa INDICAS • Programa de Trabajo Anual o Carpeta Gerencial • Programa de Autoevaluación Directiva • Programa de Auditoría Interna • Buzón del Secretario • Programa de Sugerencia, Quejas y Felicitaciones • Programa de Referencia y Contrarreferencia • Programa de Atención Médica en casos de Desastres • Programa Anual de Conservación • Programa de Lavados Exhaustivos de los Contenedores • Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención a la Salud SINERHIAS • Subsistema de Atención de Egresos Hospitalarios SAEH • Sistema de Información en Salud SIS • Subsistema Automatizado de Urgencias Médicas SAUM • Sistema Automatizado de Unidades Médicas sobre Consulta Externa • Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica SUAVE • Sistema de Información sobre Nacimientos SINAC • Sistema de Información sobre Violencia de Género

Cuadro 8. Programas de salud a nivel local y/o unidad hospitalaria y otros programas de acciones prioritarias.

3.2. La Programación y Evaluación Hospitalaria

La gobernanza de una unidad hospitalaria es la base primordial que permite la planeación, dirección, programación y evaluación de los programas operativos; asimismo su aplicación que favorece la competitividad y los valores enfocados hacia el usuario/derechohabiente, objetivo primordial de nuestra visión y misión.

Desde su inauguración, la unidad hospitalaria ha tenido diferentes estilos de liderazgo, pero en la actualidad se basa en el compromiso que se tiene con la Calidad de la Atención, el cual impulsa la competitividad y productividad con el desarrollo de estrategias para brindar una mejora en los procesos clínicos y administrativos en beneficio del usuario/derechohabiente; basándose en nuestra misión, visión y valores.

Dentro del Manual de Organización de la Unidad de Planeación y Evaluación de las Unidades Hospitalarias el objetivo primordial de la Oficina de Programación y Evaluación es “participar en la elaboración e integración de los programas y subprogramas correspondientes a la unidad hospitalaria de acuerdo a la normatividad establecida por nivel central, a través de las estrategias determinadas en la apertura programática a fin de apoyar en la toma de decisiones”.

Asimismo sus funciones primordiales son “definir la apertura programática y formular estrategias, para llevar a cabo los planes de la institución y proponerlas al director para su aprobación; concebir la ejecución de los programado en tiempo y a través de proyectos, tareas y acciones, considerando para ello los recursos disponibles y la capacidad operativa; determinar las prioridades de las actividades que deben realizarse y presentarse en el tiempo requerido; participar en la integración y formulación de la programación – presupuestación; diseñar y aplicar un sistema de evaluación que permita revisar de manera sistemática, el desarrollo de los programas y proyectos de acuerdo a los objetivos y metas establecidas; aplicar los estándares establecidos para medir las actividades realizadas con el fin de detectar las desviaciones que existen en relación con lo planeado y proponer mediadas correctivas necesarias; llevar a cabo un análisis de las estructuras, de los programas de actividades y de los procedimientos de trabajo para proponer medidas de mejoramiento administrativo; adecuar e implantar los instrumentos administrativos generados por el nivel central para realizar las actividades de manera eficiente e informar con la periodicidad requerida los avances de los programas y metas establecidas, a las autoridades correspondientes”.

Es así que los planes estratégicos se realizan mediante sesiones ordinarias con los diferentes líderes y/o jefes de servicio y el gestor de calidad para la conformación y actualización del FODA, herramienta primordial de la Carpetta Gerencial. Las gráficas de Gantt es una herramienta estadística que nos permite dar seguimiento a las estrategias

tácticas y operativas reconociendo puntos críticos para la toma de decisiones efectiva y vigilar los tiempos y movimientos de los diversos procesos. Se realizan reuniones anuales para mostrar los avances de las diversas metas e indicadores; proponer y eficientar los procesos, así como la planeación de las metas programadas para el año siguiente. Los comités y subcomités constituidos como Órganos Técnico Médicos vigila y verifica el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos por la institución; establece y da seguimiento a los acuerdos institucionales mediante un cuadro instrumentado y analiza los resultados obtenidos, todo ello a una mejora continua de la calidad. Respecto a la Toma de Decisiones Gerencial es una herramienta administrativa que logra participación, compromiso y ética; motivando al personal a cumplir con las metas programadas. De forma permanente se actualiza el Organigrama Funcional, lo cual permite la identificación de la estructura y las líneas de mando; favorece la coordinación de los jefes de servicio y facilitando la comunicación directa

El personal directivo cuenta con una política de “mente abierta” para la atención de los planteamientos, sugerencias y quejas que formulan los pacientes, familiares y personal de la unidad hospitalaria; se realizan visitas de rutina a los diferentes servicios para atender, dar priorización a las necesidades y corregir las irregularidades, así podremos dar seguimiento a los puntos detectados. Para eficientar la asignación de camas y priorización de pacientes de las áreas de recuperación de quirófanos y urgencias, de forma diaria se realiza el Censo de Ocupación de Camas ajustando con ello al programa SUMAR; esta herramienta es útil debido a la demanda de atención médico quirúrgica y el incremento del comportamiento poblacional ocasionado por el programa de Seguro Popular y programas prioritarios como el del Adulto Mayor; de Atención Médica y Medicamentos Gratuitos y programas especiales como el Concentrado de Recursos Hospitalarios (capital humano y recursos físicos) que se reporta directamente al Centro Regulador de Urgencias Médicas para una mejor coordinación con la Red Hospitalaria del Distrito Federal.

En el caso del Programa Operativo Anual es un recurso técnico correlacionado con las políticas de la unidad hospitalaria y los antecedentes históricos de metas que sirven de plataforma para el cálculo de insumos, medicamentos y costos de operación en coordinación con el nivel central de ésta Secretaría. En concordancia la Carpeta Gerencial o Programa Anual de Trabajo es otro recurso físico, con información actualizada, confiable y

de fácil acceso de los diferentes servicios hospitalarios, donde se plasman los objetivos gerenciales y específicos; las estrategias a corto, mediano y largo plazo; las acciones a desarrollarse para el logro de metas e indicadores que permitirán la toma de decisiones para el buen desarrollo de la unidad hospitalaria. El Catálogo de Servicios Clínicos es una herramienta donde se plasman las actividades otorgadas, la plantilla, el número de camas, horarios de servicios, entre otros; eficientando el proceso de referencia y contrarreferencia. Asimismo se lleva a cabo la actualización y capacitación de los líderes de área médica, clínica y administrativa permitiendo el desarrollo de capacidades, actitudes y aptitudes en temas como el manejo de conflictos, tablero de control, elaboración de programas de trabajo, certificación de hospitales, desarrollo del diplomado en administración de los servicios de salud; con ello realizar las actividades con eficacia y eficiencia en el logro de los objetivos organizacionales, mayor participación y proponer nuevas estrategias de mejora continua.

Otra herramienta con un valor administrativo es el Programa de Autoevaluación Directiva, el cual permite llevar un tablero de control y “semaforizar” las actividades y realizar el análisis gerencial de las metas programadas, hospitalarias como el porcentaje de ocupación e indicadores de desempeño, eficiencia, entre otros; ello permite reorganizar los procesos clínicos y administrativos y poder tomar una decisión gerencial en forma correcta y vincularlas en forma permanente con los Comités Técnicos Médicos Hospitalarios; asimismo se establece un Plan de Trabajo de Mejora Continua que incluye los servicios hospitalarios y la productividad para evaluar la satisfacción del usuario.

3.2.1. Enfoque estratégico

La planeación es el eje fundamental en la elaboración de programas y planes estratégicos destinados a la solución de problemas y necesidades de una unidad hospitalaria. El proceso de planeación en esta unidad hospitalaria se realiza por los diversos servicios y áreas, coordinado por la Unidad de Planeación y Evaluación, área adjunta a la Dirección; este procedimiento es de forma anual y permanente, se basa en los antecedentes históricos de metas asistenciales y administrativas de los servicios para reconocer la demanda de atención de acuerdo al desempeño de la morbi-mortalidad, indicadores y recursos asignados. Asimismo se elabora, revisa y actualiza las carpetas

gerenciales de los distintos servicios y áreas; para la correcta planeación de las metas, se utilizan técnicas administrativas, tales como prorratear mediante el cálculo de un factor; ello ha permitido disminuir la brecha entre lo programado y lo logrado, obteniendo la semaforización de las actividades y una coordinación con el nivel central de esta Secretaría.

La Planeación Estratégica Formal se perfila por razón del Programa de Trabajo Anual de la Alta Dirección, es ahí donde se plasman los objetivos organizacionales, las líneas de acción, los tiempos para su cumplimiento y los responsables del proceso, tiene una vinculación estrecha con el FODA, elemento clave del Diagnóstico Situacional, éste se realiza dinámicamente y permite la elaboración de los Tableros de Control de los Indicadores en Salud de los servicios hospitalarios y áreas administrativas con estrategias a corto, mediano y largo plazo.

No obstante, tiene vinculación con la realización del Cuadro Básico de Insumos y Medicamentos teniendo como referencia médica las Guías Clínicas y/o Protocolos de Atención por Servicio.

Los Comités y Subcomités Técnico Médicos Hospitalarios reciben asesoría y apoyo permanente en las reuniones periódicas, son coordinados por los jefes de servicio y de las áreas de mayor impacto, ello nos ha permitido formular estrategias para la consolidación y fortalecimiento de los procesos integrados en los Manuales de Procedimientos específicos emitidos por el nivel central de esta Secretaría; estos Comités son de Mortalidad Hospitalaria; de Calidad y Seguridad del Paciente; del Expediente Clínico; de Control y Detección de las Infecciones Nosocomiales; de Enseñanza, Investigación y Ética; de Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres; de Insumos; de Referencia y Contrarreferencia; de Violencia de Género, de Infecciones Nosocomiales y de Edificio Libre de Humo de Tabaco; así como los Subcomités de Seguridad y Atención Médica; de aval Ciudadano; de Adherencia a Procedimientos Básicos para la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales y de Transfusión Sanguínea.

3.2.2. Planeación operativa y mejora continua

La orientación organizacional de la Dirección Médica se establece dentro del marco de la misión y visión de la unidad hospitalaria de los servicios clínicos, administrativos y programas institucionales, ello permite instituir el Programa de Mejora Continua para la

Calidad y Seguridad del Paciente; asimismo se encarga de establecer reuniones con el área médica y administrativa, de implementar nuevos procesos y líneas de acción precisas, del análisis y toma de decisiones correctas a favor de la operatividad de cada servicio y por ende, de la unidad hospitalaria.

Como parte del Programa de Mejora Continua, se han efectuado acciones que tienen como propósito reducir el índice de infecciones nosocomiales; análisis de los procesos para la identificación de las causales intra o extra hospitalarios; procesos para la seguridad del paciente en el área quirúrgica desde el pre, trans y post operatorio como parte del Programa Cirugía Segura; los “5” correctos usos del medicamento y acciones para la reducción de riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

El Programa Aval Ciudadano, representado por una Escuela de Medicina Local, es la encargada de realizar las encuestas de satisfacción de usuarios sobre la atención prestada. El Programa de Auditoría Interna permite realizar una evaluación de los procesos de la prestación de servicios asistenciales, conjuntamente con la calidad de la atención y sus consecuencias; su finalidad interna es evaluar el liderazgo del jefe del servicio, conformación de la carpeta gerencial y el grado de cumplimiento del Programa de Residuos Peligrosos.

De modo que las acciones de mejora continua que ha contribuido el cuerpo directivo y médico se encuentran la implementación del sistema de voceo y extensiones telefónicas para una comunicación entre los servicios; índice menor de supervisión quirúrgica que mejora los tiempos y movimientos del internamiento y programación del paciente; actualización continua del Catálogo de Servicios y su difusión a las Jurisdicciones Sanitarias, Red de Hospitales de la Ciudad de México y Hospitales Federales para fortalecer el Programa de Referencia y Contrarreferencia; la integración, archivo y custodia del Expediente Clínico por medio de procedimientos establecidos por la Contraloría Interna; realización de la metodología Barquín modificada para la revisión y evaluación de la calidad de la atención médica a través del Expediente Clínico; la calidad de la información y prescripción de las recetas surtidas y la acreditación exitosa del servicio de Banco de Sangre en el modelo ISO-9000-2008 por medio de la ejecución del modelo 6-sigma en el control interno del laboratorio clínico.

3.3. La estadística en salud

Ligia Moya (1989) define a la estadística como “la rama del saber que trata del desarrollo y aplicación de métodos eficientes de recolección, elaboración, presentación, análisis e interpretación de datos numéricos”; su definición de Spiegel (1992) nos dice que “estudia los métodos científicos para recoger, organizar, resumir y analizar datos, así como para sacar conclusiones válidas y tomar decisiones razonables basadas en tal análisis”

En la práctica, la estadística suele variar particularmente su enfoque al campo o área de aplicación. Así que su uso en el campo de la salud, se denomina *estadística en salud*; en las ciencias biológicas se denomina *bioestadística* y en el ámbito de la salud pública, se hace acopio de todos los métodos estadísticos empleados por las diferentes disciplinas.

