



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

OPINIÓN Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL
PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES EN RELACIÓN AL NIVEL
JERÁRQUICO, EN UNA INSTITUCIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN)

PRESENTA
L.E.O. MARÍA ESTHER SANTOS CALDERON.

DIRECTOR DE TESIS
MTRA. ROSA AMARILIS ZARATE GRAJALES
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

México D.F. junio 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **13 de abril del 2015**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado en Enfermería) de la alumna **MARÍA ESTHER SANTOS CALDERÓN** con número de cuenta **93293114**, con la tesis titulada:

“OPINIÓN Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES EN RELACIÓN AL NIVEL JERÁRQUICO EN UNA INSTITUCIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO .”

bajo la dirección de la Mtra. Rosa A. Zárate Grajales

Presidente : Doctora Ana María Lara Barrón
Vocal : Maestra Rosa A. Zárate Grajales
Secretario : Doctora Maite Vallejo Allende
Suplente : Maestro Juan Gabriel Rivas Espinosa
Suplente : Doctora Gandhy Ponce Gómez

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU”
MÉXICO D. F. a 11 de mayo del 2015

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

DEDICATORIAS

- A Dios y a esa miradita todos los días.

- A la mujer que ha impulsado todos mis anhelos, sueños y metas, la mejor madre y compañera de vida Micaela Calderón, tú, mi mejor aliada, te adoro mamá.

- A mi papá †, sé que te fuiste orgulloso de mí, como olvidar que por ti soy todo lo que soy ahora, prometo no fallarte nunca, gracias por todo, te extraño papá.

- A mis hermanos Mari, Toño y Ale, por todo su apoyo incondicional, en los momentos que más los he necesitado han estado siempre conmigo, los quiero mucho.

- A todos mis hermosos, maravillosos y muy traviosos sobrinos Lesly, Naomi, Miguel Ángel y Santiago, porque sus sonrisas, alegrías y llantos iluminan la casa y mi vida.

- A tí que en todas las noches de desvelo, dándome fuerzas para seguir adelante, tu recuerdo siempre a mi lado. Besos muchos.

- A la mejor amiga que siempre me escucha sin reclamo, siempre está presente en todos los momentos Marce te quiero loka.

- Tlamatini tlaso jkamati, **ixachi nimitstlamonekiltia** Te quiero mucho Javo.

AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad Nacional Autónoma de México y al programa **CONACYT**, al Programa de Maestría en Enfermería por el apoyo y espacio de conocimiento que ha renovado todo mi ser personal y profesional.

- A la Maestra Rosy Zarate por su guía inmejorable en mi investigación, donde pude aprender y a conocer a la docente, que me impulso día a día a continuar en la formación de esta idea, que hoy es una realidad, GRACIAS maestra por su apoyo.

- A quien a lo largo de más dos años logro en mí una admiración profunda, por su excelente dedicación a sus alumnos, demostrando que la enfermería puede ser mucho más de lo que yo pensaba y esperaba, por ser una gran maestra y amiga gracias Mtra. Rosa María Ostiguín.

- A todos mis maestros y maestras que hicieron en mí una persona más reflexiva, Mtra. Zarate, Dra. Maite Vallejo, Dra. Gandy, Mtro. Alfredo, Dr. Mendoza, un ejemplo a seguir sin duda.

- A él Hospital General de México y a todas las autoridades por permitirme realizar mi investigación en tan honorable y querida institución.

- A Tere y Gemita por todo su apoyo y asesoramiento, pero sobre todo por todas sus sonrisas al llegar a la oficina.

- A mis amigos y compañeros por acompañarme a lo largo de este camino lleno de conocimiento gracias Javier, Rosalba, Arely, Alejandra, Marcela, Yareli López, Judith, Esther Martínez y por supuesto usted Jefe Lolita.

- A mis padres, hermanos y sobrinos por todo su apoyo, los amo.

INDICE

I.	Resumen	1
II.	Introducción	3
III.	Marco teórico	4
	3.1 Antecedentes	4
	3.2 Certificación de hospitales	8
	3.3 Calidad, Cuidado y Seguridad del paciente	12
	3.4 Cruzada nacional por los servicios de salud	17
	3.5 Programas de calidad en América latina y el Caribe	18
	3.6 Tendencias regionales en los programas de garantía de calidad de los servicios de atención.	19
	3.7 Programa de calidad el modelo Europeo.	20
	3.8 Personal de salud	21
IV.	Planteamiento del problema	23
V.	Pregunta de investigación	24
VI.	Hipótesis	25
VII.	Objetivos	
	7.1 Objetivo general	25
	7.2 Objetivos específicos	
VIII.	Revisión de la literatura	26
IX.	Metodología	
	9.1 Tipo de estudio	30
	9.2 Población y muestra	30
	9.3 Muestra estratificada	31
	9.4 Criterios de selección	31
	9.5 Variables de estudio	32
	9.5.1 Variable Dependiente	
	Opinión sobre el proceso de certificación	32
	Nivel de conocimiento sobre el proceso de certificación	34

9.5.2 Variable Independiente	
9.5.3 Variable Interviniente	35
9.6 Procedimiento para la elaboración del instrumento y confiabilidad	36
9.7 Procedimiento para la recolección de datos	37
9.8 Procedimiento para el análisis de datos y diseño estadístico	40
9.9 Presentación de resultados	40
X. Consideraciones éticas	41
XI. Resultados	49
XII. Discusión	68
XIII. Conclusiones	72
XIV. Recomendaciones	74
XV. Anexos	75
XVI. Referencias bibliográficas	103

I. RESUMEN.

La certificación de hospitales es un proceso voluntario que se realiza en las organizaciones de salud, en México la certificación de hospitales se homologa con los estándares de la Joint Commission Internacional a partir del 2009 por lo que el proceso de certificación se definió con mayor claridad y estándares más rigurosos en sus procesos; por lo cual implica mayor compromiso, conocimiento y participación del personal de salud para el cumplimiento de requisitos que actualmente se piden en los procesos de certificación. De ahí es que se considera necesario conocer la opinión del personal de salud ante dichos procesos, así como identificar el nivel de conocimiento sobre el proceso. Por lo que el objetivo del estudio es: Analizar la opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de Hospitales y su relación con el nivel jerárquico que ocupan en la Institución.

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, observacional con el personal de salud, de una institución de tercer nivel de la ciudad de México, se realizó estratificación de cada subgrupo siendo un total de cuatrocientos instrumentos los cuales se recolectaron por la investigadora. Los hallazgos sugieren que si existen diferencias respecto a los niveles jerárquicos de la organización en cuanto a opinión y conocimiento del proceso de certificación ya que en cuanto a mayor información se tiene de este la opinión es mala mientras aquellos que no tienen conocimiento mejoran su opinión.

ABSTRACT.

Hospitals certification is a voluntary process that takes place in healthcare organizations in Mexico the certification of hospitals counterpart with the standards of the International Joint Commission from 2009 so that the certification process was defined more clearly and more stringent standards in its processes; by implying greater commitment, knowledge and participation of health personnel to comply with requirements that are called for in the certification process. Hence it is considered necessary to know the opinion of health personnel to these processes and to identify the level of knowledge about the process. So the aim

of the study is to analyze the opinion and knowledge of health personnel to the certification processes Hospitals and their relationship to the hierarchical level they occupy in the institution.

They conducted an observational with health personnel, quantitative study of a tertiary institution in Mexico City, stratification of each subgroup was conducted for a total of four instruments which were collected by the researcher. The findings suggest that if there are differences in the hierarchical levels of the organization a story in opinion and knowledge of the certification process as more information regarding have of this opinion is bad while those who have no knowledge improve their opinion.

II. INTRODUCCION.

La certificación de hospitales es un proceso relativamente nuevo para las instituciones de salud en México, pues se carecía de una instancia certificadora y de los estándares requeridos para ofrecer atención médica con calidad, las diferentes instituciones de salud en México habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación de forma independiente, en congruencia con su forma de trabajo de cada una de las instituciones, y no se contaba con alguna estancia reconocida o con criterios de evaluación que permitieran comparar el desempeño y resultados de las diferentes instituciones del sector público y privado.

Ante la necesidad de contar con una instancia Nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría, convocó una reunión de expertos de diferentes instituciones para desarrollar el sistema de certificación de hospitales que después se convertirá en la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Consejo General de Salubridad, con la intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad en México.

Para 1999 se establecieron criterios para contratar empresas evaluadoras, y se estableció que la certificación sería voluntaria y con un costo determinado. Con la finalidad de mantener vigente el proceso de certificación se decidió homologar los estándares con los de Joint Commission, la cual responde a los requisitos en materia de la seguridad de los pacientes, calidad de atención médica, seguridad hospitalaria. La primera versión de estándares homologados entró en vigencia en el 2009 y su aplicación se vio con la necesidad de modificar su estructura los cambios se realizaron en el 2011 y 2012 que son los que actualmente se están llevando a cabo en las instituciones de salud. A pesar de que en México ya se realizaban auditorías sobre certificación con los nuevos estándares han existido múltiples cambios en las instituciones de salud y se han implantado nuevas formas de trabajo para lograr que se cumplan los estándares de certificación lo que ha causado diferentes opiniones en el personal de salud.

III. MARCO TEÓRICO.

3.1 Antecedentes.

Desde tiempos remotos hasta mediados del siglo XIX predominó la era de la “infalibilidad absoluta” (la creencia en el poder mágico o casi sobrenatural del médico que, por ende, nunca se equivoca), que concluyó cuando Florence Nightingale e Ignaz Semmelweis hicieron evidente que médicos y enfermeras eran factores determinantes de infecciones nosocomiales, en el primer caso por el manejo deficiente de las heridas de guerra en los hospitales de campaña del Ejército Británico durante la guerra de Crimea, y en el segundo, por el mal manejo de la asepsia y la antisepsia en la atención de pacientes durante el parto y el puerperio. Podría decirse que estos acontecimientos marcaron el inicio de la era de la “falibilidad relativa” (se cometen errores pero no son tantos y, además, adquieren justificación en la imperfecta naturaleza humana). Estos fueron los antecedentes que enmarcaron el inicio de la búsqueda de la calidad en la atención de los pacientes por lo que, en 1917 el American college of surgeons creó un programa de estandarización de hospitales y en la primera evaluación sólo 89 hospitales superaron los estándares revisados. Esta institución continuó ofreciendo el programa de acreditación a los hospitales de EEUU. Hasta llegar a acreditar en 1950 a 3290 centros. Como el programa se había hecho muy grande, el colegio se asoció a otras instituciones profesionales para formar la Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations (Comisión conjunta para la acreditación de organizaciones sanitarias) convirtiéndose en una entidad independiente sin finalidad lucrativa cuya misión es “Mejorar la calidad de la asistencia que recibe el público a través de la acreditación sanitaria y otros servicios que apoyan la mejora de la calidad en las instituciones sanitarias” .¹⁵ cuadro 7.1.

Con el marco del tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), en 1993 fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; resultaba de suma importancia que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas

por organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que se estuvieran ofertando.

Ante la necesidad de contar con una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección general de Regulación de Servicios de salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el sistema de certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el órgano certificador debía ser una organización no gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá¹ por lo que en 1994 se constituyó la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud, A.C. (CMSS), en la cual participaban representantes de los sectores público, social y privado.

Esta comisión se definió como un organismo nacional, único, privado, no lucrativo, autónomo, con categoría de asesor del gobierno y con representatividad de todos los sectores e instituciones de salud, y se dio a la tarea de definir su modelo, mecanismo de certificación y manual de estándares. En 1998, el Consejo de Salubridad General (CSG), presidido por el entonces Secretario de Salud, doctor Juan Ramón de la Fuente, y el doctor Octavio Rivero Serrano, Secretario del Consejo de Salubridad General, tomó la iniciativa de crear el Programa Nacional de certificación de hospitales y a, partir del 8 de marzo de 1999 el Consejo de Salubridad General se encargó de incorporar a México al mundo de la certificación de hospitales,² creando la comisión de certificación de hospitales bajo auspicios del consejo de salubridad general iniciando este proceso. Pocos años después cambiaría el nombre a Comisión de Certificación de servicios de salud cuando se incorporaron otro tipo de unidades por ejemplo, aquellas que proporcionan servicios de hemodiálisis u otro tipo de asistencia ambulatoria, el Consejo General de Salubridad se dedicó a estructurar un plan para iniciar el proceso de certificación de Hospitales, tanto públicos como privados, generales o de especialidad y con actividades de enseñanza e investigación.

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentra fundamento en el artículo 73, fracción XVI

de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado y el artículo 4º de la Ley General de Salud, le da el carácter de autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El ámbito de acción del Consejo abarca todas las organizaciones públicas y privadas, que constituyen al Sistema Nacional de Salud, y a todas aquellas que están relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales. El Consejo de Salubridad General tiene como mandato la emisión de disposiciones en materia de salubridad general de la República, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en su Reglamento Interior, aprobadas por el Presidente de la República, se encuentra el promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica.

El Diario oficial de la federación del 1º. De abril de 1999, publico el “Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales”¹, el 25 de junio de 1999, los “Criterios para la certificación de hospitales, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000, el 21 de julio de 1999, la “Convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales”.

Los documentos publicados establecieron las bases conceptuales y los procedimientos para la certificación de Hospitales, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras; con ello, se respondió a la necesidad de Certificar Hospitales y de contar con un Organismo Certificador.

Se estableció que la certificación seria voluntaria y con un costo determinado, el cual debía ser cubierto en un 50% por cada hospital y el 50% restante por el Consejo de Salubridad General. La aceptación de la Certificación fue muy importante, se presentaron 446 solicitudes, logrando certificarse el 77%, esto es 343 hospitales.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual se asentó en dos documentos publicados en el diario oficial de la federación.

En 2007, se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente, el 13 de junio de 2008, en el diario oficial de la federación, el acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) de esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno, una de las funciones del SiNaCEAM es la de investigar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores , estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el modelo de Certificación, por lo que se decidió homologar los estándares del Consejo de Salubridad General con los de Joint Commission Internacional (JCI), para lo cual se integró un Comité Técnico con representantes de instituciones Públicas y Privadas que brindan Atención Médica, seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias.

La primera versión de estándares internacionales Homologados para la certificación de Hospitales entró en vigencia el primero de enero de 2009 y de su aplicación se vio la necesidad de modificar su estructura en el 2011 y posteriormente el 30 de abril del 2012.² A su vez la certificación ISO en el caso de la producción de bienes y, más recientemente, para la producción de servicios, aunque la penetración de este sistema de certificación en los hospitales ha sido limitada debido, tal vez, al fuerte posicionamiento que ha adquirido la certificación específica de hospitales implantada en Estados Unidos

y Canadá desde los años cincuenta del siglo pasado y que se fue extendiendo por muchos países.

3.2. Certificación de hospitales.

Acreditación y certificación.

Acreditación. Se define como un proceso formal y voluntario de evaluación externa que se basa en estándares nacionales o criterios predeterminados. El proceso de acreditación se repite con regularidad e incluye la emisión de un juicio por parte de los evaluadores. El término de acreditación también se usa en paralelo con términos como educación, participación y profesionalización.³

Acreditación.- Es un proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa periódicamente un establecimiento de salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Gastos Catastróficos (FGC). Dicho proceso se aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primero y segundo niveles de atención o servicios de alta especialidad⁴.

Certificación. Es un proceso por el cual un organismo autorizado, gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce, si un individuo o una organización, conocen los requerimientos o criterios predeterminados.¹

La Certificación es el procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a normas, lineamientos o recomendaciones de Organismos dedicados a la Normalización Nacional o Internacional.

La Certificación no garantiza que todos los resultados de los procesos de atención, van a ser en los mejores términos para el paciente, solo garantiza que el hospital cuenta con una estructura acorde a normas, así como con un diseño y operación de sus procesos, de tal manera que eleva al máximo la probabilidad de producir los mejores resultados en la salud del paciente.

En México, el organismo que se encarga de los procesos de certificación es la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud, esta comisión coordina el Programa Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica cuyo objetivo general es contribuir al cumplimiento de los parámetros de calidad que garanticen la conducción eficiente de los procesos de atención médica.

Para que los sistemas de salud tengan sentido y credibilidad, los sistemas de certificación deben reflejar la realidad política local existen 3 propósitos de la certificación de hospitales el primero es para el profesional de la salud creando un ambiente adecuado para la práctica clínica. Para el paciente, es contar con información objetiva de las organizaciones donde se atiende su salud, promoviendo la efectividad de los procesos clínicos más frecuentes. Y finalmente, para el sistema de salud, la acreditación es una forma de rendir cuentas de la responsabilidad social del ejercicio del presupuesto, fomenta la homogeneidad de los servicios en el sector, potencia la coordinación, integración y continuidad de la atención e introduce un modelo de gestión de calidad.¹

Los objetivos específicos de estos procesos de certificación buscan:

- Medir la capacidad de los establecimientos de salud.
- Brindar los servicios de calidad y promover que en las unidades se establezcan procesos de mejora continua con el fin de contribuir a crear una cultura de calidad de la atención médica del país.

Objetivos de la Certificación

La certificación ha cumplido con objetivos de suma importancia para el sistema de salud, así como para la sociedad y los proveedores del servicio.

1. Evaluar la calidad y seguridad de la atención.
2. Evaluar el compromiso de la organización de salud con la mejora continua.
3. Lograr la participación de los profesionales.
4. Lograr un proceso continuo de mejoramiento.
5. Alcanzar la objetividad.

6. Lograr el reconocimiento externo.

Características de la Certificación.

Todo programa de certificación requiere de: 1) una organización que dé soporte al proceso; 2) un conjunto de estándares; 3) lineamientos claros para la operación del proceso; 4) el control de los observadores o verificadores; 5) el establecimiento de un esquema de calificación cuantitativa o cualitativa, o de una combinación de ambas, y 6) un informe, un documento de certificación y esquema de retroalimentación y mejora continua. La acreditación tiene más de 50 años en proceso de mejora tanto de los estándares como de la operación en su conjunto.

Estándares.

Los estándares se describen en un documento denominado Manual de estándares mínimos para la certificación hospitalaria, los estándares pueden ser vistos como los requerimientos mínimos con los que una comunidad estaría razonablemente contenta. Pero, en términos profesionales, no suele ser aceptable el nivel mínimo de operación pues sugiere que sólo los niveles muy bajos pueden ser inaceptables.