Es así que “la estadística es un método que enseña los procedimientos lógicos, prácticos y útiles a seguir para observar un fenómeno, recolectar, elaborar, analizar, interpretar y presentar datos del mismo fenómeno expresados en detalle o síntesis a través del número, cuadro y gráfico, con sus correspondientes notas explicativas” Cantú y Gómez (2010?).

El Manual de Organización de la Unidad de Planeación y Evaluación en las Unidades Hospitalarias dice que el objetivo de la Oficina de Estadística es “recopilar, depurar, procesar y presentar de las distintas áreas y servicios, la información estadística que se genera en los mismos, a fin de que ésta, sirva de apoyo, en el proceso de planeación y evaluación que conlleve a la solución de posibles desviaciones y adecuada toma de decisiones a las autoridades de la unidad hospitalaria y por ende a una adecuada prestación de servicios”.

Asimismo, sus funciones primordiales son la de “organizar, coordinar y supervisar la operación de los sistemas de información médica (SIS, SAEH, etc.) de acuerdo a la normatividad establecida; definir, elaborar y aplicar normas y procedimientos operativos para recopilar, analizar y procesar la información proveniente de los diferentes departamentos (finales, intermedios y generales), que generen información estadística; integrar la información estadística referentes a los recursos, servicios y actividades médicas desarrolladas por las diferentes áreas de servicio; proveer a las instancias correspondientes, de los insumos de información que sustenten las acciones de programación, presupuestación, evaluación y toma de decisiones; establecer los mecanismos de

coordinación funcional con el área de cómputo para que un proceso automatizado de la información; participar en la formulación y elaboración de la programación y presupuestación; y elaborar los informes estadísticos mensuales requeridos por el nivel central, de acuerdo a los lineamientos establecidos”.

3.3.1. Sistemas de información en salud

Debido al rápido crecimiento de la población del Distrito Federal y Área Metropolitana, se han incrementado de manera sustantiva los problemas de salud; es necesario integrar acciones relacionadas a los ámbitos político, social, sectorial y de salud que permitan interactuar una orientación enfocada al desarrollo de la salud de la población.

Para ello, la decisión gubernamental demanda una habilidad gerencial moderna que permita la gestión de procesos a través de una cooperación intersectorial y de participación social, para que en un periodo a corto plazo contribuya al mejoramiento del nivel de vida de la población residente en el Distrito Federal y Área Metropolitana.

Conocer los problemas de salud por medio de la articulación sectorial de todos los actores institucionales a nivel federal, estatal, local y sectores privados constituye un medio para obtener e identificar las causas y determinar las intervenciones efectivas de las acciones y estrategias de desarrollo del sector salud como son la calidad de la atención médica y seguridad del paciente; la disponibilidad de recursos humanos; equipamiento, infraestructura y tecnologías en salud; desarrollo de mejores instrumentos de planeación, organización y de rendición de cuentas.

Todo ello forma parte de la integración funcional del sector salud por medio de un Sistema de Información, capaz de producir evidencia, monitorear acciones y medir el impacto de la producción de los servicios de salud en la población en general; así como la integración de datos de recursos físicos, materiales, humanos y financieros, servicios otorgados, nacimientos, morbilidad y mortalidad; cuya meta es mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los datos para la toma de decisiones en salud.

El Sistema de Información de Salud en el Distrito Federal, está conformado por subsistemas de salud, cada uno enfocado a las diferentes prestaciones de servicios con el fin de identificar los problemas y necesidades de cada estrategia, programa, asignación de recursos, toma de decisiones, ejecución de las actividades, monitoreo y supervisión, evaluación del impacto de las intervenciones y la consecuente retroalimentación, así como

su objetivo primordial de mejorar el registro, la calidad y la oportunidad de la información que se genera en cada una de las unidades hospitalarias de la red para la toma de decisiones, mediante lo establecido en los procedimientos de cada uno de los sistemas y subsistemas de información en salud que se utilizan en la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Asimismo, una acción a corto plazo será la conformación del Expediente Clínico Electrónico y una plataforma de interoperabilidad, ello permitirá a los actores de salud involucrados, disponer de manera oportuna de información decisiva para la toma de decisiones y por tanto podrá agrupar la información derivada de la atención médica, a fin de integrar un expediente clínico por cada paciente y que dicha información perdura durante toda su vida para ser utilizada en el suministro de servicios de salud en los tres niveles de atención, cumpliendo con los principios de disponibilidad, integridad y confidencialidad.

3.3.2. Información y análisis

El uso de indicadores del Sistema de Información Federal INDICAS, del marco legal vigente y de la información administrativa, permite a la Unidad de Planeación y Evaluación una directriz de manera sistematizada, tanto en tiempo como en el impacto de cada programa por analizar, ello permite la optimización de los recursos, control de los diferentes indicadores y efectos en la productividad como en la calidad de los servicios.

El registro de las actividades diarias tanto de los servicios sustantivos, como en los de apoyo al diagnóstico y tratamiento los realiza el prestador del servicio en los formatos autorizados y establecidos, a su vez, se envían a la Unidad de Planeación y Evaluación donde son procesados, analizados, comparados y graficados, lo que favorece en la toma de decisiones.

La codificación de los diagnósticos y procedimientos en medicina se efectúa con la utilización de la Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y su captura se realiza a través de los diferentes Sistemas de Información en Salud a nivel federal y estatal, de periodicidad mensual, ello nos permite procesar, analizar, comparar y graficas los resultados que influirán en la toma de decisiones.

Por otra parte, al poner en práctica el Expediente Clínico Electrónico y la implantación de la interoperabilidad generará una amplia gama de beneficios para los

pacientes, el personal médico, paramédico, enfermería, técnicos y administrativos, ya que ello permitirá:

- Realizar con apego la atención médica y mejora de las prácticas prescriptivas con información objetiva, confiable y disponible
- Evita la duplicación de actos médicos
- Provee de servicios de salud más seguros, de mejor calidad, de mayor coordinación y más oportunos
- Mejora de la gestión clínica al optimizar el flujo de la información en la prestación de servicios de demanda y oferta; de referencia y contrarreferencia
- Disminución de costos con relación a tratamientos asociados y eventos adversos
- Mejora de la productividad del sector salud
- Integración de estadísticas vitales para la detección oportuna de enfermedades emergentes
- Determina acciones específicas en situaciones de urgencias médicas por medio de la disponibilidad de la información
- Mejora del proceso de toma de decisiones y políticas públicas al contar con una mayor disponibilidad de información confiable, sistematizada y oportuna

3.4. Las Tecnologías de la Información y Comunicación

Al hablar de tecnologías de la información y comunicación se refiere a la industria que involucra a las industrias de creación de software y hardware; productos y servicios de telecomunicaciones; sistemas de integración y servicios profesionales; servicios de redes, Internet e Intranet; computación e informática, cuya finalidad se centraliza en la captura, procesamiento, análisis, acopio y distribución de información, según la necesidad de las actividades de cada área de trabajo.

Su aplicación en México se remonta con la creación del Comité de Informática del Departamento del Distrito Federal en 1984, cuyo objetivo es el de coordinar, integrar y evaluar las acciones de planeación y programación de los aspectos informáticos del Sector, así como emitir, difundir y unificar los criterios y políticas aplicables en materia de informática. Posteriormente, mediante un nuevo acuerdo en 1986, se determinó que la Comisión de Informática daría apoyo técnico y dictaminación sobre la procedencia de la

adquisición de bienes y servicios informáticos para las Unidades Administrativas, Órganos Desconcentrados y Empresas de Participación Estatal que integran el Sector del propio Departamento, a fin de utilizar la información y racionalizar los recursos disponibles, así como el diseño conceptual del Sistema Integral de Información del Departamento.

En 1990, fue derogado el Art. 72° del Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público, por lo que la responsabilidad de la dictaminación de bienes informáticos quedó a cargo de la Dirección de Pagos e Informática y lo anterior dio origen a la instalación formal del Comité de Informática que empezó a funcionar el 9 de agosto de 1990 como órgano coordinador, integrado por un presidente, un secretario técnico y seis vocales propietarios. El 23 de octubre de 1995 y a través de un acuerdo de creación publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal se dio a conocer de manera formal la constitución del Comité de Informática del Gobierno del Distrito Federal. A más de dieciséis años de su creación, las condiciones jurídicas, administrativas y tecnológicas han sufrido modificaciones, razón por la que obliga la actualización del marco jurídico y la creación de un ente consultivo, la Comisión de Gobierno Electrónico del Distrito Federal, que tiene como finalidad dar apoyo en la planeación para el diseño e implementación estratégica de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, generación y difusión de conocimiento en la materia y brindar asesoría en proyectos transversales de modernización e innovación a las dependencias, delegaciones, órganos desconcentrados y entidades paraestatales de la Administración Pública del Distrito Federal.

Por otra parte, el Manual de Operación de la Unidad de Planeación y Evaluación de las Unidades Hospitalarias nos indica que el objetivo de la Oficina de Sistemas de Computo es “formular los procedimientos para el diseño, implantación y desarrollo de sistemas de captura y procesamiento electrónico de información sustantiva y administrativa, para proveer a las instancias correspondientes de insumos de información que coadyuven al mejor cumplimiento de sus actividades de planeación, programación, presupuestación y evaluación”.

Asimismo, sus funciones son las de “diseñar, programar e implantar sistemas de información estadística y contable, considerando actividades médicas, presupuestos, tomando en cuenta los recursos humanos, materiales y la capacidad física instalada; analizar la información susceptible de automatización en coordinación con las áreas

usuarias; planear y coordinar con los usuarios de los programas, los calendarios de producción para los sistemas operativos; desarrollar los programas de captura, validación, consulta y reportes, que permitan satisfacer de manera sistemática las solicitudes de los usuarios, de acuerdo a sus necesidades; proporcionar mantenimiento a los sistemas en operación de acuerdo a los requerimientos de las áreas usuarias; supervisar y controlar los sistemas implantados verificando que se desarrollen de acuerdo a los lineamientos establecidos; apoyar técnica y operacionalmente a la formulación de la programación – presupuestación; cumplir con la normatividad establecida para la instalación, conservación y uso racional de los equipos de computo asignados al área; actualizar al personal adscrito a ésta área en lo referentes a nuevas paqueterías y lenguajes, en coordinación con la Subdirección de Planeación y Evaluación del nivel central; y establecer los mecanismos para asegurar el aprovechamiento y la promoción de la tecnología informática en el ámbito de su competencia”.

3.4.1. Infraestructura informática

El potencial que las nuevas tecnologías de la información y telecomunicaciones ofrecen al sector salud, es brindar a la población mecanismos y procesos de innovación y modernización para efficientar la cobertura de los servicios, lograr una mejora de calidad en la atención médica y ofrecer servicios especializados en línea “Expediente Clínico Electrónico”, ello contribuye a la intercomunicación en salud entre la población y contribuye a establecer una nueva relación entre el sistema sanitario, el personal de salud y los ciudadanos.

Asimismo, mediante el programa de infraestructura informática e interoperabilidad que ha puesto en marcha la Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de la red hospitalaria y en particular en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, promueve el fortalecimiento de la unidad hospitalaria, se impulsa la capacidad de la población para tener una responsabilidad compartida del cuidado de su salud y de la búsqueda de atención oportuna, y facilitar su protección contra gastos médicos catastróficos; por su parte el personal de salud se verá beneficiado en sus actividades de atención a la salud y oportunidades de actualización y desarrollo profesional, mediante sistemas de capacitación y educación continua a distancia.

Instalar la infraestructura informática y establecer un sistema de información en salud con conectividad e interoperabilidad, representa un reto y una oportunidad para mejorar el acercamiento con el ciudadano a través de la calidad de sus servicios integrales que ofrece el gobierno, es decir, un sistema participativo y corresponsable, en el que la interacción entre los usuarios y el personal de salud sea un factor para construir una sociedad democrática.

La integración de la salud, la informática, las tecnologías de la información y comunicaciones permite una nueva forma de organización y funcionamiento de los servicios de salud donde la innovación y modernización son un factor clave que permite la transformación de la administración tradicional en salud, en procesos eficientes y eficaces orientados a la atención del ciudadano y al logro de un sistema de salud con objetivos, estrategias y líneas de acción que fortalecen los servicios que las instituciones ofrecen a la población, a fin de mejorar la calidad de la atención, avanzar en la cobertura universal, optimizar la vigilancia sanitaria y epidemiológica, optimizar su productividad, mejora en el desarrollo y el desempeño del personal de salud, racionalización en el uso de los recursos y protección entre otros aspectos.