El enfoque de los estándares se plantea para cubrir expectativas en diferentes sentidos. Primero para proveer cuidados a la salud, después para identificar sistemas comunes básicos de los procesos y resultados importantes durante la consulta del paciente, incluyendo las necesidades de seguridad, la eficiencia en el cuidado, así como la provisión de equivalencias de los estándares según la cultura, región o nación de que se trate, con sus propios valores y prioridades.¹

El **estándar** es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de buena calidad.²

Elementos medibles son aquellos requisitos del estándar a los que se les asignará una calificación durante el proceso de auditoría; enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta. Los elementos se califican con la siguiente escala:

- NA (sin valor): significa que no aplica el elemento medible y reduce el denominador para calcular adecuadamente el porcentaje de cumplimiento.
- Cero (0) significa que no cumple.
- Cinco (5): significa que cumple parcialmente.
- Diez (10): significa que cumple totalmente.

Los Estándares para Certificar Hospitales versión 2012, constan de 3 secciones, la primera abarca las metas internacionales para la seguridad del paciente, la segunda los estándares centrados en el paciente y la tercera, los estándares centrados en la gestión del establecimiento de atención médica.

Las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, identifican áreas de alto riesgo en los hospitales y describen soluciones basadas en evidencias y conocimientos de expertos.

Las metas internacionales para la seguridad del paciente son:

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Los Estándares Centrados en el Paciente abarcan los siguientes apartados:

- Acceso y continuidad de la atención (**ACC**)
- Derechos del paciente y de su familia (**PRF**)
- Evaluación de pacientes (**AOP**)
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico (**SAD**)
- Atención de pacientes (**COP**)
- Anestesia y atención quirúrgica (**ASC**)
- Manejo y uso de medicamentos (**MMU**)
- Educación del paciente y de su familia (**PFE**)

Los Estándares Centrados en la Gestión abarcan los siguientes apartados:

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente **(QPS)**
- Prevención y control de infecciones **(PCI)**
- Gobierno, liderazgo y dirección **(GLD)**
- Gestión y seguridad de las instalaciones **(FMS)**
- Calificaciones y educación del personal **(SQE)**
- Manejo de la comunicación y la información **(MCI)²**

3.3. Calidad, Cuidado y Seguridad del paciente.

La historia de la acreditación comenzó hace más de 90 años. Algunos autores señalan a Florence Nightingale como la precursora de la evaluación de la calidad debido a su interés por reducir las muertes derivadas de infecciones adquiridas dentro de los hospitales, lo que hoy denominamos intrahospitalarias. Otros, identifican como el iniciador de la evaluación de la calidad al médico Ernest Codman, quien se planteó como objetivo analizar en los pacientes los resultados derivados de la atención prestada por distintos médicos y, dar a conocer al público la información reunida. Entre 1917 y 1918 logró que algunos hospitales apoyaron su iniciativa para establecer el primer tipo de evaluación mediante estándares. Según los registros, pudo evaluar 163 hospitales. Los estándares se enfocaban principalmente en la atención brindada, así como en algunas estructuras y procedimientos relacionados con las historias clínicas. Los resultados de este primer intento tuvieron un gran impacto en la sociedad médica.¹

El Programa nacional de salud incorpora los señalamientos del plan Nacional de Desarrollo en uno de sus cinco grandes objetivos, la “calidad y seguridad para el paciente”, durante el proceso de su atención en los servicios de salud Donabedian máximo exponente en la calidad en servicios de salud la define como “la atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar en todo momento, logrando los mayores beneficios posibles”.⁵

Desde principios de los años cincuenta numerosos autores han elaborado instrumentos para evaluar la calidad de los cuidados, la mayoría de estos instrumentos de evaluación de la calidad que son pioneros han sido elaborados por enfermeras/os de Estados Unidos, ya que es en este país donde se funda, en 1951, el organismo de acreditación hospitalaria, la Joint Commission Accreditation of Hospitals (JCAH). Dicho organismo fue el resultado de la asociación de diferentes grupos de profesionales médicos, y los profesionales de enfermería también se asociaron a dicho organismo.

Los primeros trabajos sobre calidad de los cuidados de enfermería aparecen en 1950. Reiter y Kaskosh, elaboraron un instrumento que contempla un conjunto de normas de calidad y criterios que permiten medir el grado de calidad alcanzado.

En 1965, la National League of Nursing de Estados Unidos propone una guía de autoevaluación, con 600 preguntas en cuidados de enfermería, cuyo objetivo es evaluar las necesidades de los pacientes, la organización de los cuidados, su realización y los resultados obtenidos.

En 1966 se publica un trabajo de Avedis Donabedian, plantea que los estudios de control de calidad pueden tener 3 enfoques: *estructura, proceso y resultados*. Los estudios de control de calidad encaminados a la estructura van dirigidos a evaluar los locales, los materiales, la organización y el personal. Los encaminados a evaluar el proceso evalúan toda una serie de actividades que van desde que el paciente ingresa, o tiene su primer contacto con el hospital o con el centro de salud, hasta que se da de alta. Los estudios de control de calidad orientados a los resultados evalúan los obtenidos por el paciente/usuario: satisfacción, niveles de educación sanitaria, índices de mortalidad, morbilidad. Este planteamiento de Donabedian tendría una enorme influencia en todos los estudios posteriores de evaluación de la calidad realizados en todo el mundo.⁶

Donabedian reconoce que la calidad de la atención médica presenta dos dimensiones. La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación del conocimiento médico, y de las disciplinas relacionadas, para resolver los problemas de salud de los pacientes, y la dimensión interpersonal, que es la

interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente al momento de proporcionar la atención.

Por otro lado, Donabedian propone la clasificación de las características de los servicios de salud en tres categorías, o desde tres enfoques: la estructura, el proceso y el resultado.

Estructura: Recursos necesarios para proporcionar la atención médica y la forma en que éstos son organizados.

Por estructura debemos entender todos los recursos con los que cuenta una unidad de salud para proporcionar la atención: las personas, la tecnología, las instalaciones, los materiales, etc.

Además de la estructura de la organización, las múltiples fuente de poder, los gestores, los médicos, los sindicatos y diversos grupos profesionales se deben caracterizar por trabajar en estrecha colaboración con el equipo interdisciplinario, el equipo médico, el equipo de dirección y otros servicios de centro de salud. Relaciones de profesionalidad basadas en la confianza mutua, el respeto y la comprensión del rol de cada uno son esenciales para mantener al personal cuidador y crear el medio favorable para la calidad de los de los cuidados y la calidad de la vida en el trabajo. La colaboración interdisciplinaria resulta indispensable para el cuidado de la persona que vive experiencia de salud.⁷

Proceso: Todas las actividades que se llevan a cabo para otorgar la atención médica. El proceso ocurre durante la interacción entre el personal de salud y el paciente. También las acciones que lleva a cabo el paciente por indicación del médico son también parte del proceso.

El proceso en cambio se refiere al trabajo propiamente dicho, sobre todo cuando éste involucra el contacto entre el profesional de la salud y el paciente (como el otorgamiento de una consulta, la realización de una cirugía o la aplicación de un biológico). Resultado: Es el producto del proceso de atención⁸

En lo que respecta a la calidad percibida por el usuario, el interés se ha venido por el usuario, el interés se ha venido ampliando desde la mera percepción del trato recibido en el momento de la asistencia, hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención: provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de

atención etc. De hecho la calidad percibida (en su doble dimensión humana y administrativa) figura cada vez más como factor que afecta y modifica notablemente a la calidad técnica tanto en términos de los procesos como de los resultados.⁹ Se han realizado diferentes estudios sobre la percepción de calidad y sobre los proceso de certificación que se han implementado en todo el mundo se presentan en el cuadro 7.2 donde se muestran diferentes estudios de tipo cuantitativo y cualitativo el estudio de Soares Resalta la importancia de la participación de enfermería en la implantación de los sistemas de calidad en los escenarios de salud y sus implicaciones en la práctica de enfermería hospitalaria siendo este un estudio de tipo cualitativo donde entrevisto a ocho enfermeros del área de urgencias a diferencia del estudio de Jardali que evaluó el impacto percibido de la acreditación de la calidad de la atención a través de la lente de las enfermeras con un total de 59 hospitales donde las enfermeras libaneses afirman que la acreditación de hospitales es una buena herramienta para mejorar la calidad de la atención, pero no solo se han realizado estudios sobre percepción de enfermería sino también del beneficio que operativo de las instituciones de salud al personal de diferentes niveles jerárquicos como el de Martínez en México que determino que todas las instituciones de salud públicos consideran en un 60% que la certificación por el consejo general de salubridad es una obligación que hay que cumplir siendo esta una política social se realizó una entrevista a diferentes personajes que ocupan puestos a nivel directivo obteniendo dichos resultados.

Hablar de calidad de la atención médica a nivel mundial fue tomando mayor relevancia cuando la Organización mundial de la Salud en su informe anual del año 2000, al referirse a la capacidad de respuesta de un sistema de salud, menciona que este concepto tiene que ver con la satisfacción o insatisfacción del usuario así como a las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir, haciendo particular referencia al respeto de los derechos humanos, a la dignidad del paciente y el respeto de su idiosincrasia.¹⁰

Cuidado

El “cuidado humano”, tiene en cuenta la orientación que acompaña esa denominación (humanista, fenomenológica), el cuidar es entendido como la esencia del ser. Si el cuidar es lo que caracteriza las acciones en diferentes

dimensiones (asistenciales, educativas, administrativas), y es parte del ser cuidador, todas sus acciones se deberían inscribir en el cuidado.

Ese cuidado significa realizar acciones acompañadas, siempre, de actitudes y comportamientos de cuidar. El cuidar es una característica que hace parte del ser, y es pensado y dirigido a todas las cosas, los objetos y los seres vivos, pues fundamentalmente esta acción se constituye en la relación con los otros, y en ayudarlos a crecer y a realizarse. Por tanto, si el objetivo del cuidar es el ser y considerando la visión heideggeriana de que el cuidado es parte del ser, la enfermería tiene un compromiso que es el cuidado, y debería empeñarse en comprenderlo y ejercerlo a fin de absorberlo en su quehacer diario.¹¹

El éxito en el proceso de atención se debe en gran parte a cuidar las relaciones que se trabajan en todos los niveles de la cultura organizacional, es decir, desde la percepción hasta la unidad de hospitalización y en todos los sectores. Abarca no solo la relación entre cuidador y cuidado, sino de todas las personas que entran en contacto con el paciente y su familia, así como entre los equipos.

Las relaciones de cuidado son aquellos que se caracterizan por la expresión de comportamientos tales como, que comparten las personas, tales como la libertad bajo fianza en contra, el respeto, la consideración, el interés, la atención, entre otros. Las relaciones de cuidado pueden ser caracterizados por las relaciones a nivel de sujeto – sujeto y objeto teniendo en cuenta que no solo se ocupa de las personas. La forma del objeto puede ser otro tipo de relaciones sociales o públicos y entiende dirigida a personas con las que no exista un vínculo familiar o emocional, pero en ellos mostrar respeto, consideración y solidaridad. Este tipo de relaciones son las relaciones del cuidado profesional, que se caracteriza por producirse entre estar en necesidad de cuidado y debe ser que, legalmente, la obligación moral de cuidar, lo que implica una actitud de responsabilidad y el uso de los conocimientos y habilidades adquiridas en la educación formal la formación de una institución.

Mediante la creación de relaciones de cuidado y para ejercer, crea automáticamente una atmosfera o clima de la atención, en la que los valores de la atención se han mejorado. En un ambiente de cuidado, “la gente se siente bien, reconocidos y aceptados como son, pueden expresarse con autenticidad y cuidado el uno del otro con el fin de actualizar la información, ofrecer e intercambiar ideas, ofreciendo apoyo y ayuda y la responsabilidad y compromiso

de mantener este clima de cuidado.”¹² Con respecto al cuidado se realizó un estudio en Colombia donde los usuarios están satisfechos en cuanto a la calidad y el cuidado que reciben por parte de las instituciones de salud variando el nivel de cumplimiento de un 50% al 90% como se puede observar en el cuadro 7.2.

Seguridad del paciente.

La Alianza mundial para la seguridad del paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización mundial de la salud en octubre de 2004.

Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la alianza es un medio que proporciona la colaboración internacional y la acción de los Estados miembros, la Secretaria de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.

Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente.

Con esta alianza se busca, además de la difusión del proyecto, identificar la dimensión de los problemas de seguridad, las posibilidades de modificación y control, los beneficios y costos agregados y los ajustes que tendrían que realizarse.

En México se han desarrollado algunas acciones en materia de seguridad del paciente dirigidas a problemas como la aplicación de medicamentos, identificación del paciente, cirugía en sitio incorrecto, caída del paciente, comunicación adecuada con el paciente y con el equipo de salud, uso y apego a protocolos y guías diagnósticas, prevención de las infecciones nosocomiales, importancia del factor humano en los eventos adversos, cambio de cultura organizacional y corresponsabilidad del paciente en su atención.¹³

3.4. Cruzada Nacional por los Servicios de Salud

El Programa Nacional de salud identifica a la Cruzada Nacional por la calidad como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el sistema de salud mexicano abordara en su administración. El modelo conceptual de la cruzada incluye un marco de valores relacionados con el

humanismo en salud y en la administración, así como en una serie de elementos que den integridad al diseño y práctica de la estrategia.

Factores clave de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Nivel de usuarios.

- Código de Ética

Prestadores

- Educación sobre, para y de calidad
- Información.
 - Hacia y desde el usuario
 - Sobre y para el desempeño
 - Rendición de cuentas
- Organizaciones
 - Sistemas (estructuras y procesos) de mejora continua
 - Reconocimiento del desempeño
 - Estandarización de procesos y monitoreo de resultados
 - Certificación de individuos y organizaciones
 - Racionalización estructural y regulatoria
 - Mejora de alto impacto en los procesos de atención y de apoyo a la atención
- Sistema
 - Impulso a las mejoras en otros ámbitos que influyan en la calidad¹⁴

3.5. Programas de calidad en América latina y el Caribe.

Según la información contenida en los 20 perfiles de los Sistemas de Servicios de salud, La situación de los programas de garantía de la calidad en América Latina y el caribe o puede considerarse alentadora. Se examina la manera en que los procesos de reforma sectorial desarrollados por la mayoría de los países desde comienzos de la pasada década han impulsado mecanismos de

acreditación para establecimientos de la calidad (en sus aspectos técnicos y según la percepción de los usuarios), y de evaluación de las tecnologías de salud, todo ello en el contexto de los contenidos de los programas de reforma sectorial y de sus resultados en términos de calidad.

Las diversas iniciativas de control de calidad abarcan los siguientes aspectos:

1. Capacitación del personal en esa área
2. Establecimiento de centros de gestión de calidad
3. Evaluaciones públicas con la participación de los diferentes agentes sociales
4. Establecimiento de comités para el control de infecciones.

Según el análisis, solamente un país dispone de pruebas concretas de que la reforma del sector de la salud puede haber contribuido a mejorar la calidad técnica. Pues han mejorado por lo menos tres de los cinco indicadores seleccionados: porcentaje de establecimientos del nivel primario con comités de calidad activos. Respecto a la calidad percibida, se cuenta con información específica en cuatro países sobre la disponibilidad de encuestas de satisfacción, servicios de atención al paciente y centros de información bilingüe para la población indígena, capacidad para elegir el médico familiar, y establecimiento de sistemas para responder a las quejas de los usuarios.

De 11 países que proporcionaron información sobre la acreditación de los establecimientos y servicios, solamente cuatro aparecen tener sistemas de este tipo.

3.6. Tendencias regionales en los programas de garantía de calidad de los servicios de atención

Los programas en América Latina y el caribe han mostrado hasta ahora cinco tendencias regionales.

La primera consiste en el desarrollo de procesos con lo cual se pretende llevar a cabo una acción continuada y establecer estrategias integradas, en lugar de promover medidas y acciones aisladas y esporádicas

La segunda tendencia es el desarrollo de una acción integrada que haga uso combinado y simultaneo de varias de las herramientas de calidad, como se observa claramente en los procesos de mejoramiento continuo. Estos procesos forman parte de los estándares exigidos por Estados Unidos y Canadá.

Como tercera tendencia se observa una mayor orientación hacia los usuarios, tanto en los procesos como en los resultados, con la población y otros actores asumiendo una mayor participación en todo el proceso de gestión de la calidad.

En cuarto lugar, se percibe la tendencia a adoptar una visión sistémica en la cual los hospitales dejan de ser el centro del sistema de salud. El pasado énfasis en los establecimientos se transforma ahora en un interés por el conjunto de la red de servicios.

Como quinta y última tendencia se observa la creciente búsqueda de indicadores de desempeño. Para cuantificar el desempeño y demostrarlo, es preciso contar con sistemas de información adecuados y con indicadores y estándares apropiados.

3.7. Programa de calidad el modelo Europeo

Es un modelo creado en 1988 por 14 importantes empresas europeas con la misión de potenciar que las empresas europeas obtengan ventaja competitiva por implantación de la calidad total. Se basa en el modelo americano Malcolm Baldrige pero poniendo más énfasis en la satisfacción tanto de clientes como de los empleados teniendo en cuenta el impacto social de la empresa.

El modelo europeo de excelencia ofrece un marco genérico de criterios que puede ser aplicado a cualquier organización o componente de la organización. El concepto de calidad total como buque insignia del modelo europeo, también llamado referencial europeo, obliga a que la concepción de la empresa sea vista desde el punto de vista del cliente, en su doble concepción de cliente interno y cliente externo. De esta forma se evalúa la gestión y la satisfacción de los compradores, el personal, proveedores, bancos, accionistas, red comercial y la sociedad en su conjunto.

El modelo europeo se basa en la autoevaluación como proceso clave para la mejora continua de una empresa.

Esta evaluación se lleva a cabo respecto a nueve criterios, divididos a su vez en subcriterios, que recoge los conceptos y valores de la calidad total.

El proceso de autoevaluación exige llevarse a cabo periódicamente. Debemos saber en dónde estamos en cada área de la empresa, midiéndola con indicadores de calidad adecuados, identificando los puntos fuertes, puntos débiles, factores que contribuyen a los resultados, permitiendo planificar las acciones de mejora.