En contraste, la visión y conceptualización del modelo del “e-gob” o modelo de gobierno electrónico de la Administración Pública del Distrito Federal se justifica en el documento denominado Programa de Desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicaciones (PREDETIC), emitido por la Coordinación General de Modernización Administrativa del Gobierno del Distrito Federal, el cual propone, facilita y coordina las estrategias y planes necesarios para el cumplimiento de los objetivos de gobierno, de las dependencias, órganos desconcentrados, delegaciones y entidades de la Administración Pública del Distrito Federal; en este caso, la coordinación sectorial se efectúa a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, la Dirección de Información en Salud, y la Dirección de Sistemas Institucionales y Comunicaciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal junto con la Dirección Médica, la Subdirección Médica y Administrativa, la Unidad de Planeación y Evaluación y la Oficina de Enlace Informático del Hospital General Dr. Rubén Leñero hacia el logro y puesta en marcha de la infraestructura informática para el Expediente Clínico Electrónico.

En cuanto a los elementos que se deben tener en cuenta para las decisiones en materia de informática y telecomunicaciones pueden ser la importancia que tiene la infraestructura dada la tendencia a manejar todo en forma digital y a través de la red; existe una permanente reducción en el costo-beneficio y el periodo de vida útil de esa infraestructura. La primera consideración se refiere a una decisión de inversión de contar con una infraestructura moderna y llevar a cabo un proceso de re-ingeniería. (Figura 25).



Figura 25. Planos de la infraestructura informática del Hospital General Dr. Rubén Leño 2012.

En cuanto a la segunda consideración implica una de las premisas más importantes para lo cual se debe adquirir justo lo necesario, en el momento que se requiere, de calidad y operabilidad eficiente y eficaz; finalmente la tercera consideración nos hace ver más allá de los límites de la infraestructura, para poder distinguir los costos de inversión entre los costos de operación y saber el momento oportuno del cambio de los componentes que incluyen el equipamiento de sistemas de computo y de red, software del sistema y de

aplicación, cableados de datos y enlaces a distancia, cableado estructurado, entre otros. (Figura 26).

Nodos Hospital General Dr. Rubén Leñero 2011				
Piso	Área	PLANO		
		Nodos	CCTV	Impresoras
3º	Jef. Ortopedia	2	1	0
	Área Común Orto.	1	0	1
3º	Central de Enfermeras Ortopedia	1	0	0
3º	Central de Enfermeras Ortopedia	1	0	0
3º	Trabajo Social	1	0	0
3º	Oficina de Gineco en Diálisis	1	0	0
3º	Central de Enfermeras Diálisis	1	0	0
2º	Aula 7	2	0	0
2º	Planeación y Estadística	6	0	0
2º	Inventarios	1	0	0
2º	Oficina Unid Plan y Eval	1	0	0
2º	Recursos Humanos	2	0	0
2º	Oficina Coord. RRHH			
2º	Recursos materiales	1	0	0
2º	Recursos financieros	1	0	0
2º	Sub. Admón.	2	0	0
2º	Mantenimiento	1	0	0
2º	Jef. Enfermería	2	0	0
2º	Residencias	3	0	0
2º	Informática	2	0	0
2º	Aula	1	0	0
2º	Cirugía plástica mujeres	1	1	0
2º	Jef. Medicina interna	1	0	0
2º	Central de enfermeras	1	0	0
2º	Residencia	1	0	0
2º	Trabajo social	1	0	0
2º	Área Común Médicos	1	0	0
2º	Central de enfermeras	1	0	0
1º	Consulta Externa Y Consultorios	23	2	0
1º	Gobierno	14	1	0
1º	Enseñanza	1	0	0
1º	Hosp. Cirugía General	5	0	0
1º	Jef. Enfermeras Consulta Externa	1	0	0
Total de Nodos		84	5	1

Nodos Hospital General Dr. Rubén Leñero 2011				
Piso	Área	PLANO		
		Nodos	CCTV	Impresoras
1º	Inhalo-terapia	1	0	0
1º	Bariatría	2	1	0
1º	Trabajo social	1	1	0
1º	Terapia intensiva	4	0	0
1º	Cirugía plástica Hombres	5	0	0
1º	Quirófono	2	0	0
1º	CEYE	1	0	0
PB	Dietología	2	0	0
PB	Admisión Hospitalaria	3	0	0
PB	Biomédica	2	0	0
PB	Trabajo Social Admisión. Hosp.	1	0	0
PB	Laboratorio	3	0	0
PB	Banco de Sangre	3	0	0
PB	Rayos X	5	1	0
PB	Urgencias Trabajo. Soc.	0	0	0
PB	Acceso Admisión Hospitalaria	0	1	0
PB	Urgencias Odontológicas	1	1	0
PB	Sala de espera	0	1	0
PB	Urgencias	13	1	0
PB	Acceso Urgencias	0	1	0
PB	Almacén	2	0	0
PB	Patología	3	1	0
PB	Farmacia	4	0	0
PB	Rehabilitación	4	0	0
PB	Consultorio de Ortopedia	2	1	0
PB	Archivo Clínico	3	0	0
PB	Atención Ciudadana	1	0	0
PB	Epidemiología	2	0	0
PB	Control de Asistencia	2	0	0
PB	Acceso Consulta externa	0	1	0
Total		72	11	0
Total de Nodos		83		

Total de Nodos	173
----------------	-----

Figura 26. Cableado Estructurado de nodos a colocar en el Hospital General Dr. Rubén Leñero 2012.

3.4.2. Interoperabilidad y gobierno digital

En los últimos años, la modernización de la administración pública se ha apoyado de manera sustentable en la incorporación de las tecnologías de la información y comunicaciones en los procesos y servicios gubernamentales; en el caso del Distrito Federal, la estrategia para el impulso del desarrollo del “e-gob” ha evolucionado de manera veloz hasta convertirse en una estrategia primordial y línea de acción para la reforma administrativa del gobierno, como son las estructuras institucionales y organizacionales fundamentales, la seguridad informática, la interoperabilidad y la colaboración inter e intra-institucional, entre otros; así como la modernización de la gestión pública a través de la prestación de servicios, la mejora y fortalecimiento de las relaciones gobierno-ciudadano,

ello permite la eficiencia, la transparencia, la accesibilidad y la capacidad de respuesta a las demandas de los ciudadanos y lograr un gobierno más competitivo que contribuya a alcanzar las metas de desarrollo social.

En efecto, la transformación gubernamental en ésta época, requiere no solo de infraestructura informática, sino de cambios institucionales y organizacionales para su buen funcionamiento. El éxito total de un gobierno electrónico es que sus ciudadanos tengan acceso total a la tecnología, a la información, al uso y aprovechamiento de los servicios institucionales en línea, a la correcta aplicación de los procesos gubernamentales y una mayor interacción con usuarios de otras dependencias y entidades para brindar servicios más integrados.

En el caso del Gobierno del Distrito Federal, el objetivo general es “determinar una agenda de trabajo en materia de innovación ciudadana y modernización gubernamental que fortalezca la cultura administrativa comprometida con los valores de confiabilidad, honestidad y eficiencia, mediante un enfoque participativo e incluyente”. A su vez, los objetivos específicos se centran en la coordinación y armonización de la administración de proyectos, las mejores prácticas, el fortalecimiento de la cultura de innovación y modernización, y la promoción de la transparencia, rendición de cuentas y participación del ciudadano, bajo el principio de corresponsabilidad social. En general, es una agenda de trabajo que canaliza los esfuerzos de cada ente público en materia de innovación y modernización gubernamental y el conocimiento que se genera en cada uno de éstos proyectos, con los objetivos de generar sinergias entre proyectos similares y aprovechar la experiencia acumulada para disminuir los costos, a través de la documentación de todos los casos y la réplica de los casos de éxito, contribuyendo, además, a la implementación de estándares homologados de administración de proyectos. (*GDF. Programa de Innovación Ciudadana y Modernización Gubernamental, 2010, en <http://www.siproim.df.gob.mx/pdf/PROIM%202010-2012.pdf>. Consultado el día 08 de enero de 2012.*)

En lo tocante a la interoperabilidad y su relación con el gobierno digital en el sector salud federal es cada vez más importante ante los retos epidemiológicos y la integración del Sistema Nacional de Salud por medio del Expediente Clínico Electrónico. Por ello, es importante utilizar las tecnologías de la información y comunicaciones para el logro de los

objetivos generales de proporcionar acceso a la salud de manera equitativa, abatir el rezago en el nivel de atención de la población marginada, la calidad de los servicios, la inequidad en la oferta y demanda de acceso a servicios especializados.

Para el logro de la misión del Expediente Clínico Electrónico depende en gran medida de la capacidad de los actores del sector salud en coordinar esfuerzos, de su capacidad para adoptar nuevas tecnologías de información y comunicaciones a su procesos médicos y de gestión administrativa, de reducir la carencia de infraestructura informática y de su creatividad para involucrar a los ciudadanos/derechohabientes en el uso de los servicios en línea y en el énfasis de otros instrumentos en la mejora de la gestión hospitalaria como un medio para lograr mejores servicios de salud. La figura 27, muestra la ruta del e-salud en México desde sus orígenes, su consolidación del Programa de Acción e-Salud y la integración del Sistema Nacional del Expediente Clínico Electrónico a nivel federal.

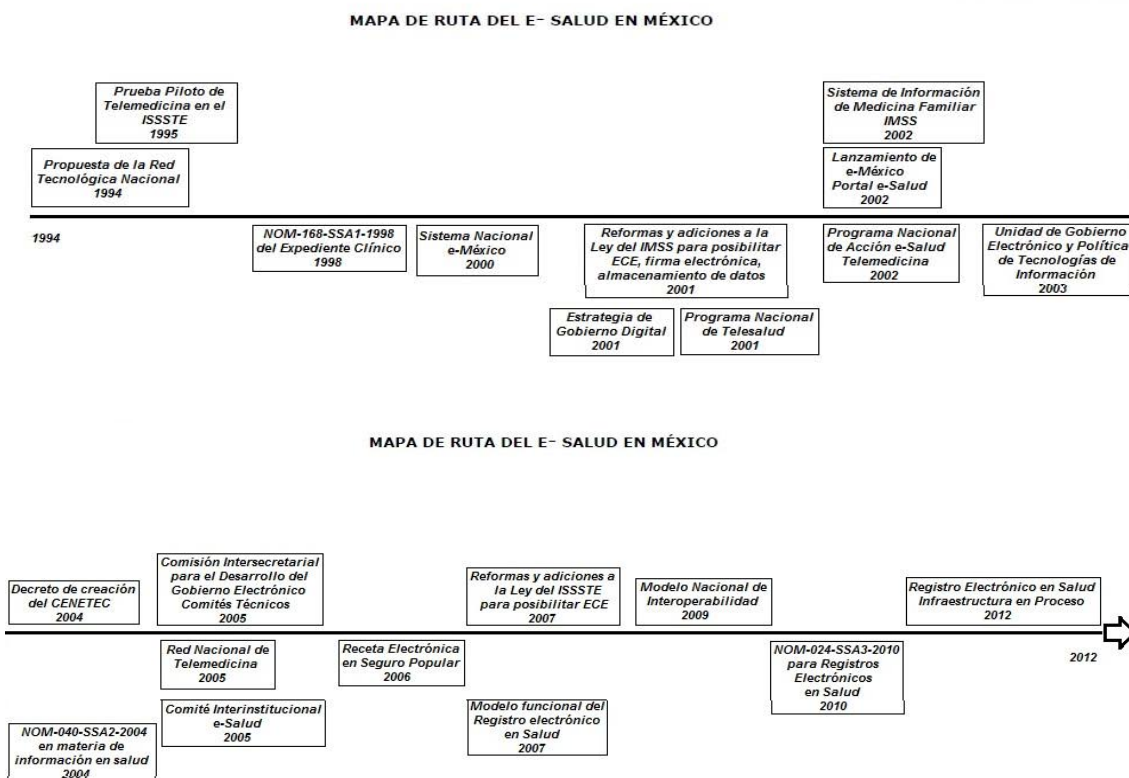


Fig. 27. Mapa de ruta del Sistema e-Salud en México. Adaptado de Mariscal, Judith; Gil-García, Ramón J.; Ramírez, Fernando. e-salud en México. Documentos de trabajo del CIDE. División de Administración Pública, p.7., en <http://www.cide.edu/publicaciones/status/dts/DTAP%20208.pdf>, consultado el 11 de enero de 2012.