Las empresas que llevan a cabo autoevaluaciones periódicas basadas en el modelo y pueden demostrar una mejora en los resultados, conseguidos por una apuesta absoluta en la calidad total, pueden presentarse al premio anual de la EFQM, denominado Premio Europeo de la Calidad (European Quality Award) EQA. Este premio fue iniciado en el año 1992 y fue concedido a Rank Xerox limited. El modelo europeo dispone, a partir de 1992 de varias versiones sectoriales. En el sector público existen tres áreas desarrolladas, salud, educación y gobiernos locales y centrales. A principios de 1997 la EFQM lanza un modelo para Pymes.

La autoevaluación implica un proceso de certificación interna por el que la organización revisa sus resultados.

La empresa debe evaluarse de acuerdo con el modelo, y de esa forma, detectar sus desviaciones, analizar los puntos de mejora y generar actividad para aumentar sus resultados.

El sistema se basa en puntuar cada subcriterio y así disponer de una evolución de la eficacia en el tiempo.

En la autoevaluación el subcriterio deberá ser decidido por la empresa. La metodología normal para consensuar los subcriterios es construir una ruela de Deming basada en el concepto (plan, do, check, act).

3.8. Personal de salud.

En el área de recursos humanos se entiende que el personal de salud es aquel que tiene las aptitudes, los conocimientos y las facultades de que dispone o podría disponer una colectividad para su desarrollo económico y social. La noción de personal de salud abarca por lo general los siguientes elementos: número de personas capaces de ejercer o que se preparan para ejercer una

profesión sanitaria; características demográficas de esas personas; características sociales (estudios, experiencia y escala de valores); y cambios necesarios tanto en la plantilla como en la calificación del personal para prestar a la población los servicios de salud correspondientes a las necesidades y a la demanda.¹⁵

El personal de salud representa uno de los principales componentes de los sistemas de salud y se ha identificado como una prioridad de las actuaciones dirigidas a fortalecer dichos sistemas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al personal de salud como “toda persona que lleve a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud”. Esta declaración refuerza el concepto de los sistemas de salud según la OMS, que comprende “todas las organizaciones, personas y acciones cuya principal finalidad es promover, restaurar o mantener la salud.”¹⁶

En el sector sanitario abundan los trabajadores no clínicos, como gestores, informáticos, personal de secretaría y operarios de diversos oficios, que prestan apoyo administrativo e infraestructural. Cabe distinguir tres categorías de trabajadores de interés directo para el análisis del personal sanitario:

- a) Trabajadores con formación teórico-práctica sanitaria que trabajan en el sector de los servicios de salud.
- b) Trabajadores con formación académica en un ámbito no sanitario (o sin formación académica) que trabajan en el sector de los servicios de salud.
- c) Trabajadores con formación sanitaria que trabajan en un sector de actividad no relacionado con la atención de salud o que actualmente están desempleados o inactivos en el mercado de trabajo.

Las categorías A Y C representan, conjuntamente, el personal con formación sanitaria (capacitado, y activo o inactivo) disponible en un determinado país o región, mientras que A y B representan el personal que trabaja en el sector salud. La suma de los tres elementos A, B y C equivale al personal sanitario disponible.¹⁷

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La certificación de hospitales es una evaluación voluntaria para las Instituciones de Salud. En México se ha hecho necesario con la finalidad de brindar y asegurar calidad y seguridad en la atención del paciente, por lo que, los trabajadores de salud tienen una participación básica en el proceso de certificación, sin embargo tienen poco conocimiento acerca del proceso y existe rechazo al mismo.

La Organización Panamericana de la Salud tuvo la iniciativa de impulsar la acreditación de los hospitales en América Latina; a principios de los 90, en México, el Consejo de Salubridad General implementa los sistemas de certificación y “acreditación”.

El Tratado de Libre Comercio en América del Norte y la cercanía con Estados Unidos y Canadá, además de la clara tendencia hacia la globalización en múltiples ámbitos de la economía, han impulsado la necesidad de establecer estándares de calidad equivalentes entre países. Por lo que es necesario contar con sistemas de certificación que permitan, en primer lugar, asegurar niveles relativamente homogéneos de calidad, seguridad y comparar servicios entre sí para valorar su grado de competitividad.

Varios factores han determinado que la certificación adquiera una nueva dimensión, particularmente en los países en desarrollo. Entre éstos destacan: el acelerado aumento en la generación de datos sobre el desempeño de los sistemas de salud a través de indicadores de calidad y seguridad; de manera más acelerada, el notable incremento en el acceso a información a través de Internet por parte de la población, en especial aquella que acude a los servicios de salud; particularmente en México, el incremento en el grado de escolaridad y la penetración de los medios de comunicación. Todo ello ha producido una creciente exigencia de la población, sin precedentes, hacia médicos y hospitales. Por otra parte, el aumento en el flujo de mercancías, capitales, personas y, por supuesto información da contenido al fenómeno conocido en los últimos años como globalización, y ésta hace que exista una tendencia a estandarizar los niveles de calidad entre productos y servicios de toda índole entre países de manera que les permita ser altamente competitivos

La primera versión de estándares internacionales homologados para la certificación de hospitales entró en vigencia el primero de enero de 2009 y de su aplicación se vio la necesidad de modificar su estructura en el 2011 y posteriormente el 30 de abril del 2012.² A pesar de que se homologaron los estándares de certificación de hospitales con Joint Commission desde el 2009, es hasta hoy que las instituciones de salud se encuentran en franco proceso y trámite para lograr su acreditación ante el Consejo General de Salubridad, durante el proceso de certificación las instituciones han identificado barreras para lograr el objetivo entre una de los problemas que se han encontrado es que la infraestructura de los hospitales no cubre con los requisitos de los estándares entre otras situaciones que se presentan como la falta de personal en todas las áreas de las instituciones, otra de las barreras que se han presentado en los hospitales es que, el personal de salud se encuentra ante una situación nueva y está presentando resistencia ante estos procesos ya que desconoce las nuevas formas de trabajo que se comienzan a manejar de manera obligatoria en las instituciones, que si bien es cierto ya se comenzaban a llevar a cabo desde el 2001 con la cruzada nacional por la calidad es ahora que al estar homologados los estándares de calidad de atención y que la certificación de hospitales es todo un hecho y una necesidad para que cada día en todas las instituciones de salud se brinde atención de calidad sin importar en qué lugar del país o en que institución sea o no de seguridad social o no se reciba atención de calidad, por lo que la finalidad del presente estudio es identificar la opinión y el nivel de conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de acuerdo a los niveles jerárquicos que se ocupan dentro de las instituciones de salud y poder identificar las necesidades de los protagonistas de estos procesos y así facilitar este proceso en las instituciones de salud. Por lo que mi pregunta de investigación es:

V. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la opinión y conocimiento del personal de salud sobre el Proceso de Certificación de Hospitales, y su relación con el nivel jerárquico que ocupan en una Institución Pública de 3er. Nivel de la Ciudad de México?

VI. HIPOTESIS

HIPOTESIS: Existen diferencias significativas en relación a los niveles de organización del personal de salud con respecto a la opinión y conocimiento del proceso de certificación de hospitales.

VII. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de Hospitales y su relación con el nivel jerárquico que ocupan en la Institución.

7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Comparar las diferencias de opinión y conocimiento sobre el proceso de certificación de acuerdo con los niveles de organización.
- Evaluar si existen diferencias entre la posición que ocupan los niveles de organización y los niveles de responsabilidad en la Certificación de Hospitales.
- Identificar las diferencias de opinión del personal de salud, sobre el proceso de certificación en las diferentes áreas de la institución.

VIII. REVISION DE LA LITERATURA

A continuación se presentan las revisiones de la literatura que se encontraron, y fueron relevantes para la elaboración del presente estudio en relación a la Certificación de Hospitales, la búsqueda se efectuó en bases de datos como MEDLINE, Pub Med Redalyc, Scielo, Aquichan, entre otros se consideraron artículos en inglés, portugués y español procedentes de diversos países.

- Una de las investigaciones publicada en 2007, llamado Percepción de los enfermeros del servicio de Urgencia y Emergencia acerca de la acreditación hospitalaria, de Soares de Lima y Erdman, es un estudio tipo Cualitativo. Parte de un análisis crítico reflexivo sobre la Acreditación Hospitalaria, resalta la importancia de la participación de enfermería en la implantación de los sistemas de calidad en los escenarios de salud y sus implicaciones en la práctica de enfermería hospitalaria. El análisis crítico está fundado en el referencial de Acreditación Hospitalaria y en la implantación de un proceso crítico reflexivo con 08 enfermeros brasileños del servicio. Por medio del dialogo, de reflexiones sobre lo cotidiano del trabajo, la problematización de la realidad, de situaciones individuales y colectivas vividas, el grupo delimitó la revisión y la adopción de acciones en consonancia con la Acreditación hospitalaria. Propone la participación voluntaria de instituciones que trabajan con salud, estimulándolas a la búsqueda de la mejora de la calidad de la asistencia prestada.¹⁸
- Por otra parte Zarate, Rubio y Salcedo nos presentan un artículo de revisión bibliográfica citado La Enfermería Profesional en la Certificación de Hospitales en México. Nos da una breve reseña de la historia de la certificación de hospitales y la creación del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería. Los lineamientos generales de la atención de enfermería, la calidad de la atención de enfermería y su evolucionado desde Florence en 1858, hasta la actualidad con los indicadores de calidad del Instituto Nacional de Cardiología, A si como

la importancia de la formación de personal clínico y gerencial, como influye el nivel educacional en el cuidado del paciente. La importancia del papel de la enfermera en el proceso de certificación menciona investigaciones acerca de las modificaciones que deben hacer las instituciones sobre el índice enfermera-paciente para brindar atención con calidad en las instituciones y la importancia del personal de enfermería para certificarse como profesionistas.¹⁹

- González Castillo y Salas López En su estudio de investigación La acreditación como garantía de calidad, importancia de las Auditorías Internas de control, nos presentan una investigación cuantitativa, Metodología Seis-sigma, con 3 Herramientas metodológicas con enfoque retrospectivo: Diagrama de afinidad, Diagrama Causa-efecto <Ishikawa> y Diagrama de priorización <Pareto> y el método conocido como análisis del modo y efecto de las fallas <AMEF> a su efecto, para la implantación de acciones correctivas con efectos prospectivos, donde a cada una de las principales fallas, se les analiza su efecto, severidad, causas potenciales, ocurrencia, control actual y posibilidades de detención oportuna. Muestra la experiencia del ISEA (Instituto de salud del estado de Aguascalientes) Aplicación de 4 herramientas metodológicas para el análisis de las no conformidades en las auditorías de control y así, establecer las medidas correctivas y preventivas que corresponden. Grafica resultados que varían entre unidades del mismo tipo y jurisdicciones sanitarias de un periodo a otro, mientras más compleja es la unidad mejor porcentaje se obtiene y mayor estabilidad se observa en su comportamiento, lo que puede ser atribuible a una mejor estructura organizacional y estandarización de sus procesos.²⁰
- La investigación publicada por Martínez Aldana, publicado en el 2009, es una investigación descriptiva donde nos muestra un Análisis cualitativo del beneficio de la acreditación por ISO en una muestra de hospitales de la ciudad de México certificado por el Consejo General, Mediante una entrevista semi-estructurada de 41 preguntas abiertas y

binarias, se entrevistó a 39 personajes de mandos medios y superiores (33% Calidad, 25% Dirección General, 21% Planeación y 21% Urgencias) de 11 hospitales evaluados por el Consejo de Salubridad General (CSG). La principal diferencia en la percepción de ISO/CSG, fue la motivación para acreditarse. Para el CSG, los hospitales públicos lo hicieron por obligación institucional y determinación político social en el 60%. Mientras que en todos, ISO fue por búsqueda de mejora y/o consolidación de sus procesos. Algunos personajes manifestaron que no les fue útil la evaluación por ISO en ningún sentido y que el Resultado esta sesgado por la contratación del servicio. En 10 hospitales, al menos dos personajes expresaron beneficios por ISO: documentación, conocimiento y estandarización de procesos. Todos opinaron que la Certificación por el CSG está más enfocada a Salud que ISO. Cuando la pregunta era acerca del beneficio percibido por la evaluación del CSG, no hubo una respuesta clara en ejemplos de mejora. Mientras que los beneficios derivados de ISO, fueron enlistados fluidamente.²¹

- Galindo Mimendi, PZ., publica el artículo titulado Elaboración de instrumentos válidos y confiables para el mejoramiento de la autoevaluación, para la acreditación de los establecimientos de 1er. Nivel de atención médica en los servicios de salud de Veracruz. De enfoque cuantitativo positivista, su objetivo es construir un instrumento válido y confiable, a partir de lo ya existente en la evaluación de los servicios de salud. Con un diseño observacional. Se consideró a los establecimientos de primer nivel de los servicios de Salud de Veracruz, el tipo de muestra es no probabilístico. La variable principal es acreditación. Muestra los ejemplos de las cuadros que elaboro para la mejorar la autoevaluación. Analiza la capacidad discriminativa que tiene el instrumento, para ello se realizó una prueba estadística mediante grupos extremos, “prueba de comparación de medias en muestras independientes”. Previamente se selecciona una muestra intencionada, constituida por ocho establecimientos de primer nivel de atención médica, integrada por los cuatro establecimientos con

mayores dificultades en su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación y los establecimientos médicos en condiciones óptimas de acuerdo a su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación, seleccionados bajo estricto juicio personal de expertos.

- En el estudio titulado El impacto de la acreditación hospitalaria en la calidad de la atención: la percepción de las enfermeras del Líbano, el cual evaluó el impacto percibido de la acreditación de la calidad de la atención a través de la lente de los profesionales de salud, específicamente las enfermeras. Investiga los factores de percepción que contribuyen y que pueden explicar el cambio en la calidad de la atención. Es un estudio de tipo transversal realizado en 59 hospitales que pasaron con éxito las dos encuestas nacionales de acreditación se realizaron un total de 1048 encuestas, evaluando la calidad de la atención y los factores contribuyentes incluyendo nueve escalas y sub escalas, calificadas en cinco puntos de Likert.

En los resultados las variables indican que las enfermeras perciben una mejora en la calidad durante y después del proceso de acreditación. Los resultados predictores en el mejoramiento de la calidad fueron liderazgo, compromiso y apoyo, usando datos de la gestión de calidad, teniendo gran impacto en los hospitales.²²

IX. METODOLOGÍA

9.1. Tipo de diseño

Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, correlacional no experimental.

9.2. Población y Muestra.

El presente estudio se realizará en el personal de salud (Personal Gerente de la institución, Médicos adscritos, Residentes de medicina, Personal de Enfermería de diferentes categorías, trabajadores Sociales, camilleros, afanadores, personal administrativo, técnicos radiólogos)

Muestra: Se determinó a través de la dirección de recursos humanos quien proporcione el número de personal que labora dentro de las áreas de hospitalización, se realizó el cálculo de la muestra a través de la fórmula para variables cuantitativas y para población finita, se realizó la estratificación para cada subgrupo, y se levantó la muestra por conveniencia a cada turno, el 50% del turno matutino, 30% turno vespertino y 20% para el turno nocturno.

Muestra probabilística para variables cualitativas y poblaciones finitas.

$$\frac{n = NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Zc = zeta crítica o nivel de confianza o margen de error aceptado (95% para estudios de ciencias sociales, que equivale a un 1.96 de error).

d= Intervalo de confianza. Para el caso **d** = 0.05

P= probabilidad de lo esperado mientras (0.75)

Q= Valor complementario de P para que entre ambos valores suman 100 ó 1000. (0.25).

TOTAL: **5609**

N= 5609

$n = N (2 Zc) PQ / d^2 (N-1) + 2 Zc PQ$

$$5609 (1.96)^2 \times (0.75) (0.25) = 4122.615$$

$$(0.05)^2 (5609 - 1) + (1.96)^2 \times (0.75) (0.25) = 10.30$$

4040.613 / 14.74 = 329.09 que corresponde al 5.7 % de la población total.

9.3 Muestra Estratificada.

Cuadro 9.3.1. Plantilla del Hospital general de México al 01 de enero del 2013

CATEGORIA	N	N
Mandos Superiores	34	6
Médicos	395	26
Médicos Residentes	796	57
Personal de Enfermería	1827	142
Trabajo Social	123	10
Administrativos	1245	87
Técnicos Radiólogos	108	8
Camilleros	173	13
Afanadores	712	51
Total	5609	400

9.4. Criterios de selección

9.4.1. Criterios de Inclusión.

El estudio se realizará en personal de salud que labora en el Hospital General de México en los diferentes niveles de organización, que hayan participado en el proceso de certificación.

9.4.2. Criterios de Exclusión.

Será excluido del proyecto personal que no haya participado en un proceso de certificación, que no tenga más de un año de antigüedad en la institución y que no acepte participar en el estudio.

9.5 Variables de estudio

9.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Opinión sobre el proceso de certificación.

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENCIONES	INDICADORES	VALORES y CODIGOS
<p>Dictamen, juicio o concepto ²³del proceso mediante el cual el Consejo de salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y de seguridad a los pacientes²</p>	<p>Es la opinión del personal de salud sobre el proceso de certificación de hospitales, a través de un instrumento de escala tipo Likert, constituido por 16 ítems.</p>	<p>Cultura organizacional: de la institución, liderazgo, comunicación, capacitación, trabajo en equipo.</p> <p>La cultura organizacional de la institución: conjunto de normas, hábitos y valores que practican los individuos de una organización, por medio del proceso de comunicación transmitiendo información de un lugar a otro, por medio de funciones gerenciales que un individuo tenga para influir en un grupo de personas determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo, en el logro de metas y objetivos de la organización.</p> <p>Recursos institucionales (infraestructura, material, recurso humano)</p> <p>Los recursos institucionales: son aquellos que se ponen a disposición de los trabajadores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibí inducción y entrenamiento previo a la certificación 2. Considero que existió apoyo y colaboración de todo el personal de salud para que se certificara mi institución. 3. Existe comunicación asertiva entre los jefes y el personal operativo sobre la certificación. 4. Considero que la información que me dieron mis jefes inmediatos fue la adecuada en tiempo y forma para que participara en la certificación. 5. El líder propicia el diálogo y permite la comunicación sobre la importancia del trabajo conjunto en la certificación. 6. Considero que el hospital mantiene el entusiasmo y compromiso por cubrir los estándares de calidad de atención, aun cuando ya está certificado. 7. La institución se preocupa por tener el equipo y mobiliario para cumplir con la certificación. 8. La institución estableció acciones de capacitación de recursos humanos claras en tiempo y forma para cumplir con la certificación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Totalmente de acuerdo 2.De acuerdo 3.Indiferente 4.En desacuerdo 5.Totalmente en desacuerdo

		<p>de la salud y de los pacientes los cuales deben ser suficientes en cantidad y calidad adecuada que favorezcan los procesos de atención, la continuidad y seguridad que promueven el desempeño eficiente del personal</p> <p>Actitud: (personal de participación, nivel de involucramiento, motivación, satisfacción y logros, lealtad compromiso.)</p> <p>Actitud: Es la reacción positiva o negativa, para realizar acciones previstas, así como el compromiso laboral, comportamiento y voluntad que estimula hacer un esfuerzo para lograr cumplir los objetivos y metas planeados. Utilizando lealtad e identificación la importancia de su labor, la necesidad y utilidad de las funciones que realiza en el trabajo.</p>	<p>9. La infraestructura de la institución mostro cambios positivos antes, durante y después de la certificación.</p> <p>10. Los cambios realizados en la institución para la certificación, fueron en beneficio y los pacientes.</p> <p>11. Me motiva que la institución donde laboro me invite a participar en los esfuerzos colectivos para lograr la certificación</p> <p>12. En nuestra área de trabajo todos se comprometen con la certificación</p> <p>13. Estoy comprometido y dispuesto con las nuevas maneras de trabajar para que mi institución siga siendo certificada.</p> <p>14. Me siento orgulloso por laborar en mi institución y que esta se haya certificado</p> <p>15. Se reconoce mi esfuerzo y participación en el proceso de certificación</p>	
--	--	--	--	--

9.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN.

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES y CODIGOS	NIVEL DE MEDICIÓN
<p>Conjunto de datos que se tienen sobre,²⁴ el proceso mediante el cual el consejo Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica y de la seguridad que se brinda voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad de los pacientes.²</p>	<p>Es el grado de conocimiento del personal de salud, ante el proceso de certificación de hospitales, evaluado a través del instrumento constituido por 14 ítems.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es Certificación? 2. ¿Cuándo inicia la certificación de hospitales en México? 3. ¿Quién realiza la certificación de hospitales? 4. ¿Cuál es la fecha en que se homologaron los estándares del Consejo de Salubridad General con los de Joint Commission Internacional? 5. ¿Existe un organismo específico que certifique hospitales? 6. Cada cuando se debe certificar un hospital. 7. ¿Quién se involucra en el proceso de certificación? 8. ¿Qué es un estándar en la certificación de hospitales? 9. ¿Qué es un elemento medible? 10. ¿Cuántas fases tiene el Proceso de certificación de Hospitales? 11. ¿Cómo se la clasifican los estándares? 12. ¿Cuántos estándares se evalúan en el proceso de certificación de hospitales? 13. ¿Cuántas son las metas internacionales para la seguridad el paciente? 14. ¿Cuánto tiempo debe pasar para que un hospital que NO CERTIFICA pueda volver a intentarlo? 	<p>0= Incorrecto</p> <p>1= Correcto</p>	<p>Dicotómico</p>

9.5.3 VARIABLE INDEPENDIENTE.

Nivel jerárquico del personal de salud.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CODIGO	NIVEL DE MEDICION
NIVEL JERÁRQUICO	Ordenación de distintos grados o categorías en el hospital, ²⁵ con sus correspondientes líneas de autoridad y responsabilidad, delimita funciones, relaciones y coordinación entre los diversos puestos. ²⁶	<p>Personal de alta Dirección: Es el nivel más alto de dirección, donde se toman decisiones, se establecen las políticas, las estrategias y los objetivos de la organización.</p> <p>Personal en mandos medios: Se integran los distintos jefes o mandos medios, toman decisiones de tipo técnico, relativas al cumplimiento de los planes y programas diseñados para alcanzar los fines generales.</p> <p>Personal de servicios clínicos Es el nivel encargado de la ejecución de las funciones y actividades específicas.²⁵</p> <p>Personal de Servicios Básicos.</p>	<p>1. Alta dirección.</p> <p>2. Mandos medios.</p> <p>3. Personal de servicios clínicos.</p> <p>4. Personal de servicios de básicos.</p>	Nominal

9.5.4. VARIABLES INTERVINIENTES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CODIGO Y VALORES	NIVEL DE MEDICION
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. ²⁷	La que pongan, edad en años	Discontinua Cuantitativa	El valor que aparezca	Nominal
SEXO	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. ²⁸	El que seleccionen	Nominal	1.Femenino 2.Masculino	Nominal
SERVICIO	Departamento de atención médica en una institución de salud. ²⁹	Servicio donde labora actualmente	Nominal	El servicio que aparezca	Nominal
TURNO	Conjunto de trabajadores que desempeñan su actividad al mismo tiempo según un orden previamente establecido ³⁰	Horario en el que labora actualmente.	Nominal	1.Matutino 2.Vespertin o 3.Velada	Nominal
DEPARTAMENTO	Cada una de las clases establecidas en una profesión, carrera o actividad. ²⁸	La asignada por la institución	1. Medico 2. Enfermería 3.Administrativo 4. Servicios de apoyo. 5. Servicios generales.	El valor que aparezca	Nominal
NIVEL ACADEMICO	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ³¹	Formación académica del personal	Nominal	1.Técnico 2.Licenciatura 3.Posgrado	Nominal
NIVEL DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CERTIFICACION	Grado de participación en el proceso mediante el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.	Medición de la participación en el proceso de certificación.	Nominal	1.No participo 2.Poco 3.Mediana 4.Alta	Nominal

9.6 Procedimiento para la elaboración del instrumento y confiabilidad.

La conceptualización y la operacionalización de las variables fueron parte importante para la construcción del instrumento.

El instrumento se conformó por cuatro partes, la primera está integrada por la presentación y explicación sobre la importancia del estudio así como las consideraciones éticas con respecto a la confiabilidad y el anonimato de los encuestados. La segunda parte la integran los datos sociodemográficos del personal de salud (edad, sexo, servicio, turno, categoría asignada por el hospital, nivel académico, participación en el proceso de certificación y nivel jerárquico).

La tercera parte está conformada por 14 ítems, dicotómicos que evalúan el conocimiento del personal de salud ante el proceso de certificación, se consideró como correcta (1) la respuesta verdadera y como incorrecto (0) la respuesta falsa.

Con la finalidad de estimar la confiabilidad del instrumento se empleó el coeficiente Kuder Richardson en el instrumento de la parte de conocimiento obteniendo un índice de $K_r = (.66)$. La cual es baja, se consideró utilizar el instrumento pues cubre los requisitos para realizar la investigación. La consistencia interna, una escala se considera aceptable cuando se encuentra por arriba de 7.0.³²

La cuarta parte del instrumento mide la opinión del personal de salud ante el proceso de certificación la cual se divide en tres dimensiones que son evaluadas por una escala tipo likert con cinco apartados que van del 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 indiferente, 4 de acuerdo, 5 totalmente de acuerdo, la primera dimensión **Recursos institucionales** mide 6 ítems, se define como, aquellos que se ponen a disposición de los trabajadores de la salud y de los pacientes los cuales deben ser suficientes en cantidad y calidad adecuada que favorezcan los procesos de atención, la continuidad y seguridad que promueven el desempeño eficiente del personal. La segunda dimensión **Actitud** mide la reacción positiva o negativa, para realizar acciones previstas, así como

el compromiso laboral, comportamiento y voluntad que estimula hacer un esfuerzo para lograr cumplir los objetivos y metas planeados, está compuesta por 5 ítems, La tercera y última dimensión conceptualiza a la **Cultura organizacional** como conjunto de normas, hábitos y valores que practican los individuos de una organización, por medio del proceso de comunicación transmitiendo información de un lugar a otro, por medio de funciones gerenciales que un individuo tenga para influir en un grupo de personas determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo, en el logro de metas y objetivos de la organización, esta última dimensión evalúa los cuatro últimos ítems. la congruencia interna de los ítems se obtuvo a través de alfa de Crombach (0.95). Lo que indica redundancia en los ítems.³²

El instrumento fue dado a conocer a 3 expertos, se solicitó su apoyo para la validación, se dio a conocer el nombre del proyecto, objetivos, las partes de cómo estaba constituido el instrumento, en la primera parte se abordan los aspectos sociodemográficos del personal, la segunda parte que evalúa el conocimiento, sobre el proceso de certificación de hospitales por medio de opción múltiple consta de 14 ítems, la tercera y última parte mide la opinión del personal por medio de una escala tipo Likert cuenta con 15 ítems.

Se llevó a cabo la evaluación en cuanto a la funcionabilidad de los enunciados y se les pidió que emitieran sus aportaciones y comentarios, de acuerdo a la revisión y opinión de cada uno de ellos se reestructuraron y algunos de los enunciados, se eliminaron 2 enunciados del cuestionario de conocimiento y se decidió incorporar una pregunta más en el cuestionario de opinión. Finalmente se decidió anexar una última pregunta abierta donde se obtienen datos sobre la opinión libre de los trabajadores en relación al proceso de certificación.

Es importante mencionar que la prueba piloto permitió valorar la utilidad, del instrumento, la redacción de los enunciados, el tiempo de evaluación en la aplicación del mismo, para concretar el resultado final.

9.6.1 Panel de expertos para la validación por contenido del instrumento.

Cuadro 9.6.1.

Nombre	Cargo	Institución	Sector
Mtra. María Guadalupe Ibarra Castañeda	Directora de enfermería del corporativo grupo Ángeles.	Corporativo grupo Ángeles	Privado
Mtra. Raquel Martínez Meza	Directora de calidad y directora de enfermería.	Hospital Español	Privado
Mtra. Carolina Ortega Suárez	Jefa del Departamento de Calidad del Cuidado	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	Publico

9.6.2. Prueba piloto

Previa autorización del Subdirector Médico, de la Dirección de Enfermería y del Jefe de Enseñanza médico se efectuó la prueba piloto, en una unidad de 2do. Nivel en los diferentes servicios del mismo, la recolección de los datos, se realizó por parte del investigador, se aplicaron un total 31 instrumentos al personal de salud, (médicos especialistas, enfermeras de todos los niveles académicos: auxiliar de enfermería, enfermera general, post técnico, licenciatura y posgrado, trabajo social, técnico en rayos X, técnicos laboratoristas) que pertenecían al turno matutino, del 1 al 5 de julio del 2013.

9.7 Procedimiento para la Recolección de datos.

La recolección de datos se llevó a cabo por parte de la responsable de la investigación; por conveniencia, previo consentimiento informado y la conservación del anonimato, de los encuestados. En los servicios de Urgencias Médicas, Cirugía General, Medicina Interna, Neurología y Neurocirugía, Oncología, Pediatría se obtuvo la información a través de fuentes primarias a través de entrevista directa.

9.8 Procedimiento para el análisis de datos y diseño estadístico.

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico Stata versión 11.1, en el análisis exploratorio, se revisaron valores aberrantes o extremos, al revisar la distribución de los datos y estimar medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, se probó normalidad de la distribución mediante prueba de Shapiro – Wilk ($p > 0.05$) la cual fue distinta a la normal estándar. Las comparaciones entre grupos se hicieron con estadística no paramétrica (Wilcoxon Rank y Kruskal Wallis, según correspondía) para variables categóricas, se estimó la proporción por categoría. Para el análisis de las variables numéricas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

9.9 Presentación de resultados.

Una vez terminado el análisis de datos los resultados se presentaron en cuadros, se, identificando las medianas de cada una de las variables, los percentiles de 25% - 75%, así como los mínimos y máximos de las variables edad, antigüedad, conocimiento, opinión y en cada una de las dimensiones del instrumento de opinión (recursos institucionales, actitud, cultura organizacional).

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El Código de Nuremberg, es considerado el primer antecedente de relevancia internacional sobre ética de investigación, abrió una discusión sobre la investigación biomédica y la necesidad de utilizar principios éticos que la regularan, y es asimismo una expresión clara de la asociación entre la ética médica y los derechos humanos.³³

El presente estudio se realizó tomando en cuenta la declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por última vez en la 64ª Asamblea general, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.³⁴

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios

calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

En relación a la Ley General de Salud³⁵ que en materia de investigación para la salud; en el Título Quinto, Capítulo único, con sus ocho artículos (del 96 al 103) se establecen las bases generales para normar toda la investigación médica.

Y con base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el Título Segundo, (de los Aspectos Éticos de la

Investigación en Seres Humanos), Capítulo 1 sobre las disposiciones comunes, del Artículo 13 donde se señala lo siguiente: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”.

Por otra parte, de acuerdo con el artículo 17 del mismo Reglamento donde se señala la probabilidad de riesgo para el sujeto investigado, cabe mencionar que el trabajo propuesto no representó ningún riesgo para los individuos involucrados, así también se realizó la gestión necesaria con el área correspondiente, para lograr la colaboración del personal que se encuentre en los servicios, cumpliendo así con lo estipulado en el artículo 21, específicamente en sus fracciones:

- I. Cuando se dé a conocer la justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Al explicar las molestias o los riesgos esperados, tanto para los pacientes como a las compañeras de enfermería.
- III. Al garantizar que se dará respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- IV. Se dará la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento para dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, y
- V. Asegurando que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

También se considerará lo convenido en el Código Ético de enfermería³⁶, específicamente en el capítulo segundo: De los deberes de las enfermeras para con las personas, en sus artículos:

3°. “Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias”, y

5°. “Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona”

Y en relación al capítulo cuarto: De los deberes de las enfermeras para con sus colegas, en sus artículos:

19°. “Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal”

21°. “Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos” y,

22°. “Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos”.

XI. RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados que se obtuvieron de la investigación *Opinión y Conocimiento del personal de salud ante el Proceso de Certificación de Hospitales en relación al nivel jerárquico*. Es importante mencionar que para medir la opinión se evaluaron tres dimensiones: cultura organizacional, actitud, recursos institucionales, así como el nivel de conocimiento del personal de salud que se entrevistó en una institución médica de tercer nivel de la ciudad de México.

11.1.1 Características de la población.

Del total del personal de salud el 59.5% fueron mujeres y el 40.5% hombres; pertenecían al turno matutino el 51.3%, al vespertino 31.3% al nocturno 17.3%; con respecto al departamento, el 35.8% el número de entrevistas se realizaron en diferentes servicios de la institución aplicándose un 19.5% en Cirugía General, los servicios de Ginecobstetricia y Oncología en un 19.3%, Medicina Interna un 14%, Pediatría 9.8%, Neurología 8.8%, Urgencias con un 6.0%, Rayos X 2%, y finalmente en la Dirección el 1.5%, con respecto al nivel jerárquico que ocupan dentro de la institución el 60.8% pertenece a personal de servicios clínicos, 29.5% personal de servicios básicos, 7.8% personal de mandos medios y finalmente el 2.8% a alta dirección.

Cuadro 1. Frecuencia y porcentaje de variables sociodemográficas.

Variables	N	%
Sexo		
Masculino	162	40.5
Femenino	238	59.5
Turno		
Matutino	205	51.3
Vespertino	126	31.3
Nocturno	69	17.3
Departamento al que pertenece.		
Medico	89	22.3
Enfermería	143	35.8
Administrativo	88	22.0
Servicios de apoyo	25	6.3
Servicios generales	55	13.8
Participación.		
No participo	87	21.8
Baja	82	20.5
Mediano	141	35.3
Alto	90	22.5
Nivel jerárquico		
Alta dirección	7	2.8
Mandos medios	31	7.8
Personal de servicios clínicos	243	60.8
Personal de servicios básicos	118	29.5
Servicio		
Cirugía general	78	19.5
Ginecobstetricia	77	19.3
Oncología	77	19.3
Medicina interna	56	14.0
Pediatría	39	9.8
Neurología	35	8.8
Urgencias	24	6.0
Rayos X	8	2.0
Dirección	6	1.5

11.1.2 Valores generales de la población.

En la variable edad se identificó una mediana de 37 años, (p25% - 75%) de 30 y 45, en relación con la antigüedad del personal de salud, se obtuvo una mediana de 11 años con un mínimo de un año y un máximo de 40 años.

Cuadro 2. Mediana, percentiles 25% -75%, mínimos y máximos de las variables edad y antigüedad.

Variable	Mediana	Percentil 25% - 75%	min. – max.
Edad	37	30 – 45	22 – 62
Antigüedad	11	4 – 20	1 – 40

11.1.3 Mediana, percentiles 25% -75%, mínimos y máximos de las variables conocimiento, opinión y dimensiones de opinión.

En cuanto a la variable nivel de conocimiento la mediana fue de 6 años, se obtuvo un mínimo de cero se y un máximo de trece, en los (p25% - 75%) se obtuvo un 5 y 8, con lo que respecta a opinión se obtuvo una mediana de 42 con un mínimo de 15 y un máximo de 75 (p25% - 75%) 31 y 56 respectivamente, cuanto a la dimensión 1 recursos institucionales se obtuvo una mediana de 16 con un mínimo de 6 y un máximo de 30, (p25% - 75%) de 31 y 56, la dimensión 2 actitud, obtuvo un mínimo de 4 y un máximo de 2, con una mediana de 12 y (p25% - 75%) de 8 -16, por último la dimensión 3 cultura organizacional obtuvo una mediana de 13, un máximo de 25 y un mínimo de 5 (p25% - 75%) de 10 - 17.

Cuadro 3. Mediana, percentiles 25% -75%, mínimos y máximos de las variables conocimiento, opinión y dimensiones de opinión.

Variable	Mediana	Percentil 25% - 75%	min. – max.
Conocimiento	6	5 – 8	0 – 13
Opinión	42	31 – 56	15 – 75
Dimensión 1	16	12 – 22	6 – 30
Dimensión 2	12	8 – 16	4 – 20
Dimensión 3	13	10 – 17	5 – 25

11.2 NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL PROCESO DE CERTIFICACION DE HOSPITALES.

11.2.1 Nivel de conocimiento del personal de salud ante el proceso de certificación de hospitales asociado a las variables intervinientes sexo, turno, participación, nivel académico, nivel jerárquico y departamento.