Definitivamente la portabilidad del Expediente Clínico Electrónico hace un repositorio central que integre un documento electrónico o historia clínica por cada derechohabiente, mismo que perdura toda su vida y esté disponible para ser utilizado en el suministro de servicios de salud en los tres niveles de atención; su información contendrá todos los eventos médicos y podrá estar disponible en línea y al alcance de cualquier institución de salud, debe interactuar con sistemas como el de banco de sangre, laboratorio, entre otros, utilizando los estándares internacionales HL7 a través de una plataforma que se comunica con otros sistemas a nivel nacional, estatal y local.

Las mejores prácticas consisten en un modelo que proporciona independencia tecnológica institucional, y en particular, es único, consistente e intransferible, ello nos permitirá comunicar eficazmente la información entre las diferentes etapas de la atención; incorporación de nuevos datos médicos; integración de información para la toma de decisiones gubernamentales y atención continua del proveedor de servicios de salud, en otras palabras, agrupa tres grandes rubros: la infraestructura tecnológica (redes, equipamiento, seguridad, disponibilidad), la atención médica (clínicas, hospitales, laboratorio, imagenología) y el soporte para la toma de decisiones (gerencia, supervisión, estadísticas, indicadores). (Figura 28).



Fig.28. Ejes de trabajo interinstitucional en el Sistema Nacional del Expediente Clínico Electrónico.

En el Gobierno del Distrito Federal, se creó la Agenda para la Modernización Gubernamental y la Innovación Ciudadana, la cual fue definida en cuatro pilares: gobierno eficiente, gobierno de calidad, gobierno participativo y gobierno electrónico.

El Gobierno eficiente es arreglar las cosas internas del gobierno, consta de dos ejes: los asuntos administrativos tradicionales y los asuntos sustantivos. Los asuntos administrativos tiene su enfoque en las estructuras organizacionales, la mejora regulatoria y la mejora de la gestión administrativa (optimización de recursos humanos, materiales y financieros, compras claras, transparencia y rendición de cuentas). Los asuntos sustantivos tiene su enfoque en la promoción de la planeación estratégica, la toma de decisiones, la evaluación del gobierno (indicadores de gestión, desempeño e impacto) y la colaboración interinstitucional.

El Gobierno de Calidad es transformar la relación hacia el exterior del gobierno, con el ciudadano con enfoque al cliente; conocer sus problemas reales, definir los servicios de alto impacto, trámites o programas que tiene que ver con sus demandas, establecer procesos para la entrega de esos servicios por medio del portal Ciudadano del GDF e implantar el modelo de atención ciudadana “multicanal”.

El Gobierno Participativo es la transformación de la relación hacia afuera con el ciudadano, visto como ciudadano, con derechos y responsabilidades a través de observatorios ciudadanos.

El Gobierno Electrónico es el uso estratégico de las tecnologías de la información y comunicaciones para la modernización del gobierno por medio del Programa de Gobierno Electrónico y un Comité de Gobierno Electrónico; consolidar las políticas de uso para las tecnologías de información y comunicaciones a fin de tener una administración de la infraestructura tecnológica y de servicios (internet, páginas web, integración y desarrollo de sistemas de información, etc.); tener una red de comunicaciones que se interconecten a las dependencias, órganos político-administrativos y entidades paraestatales de la Administración Pública del Distrito Federal; e implementación de políticas públicas para la exigibilidad de derechos sociales (Red Ángel y Padrón de Beneficiarios) a través de la plataforma tecnológica Cómputo en la Nube.

Los esfuerzos del Gobierno del Distrito Federal, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y del Hospital General Dr. Rubén Leñero en materia de Gobierno Digital,

deben integrarse con los que realizan los gobiernos estatales y locales (a nivel de delegación política), a fin de consensuar una visión estratégica, identificando sinergias que permitan aprovechar los esfuerzos conjuntos privados y sectoriales, que cada actor del sector salud ejecuta en su propio ámbito de autoridad y reforzar los trabajos de coordinación, para el alcance de mejores resultados.

4. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN LA UNIDAD DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DR. RUBÉN LEÑERO

*Porque si los alumnos son la materia plástica o mejor,
la esencia vital de la Universidad, los maestros son su espíritu creador.
Por ello, en definitiva, los alumnos son lo que los maestros forman,
Salvo los rebeldes superiores, que se resisten con hosquedad
Y se forman orgullosamente solos.*

Dr. Ignacio Chávez

El Hospital General Dr. Rubén Leñero, ha sido desde su creación, una unidad hospitalaria con misión y visión enfocada a la atención de urgencias, traumatismos y lesiones, éstas como primer lugar de las 10 principales causas de egreso hospitalario; seguido de los padecimientos crónico – degenerativos, los cuales ocupan 6 de las primeras 10 causas de egreso hospitalario; esto debido a que la población demandante procede de tres a cuatro delegaciones del Distrito Federal con mayor número de adultos mayores y además con una tendencia ascendente. (Figura 29).

DFSSA003553 HOSPITAL GENERAL DR. RUBÉN LEÑERO		Sexo: TODOS		
		Periodo: Del: 26/12/2010 Al 25/12/2011		
		Derechohabencia : TODAS		
ORDEN	PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS	CLAVE	TOTAL	%
Total			58,139	100.0
1	Entrevista y evaluación, descritas como globales	8903	49,012	84.3
2	9929 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica	9929	1,632	2.8
3	Examen microscópico de sangre. Otro examen microscópico	9059	1,209	2.1
4	Otra radiografía de tejido blando de cara, cabeza y cuello	8709	945	1.6
5	Radiografía ósea del tobillo y el pie	8828	613	1.1
6	Radiografía ósea de la muñeca y la mano	8823	453	0.8
7	Otra radiografía ósea de la pelvis y caderas	8826	346	0.6
8	Cierre de piel y tejido subcutáneo de otros sitios	8659	339	0.6
9	Otra irrigación de herida	9659	325	0.6
10	Otra entrevista y evaluación	8904	313	0.5
11	Radiografía ósea del hombro y el brazo superior	8821	299	0.5
12	Radiografía torácica rutinaria, descrita como tal	8744	252	0.4
13	Radiografía ósea del muslo, la rodilla y la pierna inferior	8827	248	0.4
14	Radiografía ósea del miembro inferior, no especificada de otra manera	8829	243	0.4
15	Aplicación de férula	9354	169	0.3
16	Aplicación de vendaje enyesado	9351	165	0.3
17	Otras radiografías de los huesos faciales	8716	147	0.3
18	Electrocardiograma	8952	141	0.2
19	Ultrasonografía diagnóstica del útero grávido	8878	115	0.2
20	Infusión parenteral de sustancias nutritivas concentradas	9915	107	0.2
	Los demás procedimientos		1,066	1.8

Sistema de Registro de Urgencias

Fecha : 18/04/2012

8:04 P.M.

Página -1 de 1

Figura 29. Ejemplo de las 10 primeras causas de egreso hospitalario en el Hospital General Dr. Rubén Leñero. Fuente Subsistema Automatizado de Urgencias Médicas SAEH.

La tendencia actual al mejoramiento de la calidad de la atención médica incluye la certificación de hospitales como un mecanismo para garantizar que se cuenta con los recursos mínimos indispensables para brindar atención médica. Asimismo en el aspecto documental el proceso de re-certificación solicita el diagnóstico situacional actualizado en cada servicio del Hospital; incluye la ubicación física y funcional, los recursos con los que cuenta, las funciones que cumple y el análisis FODA del cual se generará el plan de trabajo.

El Hospital General Dr. Rubén Leñero es un hospital de segundo nivel de atención, ofrece los siguientes servicios: Urgencias Odontológicas, Consulta Externa y Hospitalización; éstos se integran por los servicios de Ortopedia, Medicina Interna, Clínica Integral de Obesidad y Enfermedades Metabólicas, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía General y Quemados, en conjunto cuenta actualmente con 118 camas censables. Los servicios de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento se integran por los servicios de Laboratorio Clínico, Imagenología, Patología, Inhaloterapia, Quirófano, Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos y Rehabilitación Física.

Con respecto a la Unidad de Planeación y Evaluación, objeto de éste trabajo, se tiene el antecedente de las primeras actividades en el año de 1943, inauguración del hospital, sin embargo, la creación como tal se formaliza en los años 60's y evoluciona de manera sistemática con la creación de las oficinas de estadística y el desarrollo de los Sistemas de Información en Salud, cuya estandarización a nivel nacional se inicia en los años 80's e inician su automatización a principios de los años 90's.

En la actualidad es un área operativa funcional de apoyo a la toma de decisiones, dado que integra y analiza la información estadística en salud generada en el hospital, ésta se constituye por las políticas, programas y estrategias dirigidas a garantizar el cumplimiento al derecho a la salud por medio del establecimiento de un Modelo de Atención a la Salud que favorece la planeación y prestación de servicios con universalidad, equidad y calidad, lo que permite crear programas de abasto de insumos y medicamentos, de gratuidad de servicios de salud y medicamentos y el desarrollo de estrategias innovadoras, orientadas a mejorar y ejecutar la calidad y acciones de los servicios de salud dirigidas a la población residente del Distrito Federal sin seguridad social.

La Unidad de Planeación y Evaluación es la responsable de la información estadística en salud, debe ser verídica, oportuna, confiable y comparable con la de los otros hospitales de la red para poder ser la base de la toma de decisiones tanto a nivel de hospital como de las Secretarías de Salud Local y Federal, cumple con la entrega de la información estadística de forma mensual a nivel central a través del Sistema Automatizados de Egresos Hospitalarios, Sistema Automatizados de Consulta Externa, Sistema de Información de Urgencias Médicas, Sistema de Atención de Violencia y/o Lesión por Género y Censo de Movimiento de Pacientes.

De la misma forma se envía a nivel central la información de actividades de los programas de Gratuidad y Violencia de Género, Recetas Surtidas y de las actividades de diálisis peritoneal intermitente, atención a pacientes quemados, del programa de Cirugía Bariátrica y de Cataratas, de los pacientes atendidos por el programa Seguro Popular y del programa INDICA con periodicidad cuatrimestral, éstos indicadores son de productividad y de eficacia.

En contraparte, la deficiente calidad, oportunidad, actualización y uso de la información en salud conlleva a errores en el registro, falta de capacitación en cuanto a codificación y clasificación de enfermedades y diagnósticos, programación realizada con datos históricos, nula participación del Jefe de la Unidad de Planeación y Evaluación y comunicación inexistente entre los diversos servicios hospitalarios, esto da la realización del presente trabajo.

Por otro lado, los lineamientos de política nacional y/o local, junto con el marco jurídico-normativo aplicado a la Unidad Hospitalaria y por ende a la Unidad de Planeación y Evaluación deberá incluir el Diario Oficial de la Federación, la Gaceta Oficial del Distrito Federal, estatutos, leyes, reglamentos, reglas de procedimiento, normas oficiales mexicanas, manuales administrativos y políticas aplicables al ámbito de su competencia, así como acuerdos, circulares, convenios y demás disposiciones de observancia general.

El Sistema de Salud del Distrito Federal como eje rector de la salud para la población sin seguridad social, está enmarcada en un ámbito de una planeación y operación acorde a la problemática epidemiológica, condiciones económicas, diversos perfiles de morbilidad y mortalidad y características socio-demográficas, los cuales beneficiarios del proyecto es sin duda la población.

Es a través de la Red Hospitalaria que garantizan la prestación de los servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación; asimismo el Hospital General Dr. Rubén Leñero es responsable de otorgar atención integral al paciente programado o de urgencia en traumatología y ortopedia, cirugía general, entre otras especialidades, apoyándose en los servicios auxiliares; su estructura debe concordar con un modelo apropiado en sus áreas y servicios prioritarios, esto se logra mediante una toma de decisiones de forma oportuna, eficiente, eficaz, con actitud, aptitud y alto sentido humano

Es aquí donde la organización de la Unidad de Planeación y Evaluación se ve en la necesidad de establecer estrategias apropiadas para que a futuro dar acceso a la disponibilidad de la información en salud, conocimiento a los cambios sociales, toma de decisiones más adecuada y líneas de comunicación a fin de lograr eficientar el desarrollo operativo de sus funciones en beneficio de su personal para otorgar una proyección institucional de calidad y mejora de la atención a los derechohabientes del Distrito Federal y Área Metropolitana.