Con respecto a la variable sexo es el personal femenino el que obtuvo mayor nivel de conocimiento con una mediana de 7, (p25% - 75%) 5 – 8, el personal del sexo masculino obtuvo una mediana de 6 (p25% - 75%) 4 – 7, significancia estadística p 0.001.

En la variable turno es el vespertino el que destaca obteniendo una mediana de 7 (p25% - 75%) a diferencia del turno nocturno que obtuvo una mediana por abajo con un valor de 5 (p25% - 75%) 4 – 7, el turno matutino tiene una mediana de 6 (p25% - 75%) 5 – 8, significancia estadística p 0.0079.

En la variable de participación es el personal de salud el que considera que su participación es alta obteniendo una mediana de 7.5 (p25% - 75%) 6 - 9 con una diferencia muy mínima del personal de salud que considera que su participación es mediana obteniendo una mediana de 7 (p25% - 75%) 5 – 8, a diferencia del personal de salud que considera que no participa dentro del proceso de certificación, el cual obtuvo una mediana de 5 (p25% - 75%) 3 - 7, significancia estadística p 0.0001.

En la variable nivel académico del personal de salud participante, el nivel de licenciatura y posgrado obtuvieron una mediana de 7 (p25% - 75%) 5 – 8, 5.5 – 9, el nivel técnico con un menor rango obteniendo una mediana de 5 (p25% - 75%) 4 – 8, significancia estadística p 0.0001.

En la variable al nivel jerárquico es el grupo de alta dirección el que obtiene el mayor nivel de conocimiento obteniendo una mediana de 12 (p25% - 75%) 5 – 12, en contraste con el personal de servicios clínicos que obtuvo una mediana de 5 (p25% - 75%) 3 – 6, los mandos medios obtuvieron una mediana de 9 (p25% - 75%) 8 – 10, significancia estadística p 0.0001.

En la variable departamento es el personal de enfermería el que obtiene una mayor conocimiento del proceso de certificación con una mediana de 8 (p25% -

75%) 6 – 9, seguida por el área médica que obtuvo una mediana de 6 (p25% - 75%) 4 – 8, el resto de los departamentos se quedaron con una mediana de 5, significancia estadística p 0.0001.

Cuadro 4. Nivel de conocimiento del personal de salud ante el proceso de certificación de hospitales asociado a las variables intervinientes sexo, turno, participación, nivel académico, nivel jerárquico y departamento.

Variable	Mediana	Percentiles 25% - 75%	Valor de P
Sexo			
Masculino	6	4-7	0.001*
Femenino	7	5-8	
Turno			
Matutino	6	5 – 8	0.0079**
Vespertino	7	5 – 8	
Nocturno	5	4 – 7	
Participación			
No participo	5	3 – 7	0.0001**
Baja	6	5 – 8	
Mediana	7	5 – 8	
Alto	7.5	6 – 9	
Nivel Académico			
Técnico	5	4 – 8	0.0001**
Licenciatura	7	5 – 8	
Posgrado	7	5.5 – 9	
Nivel jerárquico			
Alta dirección	12	5 – 12	0.0001**
Mandos medios	9	8 – 10	
Servicios clínicos	7	5 – 8	
Servicios básicos	5	3 – 6	
Departamento			
Medico	6	4 – 8	0.0001**
Enfermería	8	6 – 9	
Administrativo	5	4 – 7	
Servicios de apoyo	5	3 – 7	
Servicios generales	5	3 – 6	

Wilcoxon Rank * Kruskal Wallis **

11.2.2 Nivel de conocimiento del personal de salud ante el proceso de certificación de hospitales asociado a las variables servicio y categoría del personal de salud.

En la variable servicio se identificó que es la alta dirección quien tiene un mayor conocimiento con una mediana de 12 (p25% - 75%) 10 – 12, encontrándose muy por arriba de los diferentes servicios, le siguen con una mediana de 7 (p25% - 75%) 5 – 8, oncología, urgencias, pediatría, los servicios que obtuvieron un menor conocimiento del proceso de certificación son cirugía general, medicina interna, neurología y ginecología con una mediana de 6 (p25% - 75%) 4 – 9, significancia estadística p 0.00289

En la variable categoría que ocupa el personal de salud dentro de la institución, es nuevamente la alta dirección quien obtiene una mayor calificación con una mediana de 12 (p25% - 75%) 4 -7, seguida por categoría jefe de enfermeras con una mediana de 10 (p25% - 75%) 8 – 11, le continúa la enfermera con categoría de general con una mediana de 7 (p25% - 75%) 6 – 8, las enfermeras con categoría de Lic. en enfermería 8 (p25% - 75%) 6 – 8, el personal que obtuvo la mediana más baja en cuanto a conocimiento fueron las categorías de camillería, personal administrativo y afanadores con una mediana de 5, con lo que respecta al personal de trabajo social y los médicos residentes ellos obtienen una mediana de 6 (p25% - 75%) 5 – 7, solo con un punto por arriba del nivel más bajo, significancia estadística p 0.0001

Cuadro 5. Nivel de conocimiento del personal de salud ante el proceso de certificación de hospitales asociado a las variables intervinientes servicio y categoría del personal de salud.

Variable	Mediana	Percentiles 25% - 75%	Valor de P
Servicio			
Oncología	7	5 - 8	0.00289**
Urgencias	7	5 – 8	
Cirugía general	6	4 – 9	
Neurología	6	4 – 8	
Pediatría	7	4 – 8	
Medicina interna	6	5 – 8	

Ginecología	6	4 - 7	
Rayos X	7	4 - 7.5	
Dirección	12	10 - 12	
Categoría			
Camillería	5	5 - 7	
Afanadores	5	3 - 6	
Administrativo	5	4 - 7	
Trabajo social	6	5 - 7	
Residentes	6	5 - 7	
Médico adscrito	6	4 - 7	0.0001**
Jefe de enfermeras	7	6 - 8	
Enfermera especialista	10	8 - 11	
Enfermera general	7	6 - 8	
Lic. En Enfermería	8	6 - 9	
Técnico Rx	7	7 - 8	
Alta dirección	12	4 - 7	

Kruskal Wallis **

11.3. NIVEL DE OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL PROCESO DE CERTIFICACION DE HOSPITALES.

11.3.1 Nivel de opinión del personal de salud ante el proceso de certificación de hospitales asociado a cada una de las variables intervinientes sexo, turno, participación, nivel académico, nivel jerárquico, departamento.

En la variable turno vespertino es el que tiene una mejor opinión del proceso de certificación con una mediana de 44, (p25% - 75%) 35 – 56, en contraste con el turno matutino que tiene una opinión desfavorable sobre la certificación con una mediana de 40 (p25% - 75%) 40 – 55,

En la variable participación el personal que considera que no participa tiene una mejor opinión con una mediana de 55 (p25% - 75%) 47 – 64, en contraste con el que considera que tiene una alta participación y una mediana participación, las cuales obtuvieron una mediana de 34 y 37 respectivamente. (p25% - 75%) 28 – 41 y 29 – 50. Significancia estadística p 0.0001

En la variable nivel académico es el nivel de licenciatura el que obtuvo el mayor puntaje con una mediana de 44, (p25% - 75%) 34 – 56 en contraste con el nivel de posgrado que obtiene un menor puntaje con una mediana de 40.5. (p25% - 75%) 30 – 56.6. Significancia estadística p 0.0001

En la variable nivel jerárquico los mandos medios y la alta dirección obtuvieron los puntajes más bajos con una mediana de 30 (p25% - 75%) 26 – 38 y 32, (p25% - 75%) 15 – 38 respectivamente, en contraste con los servicios clínicos y básicos que obtuvieron una mediana de 44, (p25% - 75%) 33 – 56 y 43 (p25% - 75%) 30 – 59. Significancia estadística p 0.0001

En la variable departamento quien obtiene una mejor opinión del proceso de certificación es el médico con una mediana de 51, (p25% - 75%) 35 – 61, seguida por el personal administrativo con una mediana de 46 (p25% - 75%) 34.5 – 59.5, en contraste con el personal de enfermería y de servicios de apoyo que obtuvieron puntajes bajos, enfermería con una mediana de 39 (p25% - 75%) 30 – 50 y servicios de apoyo de 37(p25% - 75%) 29 – 60, son estos dos grupos los que tienen la opinión más desfavorable del proceso de certificación. Significancia estadística p 0.0003

Cuadro 6. Nivel de opinión del personal de salud ante el proceso de certificación de hospitales asociado a cada una de las variables intervinientes sexo, turno, participación, nivel académico, nivel jerárquico, departamento.

Variable	Mediana	Percentiles 25% - 75%	Valor de P
Sexo			
Masculino	44	31 - 58	NS
Femenino	40	31 - 54	
Turno			
Matutino	40	30 - 55	NS
Vespertino	44	35 - 56	
Nocturno	42	32 - 60	
Participación			
No participo	55	47 - 64	0.0001**
Baja	45.5	38 - 60	
Mediana	37	29 - 50	
Alto	34	28 - 41	
Nivel Académico			
Técnico	42	30 - 56	0.0001**
Licenciatura	44	34 - 56	
Posgrado	40.5	30 - 56.5	
Nivel jerárquico			
Alta dirección	32	15 - 38	0.0001**
Mandos medios	30	26 - 38	
Servicios clínicos	44	33 - 56	
Servicios básicos	43	30 - 59	
Departamento			
Medico	51	35 - 61	0.0003**
Enfermería	39	30 - 50	
Administrativo	46	34.5 - 59.5	
Servicios de apoyo	37	29 - 60	
Servicios generales	41	30 - 54	

Wilcoxon Rank * Kruskal Wallis **

11.3.2. Nivel de opinión del personal de salud ante el proceso de certificación de hospitales asociado a las variables intervinientes servicio y categoría del personal de salud.

Como se observa en el cuadro 6, la variable servicio obtuvo una mejor puntuación del proceso de certificación en cuanto a opinión es Ginecología con una mediana de 56, (p25% - 75%) 42 – 64 seguido por Pediatría con una mediana de 46, (p25% - 75%) 35 - 56 en contraste con la alta dirección que obtuvo una mediana de 26 (p25% - 75%) 15 – 33, siendo el servicio que obtiene la puntuación más baja, a su vez, el servicio de medicina interna obtiene una mediana de 34. (p25% - 75%) 27.5 – 40.5 Significancia estadística p 0.0001

Con lo que respecta a la variable categoría son los médicos residentes los que tienen una mejor opinión con una mediana de 54 (p25% - 75%) 39 – 62, así como los médicos adscritos obteniendo una mediana de 50 (p25% - 75%) 35 – 58, en contraste con las jefes de enfermeras que obtuvieron el puntaje más bajo con una media de 29 (p25% - 75%) 27 – 38, a diferencia de la enfermera especialista que se queda con una mediana de 46 (p25% - 75%) 36 – 53. El personal administrativo se queda con una mediana de 48 (p25% - 75%) 35 – 60, es importante resaltar el puntaje de la alta dirección se queda muy por abajo de las demás categorías con una mediana de 26. (p25% - 75%) 15 - 33 Significancia estadística p 0.0001.

Cuadro 7. Nivel de opinión del personal de salud ante el proceso de certificación de hospitales asociado a las variables intervinientes servicio y categoría del personal de salud.

Variable	Mediana	Percentiles 25% - 75%	Valor de P
Servicio			
Oncología	42	36 - 53	0.0001**
Urgencias	42	30.5 - 53.5	
Cirugía Gral.	37.5	29 – 49	
Neurología	45	29 – 60	
Pediatría	46	35 – 56	
Medicina interna	34	27.5 – 40.5	
Ginecología	56	42 – 64	
Rayos X	45.5	29 – 57.5	
Dirección	26	15 – 33	

Categoría

Camilleria	37	24 - 48	
Afanadores	39	30 - 54	
Administrativo	48	35 - 60	
Trabajo social	45.5	36 - 60	
Residentes	54	39 - 62	
Médico adscrito	50	35 - 58	0.0001**
Jefe de enfermeras	29	27 - 38	
Enfermera especialista	46	36 - 53	
Enfermera general	39	32 - 52	
Lic. En Enfermería	35	30 - 47	
Técnico Rx	45.5	29 - 57.5	
Alta dirección	26	15 - 33	

Kruskal Wallis **

11.4. NIVEL DE OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES VINCULADO A LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO DE OPINIÓN.

11.4.1 Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la variable servicio.

En la variable de servicio con respecto a las áreas clínicas, Ginecología es quien obtiene en las 3 dimensiones el puntaje más alto con medianas de 23 (p25% - 75%) 17 – 26, en cultura organizacional, 15 (p25% - 75%) 11 – 18, recursos institucionales y 17 (p25% - 75%) 13 - 21 en actitud, a diferencia del servicio de alta dirección que obtiene puntaje aún más bajo en las dimensiones con mediana de 12 (p25% - 75%) 6 – 15, en cultura organizacional, 5.5 (p25% - 75%) 4 – 9, en recursos institucionales y 7.5 (p25% - 75%) 5 – 9, en actitud. Significancia estadística p 0.0001

Cuadro 8. Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo al servicio.

Dimensiones	Cultura organizacional		Recursos institucionales		Actitud	
	Mediana	Percentiles 25 - 75	Mediana	Percentiles 25 - 75	Mediana	Percentiles 25 - 75
Servicio						
Oncología	17	13 – 22	13	10 – 16	14	10 – 16
Urgencias	17	12 – 19.5	11.5	8 – 15.5	12	9.5 – 16
Cirugía	14	12 – 20	10	8 – 14	11	9 – 15
Neurología	18	10 – 23	14	7 – 18	12	9 – 19
Pediatría	17	12 – 20	13	9 – 17	16	12 – 19
Medicina interna	12	10 – 17	10	7.5 – 14	10	8 – 14
Ginecología	23	17 – 26	15	11 – 18	17	13 – 21
Rayos X	14.5	11.5 – 26	13	8 – 17	13	9.5 – 19.5
Dirección	12	6 – 15	5.5	4 – 9	7.5	5 – 9
Valor de P		0.0001**		0.0001**		0.0001**

Kruskal Wallis **

11.4.2 Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la variable turno.

En la variable turno, es el vespertino el que obtuvo una mejor opinión del proceso de certificación de hospitales con una mediana de 17.5 (p25% - 75%) 13 – 22, en cultura organizacional y mediana de 13 (p25% - 75%) 10 – 16, en recursos institucionales; sin embargo el turno nocturno el que tiene mejor opinión en la dimensión de actitud con una mediana de 15 (p25% - 75%) 11 – 20, siendo esta última la única que presenta significancia estadística P 0.0177.

Cuadro 9. Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo al turno.

Dimensiones	Cultura organizacional		Recursos institucionales		Actitud	
	Mediana	Percentiles 25 - 75	Mediana	Percentiles 25 - 75	Mediana	Percentiles 25 - 75
Turno						
Matutino	16	12 – 23	12	8 – 16	12	10 – 17
Vespertino	17.5	13 – 22	13	10 – 16	14	10 – 17
Nocturno	16	12 – 22	12	8 – 16	15	11 – 20
Valor de P		NS		NS		0.0177

Kruskal Wallis

11.4.3 Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la variable categoría.

En la variable categoría, la mejor opinión en el proceso de certificación de hospitales la tienen los médicos residentes en la variable cultura organizacional con una mediana de 19 (p25% - 75%), seguido por los médicos de base con una mediana de 18 (p25% - 75%) 12 – 25, en contraste con la alta dirección que obtuvo una mediana 12 (p25% - 75%) 6 – 15, significancia estadística 0.0001, con respecto a la dimensión de recursos institucionales son nuevamente los residentes junto con las enfermeras especialistas los que obtienen las medianas más altas con medianas de 14, (p25% - 75%) 12 – 17, 10 – 15, significancia estadística 0.0008, respectivamente, de la misma manera en la dimensión

actitud los residentes son los que tuvieron la mejor opinión con una mediana 16 (p25% - 75%) 11 – 20, en contraste con la alta dirección que obtuvo una mediana de 7.5 (p25% - 75%) 5 – 9 , significancia estadística 0.0001

Cuadro 10. Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la categoría.

Dimensiones	Cultura organizacional		Recursos institucionales		Actitud	
	Mediana	Percentiles 25 – 75	Mediana	Percentiles 25 – 75	Mediana	Percentiles 25 – 75
Categoría						
Camillero	15	11 – 23	11	8 – 16	11	7 – 11
Afanador	14	10 – 20	11	8 – 16	11	10 – 18
Administrativo	19	13 – 24	13	9 – 17	15	10 – 20
Trabajo social	18	13 – 19	12.5	8 – 15	15	13 – 22
Residente	19	14 – 26	14	12 – 17	16	11 – 20
Medico base	18	12 – 25	13	11 – 17	15.5	10 – 21
Jefe de Enf.	12	10 – 14	9	8 – 12	8.5	7 – 13
Enf. Esp.	18	14 – 20	14	10 – 15	13	11 – 18
Enf. Gen.	16	12 – 20	12	9 – 16	13	11 – 16
Lic. en Enf.	13	12 – 17	10	8 – 16	11	10 – 16
Técnico de RX	14.5	11.5 – 26	13	8 – 17	13	9.5 – 19.5
Alta dirección	12	6 – 15	5.5	4 – 9	7.5	5 – 9
Valor de P		0.0001**		0.0008**		0.0001**

Kruskal Wallis **

11.4.4 Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la variable departamento.

En la variable departamento son los médicos los que obtuvieron la mejor opinión ante el proceso de certificación de hospitales, a partir de una mediana de 19 (p25% - 75%) 14 – 25, en cultura organizacional, mediana de 14 (p25% - 75%) 11 – 17, en recursos interinstitucionales y 16 (p25% - 75%) 10 – 20, en actitud; quienes tienen una mala opinión ante el proceso de certificación es el departamento de servicio de apoyo obteniendo una mediana de 14 (p25% - 75%) 11 – 20, en la dimensión de cultura organizacional, mediana de 11 (p25% - 75%) 8 – 17, en recursos interinstitucionales, así también el departamento de servicios generales obtiene una mediana de 11 (p25% - 75%) 9 – 17, en la dimensión actitud, siendo la puntuación más baja.