La propuesta de la información en salud como instrumento para elevar la calidad de la gestión documental de la Unidad de Planeación y Evaluación, fue elaborada pensando en el desconocimiento parcial que se tiene en el manejo, integración, control, disponibilidad y disseminación de la información en salud; asimismo propone dar un impacto en la percepción de sus usuarios sobre la mejora continua de la información en salud con oportunidad, veracidad y calidad, la cual se produciría en la unidad hospitalaria y en otros servicios que se puedan desencadenar. (Fig. 30)

Definición del problema y sus causas

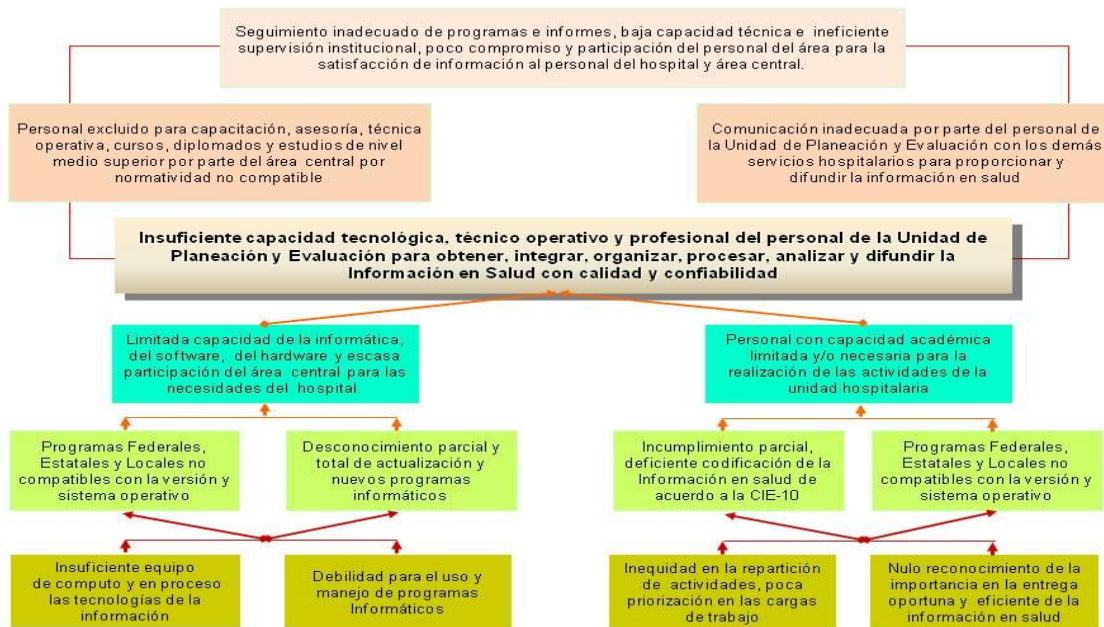


Figura 30. La definición del problema y sus causas de la unidad de Planeación y Evaluación del HGRL 2012.

La identificación de la problemática en el desarrollo de los procesos administrativos y documentales en los sistemas de información en salud que soportan el funcionamiento operativo de la Unidad de Planeación y Evaluación del Hospital General Dr. Rubén Leñero, es el motivo primordial para buscar una reorganización operativa y una reingeniería de procesos del área en cuestión. (Figura 31).

El análisis realizado de acuerdo al organigrama funcional y un diagnóstico situacional previo, con la participación parcial del personal técnico y operativo, ha identificado claramente equivocaciones que afectan el adecuado funcionamiento del área; situación que se ha hecho evidente en la forma cómo se ejecutan en los distintos hospitales de la red los procesos y funciones propias de la Unidad, afectando con esto los niveles de eficiencia tanto al interior como hacia el exterior del ente público en información en salud. (Figura 32).

Matriz del marco lógico: árbol de objetivos



Figura 31. Matriz del marco lógico para elaborar el árbol de objetivos de la unidad de Planeación y Evaluación del HGRL.

Esquema de causa-efecto: identificación de la problemática

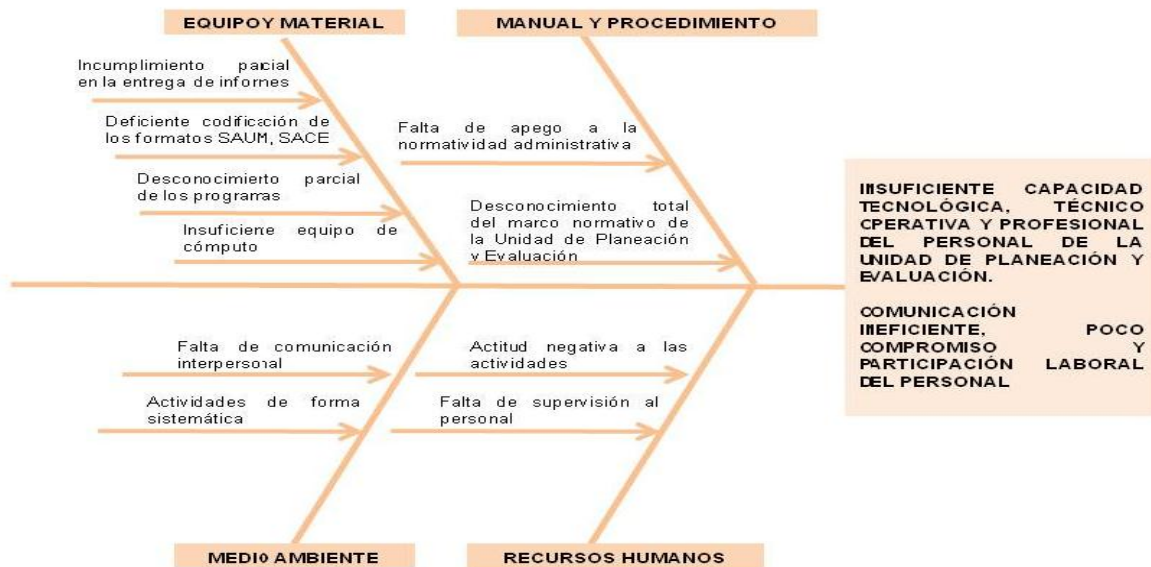


Figura 32. Esquema de causa – efecto para la identificación de la problemática de la Unidad de Planeación y Evaluación del HGRL.

De esta forma, el objetivo general de la propuesta es reorganizar las actividades administrativas de la unidad para consolidar una dirección eficaz y coordinación permanente que permita la toma de decisiones de gestión mediante la generación y diseminación de la información en salud con calidad y confiabilidad. (Fig. 33).

Esquema de causa-efecto: solución de la problemática

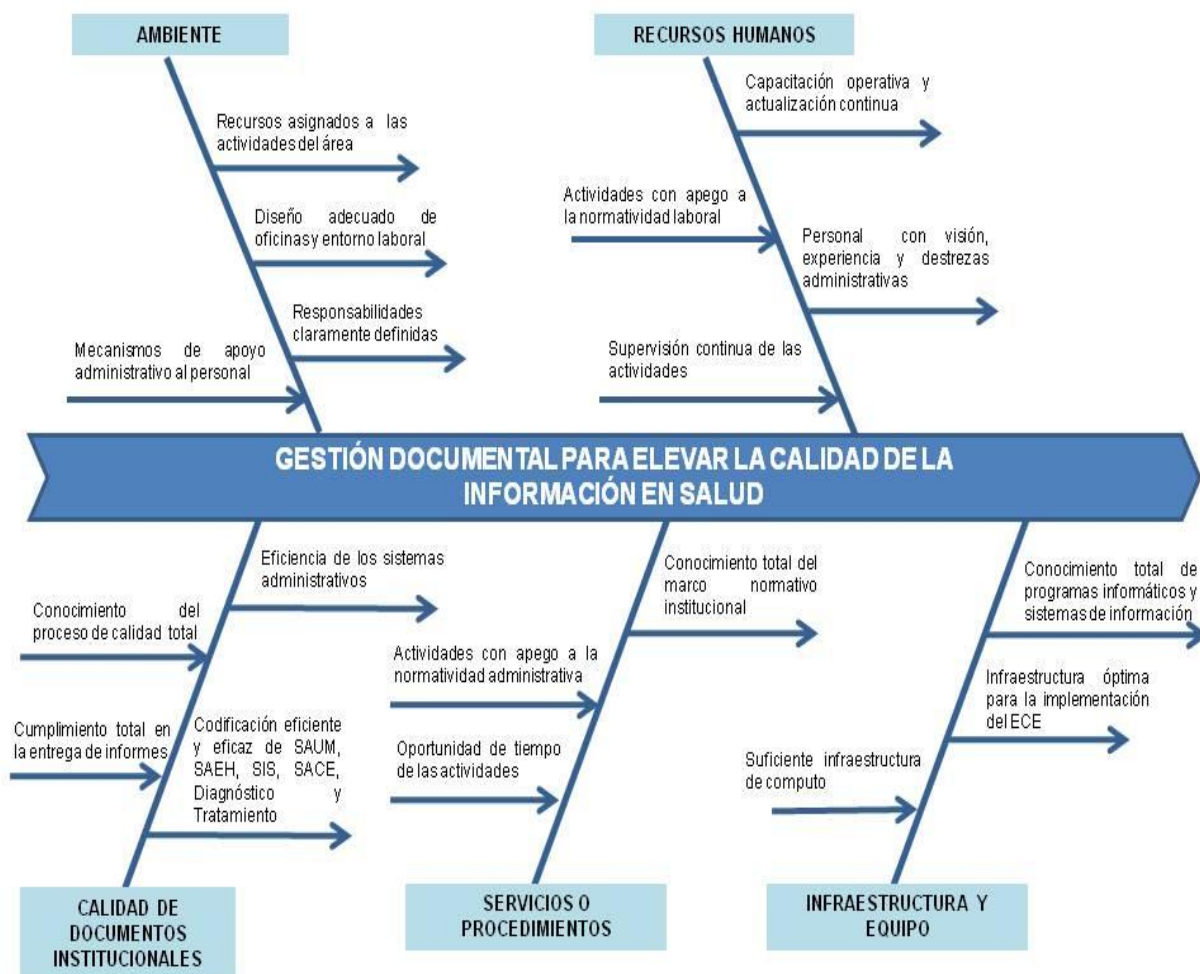


Figura 33. Esquema de causa – efecto para la solución de la problemática de la Unidad de Planeación y Evaluación del HGRL.

Los objetivos específicos serían:

- la mejora continua de la información que se genere por la realización de los programas institucionales y sectoriales del Distrito Federal;
- integrar, consolidar y administrar la estadística en materia de salud y otorgar los servicios de procesamiento de datos a los diferentes servicios hospitalarios;
- proporcionar a los directivos información en salud estadísticamente confiable para la toma de decisiones, resolución de problemas y monitoreo del desempeño de la unidad hospitalaria;
- realizar la planeación, programación, presupuestación, formulación y evaluación en forma periódica de las actividades que se efectúan en la unidad hospitalaria, mediante el análisis de la situación de los diferentes servicios y departamentos, y
- coordinar, asesorar y promover la infraestructura de cómputo, telecomunicaciones y sistemas informáticos como herramientas que coadyuven a la mejora de los servicios y que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Por otra parte, la matriz del marco lógico es una herramienta de trabajo nos facilita el proceso de la conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos o programas; nos permitirá examinar el desempeño de un programa en todas sus etapas, se presenta de forma sistemática y lógica de sus objetivos y sus relaciones de causalidad, por ende, nos servirá para evaluar si se han logrado alcanzar los objetivos institucionales y definir los factores externos al programa que puedan influir en su consecución y nos refleja lo que el programa es en la actualidad.

Deberá contener un programa presupuestario, el ramo, la unidad responsable y sus enfoques transversales; debe tener una alineación a un eje de política pública, derivado de un programa sectorial y objetivo estratégico institucional; su clasificación funcional incluye el grupo funcional, función, subfunción y la actividad institucional; sus resultados se presentan a través de objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos. (Figura 34, 35 y 36).

Eje del PGD 2007-2012: **Salud**
 Grupo Programático: **Equidad**
 Objetivo: **Proporcionar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, uso de estándares y catálogos de información para la apertura del Expediente Clínico Electrónico**
 Programa Presupuestario: **Salud para las familias**
 Dependencia o Entidad Responsable: **Secretaría de Salud. Hospital General Dr. Rubén Leñero**

OBJETIVO	INDICADORES	MÉTODOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a elevar la calidad y eficiencia de la gestión administrativa y documental	Satisfacción de requerimientos de información.	Aplicación y observación directa	El personal reconoce la importancia de mejorar las estrategias del servicio e impulsar la mejora laboral y organizacional
PROPÓSITO Información en salud confiable, óptima y oportuna que oriente el proceso de planeación y toma de decisiones	Oportunidad del registro de información en la Unidad de Planeación y Evaluación	Bitácora Sistemas de Información en Salud Llenado correcto de los formatos en el registro primario	El director de la unidad hospitalaria está en pro de apoyar la nueva estrategia de trabajo

Figura 34. Matriz del Marco Lógico e indicadores para Resultado en la Unidad de Planeación y Evaluación del HGRL.

OBJETIVO	INDICADORES	MÉTODOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
RESULTADOS COMPONENTES O			
R1. Adecuación del software y hardware de programas federales, estatales y locales en equipos de cómputo	Cumplir en un 90% la adecuación técnica del software y hardware	Bitácora de servicios Necesidades básicas de información que cubra el SIS	El Director de Sistemas Institucionales y Comunicaciones en coordinación con el enlace informático tiene el apoyo incondicional e institucional, por lo que dará respuesta inmediata de la disponibilidad de los servicios
R2. Asesoría técnica y operativa a través de internet	Usar en un 90% la red informática para búsqueda, educación continua y disseminación de la información	Intranet, Centro de Atención a Usuarios	
R3. Conocimiento básico y asesoría para el uso y manejo de programas informáticos	Incrementar en un 90% la capacitación y asesoría en sistemas de información e informática médica	Cobertura de la red informática Ocupación del ancho de banda	El Director General de Planeación y Coordinación Sectorial, de Educación e Investigación y el Director de la Unidad Médica gestionarán los cursos de actualización y capacitación.
R4. Compromiso total para la codificación óptima, actualizada y disponible.	Cumplir con el 100% la correcta codificación de los formatos	CIE-10	
R5. Llenado óptimo de los formatos oficiales con retroalimentación para la toma de decisiones	Integrar el 100% de formatos con el correcto llenado	Médicos adscritos Formatos oficiales primarios	El Coordinador Hospitalario en conjunto con el personal médico, de enfermería, de la Unidad de Planeación y Evaluación deberá supervisar el correcto llenado del expediente clínico y duplicidad de formatos.
R6. Evitar duplicidad y errores en el registro de información con los diversos servicios	Integrar el 100% de formatos de acuerdo a cada servicio	Requerimientos de información por servicio	

Figura 35. Matriz del Marco Lógico e indicadores para Resultado en la Unidad de Planeación y Evaluación del HGRL.

OBJETIVO	INDICADORES	MÉTODOS DE VERIFICACIÓN	DE SUPUESTOS
ACTIVIDADES			
A1. Suficiencia presupuestal	Presupuesto necesario para realizar la actividad	Clasificador por Objeto de Gasto 2011 y Fondo Revolvente de la unidad	El director de la unidad hospitalaria debe apoyar la resolución del proyecto
A2. Implementar capacitación y asesorías para el uso y manejo de programas informáticos			El subdirector administrativo gestionará ante las instancias del área central los recursos financieros para el desarrollo del proyecto
A3. Reasignación de actividades y prioridad de acuerdo a las tareas a realizar			
A4. Implementar cursos de codificación, sistemas de información en salud y de gestión de calidad			
A5. Proponer políticas, lineamientos y normas estandarizadas para el análisis y la resolución de problemas			

Figura 36. Matriz del Marco Lógico e indicadores para Resultado en la Unidad de Planeación y Evaluación del HGRL, 2011.

Las actividades y cronograma se deberán elaborar en un esquema básico donde se distribuirá y organizará en forma secuencial las actividades designadas para este proyecto; su desarrollo se deberá al cumplimiento del orden normativo y profesional y enfocado en la mejora de gestión documental en sistemas de información en salud.

Uno de los objetivos de éste proyecto es el contribuir a elevar la capacidad de la mejora continua en la gestión documental de la Unidad de Planeación y Evaluación a través de sus sistemas de información en salud, a fin de mejorar progresivamente la equidad, calidad y eficiencia de la atención de salud de la población del Distrito Federal.

En este contexto se trata de ofrecer un proyecto institucional orientado a contribuir al desarrollo de la capacidad de la gestión interna de un área en particular, fortaleciendo especialmente su capacidad para formular un planteamiento de supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades documentales y administrativas. En este sentido, el presente documento trata de compilar información de sus actividades específicas para conllevar a los instrumentos de gestión que permitirán lograr una atención de salud con equidad, calidad, eficiencia y poder dar solución a la problemática que nos ocupa. (Figura 37).

Proyecto de impacto 6x6: Modelo de Gestión para la Calidad Total

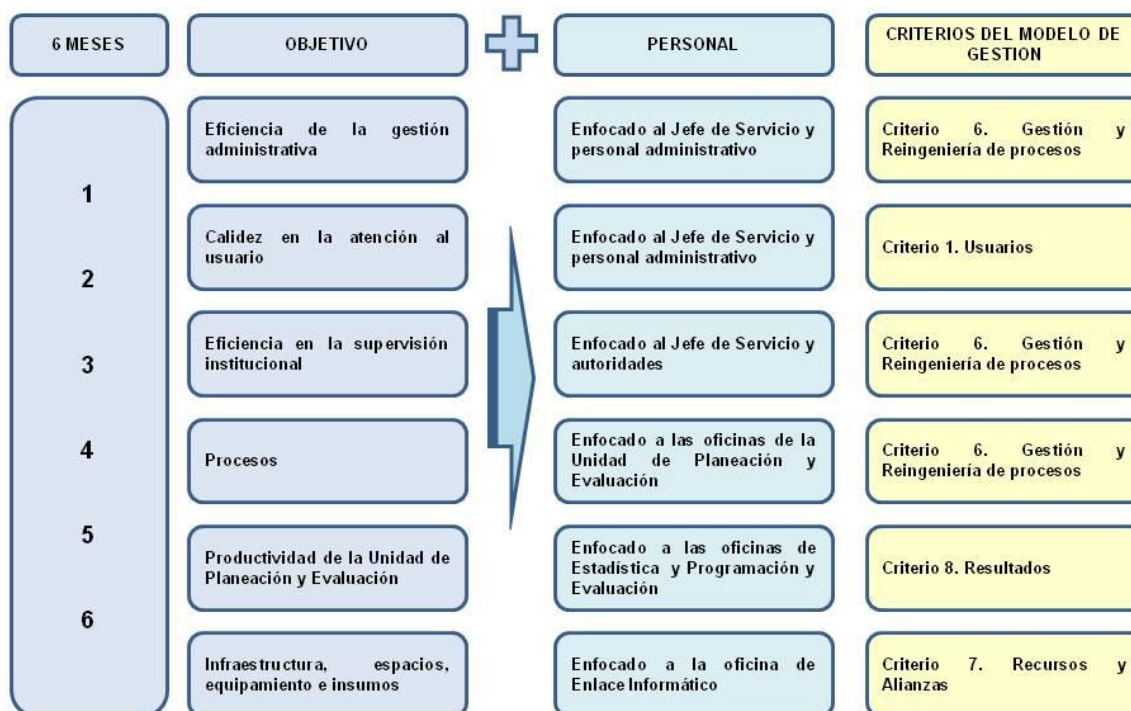


Figura 37. Proyecto de Monitoreo y evaluación a través del Modelo de Gestión para la Calidad Total en la Unidad de Planeación y Evaluación del HGRL.

Debido al entorno socioeconómico mundial y junto con la demanda creciente de los ciudadanos en formar parte de la Cobertura Universal en Salud, así como la voluntad política en tomar acciones oportunas en la mejora de la gestión y una financiación eficiente y suficiente, la sostenibilidad de éste proyecto se basa en cinco puntos primordiales:

- Sostenibilidad político – normativa: en éste documento se menciona las bases jurídico – administrativas y normativas en apego a las atribuciones conferidas para su operación en caso de que sea aprobado; además como todos los de su género deberá ser revisado periódicamente para su actualización a fin de que sirva como un instrumento de consulta que coadyuve en el desarrollo de las funciones del personal de la unidad hospitalaria.
- Sostenibilidad institucional: se contempla como una herramienta de aplicación que permitirá la evaluación de los procesos de codificación estadística y eficientar la información en salud como un instrumento para la calidad de los servicios que

proporciona la unidad hospitalaria, así nos facilitará las alternativas de acción y la toma de decisiones correcta estableciendo un acuerdo de gestión.

- Sostenibilidad financiera: el presupuesto estimado dependerá de la solicitud de petición de recursos para el proyecto, de reuniones staff al área central para que se integre en el presupuesto del año en gestión en la clasificación por objeto de gasto de los capítulos 1202, 2200, 2106 y 3300.
- Sostenibilidad social: se tiene una participación reducida de la comunidad que integra la Unidad de Planeación y Evaluación para cada fase del proyecto, se informará de los avances para el logro de los objetivos y que se realice una integración de equipo formal, comprometiéndose a las adecuaciones administrativas que se lleven a cabo, esto dará como resultado un clima organizacional funcional y en lo futuro óptimo para el logro del proyecto presentado.
- Sostenibilidad cultural: existen en el área cuatro personas con experiencia profesional, las cuales conocen la realidad y problemática de la Unidad, además se invitará a participar a un abogado, médico legista y psicólogo para realizar las funciones de apoyo jurídico en las agencias del ministerio público en la PGJDF, el cual nos puede asociar como un grupo y no poner en riesgo el proyecto.

Las limitaciones económicas siguen siendo el principal obstáculo para la realización del proyecto, estas pueden ser barreras potenciales o reales. La primera hace referencia a la manera en que la institución facilita o no el acceso a los servicios administrativos y documentales o las adecuaciones organizativas, los cuales pueden incidir en la continuidad de la atención. También están vinculadas a la predisposición del personal del área, las variables demográficas, la estructura social y cultural. Por el contrario, las barreras reales se centran en la continuidad del tratamiento y la satisfacción del personal de los demás servicios con la atención prestada.

Si bien, este proyecto puede considerarse como un avance real para la consolidación en la estructura de la Unidad de Planeación y Evaluación y así lograr la calidad esperada, también crea un reto económico adicional, pues se deben encontrar alternativas para financiar los costos operativos mínimos para el cumplimiento de los objetivos sobre todo en tecnologías de la información y comunicaciones.

El presente informe es el resultado de un análisis institucional y organizacional de manera representativa de la Unidad de Planeación y Evaluación del Hospital General Dr. Rubén Leñero y contribuye con una propuesta de evaluar su funcionamiento y desempeño sobre la base de aquellas acciones que han sido identificadas para poder mejorar y fortalecer esta área administrativa.

La organización institucional en sí, es un ente complejo en que se debe alcanzar un equilibrio estructural y funcional entre los profesionales de la salud y el derechohabiente que radica en el Distrito Federal para poderle ofrecer el acceso a los servicios de salud con cobertura universal más eficiente, equitativa y de mejor calidad; esto se logrará a través de una eficiente gestión administrativa y documental con calidad en la información en salud para una mejor toma de decisiones.

CONCLUSIONES

La disponibilidad de la información epidemiológica y los recursos con que se cuenta para atender las necesidades de la población constituye una herramienta fundamental en la toma de decisiones y la rendición de cuentas sobre la gestión documental en materia de salud. En este sentido, ha sido preocupación de quienes han estado a cargo de la salud en las distintas épocas de la historia de México, generar registros en la materia, con las limitaciones propias de su tiempo, que han dado como resultado la consolidación de un Sistema Nacional de Salud de Información en Salud que hoy en día coordina la Secretaría de Salud.

Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, SSA
Las estadísticas de salud en México: ideas, actores e instituciones: 1810-2010

Al inicio de éste trabajo se planteo como prioridad la atención al paciente y al propio personal, se refiere indudablemente al flujo de información en salud gubernamental, el cual establece lazos de interconexión entre los administradores públicos y la población del Distrito Federal. Considero que el personal encargado de administrar ese flujo de información debe denominarse gestor de la información, el cual debe tener atributos un como liderazgo que tenga atribuciones que por ley o norma se otorgan a un funcionario público y, otro al comportamiento para orientar y conducir a la institución a un área determinada, es decir, un liderazgo institucional y de facultades personales.

El CIO (Chief Information Officer) por sus siglas en inglés, es un concepto estadounidense de líderes por adscripción normativa con cargos específicos, con atribuciones y responsabilidades precisas, su traducción podría ser como jefe de información y éste tiende a dos vertientes: uno como administrador de la información y como administrador de las TIC'S (Tecnologías de la Información y Comunicaciones); hablando de comunicación, es la persona que gestiona el flujo de información gubernamental con apoyo técnico de las TIC'S; es el encargado de diseñar, implantar y controlar los procesos del flujo de la información gubernamental encargada de captar, capturar, difundir, procesar, almacenar y diseminar información médica o en salud.

Paralelamente es capaz de crear e implantar políticas públicas de la modernización e innovación gubernamental, debe existir una vinculación y enlace institucional para tener atribuciones de crear políticas públicas referidas al flujo de información y atribuciones de crear proyectos y programas específicos para mejorar y modernizar los trámites y servicios;

debe tener conocimientos sobre planeación estatal y gubernamental, coordinación interinstitucional, presupuesto, legislación, recursos humanos, aplicaciones tecnológicas e interacción con los gobiernos y ciudadanía para crear mejores prácticas de la continuidad de las políticas públicas.