Cuadro 11. Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo al departamento.

Dimensiones	Cultura organizacional		Recursos institucionales		Actitud	
	Mediana	Percentiles 25 – 75	Mediana	Percentiles 25 - 75	Mediana	Percentiles 25 – 75
Departamento						
Medico	19	14 – 25	14	11 – 17	16	10 – 20
Enfermería	15	12 – 19	11	9 – 15	12	10 – 15
Administrativo	18	12.5 – 24	13	8.5 – 16	15	10 – 20
Serv. De apoyo	14	11 – 20	11	8 – 17	12	10 – 22
Serv. Generales	16	11 – 20	12	8 – 16	11	9 – 17
Valor de P		0.0001**		0.0513**		0.0007**

Kruskal Wallis **

11.4.4 Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la variable Nivel académico.

En la variable de nivel académico la mejor opinión ante el proceso de certificación de hospitales la obtiene el nivel licenciatura en las tres dimensiones con mediana de 17 (p25% - 75%) 12 – 23, en cultura organizacional 12 (p25% - 75%) 10 – 16, en recursos interinstitucionales y 14 (p25% - 75%) 11 - 17 en actitud; cabe destacar que el nivel técnico y posgrado presentan una variabilidad mínima en las tres dimensiones con respecto al nivel licenciatura, Significancia estadística p 0.0001.

Cuadro 12. Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo al Nivel académico.

Dimensiones Variables	Cultura organizacional		Recursos institucionales		Actitud	
	Mediana	Percentiles 25 - 75	Mediana	Percentiles 25 - 75	Mediana	Percentiles 25 - 75
Nivel académico						
Técnico	16	12 – 22	12	8 – 16	13	10 – 18
Licenciatura	17	12 – 23	12	10 – 16	14	11 – 17
Posgrado	16	12 – 22	12	8 – 16	13	8 – 19
Valor de P		0.0001**		0.0001**		0.0001**

Kruskal Wallis **

11.4.5 Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la variable participación.

En la variable de participación la mejor opinión en el proceso de certificación de hospitales fue obtenida por el personal de salud quien considera que no participa dentro del proceso, con una mediana de 23 (p25% - 75%) 17 – 26, en cultura organizacional, mediana de 16 (p25% - 75%) 12 – 18, en recursos institucionales y 17 (p25% - 75%) 15 – 22, en la dimensión actitud. A diferencia del personal que considera que su participación en el proceso es alta, son quienes tienen una mala opinión a partir de la obtención de medianas de 13 (p25% - 75%) 10 – 18, en cultura organizacional, 10 (p25% - 75%) 8 – 13, en recursos institucionales y actitud. Significancia estadística 0.0001

Cuadro 13. Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la participación.

Dimensiones	Cultura organizacional		Recursos institucionales		Actitud	
	Mediana	Percentiles 25 – 75	Mediana	Percentiles 25 – 75	Mediana	Percentiles 25 – 75
Participación						
No participo	23	17 – 26	16	12 – 18	17	15 – 22
Baja	18.5	14 – 24	14	10 – 17	16	12 – 20
Mediana	15	12 – 20	11	8 – 14	11	10 – 15
Alta	13	10 – 18	10	8 – 13	10	8 – 13
Valor de P		0.0001**		0.0001**		0.0001**

Kruskal Wallis **

11.4.6 Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la variable nivel jerárquico.

En la variable de nivel jerárquico la mejor opinión en el proceso de certificación de hospitales fue obtenida por el personal de servicios clínicos con mediana de 16 (p25% - 75%) 12 – 22, en cultura organizacional, mediana 13 (p25% - 75%) 10 – 16, en recursos institucionales mediana, en la dimensión actitud mediana de 14 (p25% - 75%) 11 – 18; a su vez quienes tienen una mala opinión, en la dimensión de recursos institucionales con una mediana de 7 (p25% - 75%) 4 – 10, en actitud alta dirección obtiene una mediana de 8 (p25% - 75%) 5 – 10, Significancia estadística 0.0001

Cuadro 14. Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo al nivel jerárquico.

Dimensiones	Cultura organizacional		Recursos institucionales		Actitud	
	mediana	Percentiles 25 – 75	Mediana	Percentiles 25 – 75	Mediana	Percentiles 25 – 75
Nivel jerárquico						
Alta dirección	15	6 – 20	7	4 – 10	8	5 – 10
Mandos medios	16	10 – 14	9	8 – 11	9	7 – 12
Serv. Clínicos	16	12 – 22	13	10 – 16	14	11 – 18
Serv. Básicos	11	12 – 24	13	8 – 17	13	10 – 20
Valor de P		0.0001**		0.0001**		0.0001**

Kruskal Wallis **

11.4.7 Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo a la variable sexo.

En la variable de sexo la mejor opinión en el proceso de certificación de hospitales fue obtenida por el sexo masculino en las 3 dimensiones con medianas de 18 (p25% - 75%) 12 – 23, en cultura organizacional, mediana de 13 (p25% - 75%) 8 – 16, en recursos institucionales y 14 (p25% - 75%) 9 - 20 en la dimensión actitud.

Cuadro 15. Nivel de opinión por dimensiones de acuerdo al sexo.

Dimensiones	Cultura organizacional		Recursos institucionales		Actitud	
	mediana	Percentiles 25 – 75	Mediana	Percentiles 25 – 75	Mediana	Percentiles 25 – 75
Sexo						
Masculino	18	12 – 23	13	8 – 16	14	9 – 20
Femenino	15	12 – 22	12	9 – 16	13	10 – 17
Valor de P		NS		NS		NS

Wilcoxon Rank

11.4.8 Nivel de conocimiento y opinión en las variables de edad y antigüedad.

En la aplicación de la prueba estadística correlación de Pearson en la variable antigüedad, no se obtuvo significancia estadística con respecto a la opinión y conocimiento; mientras que en la edad sólo la cultura organizacional obtuvo una P de 0.02.

Cuadro 16. Nivel de conocimiento y opinión en las variables de edad y antigüedad

Variable	Conocimiento*	Opinión*	Cultura organizacional*	Recursos institucionales*	Actitud*
Edad	0.04 (NS)	-0.09(NS)	-0.12 (0.02)*	0.07(NS)	0.06(NS)
Antigüedad	0.06 (NS)	-0.02(NS)	0.01(NS)	0.03(NS)	0.03(NS)

*Coeficiente de correlación de Pearson (valor de p)

XII. DISCUSION

Como se puede observar en este estudio la certificación de hospitales, es un proceso de participación grupal, en el cual se integran diferentes actores con diferentes niveles de conocimiento, de participación y opiniones incluso sobre su participación en dicho proceso.

Interés especial fue, el conocer la opinión y conocimiento del personal sobre el proceso de certificación de hospitales, al respecto debo aclarar que existe muy poca literatura que aborde esta temática, la Certificación de establecimientos de atención médica definida por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) como el proceso mediante el cual el Consejo de Salubridad General reconoce la participación voluntaria y cumplimiento los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad de los pacientes, tiene como objetivo coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar sus posición en el entorno.

Uno de los requisitos necesarios para lograr los objetivos de certificación de las instituciones médicas es asegurar la participación del personal de salud en dicho proceso, así también evaluar el compromiso de la organización en la mejora continua, en este estudio identificamos que estos propósitos se cumplen de manera parcial a partir de los resultados obtenidos.

Si bien son los directivos los que más participan dentro del proceso de certificación, son las (mujeres en un 60%) y dentro de ellas las enfermeras las que mayormente se encuentran involucradas (51% son mujeres), en este estudio lo que coincide con Jardali⁵¹ donde la mayoría de las enfermeras participantes eran mujeres 84.9% de la misma manera en el estudio de Olivera⁴⁶ con un 92.3% de las participantes en el proceso de certificación son enfermeras gerentes.

El proceso de certificación tiene como uno de sus propósitos, contribuir a la mejora, esto se logra a partir de procesos grupales de los directivos y personal

de servicio, en este estudio identificamos que quienes mayormente participan son los directivos de la institución, con mayores niveles académicos (maestría) y que se encuentran en áreas que implican mayor responsabilidad ante el proceso de certificación, lo que coincide con los reportes de Olivera,⁴⁷ enfermería tiene maestría lo cual favorece su participación en el proceso de certificación y mejora de la calidad.

A diferencia de los estudios reportados en la literatura sobre el nivel de conocimiento en metas internacionales, estándares centrados en el paciente, en la gestión y en indicadores enfocados en la seguridad del paciente, este estudio se enfocó en conocer la opinión y conocimiento sobre el propio proceso de certificación se encontró que existe escaso nivel de conocimiento del proceso en la mayoría del personal (49%),solo hacen la diferencia aquellos que se encuentran en niveles directivos y mandos medios, Martínez-Zúñiga³⁷ sugiere que es necesario que los hospitales inviertan recursos para desarrollar medidas para la seguridad, recolectar y manejar información, administrar los procesos de cambio ya que requieren tiempo y personal capacitado que se involucre totalmente en las actividades y programas que implican la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

Otro hallazgo fue comprobar el nivel de participación del personal de enfermería en el proceso de certificación fue el más elevado 36% lo que coincide con Zarate⁴¹ que enfatiza, las enfermeras al interior de las instituciones de salud han participado de manera comprometida y solidaria en la certificación, enfermeras que se encuentran vinculadas en servicios clínicos, las vinculadas a los mandos medios y tienen en común que han implementado acciones en el proceso de certificación, a su vez Jardali⁴⁶ reporta que las enfermeras libanesas consideran que la acreditación de hospitales es una buena herramienta para mejorar la calidad de la atención y mejorar las prácticas, por lo que podemos afirmar que los hallazgos en esta investigación, son incongruentes con este autor ya que la opinión más negativa sobre el proceso de certificación la dieron las enfermeras del proceso de certificación el personal de enfermería tiene una opinión más desfavorable obteniendo una (mediana de 39).

Es el turno matutino el que tiene una opinión mayormente negativa con una (mediana de 40), lo que contrasta con el turno vespertino con una (mediana de 44), particularmente la dimensión recursos institucionales con una (mediana de 12), destacando como un factor importante la carga de trabajo que perciben las enfermeras, el nivel de responsabilidad y la falta de recursos en general para cumplir con el proceso, uno de los hallazgos de este estudio que deberá ser investigado con mayor profundidad de la misma manera, encontramos que el servicio de medicina interna, el personal entrevistado sin importar su nivel jerárquico, nivel académico, turno y demás opinan negativamente respecto al proceso de certificación a diferencia de las áreas de Gineco-obstetricia y Pediatría donde la opinión encontrada tiende más a lo positivo, la explicación a dicho hallazgo la podemos encontrar en el número de pacientes que se asigna a cada enfermera, mayor en los servicios de medicina interna, así también la carga de trabajo, entre otros hacen que su participación en el proceso de certificación sea percibido como una carga agregada al trabajo diario, esta situación coincide también con el estudio de Soares⁴⁵ quien reporta que es indispensable la adecuación tanto cuantitativa como cualitativa de los recursos humanos, materiales y ambientales siendo los primeros de gran importancia para las organización para alcanzar sus objetivos ante los procesos de certificación,

En relación al perfil de los participantes en este estudio, pudimos identificar que en su mayoría son profesionales de la salud con niveles de licenciatura quien tiene la mejor opinión (mediana de 17%) el nivel operativo y los niveles de mandos medios y alta dirección lo que nos permite afirmar que el proceso de certificación incorpora como valor agregado a las instituciones la necesidad de formalizar un equipo de trabajo y que este tenga niveles avanzados de formación así como se preocupan por brindarles los conocimientos de procesos, con actitudes positivas para el trabajo grupal e institucional situaciones que coinciden con Olivera⁵¹ que muestra que la certificación ha permitido y exigido perfiles más altos en las instituciones a pesar que son pocos los estudios Sherman³⁸ identifica las competencias de los gerentes, (dominio personal, eficacia interpersonal, gestión financiera, gestión de recursos humanos, cuidados con personal , paciente y consigo mismo).

Es importante mencionar que en relación al nivel de opinión relacionado con la dimensión cultura organizacional, actitud y institucionales; identificamos que la alta dirección fue quien obtuvo las medias más bajas en relación a opinión, lo que coincide con Aranz⁴⁷ donde los directivos destacan la rigidez del sistema, los gastos económicos del proceso; la escasa cultura de calidad, la poca implicación de los propios directivos, el hecho de contar con modelos de acreditación importados, en contraste, Jardali⁵² destaca la opinión de los directores donde manifiestan los beneficios del proceso de acreditación en materia de documentación, refuerzo a las normas de calidad, el fortalecimiento de las relaciones entre los diferentes servicios de atención. Es importante mencionar que en el estudio que nos ocupa, encontramos también que los directivos a su vez tienen opiniones negativas en cuanto a recursos limitados, infraestructura deficiente y falta de recurso humano como los principales retos del proceso de certificación.

Si bien hemos comentado que quienes más participan son las mujeres cuando analizamos la opinión de las dimensiones por sexo, se identifica que son los profesionales del sexo masculino y en su mayoría médicos los que muestran medianas mucho más altas en opiniones del proceso de certificación los médicos adscritos con una mediana de 50, y los residentes con una mediana de 54 de distintas especialidades, lo que coincide con Jardali⁴⁶ ya que la formación profesional del personal de salud es fundamental para superar la resistencia al proceso de certificación. Situación que es coincidente en la necesidad de perfiles profesionales para la certificación ya que permiten la inclusión en los procesos y participación positiva.

Así también encontramos que al explorar el nivel de participación, se muestra nuevamente que la alta dirección tiene un mayor nivel de participación y una mala opinión (mediana de 15) ,situación ya discutida en el párrafo anterior relacionada con la falta de recursos para cumplir con el proceso ; que contrasta con el personal de servicios básicos, que opina que no participa en ningún momento dentro del proceso de certificación situación que deberá ser evaluada para identificar sus causas y lograr un proceso más participativo no solo en la alta dirección si no en los demás niveles de la organización.

XIII. CONCLUSIONES

De acuerdo al modelo vigente para la certificación de hospitales establecido en nuestro país, sus estándares e indicadores difundidos en el diario oficial publicado el 19 de mayo del 2009.³⁹ el propósito o los propósitos del proceso se han podido identificar en este estudio que si bien en su mayoría la institución y el personal conocen el proceso aun es necesario reforzar la participación de los directivos en la cultura organizacional y en la asignación de recursos institucionales que mejoren las prácticas y actitudes hacia la participación de los trabajadores, en el proceso de certificación, uno de los elementos claves identificados en este estudio es el nivel de exigencia para algunos de los profesionales por cumplir indicadores y estándares como es el caso del personal de enfermería, en quien recae el proceso y la medición de estándares e indicadores, por lo que si bien se identifica una participación responsable y un nivel de conocimiento adecuado, se identificaron opiniones negativas que quizá están relacionadas con la carga de trabajo y los recursos insuficientes para hacer frente al proceso y que esto no solo sea un trámite para cumplir con el procedimiento institucional para la certificación sino se constituya en una cultura organizacional hacia la calidad, la evaluación y la rendición de cuentas y se refleje en mejores prácticas de atención a los pacientes y en mejores indicadores de resultados en salud para la sociedad.

El estudio cumplió con los objetivos planteados ya que, se pudieron identificar las diferencias de opinión y conocimiento del personal de salud ante el proceso de certificación de hospitales de acuerdo a los niveles jerárquicos en la organización hospitalaria, se muestra en el estudio con claridad que es el personal de enfermería junto con los mandos altos los que tienen una mayor participación y conocimiento del proceso de certificación.

Respecto a la comprobación de hipótesis, ésta se realizó a través de estadística no paramétrica (Wilcoxon Rank y Kruskal Wallis), según correspondía para comprobar que existen diferencias significativas en relación a los niveles de organización del personal de salud con respecto a la opinión y conocimiento del proceso de certificación de hospitales.

Por tanto se acepta la hipótesis de investigación, ya que **si existen diferencias respecto a los niveles de organización o jerárquicos en cuanto a opinión y conocimiento** del proceso de Certificación.

Esto se ve sustentado en el hecho de que es el nivel de Alta dirección son quienes poseen mayor nivel de conocimientos, en contraste con respecto a la **opinión** es el personal de alta dirección quien tiene la opinión más desfavorable al proceso de certificación.

XIV. RECOMENDACIONES

- Que la institución establezca un grupo de trabajo, junto con el comité de calidad de la institución, con la finalidad de preparar y promover el proceso de certificación de forma permanente, siendo necesario su revisión permanente en cuanto a las estrategias programadas para determinar su grado de avance e impacto sobre la gestión en el proceso de certificación.
- Reforzar la imagen institucional con el personal, para que la certificación se realice de la mejor manera cada que sea necesario.
- Asegurar el buen funcionamiento de servicios e instalaciones.
- Verificar la participación y el compromiso de todos los niveles jerárquicos en la resolución de problemas y toma de decisiones para llevar a cabo los estándares del proceso de certificación.
- Realizar programas de intervenciones educativas sobre el proceso de certificación, aun no se realice la certificación en ese año.
- Promover la cultura de seguridad del paciente y calidad en la atención, principal objetivo de la certificación hospitalaria.

XV. ANEXOS

14.1. Instrumento de evaluación.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
COORDINACIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA**

CONOCIMIENTO Y OPINION SOBRE EL PROCESO DE CERTIFICACION HOSPITALARIA.

Soy alumna de la Maestría en enfermería, actualmente estoy realizando un estudio sobre La opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales, por lo que le solicito su ayuda para recabar datos y así poder continuar con mi estudio de investigación.

Los resultados que se muestren en este cuestionario serán utilizados con fines de investigación, manteniendo el anonimato de los encuestados, agradezco de antemano su participación y ayuda para la realización del presente estudio.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Favor de seleccionar la opción correcta con una (X)

FOLIO _____			
EDAD <input type="text"/>	SEXO: 1.MASCULINO <input type="text"/>	2. FEMENINO <input type="text"/>	
SERVICIO O AREA DONDE LABORA _____			
TURNO: 1. Matutino <input type="text"/>	2.Vespertino <input type="text"/>	3. Nocturno <input type="text"/>	
CATEGORIA EN EL HOSPITAL. _____			
ANTIGÜEDAD EN EL HOSPITAL _____			
DEPARTAMENTO AL QUE USTED PERTENECE	1. Medico <input type="text"/>	2. Enfermería <input type="text"/>	
3. Administrativo <input type="text"/>	4. Servicios de apoyo <input type="text"/>	5. Servicios generales <input type="text"/>	
NIVEL ACADEMICO: 1. Técnico <input type="text"/>	2. Licenciatura <input type="text"/>	3. Posgrado <input type="text"/>	
Su participación en el Proceso de Certificación: es:			
No participo <input type="text"/>	Baja <input type="text"/>	mediana <input type="text"/>	alto <input type="text"/>
Nivel Jerárquico que ocupa dentro de la institución:			
Alta Dirección <input type="text"/>	Mandos medios <input type="text"/>	Personal de Servicios clínicos <input type="text"/>	
Director de la institución	Supervisor de área	Personal de operativo	
Subdirector de área	Jefe de servicio	(médicos, residentes enfermeras,	
Jefe de Área		trabajo social, psicología, técnicos	
		en radiología, laboratorio)	
Personal de servicios básicos <input type="text"/>			
Personal de Camellería			
Personal de Intendencia			

Señale con una (X) la respuesta que usted considere sea la correcta.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO.

1. ¿Qué es Certificación?

- a) Proceso por el cual un organismo autorizado evalúa y reconoce si un individuo u organización conocen los requerimientos o criterios predeterminados.
- b) Método por el cual un organismo reconoce si un individuo u organismo conocen los criterios a evaluar.
- c) Proceso que se lleva a cabo para autorizar que una organización siga trabajando.
- d) Evaluación que realiza un organismo para conocer si una organización trabaja bien

2. ¿Cuándo inicia la certificación de hospitales en México?

- a) En 1994 con el tratado de libre comercio.
- b) En 1996 la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones para integrar la comisión Nacional de certificación.
- c) En 1999 la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones para integrar la comisión Nacional de certificación.
- d) En 2005 se definen los criterios de evaluación

3. ¿Quién realiza la certificación de hospitales?

- a) Los Directivos médicos y de enfermería de cada institución
- b) El Consejo de salubridad General asigna a personal altamente calificado
- c) Los Directivos de la institución junto con el Consejo de Salubridad General
- d) Los pacientes que asisten a la institución de salud para su atención medica

4. ¿Cuál es la fecha en que se homologaron los estándares del Consejo de salubridad general con los de Joint Comission Internacional?

- a) 2000
- b) 2010
- c) 2011
- d) 2009

5. Existe un organismo específico que certifique hospitales

- a) El Consejo de salubridad General
- b) La Secretaria de Salud
- c) Los hospitales se certifican solos de manera particular
- d) Todas las Instituciones de Salud participan en la Certificación de Hospitales

6. Cada cuando se debe Certificar un Hospital

- a) Un hospital se debe certificar cada cuatro años según los estipula el Consejo de salubridad General
- b) Un hospital se debe certificar cada 3 años siempre y cuando cubra los requisitos que pide el Consejo de Salubridad General.
- c) Un hospital se debe certificar según la calificación que le haya dado el Consejo por uno, dos o tres años.
- d) El Consejo de Salubridad General siempre certifica por dos años.

- 7. ¿Quién se involucran en el proceso de certificación de Hospitales?**
- a) Solo Médicos y Enfermeras
 - b) Enfermeras, Médicos, Camilleros y administrativos
 - c) Directivos Médicos, jefes de Enfermeras
 - d) Todo el personal que labora en la institución
- 8. ¿Qué es un estándar en la certificación de hospitales?**
- a) Es una explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar.
 - b) Son aquellos requisitos del estándar a los que se le asignara una calificación.
 - c) Es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención segura.
 - d) c y b son correctos
- 9. ¿Qué es un elemento medible?**
- a) Son aquellos requisitos del estándar a los que se le asignara una calificación.
 - b) Es una explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar.
 - c) Es la medida de que se le da a un estándar.
 - d) b y c son correctas
- 10. ¿Cuántas fases tiene el Proceso de certificación de Hospitales?**
- a) Inscripción, Auditoria y Dictamen
 - b) Auditoria, Inscripción y autoevaluación, y Dictamen
 - c) Inscripción y Dictamen
 - d) Inscripción , Auditoria, Resultado
- 11. ¿Cómo se la clasifican los estándares?**
- a) Estándares Centrados en el Paciente, Estándares Centrados en la Gestión
 - b) Estándares Centrados en la Gestión, Estándares Centrados en el hospital
 - c) Estándares Centrados en el hospital, Estándares Centrados en las personas
 - d) Estándares Centrados en las personas, Estándares Centrados en la Gestión
- 12. ¿Cuántos estándares se evalúan en el proceso de certificación de hospitales?**
- a) Son 12 Estándares
 - b) Son 10 Estándares
 - c) Son 13 Estándares
 - d) Son 14 Estándares
- 13. ¿Cuántas son las metas internacionales para la seguridad el paciente?**
- a) Las metas internacionales son 5
 - b) Las metas internacionales son 7
 - c) Las metas internacionales son 6
 - d) Las metas internacionales son 10
- 14. ¿Cuánto tiempo pasa para que un hospital que NO CERTIFICA pueda volver a intentarlo?**
- a) Debe de pasar un año para que el hospital pueda volver a intentar certificarse
 - b) Deben de pasar 18 meses para que el hospital se pueda certificar
 - c) Se debe de inscribir en un plazo no menor de seis meses
 - d) Se debe de inscribir antes de que se cumpla el año de la fecha de NO certificado

Señale con una X la respuesta que considere sea la correcta.

Cuestionario de opinión	1.TOTALMENTE DE ACUERDO	2.DE ACUERDO	3. INDIFERENTE	4.EN DESACUERDO	5. TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Recibí inducción y entrenamiento previo a la certificación.					
2. Considero que existió apoyo y colaboración de TODO EL personal DE SALUD para que se certificara mi institución.					
3. Existe comunicación asertiva entre los jefes y el personal operativo sobre la certificación.					
4. Considero que la información que me dieron mis jefes inmediatos fue la adecuada en tiempo y forma para que participara en la certificación.					
5. El líder propicia el diálogo y permite la comunicación sobre la importancia del trabajo conjunto en la certificación.					
6. Considero que el hospital mantiene el entusiasmo y compromiso por cubrir los estándares de calidad de atención, aun cuando ya está certificado.					
7. La institución se preocupa por tener el equipo y mobiliario para cumplir con la certificación					
8. La institución estableció acciones de capacitación de Recursos Humanos claras en tiempo y forma para cumplir con la certificación.					
9. La infraestructura de la institución mostro cambios positivos antes, durante y después de la certificación					
10. Los cambios realizados en la institución para la certificación, fueron en beneficio para y los pacientes					
11. Me motiva que la institución donde laboro me invite a participar en los esfuerzos colectivos para lograr la certificación.					
12. En nuestra área de trabajo todo el personal se comprometen con la certificación					



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
COORDINACIÓN**

No. De Oficio PME/296/13
Asunto: Solicitud de aplicación de instrumento.

**MAH Y SP MARTHA GARCÍA FLORES
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
"EDUARDO LICEAGA"**

Por medio de la presente solicito a usted considere autorizar la aplicación del instrumento, que forma parte del proyecto de tesis titulado "**Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico**", que desarrolla la alumna **María Esther Santos Calderón, con No. de cuenta 93293114** con orientación en administración, que se encuentra inscrita en el tercer semestre del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM y que es dirigida por la tutora del programa **Mtra. Rosa A. Zarate Grajales.**

La aplicación del instrumento "**Opinión y conocimiento sobre la certificación de hospitales**", se pretende realizar en un lapso 3 semanas del 5 al 23 de agosto del presente, en los diferentes turnos del hospital. (turno matutino, vespertino, nocturno) en los diferentes servicios del hospital.

Cabe mencionar que el proyecto de tesis de la alumna, cuenta con las consideraciones éticas respectivas para asegurar el anonimato y confidencialidad de la información.

De contar con la aprobación, la alumna se pondrá en contacto con la persona que indique para iniciar la actividad y cuando la investigación esté terminada se compromete a hacerle llegar un ejemplar de la misma con el propósito de aproximar a usted la información.

Agradezco su atención y en espera de su respuesta, le envié un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D, F. a 18 de junio del 2013.

MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA EN ENFERMERÍA





**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
COORDINACIÓN**

No. De Oficio PME/295/13
Asunto: Solicitud de aplicación de prueba piloto.

DR. MARTIN DE JESÚS SÁNCHEZ ZÚÑIGA
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL
GENERAL ENRIQUE CABRERA.

At'n Dr. Emilio Exaire Murat
Jefe de enseñanza

Por medio de la presente solicito a usted considere autorizar la aplicación de la prueba piloto del instrumento que forma parte del proyecto de tesis titulado "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico", que desarrolla la alumna María Esther Santos Calderón, con No. de cuenta 93293114 con orientación en administración, que se encuentra inscrita en el tercer semestre del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM y que es dirigida por la tutora del programa Mtra. Rosa A. Zarate Grajales.

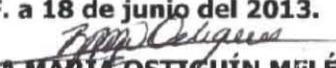
La aplicación de la prueba piloto "Opinión y conocimiento sobre la certificación de hospitales", se pretende realizar en un lapso de 5 días del 24 al 28 de junio del presente, en un horario de 8:00 a 14:00 hrs. en los diferentes servicios del hospital.

Cabe mencionar que el proyecto de tesis de la alumna cuenta con las consideraciones éticas respectivas para asegurar el anonimato y confidencialidad de la información.

De contar con la aprobación, la alumna se pondrá en contacto con la persona que indique para iniciar la actividad y cuando la investigación esté terminada se compromete a hacerle llegar un ejemplar de la misma con el propósito de aproximar a usted la información.

Agradezco su atención y en espera de su respuesta, le envié un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D, F. a 18 de junio del 2013.


MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
COORDINACIÓN
Oficio No. PME/299/13
Asunto: Validación de instrumento.

**MTRA. GUADALUPE IBARRA CASTAÑEDA
DIRECTORA DEL CORPORATIVO DE
ENFERMERÍA DEL GRUPO ÁNGELES
SERVICIOS DE SALUD
PRESENTE.**

Dada su trayectoria y la experiencia en la disciplina de enfermería nos es grato invitarle a participar en la validación del instrumento de investigación, **"OPINIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES"** que presenta la alumna **María Esther Santos Calderón, con No. de cuenta 93293114** con orientación en administración, que se encuentra inscrita en el tercer semestre del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM y que es dirigida por la tutora del programa **Mtra. Rosa A. Zarate Grajales.**

El protocolo de investigación es: **"OPINIÓN Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES DE ACUERDO A SU NIVEL JERÁRQUICO"**.

Esta validación dará sustento a la investigación y favorecerá el crecimiento de la disciplina así como un mayor reconocimiento a nuestro trabajo de investigación.

Esperando contar con su colaboración, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D, F. a 18 de junio del 2013.**


**MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA**

*Recibí original
B. Ibarra
24/jun/2013*



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
COORDINACIÓN
Oficio No. PME/297/13
Asunto: Validación de instrumento.

**MTRA. CAROLINA ORTEGA VARGAS
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD DEL
CUIDADO DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"
PRESENTE.**

Dada su trayectoria y la experiencia en la disciplina de enfermería nos es grato invitarle a participar en la validación del instrumento de investigación, **"OPINIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES"** que presenta la alumna **María Esther Santos Calderón, con No. de cuenta 93293114** con orientación en administración, que se encuentra inscrita en el tercer semestre del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM y que es dirigida por la tutora del programa **Mtra. Rosa A. Zarate Grajales.**

El protocolo de investigación es: **"OPINIÓN Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES DE ACUERDO A SU NIVEL JERÁRQUICO"**.

Esta validación dará sustento a la investigación y favorecerá el crecimiento de la disciplina así como un mayor reconocimiento a nuestro trabajo de investigación.

Esperando contar con su colaboración, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D, F. a 18 de junio del 2013.**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rosa María Ostiguín Meléndez".

**MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA**

*Recibo Carolina Ortega
20 03 13*



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
COORDINACIÓN
Oficio No. PME/298/13
Asunto: Validación de instrumento.

**MTRA. RAQUEL ANGELA MARTÍNEZ MEZA
DIRECTORA DE CALIDAD DEL HOSPITAL
ESPAÑOL**

PRESENTE.

Dada su trayectoria y la experiencia en la disciplina de enfermería nos es grato invitarle a participar en la validación del instrumento de investigación, "OPINIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES" que presenta la alumna María Esther Santos Calderón, con No. de cuenta 93293114 con orientación en administración, que se encuentra inscrita en el tercer semestre del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM y que es dirigida por la tutora del programa Mtra. Rosa A. Zarate Grajales.

El protocolo de investigación es: "OPINIÓN Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES DE ACUERDO A SU NIVEL JERÁRQUICO".

Esta validación dará sustento a la investigación y favorecerá el crecimiento de la disciplina así como un mayor reconocimiento a nuestro trabajo de investigación.

Esperando contar con su colaboración, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D, F. a 18 de junio del 2013.**


**MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA**


Recibi
Raquel A. Martínez Meza
20 - Junio - 2013

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

FOLIO: DGECE/SJI/487/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

LIC. ENF. SOLEDAD ORTIZ VÁSQUEZ
JEFE DE ENFERMERAS
URGENCIAS MEDICAS U. 401
P R E S E N T E

Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE


MAHySP. GEÓRGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

Recibido 25-09-13
~~Soledad~~

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC. En Enf. María Esther Santos Calderón

GHO
b



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430



FOLIO: DGECE/SJI/499/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

L.E.O. NORMA URIBE GONZÁLEZ
JEFE DE ENFERMERAS U 110
MEDICINA INTERNA
P R E S E N T E


Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgue las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE


MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Percyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
I.C. En Enf. María Esther Santos Calderón.

GHO



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430

Recibido
Norma Uribe G.
200913.



FOLIO: DGEIE/SJ/484/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

L.E.O. FLORA A. MENDOZA SANCHEZ
JEFE DE ENFERMERAS U.III
ONCOLOGIA
P R E S E N T E

Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE

MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC En Enf. María Esther Santos Calderón

*Recibí 25-09-13
EASE el Sr. Mendez.
oncología*

GHO



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430



FOLIO: DGECIE/SJI/485/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 23 de septiembre 2013.

MTRA. INOCENCIA OVALLE NARVÁEZ
JEFE DE ENFERMERAS DE CIRUGIAS GENERALES
UNIDADES 303, 304, 305, 306, 307
P R E S E N T E

Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE



MTRA. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón

GHO



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430

*Recibido
María
25-SEP-2013*

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

FOLIO: DGECE/SJI/486/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 23 de septiembre 2013.

L.E.O. BETRIZ SANCHEZ AGUILAR
JEFE DE ENFERMERAS DE LAS MEDICINAS INTERNAS
UNIDADES 103, 108, 110
P R E S E N T E

Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE

*Recibido
25-09-13
Institución*

MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC En Enf. María Esther Santos Calderón

GUO



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgmi.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430



FOLIO: DGECE/SJI/497/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

L.E.O. YOLANDA GUTIERREZ SEGOVIA
JEFE DFE ENFERMERAS U 306
CIRUGÍA GENERAL
P R E S E N T E

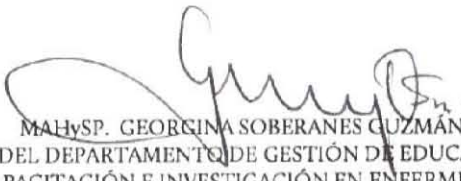
Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE


MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC En Enf. María Esther Santos Calderón.

GHC



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06716

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430

L.E.O. Yolanda Gutierrez Segovia
Jefe de Unidad
Ced. Prof. 2432801
260913

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



FOLIO: DGECE/SJI/483/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

L.E.O. JUANA VAZQUEZ SANCHEZ
JEFE DFE ENFERMERAS U II 2
GINECO-OBSTETRICIA
P R E S E N T E

Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE


MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
L.I.C En Enf. María Esther Santos Calderón.

Recibo.
Olga Heriberto D.
25/09/13

GHO

B



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430



DR. EDUARDO LICEAGA

FOLIO: DGECE/SJI/490/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

L.E. LYDIA PÉREZ VILLA
JEFE DE ENFERMERAS U.203
QUIROFANOS CENTRALES
P R E S E N T E

Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.


Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE


MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC En Enf. María Esther Santos Calderón


Lic. Enf. Lydia Pérez Villa
Quirófanos Centrales
Jefe de Enfermería

GHO





DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27802000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430



FOLIO: DGECE/SJI/496/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

LIC. ENF. JANETH CRUZ DÍAZ
JEFE DE ENFERMERAS U 305
CIRUGÍA GENERAL
P R E S E N T E


Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.


Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE


MAHySP. GEORCINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.


LIC. ENF. JANETH CRUZ DÍAZ
Jefe de Enfermeras
Cirugía General 305

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC En Enf. María Esther Santos Calderón.

GH



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27802000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430



FOLIO: DGECE/SJI/498/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

E.G.G. ELIZABETH VELAZCO RAMÍREZ
JEFE DFE ENFERMERAS U 108
MEDICINA INTERNA
PRESENTE


Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE


MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

25-9-13
Recibo
E. Velasco Ramirez

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC En Enf. María Esther Santos Calderón.

GHO



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
EXTS 1167 y 1168
Fax 1430



FOLIO: DGECE/SJI/492/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

LIC. ENF. PABLO ROSAS RAMÍREZ
ENFERMERO JEFE DE SERVICIO
RADIOLOGÍA E IMAGEN U.207
P R E S E N T E


Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

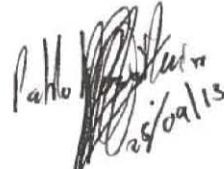
Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE


M^AR^SP. GEORGINA SOBERANES CUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.


Pablo Rosas Ramírez
25/09/13

C.C.P. M^AR^SP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC En Enf. Marfa Esther Santos Calderón

GHIO



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27802000
EXTS 1167 y 1168
Fax 1430



FOLIO: DGECIE/SJI/489/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

L.E.O. GUADALUPE VELA BADILLO
JEFE DE ENFERMERAS
PEDIATRÍA U. 505
P R E S E N T E

Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE

MAHYS. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.