Así mismo debe señalar un papel estratégico que desempeña el manejo de la información gubernamental y la administración de las TIC'S, básicamente consiste en la digitalización y automatización de procesos; reforzar el liderazgo en cuanto al manejo de la información gubernamental para la innovación y modernización de la Administración Pública; administrar menos y liderar más; institucionalizar el perfil de la información gubernamental a través de procesos internos para que la gestión de dirigir y administrar la información adquiera la importancia que merece, de esta forma promover el desarrollo e implantación de nuevos modelos de gestión de la información para:

- capacitación de los recursos humanos existentes, procesos de mejora continua,
- desarrollo de investigación académica, vinculación con las universidades y ONG entorno a políticas públicas, tecnológicas, estadísticas, proyectos de mejora de la calidad de la Administración Pública, toma de decisiones correctas,
- Alcances y límites de nuevas atribuciones institucionales, horizontes más amplios para su actividad, rediseñar el modelo institucional y políticas públicas respecto al papel de la gestoría de la información,
- Asignar un valor político al manejo de la información gubernamental, que se debe hacer y saber hacer, percepción generalizada en capacidades y conocimientos

Si nuestros futuros gestores de la información están convencidos de más atribuciones de las permitidas se podrá hacer una misma política de información para que la potencialidad de sus conocimientos se desplieguen para ocupar posiciones preponderantes en las estructuras gubernamentales, para este caso, en la estructura de la Unidad de Planeación y Evaluación del Hospital General Dr. Rubén Leñero de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

OBRAS CONSULTADAS

Agostoni, Claudia; Ríos Molina, Andrés y Villarreal Levy, Gabriela (Colab.). (2010). Las estadísticas de salud en México: ideas, actores e instituciones, 1810-2010. México. UNAM. SSA. 322 p.

Aguilera, Nelly. (2011). Evaluación del intercambio de servicios en la integración del sector público. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Alanís, Macedonio (2011). Así se rige el gobierno electrónico. *Política Digital*. 59, 20-21.

Alonso Arévalo, Julio. (2007). Gestión de la información, gestión de contenidos y conocimiento. II Jornadas de trabajo del grupo SIOU. 8 y 9 de noviembre. Universidad de Salamanca: El autor.

Arcelus, Josune. (2009). Retos del proyecto haciendo negocios. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 11 de agosto.

Artiles Visbal, Sara y Espinosa Viñet, Regino. (200?). Gestión del conocimiento y capital intelectual. (Expresión en el modelo de empresa de alto desempeño).

Barnard Amozorrutia, Alicia., Casellas, Lluís-Esteve y Castro Acero, Zaida. (2012). Evaluación de los documentos de archivos digitales. *En IV Foro Iberoamericano de Evaluación de Documentos*, efectuado el 25 de mayo.

Barrios Bernal, Sandra Viviana; Rincón, María de los Ángeles; Alfonso Ramos, Víctor y Martínez, Lyda Gioanna. (201?). Organizar archivos de gestión de acuerdo con la normatividad vigente y políticas institucionales. Disponible en: <http://www.slideshare.net/angelitorincon1/gestin-de-archivos-7918250>

Buscaglia, Eduardo. (2011). La transparencia y la protección de datos personales en la procuración e impartición de justicia. INFODF. Conferencia magistral del 5º Seminario Internacional sobre transparencia y protección de datos en la procuración e impartición de justicia, efectuado el 21 de octubre.

Bustelo Ruesta, Carlota y Amarilla Iglesias, Raquel. (marzo 2001). Gestión del conocimiento y gestión de la información. *Boletín del Instituto Andaluz de Patrimonio Histórico, año VIII, n. 34; 226—230.*

Bustelo Ruesta, Carlota y García-Morales Huidobro, Elías. (diciembre 2001). Tendencias en la gestión de información, la documentación y el conocimiento en las organizaciones. *El profesional de la información, v.10, n.12, 4-7.*

Caja Costarricense de Seguro Social. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. Sistemas de Información en Salud en el primer nivel de atención. (2004). Recuperado de <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/octavaunidad.pdf>

Camacho Ortega, Víctor Julio. (2011). El expediente clínico electrónico en PEMEX: un caso de éxito. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Canals, Agusti. (2005). De la gestión de la información a la gestión del conocimiento. Jornadas de Documentación. Estudis de Ciències de la Informació i de la Comunicació. Universitat Oberta de Catalunya: València.

Cantú Martínez, Pedro César y Gómez Guzmán, Luis Gerardo. (2010?). El valor de la estadística para la Salud Pública. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León*;3.

Castañeda Jaimes, Alberto. (2005). Fragmentos históricos de una Gran institución. México: Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Salud.

Castillero y del Saz, René (1992). Algunos datos históricos de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal. *Revista de Salud del Distrito Federal*. 1(3), 23-25.

Castillo Guerrero, Rafael. (200?). Gestión del conocimiento: bibliotecarios e información, ventajas competitivas. Ponencia Día del Bibliotecario en la Universidad de Playa Ancha, en el marco de la celebración de los 41 años de la carrera de Bibliotecología.

Castro V., María del Carmen. (2004). La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica. En *Región y Sociedad*. 16 (30).

Ceballos, Pablo Y. (2011). Integración del expediente clínico electrónico en instituciones hospitalarias. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Chandía Vidal, Yanira. (2006). Introducción a la calidad en salud. Chile, Clínica Sanatorio Alemán de la Concepción. Disponible en <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>

Consejo Ejecutivo de la Comisión Intersecretarial para el Desarrollo del Gobierno Electrónico (2006). Administración del Conocimiento para el Sector Público en México: consideraciones para facilitar su diseño e implementación. México. Consejo Técnico de Administración del Conocimiento, 67 p.

Cornella, Alfons. (julio 1997). La cultura de la información como institución previa a la sociedad de la información. Barcelona: Autor.

D'Alòs-Moner, Adela (mayo-junio 2006). La gestión documental: aspectos previos para su implantación. *El profesional de la información*. 15 (3). Disponible en: <http://www.elprofesionaldelainformacion.com/contenidos/2006/mayo/8.pdf>

Departamento del Distrito Federal (1976). Memoria de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal: 1970-1976. México: Autor.

Departamento del Distrito Federal (1986). Memorias II Jornadas Médico Quirúrgicas. 28 al 31 de enero. México: El autor. Dirección General de Servicios Médicos.

Departamento del Distrito Federal. Principales acciones realizadas en los Servicios de Salud 1989-1994. *Revista de Salud del Distrito Federal*. 3 (1) julio-septiembre, 1-3.

Esparza Carvajal, José Antonio. (2009). Políticas de TIC'S. Gobierno del Estado de Morelos. Ponencia presentada en el "Foro de innovación y modernización gubernamental", efectuado el 11 de agosto.

Espinosa Mejía, Víctor Manuel., Bonilla Magaña, Eduardo y Cervantes, Gumaro Damián. (2012). Los sistemas de gestión documental y procesos archivísticos frente a la Ley Federal de Archivos. *En IV Foro Iberoamericano de Evaluación de Documentos*, efectuado el 21 de mayo.

Fajardo Dolci, Germán (Edit.). (2009). Memoria de la 1ª Reunión regional sobre solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud. México. OMS. SSA. CONAMED. 332 p.

Fedorowicz, Alexander. (2011). Uso de estándares de interoperabilidad. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Fernández Canton, Sonia. (2011). Las nuevas tecnologías como instrumentos para la integración del Sistema Nacional de Información en Salud. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Figueroa Alcántara, Hugo Alberto. (2010). Tesis Maestría: Vivencia y convivencia en la sociedad red. México. UNAM. Autor.

Framarin, Alicia. (2011). Evaluación de tecnologías para la salud como sustento para la integración funcional del Sistema Nacional de Salud. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Funes, Ignacio. (2010). Competitividad: ejemplos para la articulación de la competitividad. Ponencia presentada en el "Foro sobre competitividad de las ciudades", efectuado el 20 de octubre.

Garza - Cantú, Mariano (2011). El GDF tiene ángel en sus programas sociales. *Política Digital*. 59, 32-33.

Gallegos, Rodrigo. (2012). La relación costo / beneficio del computo en la nube. *Política Digital*. Ponencia presentada en el “Seminario Cómputo en la nube para el sector público de México”, efectuado el 30 de mayo.

Gestión de la información: Kit para la gestión de campamentos. (200?). 138-162. Disponible en: <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Camp%20Coordination%20Management/publicdocuments/5.Gestion%20de%20la%20Informacion.pdf>

Gobierno del Distrito Federal. (1999, 1 de diciembre). III Informe de Gobierno: mensaje político. México: Autor.

Gobierno del Distrito Federal. (2009). Estrategias de TIC. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 10 de agosto.

Gobierno del Distrito Federal. (2009). La contraloría ciudadana en el DF. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 10 de agosto.

Gobierno Federal (2010). Agenda de gobierno digital. México. SFP. 40 p.

Godoy Prieto, Miguel Ángel (2009). Gestión documental. Disponible en: <http://www.slideshare.net/NILENSE/la-importancia-de-la-gestion-documental-en-el-desempeo-profesional/download>. Consultado el día 28 de noviembre de 2011.

González Pérez, José Ignacio (2008). La información en salud como instrumento para elevar la calidad de la gestión administrativa en la Unidad de Planeación y Evaluación. Proyecto final de clase del Diplomado en Liderazgo y Competencias Gerenciales en Salud. Modulo 3: Gestión de proyectos para la reestructuración organizativa de los servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública: El autor.

González, Javier. (2009). Evaluación del desempeño gubernamental. CIAPEM. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 11 de agosto.

Guerra Ford, Oscar. (2010). Transparencia útil para la ciudadanía. INFODF. Ponencia presentada en el “Foro sobre competitividad de las ciudades”, efectuado el 19 de octubre.

Guillot, Luis. (2010). Cloud computing en el Gobierno del Distrito Federal. *Política digital*. Ponencia presentada en el Seminario “Cómputo en la nube”, efectuada el 14 de julio.

Heredia Herrera, Antonia (2007). Gestión documental y calidad. *Mundo archivístico*. Disponible en: <http://www.mundoarchivistico.com/?menu=articulos&accion=ver&id=212>. Consultado el día 28 de noviembre de 2011.

Hernández Ferriz, Gonzalo. (2009). Portal ciudadano del GDF: caso de estudio. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 10 de agosto.

Hernández Reyes, Hipólito (2009). Políticas de Tecnologías de la Información. SFP. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 11 de agosto.

Hernández Silva, Frank y Martí Lahera, Yohannis. (2006). Conocimiento organizacional: la gestión de los recursos y el capital humano. 14 (1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_1_06//aci03106.htm

Herrera Flores, Claudia; Mariscal Martínez, Juan Manuel; Mendoza Ríos, Israel; Becerra Hernández, Miguel Ángel y Rosas Ocegueda Viridiana. (junio 2012). Clasificación documental y clasificación de la información: dos conceptos diferentes. *E-Gaceta ENBA*. Órgano informativos de la Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía. 3. (34). 8-10.

Herrera Franyutti, Alfonso (1984). Setenta y cinco años de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. *Gaceta Médica del Distrito Federal: LXXV Aniversario de Servicios Médicos*, I(5), 301-304.

Hill Mayoral, Benjamín. (2010). Como proceder con la nueva transparencia que México necesita. Política digital. Ponencia presentada en el Seminario “Hacia una nueva transparencia en México: apertura y seguridad”, efectuada el 20 de mayo.

Hofmann, Andrés (2010). La transparencia y la opacidad de los gobiernos de México: un corte de caja. *Política Digital*. Seminario Hacia una nueva transparencia en México: apertura y seguridad. 58, oct-nov, 14-18.

Ibarra Espinoza, Ignacio. (2011). Marco legal del Sistema Nacional de Salud para la integración. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

IFAI (2009). Vi Semana Nacional de la Transparencia: transparencia en las Américas. Centro Cultural Tlaltelolco, D.F. 27 al 29 de octubre.

Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal. (1997, Noviembre) Perfil de la salud de la ciudad. México: Autor.

Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal. (1998). *Documento Técnico*. México: Autor.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2011). Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. (Informe final del proyecto). 96p.

Kumate Rodríguez, Jesús y Barnard, Alicia (1987). El sistema de salud en el Distrito Federal. *Revista Médica del Distrito Federal*, 4(3), 121-125.

Laguna-Calderón, Javier y Salinas Oviedo, Carolina (1990). Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal. *Salud Pública de México*. 32 (221-224).

López Dávila, Irak. (2009). Innovación ciudadana y modernización gubernamental. GDF. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 11 de agosto.

López Dávila, Irak. (2009). Retos de una ciudad competitiva. GDF. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 11 de agosto.

López Ruíz, Marta Yolanda. (2006). Tesis Licenciatura: El perfil profesional del gestor de la información y la situación laboral del bibliotecólogo en la ciudad de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Humanidades. Escuela de Bibliotecología. Autor.

López Soto, Reyna. (2007). Apuntes de clase de la Maestría en Administración de Organizaciones de Salud. Universidad Lasalle 2004-2007.

Lozano González, Juan. (2011). Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud: el caso del expediente clínico electrónico nacional. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Luna Ballina, Margarita (2011). Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica: reflexión práctica para los profesionales de la salud y sus pacientes. México. CONAMED.

Mariscal, Judith; Gil-García, Ramón J. y Ramírez, Fernando (2008). E-salud en México. CIDE. (208) 49 p.

Marván Lavorde, María (2011). Protección de datos personales en el sector salud: retos y realidades. Ponencia presentada en el marco del Foro de Protección de Datos Genómicos.. El 28 de enero. México. IFAI

Marván, María. (2011). La apertura gubernamental: el próximo gran paso de la transparencia. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Hacia la construcción de gobiernos abiertos en México”, efectuado el 06 de octubre.

Mejía Delgado, Adriana Nayeli, et.al (2010). Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. *Revista CONAMED*. 16, 1, ene-mar, 4-10.

Mendoza, Miguel. (2012). Cloud Computing para gobierno: un modelo de probada eficacia. Política Digital. Ponencia presentada en el “Seminario Cómputo en la nube para el sector público de México”, efectuado el 30 de mayo.

Micher Camarena, Martha Lucia (2010). Ciudades incluyentes: tecnologías para servicios de salud a la población. GDF. Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. Ponencia presentada en el “Foro sobre competitividad de las ciudades”, efectuado el 19 de octubre

Miranda, Horacio. (2011). Nuevo portal ciudadano: www.gob.mx; ¿Cómo prepararse para acceder a la plataforma?. Política digital. Ponencia presentada en el Seminario “Una plataforma en la nube para los gobiernos abiertos de México”, efectuado el 17 de marzo.

Mireles Bustamante, Alfonso. (2011). El nuevo expediente clínico electrónico del IMSS. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Morayma, Yassen. (2009). Mejora regulatoria. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 10 de agosto.

Moreno Gutiérrez, Mauricio. (2010). Cómputo en la nube: caso Servicio de Administración Tributaria SHCP. Política digital. Ponencia presentada en el Seminario “Cómputo en la nube”, efectuado el día 14 de julio.

Navarro Reynoso, Francisco (2010). Hacia una cultura institucional de seguridad del paciente. Simposio Seguridad del Paciente: Memorias. SSA, CONAMED, UNAM, ANM, OPS. 211-218.

Obregón, Héctor (2011). Como alinear las TIC a las políticas públicas. *Política Digital*. 60, 30-31.

Obregón, Héctor. (2010). Cómputo en la nube para el sector público. INAP. Política digital. Ponencia presentada en el Seminario “Cómputo en la nube”, efectuada el 14 de julio.

Olmedo Núñez, Raúl. (2011). ISSSTEMED 4.2.; experiencias en la implementación y despliegue del expediente clínico electrónico. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

OPS/FEPPEN. (Agosto, 2001). Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserverp.pdf>.

Ornelas Núñez, Lina. (2009). Lineamientos en materia de seguridad de la información en posesión de las dependencias y entidades de la APF. Política digital. Ponencia presentada en el Taller Nacional “Seguridad de la información en el sector público de México”, efectuado el 15 de julio.

Ornelas Núñez, Lina. (2012). Protección de datos personales en la nube. Política Digital. Ponencia presentada en el “Seminario Cómputo en la nube para el sector público de México”, efectuado el 30 de mayo.

Ortiz Domínguez, Maki Esther, (2011). Perspectivas de la integración del Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Ortiz Domínguez, Maki Esther, (2011). Protección de datos personales en registros electrónicos en salud y el uso de los estándares HL7 en México. Secretaría de Salud. Ponencia presentada en el marco del World Summit on de Information Society: turning targets into action. Ginebra, Suiza. El 18 de mayo.

Oster, Sonia (2011). Las TIC y la redistribución del poder. *Política Digital*. 59, 26-27.

Pak Linares, Andrés., Rodrigues, Ana Celia y Pacheco Zamudio, Ma. del Pilar. (2012). Enfoques, criterios y métodos para evaluar documentos de archivo. *En IV Foro Iberoamericano de Evaluación de Documentos*, efectuado el 24 de mayo.

Patiño Calderón, Carlos A. (2009). Portales ciudadanos. SFP. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 10 de agosto.

Peralta, Manuel. Sistema de información. (Monografía de Internet). Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos7/sisinf/sisinf.shtml>

Pérez Rodríguez, Judith y Coutín Domínguez, Adrián. (2005). La gestión del conocimiento: un nuevo enfoque en la gestión empresarial. *Acimed*: 13 (6). Disponible en: http://bvs/sld.cu/revistas/aci/vol13_6_05/aci04605.htm

Pérez Mazatan, Javier. (2011). Esquema de interoperabilidad y datos abiertos de la Administración Pública Federal. Política digital. Ponencia presentada en el Seminario “Modelo de interoperabilidad y gobierno abierto”, efectuado el 08 de julio.

Perspectivas sobre el futuro de la protección social en salud en México: Secretaría de Salud (2007, 7 de febrero) en Foro internacional sobre políticas públicas para el desarrollo de México. Panel Salud y Protección Social. BID, CEPAL, CIDE, OCDE, PNUD, Ciudad de México.

Peschard, Jacqueline. (2010). Transparencia gubernamental: ¿Qué sigue?. Política digital. Discurso pronunciado en el Seminario “Hacia una nueva transparencia en México: apertura y seguridad”, efectuado el 20 de mayo

Puente, Marcelo de la. (2010). Gestión del conocimiento y minería de datos. Buenos Aires: Consultora de Ciencias de la Información. Documentos de Trabajo. Área: Tecnología. (19).

Raghavan, Kartik. (2009). México presentation. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 11 de agosto.

Ramírez Marroquín, Sandra Luz. (2009). Evaluación del desempeño gubernamental del Distrito Federal: PROMOEVA. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 11 de agosto.

Redes sociales en el Estado de México. (2011). Política digital. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Hacia la construcción de gobiernos abiertos en México”, efectuado el 06 de octubre.

Ríos, Nagore de los. (2011). Irekia, el gobierno abierto de Euskadi, Gobierno Vasco. Política digital. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Hacia la construcción de gobiernos abiertos en México”, efectuado el 06 de octubre.

Robles Berlanga, Rosario. (1999, 1 de diciembre). III Informe de Gobierno: mensaje político. México: Autor.

Rodrigues, Roberto J (1996). Manual de pautas para el establecimiento de Sistemas Locales de Información. OPS, OMS. Washington, D.C. (Manuales operativos Paltex) v. II. 8.

Rojas Mesa, Yuniét. (2006). De la gestión de información a la gestión del conocimiento.14 (1). Disponible en: http://bvs/sld.cu/revistas/aci/vol14_1_06/aci02106.htm

Rubalcaba Peñafiel, Luis. (2011). Evaluación de impacto de políticas públicas en salud. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Ruelas Barajas, Enrique et. al. (1990). Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública de México*.32 (207-220).

Ruelas Barajas, Enrique; Vidal Pineda, Luis Miguel (1990). Unidad de garantía de calidad: estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*. 32 (225-231).

Salinas Oviedo, Carolina. (1995). Metodología para el análisis de un sistema de información hospitalario: el caso del Hospital General Dr. Rubén Leñero. Tesis de Maestría. UNAM, México, D.F.

Salinas Rodríguez, Aáron. (2011). Metodologías para la evaluación de impacto de políticas públicas en salud. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Sánchez Díaz, Marlery. (2005). Breve inventario de los modelos para la gestión del conocimiento en las organizaciones. 13 (6). Disponible en: http://bvs/sld.cu/revistas/aci/vol13_6_05/aci06605.htm

Sandoval Almazán, Rodrigo. (2011). De los datos al poder: gobierno inteligente. *Política Digital*. 59, 28-29.

Santillán, Víctor. (2010). Ciudades sustentables: acceso para todos. Ponencia presentada en el “Foro sobre competitividad de las ciudades”, CIAPEM. Efectuado el 20 de octubre.

Secretaría de Salud del Distrito Federal. (1997-2000). Memoria: una visión integral. México: Autor.

Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2000). Manual de Organización del Cuerpo de Gobierno en Unidades Hospitalarias.

Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2003). Manual de Organización de la Unidad de Planeación y Evaluación en las Unidades Hospitalarias.

Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2011). Premio Nacional de Calidad. (Documento técnico en base a criterios de calidad y actividades del Hospital General Dr. Rubén Leñero).

Secretaría de Salud del Distrito Federal. (Diciembre 1997-Abril 2000). Este es nuestro trabajo. México: Autor.

Sistema de información. (s.f.) En Monografía de Internet de Wikipedia. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_informaci%C3%B3n

Sistemas de Información Hospitalaria. (s.f.) En Monografía de Internet de Wikipedia. Recuperado de http://es.wikipedia.org/wiki/Sistemas_de_informaci%C3%B3n_hospitalaria

Sojo, Eduardo. (2011). Transparencia en el INEGI. Política digital. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Hacia la construcción de gobiernos abiertos en México”, efectuado el 06 de octubre.

Soler Sánchez, Yudmila María; Aguilera Montero, Maritza; López Arias, Enrique y Delgado González, Orlando. Importancia de la gestión de la información y el conocimiento en el proceso de cambio organizacional. (Monografía en internet). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos70/gestion-informacion-proceso-cambio-organizacional/gestion-informacion-proceso-cambio-organizacional2.shtml>

Sosa Manzano, Carlos L. (2011). Calidad de la información, SINERHIAS y SICUENTAS. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Sosa Manzano, Carlos L. (2011). Censo nacional de recursos para la salud y CLUES. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Téllez Téllez, Jesús. (2011). Calidad de la información en la prestación de servicios y daños a la salud. Ponencia presentada en el marco de la 4ª Semana internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Del 7 al 11 de noviembre.

Téllez Valdés, Julio. (2012). Aspectos legales del cómputo en la nube. Política Digital. Ponencia presentada en el “Seminario Cómputo en la nube para el sector público de México”, efectuado el 30 de mayo.

Terán Fuentes, Mariana., Domínguez Pérez, Olivia., Córdova López, Oscar y Salceda Andrade, Juan Francisco Javier. (2012). Las instituciones y lo que esperan del profesional de la ciencia archivística. *En IV Foro Iberoamericano de Evaluación de Documentos*, efectuado el 22 de mayo.

Torres Espejo, Rodolfo (2009). Estrategia de gobierno digital. Ponencia presentada en el marco del Foro de Innovación y Modernización Gubernamental.

Torres Espejo, Rodolfo. (2009). Estrategia de gobierno digital. Ponencia presentada en el “Foro de innovación y modernización gubernamental”, efectuado el 11 de agosto.

Torres, Rodolfo. (2009). El papel de las TIC’S para lograr los objetivos del Programa de Mejora de Gestión. Política digital. Ponencia presentada en el Taller Nacional “Las Tic’s y el Programa de Mejora de la Gestión”, efectuado el 19 de marzo.

Urrea, Pedro (2005?). Reflexiones entorno a la gestión del conocimiento en salud. Infomed.

Valenzuela Ponce, Ma. del Rosario. (2005). El grado de satisfacción del prestador de servicios en la calidad de la atención médica. Tesis de Maestría, Universidad La Salle, UNAM, México, D.F.

Vázquez Saavedra, José Antonio. Situación actual y perspectivas de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal. *Revista de Salud del Distrito Federal*. 3(1) julio-septiembre, 4-8.

Vega, Salvador. (2009). El Programa de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal Mexicana. Política digital. Ponencia presentada en el Taller Nacional “Las Tic’s y el Programa de Mejora de la Gestión”, efectuado el 19 de marzo.

Vieyra Navarro, Javier. (2009). Integración de servicios para incrementar la efectividad de las instituciones. Política digital. Ponencia presentada en el Taller Nacional “Las Tic’s y el Programa de Mejora de la Gestión”, efectuado el 19 de marzo.

Villarreal Levy, Gabriela. (2011). Caso de interoperabilidad: Expediente Clínico Electrónico Nacional. Política digital. Ponencia presentada en el Seminario “Modelo de interoperabilidad y gobierno abierto” efectuado el 08 de julio.

Villeda – García, Flor Lizet, et. al (2010). Nivel del cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del expediente clínico, por el personal de Enfermería de un Instituto Nacional de Salud. Revista CONAMED. 15, supl. 1, S17-S22.

Viniegra, Carlos (2010). Experiencia, situación y retos del gobierno digital en México. México. SFP, Ponencia presentada en el Seminario “Un Modelo de interoperabilidad gubernamental”, el 7 de julio.