C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LJC En Enf. María Esther Santos Calderón

GHQ



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
EXTS 1167 y 1168
Fax 1430

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

FOLIO: DGECE/SJI/494/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

L.E.O. MÓNICA SABAH GUTIÉRREZ
JEFE DFE ENFERMERAS U 304
CIRUGÍA GENERAL
P R E S E N T E

Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE

MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC En Enf. María Esther Santos Calderón.

*M. SABAH
25-09-13
15:00 hrs.*

GHO



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

FOLIO: DGECE/SJI/488/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

L.E.O. FLORA MENDOZA HERNÁNDEZ
JEFE DE ENFERMERAS
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA U. 403
P R E S E N T E

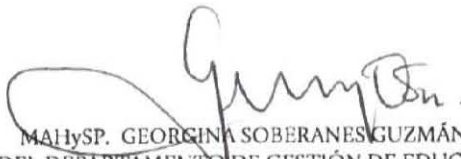
Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE


MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
LIC En Enf. María Esther Santos Calderón

GH



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06726

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430

RECIBI 25-SEPT. 13
ESPERANZA GÓMEZ (U.403)

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

FOLIO: DGECIE/SJI/494/13

Asunto: Solicitud de facilidades

México D.F., a 13 de septiembre 2013.

L.E.O. MÓNICA SABAH GUTIÉRREZ
JEFE DFE ENFERMERAS U 304
CIRUGÍA GENERAL
P R E S E N T E

Hago de su conocimiento que la Lic. En Enf. María Esther Santos Calderón se encuentra cursando el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, y llevará a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Opinión y conocimiento del personal de salud ante los procesos de certificación de hospitales de acuerdo a su nivel jerárquico" por lo que le solicito a usted en caso de no existir inconveniente le otorgué las facilidades para la aplicación del instrumento en el servicio a su digno cargo, a fin de realizar la recolección de datos la cual ha sido autorizada por la Subjefatura de Investigación de Enfermería.

Cabe hacer mención que está bajo la asesoría de la Mtra. Laura Solís Flores. El periodo de recolección será en todos los turnos del 17 de septiembre al 17 de octubre del 2013.

Sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

ATENTAMENTE

MAHySP. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE EDUCACIÓN,
CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

C.C.P. MAHySP. Martha García Flores. Subdirectora de Enfermería.
E.A.S.E. Araceli Salazar Pereyra. Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.
I.C. En Enf. María Esther Santos Calderón.

M. SABAH
25-09-13
15:00hrs

GHO



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE
EDUCACIÓN CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, D.F., 06716

T +52(55) 27892000
Exts 1167 y 1168
Fax 1430

Autor, año y país	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Bohigas, 2006 España ⁴⁰	Identificar la importancia de los estándares de certificación.	Revisión bibliográfica	Muestra una definición de acreditación de los centros sanitaria el valor de la institución certificada la acreditación tiene un valor en el interior de la institución y por otro tiene un valor en cuanto imagen de la institución hacia el exterior, La importancia de los estándares siendo estos la pieza básica de la acreditación. Son la clave normativa sobre lo que se debe hacer o no un centro sanitario.
Zarate A. 2008, México. ⁴¹	Identificar las principales ventajas que obtiene el profesional de enfermería ante los procesos de certificación.	Revisión bibliográfica	Breve reseña de la historia de la certificación de hospitales así como la creación del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería. La calidad de la atención de enfermería su evolución desde Florence en 1858, hasta la actualidad con los indicadores de calidad del INC. La importancia del papel de la enfermera en el proceso de certificación
Nava MG. México, 2011 ⁴²	Inducir al personal multidisciplinario a los procesos de certificación	Editorial	Muestra una historia acerca de la certificación de hospitales en México, hasta los tiempos actuales así como la importancia de la participación de todo el equipo multidisciplinario.
Cepero R. 2009, Camagüey Cuba ⁴³	Profundizar sobre los aspectos básicos de calidad en instituciones hospitalarias.	Revisión bibliográfica	Se realiza una revisión sobre los aspectos básicos del control de calidad en instituciones hospitalarias, con la finalidad de que dirigentes y trabajadores de estas entidades profundicen en estos temas.
Ruelas E. 2010 México ²	Identificar las últimas modificaciones en cuanto al proceso de certificación de hospitales.	Revisión bibliográfica.	Es una reseña del proceso de certificación desde sus inicios en 1999 cuando se creó la Comisión de Certificación de Hospitales, hasta llegar al 2009 donde surgieron los mayores cambios a 10 años de su inicio, factores que la han determinado, explica como México se convierte en el primer país del mundo homologado con la Joint Commission.

Autor, año y país	Población	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Realpe C. 2006, Colombia. ⁴⁴	Funcionarios de asistencia y usuarios del hospital, estudiantes y docentes Total de 229 cuestionarios.	Indagar sobre la percepción que tenían los usuarios, personal asistencial, docentes y estudiantes.	Cuantitativo Empírico – analítico y descriptivo	Existe satisfacción por parte de los usuarios en cuanto a la calidad en la prestación de servicios de las instituciones. Con respecto a las actividades docente su cumplimiento varía entre un 50% y 94% .
Soares D. 2007 Brasil ⁴⁵	8 enfermeros brasileños	Identificar la percepción de los enfermeros del servicio de urgencias acerca de la acreditación hospitalaria	Cualitativo	Resalta la importancia de la participación de enfermería en la implantación de los sistemas de calidad en los escenarios de salud y sus implicaciones en la práctica de enfermería hospitalaria.
Jardali F. 2008 Beirut Líbano. ⁴⁶	59 hospitales con un total de 1048 encuestas.	Evaluar el impacto percibido de la acreditación de la calidad de la atención a través de la lente de las enfermeras.	Cuantitativo transversal	Según las enfermeras libaneses, la acreditación de hospitales es una buena herramienta para mejorar la calidad de la atención. Con el fin de garantizar que la acreditación aporta practicas efectivas para mejorar la calidad.
Aranaz J.M. 2003 España. ⁴⁷	Equipo directivo de asistencia especializada y atención primaria del INSALUD y de los hospitales de Osakidetza, Andalucía y Comunidad valenciana. Conformada por 195 directivos.	Explorar las opiniones que sobre el aseguramiento de la calidad y la acreditación sanitaria tienen los directivos de los centros sanitarios españoles.	Cuantitativo, descriptivo.	El 75% de los directivos se manifestaron partidarios de un modelo único de acreditación para el conjunto de España.
Bauer F. 2006 Sao Paulo Brasil ⁴⁸	7 empresas acreditadas por la Organización Nacional de Acreditación, los manuales de cada empresa acreditada.	Identificar los criterios de evaluación de resultado aplicados al servicio de enfermería utilizados en los programas de acreditación, y clasificarlos en las áreas administrativa, asistencial y enseñanza/investigación.	Cuantitativo Exploratorio, descriptivo	Se observó que el servicio de enfermería es evaluado con énfasis en el área administrativa, indicando que las demás áreas necesitan de una reevaluación en los aspectos cuantitativos y cualitativos para obtener una media más precisa.

Autor, año y país	Población	Objetivo	Tipo de estudio	Hallazgos
Martínez S. 2009 México. ⁴⁹	39 entrevistas de mandos medios y superiores (33% Calidad, 25% Dirección General, 21% Planeación y 21% Urgencias) de 11 hospitales evaluados por el Consejo de Salubridad General (CSG)	Identificar el beneficio operativo de la Acreditación/Certificación, desde la percepción de cuatro personajes clave, en una muestra de hospitales Públicos y Privados de la Ciudad de México.	Mediante una entrevista semi-estructurada de 41 preguntas abiertas y binarias	La principal diferencia en la percepción de ISO/CSG, fue la motivación para acreditarse. Para el CSG, los hospitales públicos lo hicieron por obligación institucional y determinación político social en el 60%.
González 2010 México. ⁵⁰	Todas las unidades que conforman la red de servicios de la institución, los Coordinadores de Calidad, junto con los Directores de las unidades y/o Jefes de Servicio, realizan auditorías internas	Conocer la experiencia del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, sobre la aplicación de herramientas metodológicas para el control y seguimiento al cumplimiento de los criterios de acreditación a través de auditorías internas.	Investigación Cuantitativa Metodología Seis-sigma.	Muestra la experiencia del ISEA (Instituto de salud del estado de Aguascalientes) Aplicación de 4 herramientas metodológicas para el análisis de las no conformidades en las auditorías de control.
Olivera F P. 2011 Sao Paolo, Brasil. ⁵¹	20 instituciones del municipio de Sao Paolo, constituida por 26 gerentes de enfermería.	Identificar el perfil y las competencias de gerentes de enfermería, de hospitales acreditados, bajo la óptica de estos y de sus superiores jerárquicos, desarrollado en 14 hospitales certificados por la Organización Nacional de Acreditación y por la Joint Commision Internacional.	Cuantitativo, descriptivo	Las competencias que más poseen en la visión de sus superiores jerárquicos fueron: liderazgo, enfoque en el cliente y trabajo en equipo.
Jardali F. 2014 Beirut Líbano. ⁵²	25 directores de centros de atención primaria.	Obtener una mejor comprensión de los efectos de la acreditación de calidad de la atención según la percepción de los miembros y directores de personal de APS	Cuantitativo, transversal	Los directores destacaron los beneficios de la acreditación en materia de documentación, el refuerzo de las normas de calidad, el fortalecimiento de las relaciones entre los centros de APS y múltiples partes interesadas y la mejora personal y la satisfacción del paciente. Desafíos encontrados incluyeron recursos limitados financieros, infraestructura deficiente y la falta de personal.

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- ¹ Secretaría de Salud (México). Estándares para la certificación de hospitales 2012. <http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/EstandaresCertificacixnHospitales2012.pdf>
- ² Ruelas E. Una nueva era de la certificación de hospitales en México. *Cir Cir* 2010; 78: 201- 202.
- ³ Ruelas E, Poblano O, Aguilar M, Castillo O, De la LLata M, Espinosa M, et all. Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. Secretaría de salud. México D.F. 2005; : 17-88.
- ⁴ Secretaria de Salud. Manual del sistema de acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/manual_acredita.pdf
- ⁵ Donavedian, A. "The quality of care, How can it be assessed" *Journal of American Medical association*. 1988 Sep; 260 (12):1743-8.
- ⁶ Peya, GM. Un repaso a la evolución de los cuidados de enfermería. *Rev. Nursing*. España, 2004; 22(9): 56-65.
- ⁷ Kérouac S. Pepin J. Ducharme F. Duquette A. Major F. *El Pensamiento Enfermero*. Masson. Barcelona; 1996.
- ⁸ Donavedian, A. "The quality of care, How can it be assessed" *Journal of American Medical association*; 1988 Sep; 260 (12):1743-8.
- ⁹ Ross A, Zeballos J, Infante A. La calidad y reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam salud Pan Am J PublicHealth* 2000; 8 (1/2) : 93 – 98
- ¹⁰ Secretaria de salud (México). Programa nacional de salud 2001 – 2006. México. www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf
- ¹¹ Waldow R. Enseñanza de Enfermería centrada en el Cuidado. *Aquichan*, Vol. 9, Num. 3 Universidad de la Sabana, Colombia. P: 249.
- ¹² Waldow R. Nuevas ideas sobre el cuidado, *Aquichan*, Universidad de la Sabana, Colombia.
- ¹³ Secretaria de Salud México, Dirección de Calidad y Educación en Salud, http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/seguridad_paciente.html
- ¹⁴ Secretaria de Salud México, Dirección de Calidad y Educación en Salud. 2006. http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/seguridad_paciente.html

- ¹⁵ Organización mundial de la salud. Estudios sobre personal de salud, Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra. 1971. P:10
- ¹⁶ Organización mundial de la salud. 2013<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- ¹⁷ Dal Paz M, Gupta N, Quain E, saucat A. Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud. World health Organization. France. 2009.
- ¹⁸ Soares de Lima, S.B., Erdman, A.L. Prochnow, A.G.Leite, J.L. Moreira, M. Ch., Percepción de los enfermeros del servicio de Urgencia y emergencia acerca de la acreditación hospitalaria. Enfermería Global, Noviembre 2007, No. 11, Brasil.
- ¹⁹ Zarate, R A., Rubio, S., Salcedo, RA. La enfermería Profesional en la certificación de hospitales en México, Índex Rev.Enferm. Inst Mex Seguro Soc. (en línea) 2008 p:161166pipl.com/directory/name/Rubio/Amarilis - Estados Unidos
- ²⁰ González Castillo, J., Salas López, MA., La acreditación como garantía de calidad. Importancia de las Auditorías Internas de control. Salud en tabasco, 2010: 16: p: 905-920
<http://www.redalyc.org/principal/ForCitArt.jsp?iCve=48720965002>
- ²¹ Martínez Aldana, S., Análisis Cualitativo del beneficio de la acreditación por ISO en una muestra de hospitales de la ciudad de México Certificado por el Consejo de Salubridad General. Rev. Conamed. 14 (4) 2009: 25- 30. (En línea) http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CGMQFjAE&url=http://dialnet.unirioja.es/servlet/DCFichero_articulo?codigo%3D3632210%26orden%3D0&ei=YHzXT5bG4Wg2gX626mNDw&usg=AFQjCNEEZ7q7IXqdQOiOuT0a0IBLIIdShQ&sig2=gqA2xR1DEHTK1YO8_G9bsA.
- ²² Jardali F., Jamal D., Dimass H., Ammar W., tchaghaghian., The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. Internacional Journal for Quality in health care, julion2008 Volume 20 number 5 pp 363 – 37 1<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18596050>
- ²³ Diccionario de la lengua Española. 22ª ed. España: Editorial Espasa, 2001. P.
- ²⁴ Diccionario de la lengua Española. 22ª ed. España: Editorial Espasa, 2001. P. 76
- ²⁵ Diccionario Manuel Seco del español Olimpia Andrés Actual. España: Editorial Aguilar 1999 P. 2729.
- ²⁶ Balderas P M. Administración de los Servicios de Enfermería. Mc Graw Hill México. 2009. P 73.
- ²⁷ Diccionario de la lengua Española. 22ª ed. España: Editorial Espasa, 2001. P. 166
- ²⁸ Diccionario de la lengua Española. 22ª ed. España: Editorial Espasa, 2001. P. 862

²⁹ Diccionario de la lengua Española. 22ª ed. España: Editorial Espasa, 2001. P. 959

³⁰ Diccionario de la lengua Española. 22ª ed. España: Editorial Espasa, 2001. P. 2055

³¹ Diccionario de la lengua Española. 22ª ed. España: Editorial Espasa, 2001. P. 2058

³² Campo – Arias A. Oviedo H.C. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. Rev. Salud pública. México. 2008, 10 (5): P: 831-839.

³³ Tealdi JC. Ética de la Investigación en seres humanos y políticas de salud pública, Bogotá, UNESCO-Universidad Nacional de Colombia. 2006. P.33

³⁴ Asociación Médica Mundial. 2015.

<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

³⁵ Secretaria de salud. Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Disposiciones Generales, Capitulo único.

http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

³⁶ código de ética para enfermeras

<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/documentosconsulta/10.pdf>

³⁷ Martínez-Zuñiga A. evaluación de la existencia y aplicación de buenas prácticas en seguridad del paciente en dos hospitales de México. Rev. Conamed. 2009. México: 14: p. 11-15.

³⁸ Sherman RO, Bishop M, Eggenberger T, Karden R. Development of a leadership competency model. JONA. 2007; 37 (2): 85-94.

³⁹ Diario oficial. Consejo de Salubridad General. Reglamento interno del sistema nacional de certificación de establecimientos de atención médica. Mayo 2009.

⁴⁰ Bohigas L. Acreditación y utilización de los medicamentos. 2007

<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/007.pdf>

⁴¹ Zarate A, Rubio S, Salcedo A. La enfermería Profesional en la certificación de hospitales en México. Índex Rev.Enferm. InstMex Seguro Soc. 2008 p:161166

⁴² Nava MG. Certificación del instituto nacional de neurología y neurocirugía por la Joint Commission internacional. Enf Neurol (Mex) Vol. 10, 2011; N2:62

⁴³ Cepero R, Caballería F, Ojeda J, Olazabal A. Consideraciones sobre el control de la calidad en la atención hospitalaria. AMC. Cuba.2009; 3 (1) http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552009000100018&script=sci_arttext.

⁴⁴ Realpe C, Marin M, Pico E. Percepción de usuarios, profesionales y estudiantes de salud sobre prestación de servicios de salud de tercer nivel de atención. Manizales. Hacia la promoción de la salud, 2006; 11.: 95- 105.

⁴⁵ Soares B, Erdman L, Prochnow G. Leite L, Moreira Ch. Percepción de los enfermeros del servicio de Urgencia y emergencia acerca de la acreditación hospitalaria. Enfermería Global, Noviembre 2007, 11, Brasil; 2006: 14. 4.

⁴⁶ Jardali F, Jamal D, Dimass H, Ammar W, tchaghaghian., The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. International Journal for Quality in health care, Julio 2008 Volume 20 number 5: 363 – 37.

⁴⁷ Aranaz JM, Leutscher E, Gea MT, Villater J. el aseguramiento y la acreditación sanitaria. Que opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. Calidad asistencial, 2003: 18: p: 107 – 114.

⁴⁸ Bauer FL. Identificación de los criterios de evaluación de resultados para el servicio de enfermería en programas de acreditación hospitalaria. Latino –am Enfermagen 2006,

⁴⁹ Martínez S. Análisis Cualitativo del beneficio de la acreditación por ISO en una muestra de hospitales de la ciudad de México Certificado por el Consejo de Salubridad General. Rev. Conamed. 14 (4); 2009: 25- 30.

⁵⁰ González J, Salas M. La acreditación como garantía de calidad. Importancia de las Auditorías Internas de control. Salud en tabasco, 2010: 16: p: 905-920

⁵¹ Oliveira F P, kowal O I. Perfil y competencias de gerentes de enfermería de hospitales acreditados. Latino – Am. Enfermagen. 2011: 19.

⁵² Jardali F. et all. El impacto de la acreditación de los centros de atención primaria de salud. Éxitos, retos e implicaciones políticas como es percibida por los proveedores de salud y directores en el Líbano.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/86#abs>