



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA:
UNA INTERVENCIÓN EXITOSA

R E P O R T E L A B O R A L

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
ADRIANA MARTUSCELLI MÉNDEZ

DIRECTORA DEL REPORTE LABORAL:
MTRA. MIRNA ROCÍO VALLE GÓMEZ

REVISORA DEL REPORTE:
MTRA. ISaura ELENA LÓPEZ SEGURA

COMITÉ DE TESIS:

LIC. MIRNA ROCÍO ONGAY VALLE
MTRA. ERIKA ROSALIA VILLAVICENCIO AYUB
MTRO. CARLOS RODRIGO PENICHE AMANTE



® Facultad
de Psicología

Ciudad Universitaria, D.F. Febrero, 2016.



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.

AGRADECIMIENTOS

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**, por brindarme una
infinidad de posibilidades de desarrollo.

A la **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**, que me permitió adquirir conocimientos,
habilidades, aptitudes y actitudes propias de mi profesión.

A la **PSICOLOGÍA**, porque amplía mi visión de vida.

A la **MTRA. MIRNA ROCÍO VALLE GÓMEZ**, que con su amplia experiencia ha dirigido
este trabajo con toda la profesionalidad, paciencia y confianza para llevarlo hasta el fin.

A mis **PROFESORES**, que aceptaron ser sinodales dedicando su tiempo a la revisión
del presente trabajo.

DEDICATORIAS

A mis **PADRES**, que me han dado la vida. Por ser pilar fundamental en todo lo que soy,
en mi educación, tanto académica como de vida.

A mi **ESPOSO**, por apoyarme en todo momento, por sus consejos, valores, por la
motivación constante, pero sobre todo por su amor.

A mis **HIJOS**, motor de mis acciones, me dan la oportunidad de gozar la vida y el gozo
de vivirla. Este trabajo lo dedico a ustedes. Los amo.

A mis **HERMANOS**, por estar conmigo siempre.

A todos aquellos **AMIGOS** que me han acompañado en el camino, enseñándome,
motivándome y apoyándome siempre.

ÍNDICE

RESUMEN-----	1
INTRODUCCIÓN-----	2
I. CONTEXTO LABORAL	
1.1 Bases Jurídicas de Creación de la Institución-----	5
1.2 Antecedentes Históricos -----	6
1.3 Vinculación Nacional e Institucional -----	7
1.4 Atribuciones, Objetivo, Misión y Visión -----	9
1.5 Estructura Orgánica -----	11
1.6 Diagnóstico e Intervención -----	17
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Calidad -----	20
2.2 Definición y Filosofía de la Calidad-----	23
2.3 Definición y Concepto de Gestión de Calidad-----	27
2.4 Calidad en los Servicios de Salud-----	29
2.5 Sistema de Atención en México-----	33
2.6 Seguridad del Paciente-----	35
2.7 Certificación Hospitalaria-----	39

PROCEDIMIENTO

2.3 Planteamiento del problema, justificación y objetivos-----	49
2.4 Calidad y Seguridad del Paciente en la Institución-----	51
2.5 Fases del Plan Estratégico-----	56
2.5.1 Fase 1, Diagnóstico Situacional-----	57
2.5.2 Fase 2, Organización del Subcomité y funciones-----	60
2.5.3 Fase 3, Concordancia de los Estándares con los documentos a revisión----	62
2.5.4 Fase 4, Estrategia de Capacitación-----	63
2.5.5 Fase 5, Resultados del Subcomité de Certificación-----	64
2.5.6 Fase 6, Estrategia de Comunicación y Difusión-----	66
2.5.7 Fase 7, Auditoria y Resultados-----	70
III. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN-----	77
IV. CONCLUSIONES-----	98
REFERENCIAS-----	102
ANEXOS-----	105

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es documentar el proceso que se siguió para el logro de la certificación hospitalaria en un Instituto Nacional de Salud a través de la organización de equipos de trabajo, planeación estratégica, ciclo de mejora de Deming, liderazgo y motivación.

Planificar, Hacer, Verificar y Actuar son la base del trabajo desarrollado. Se formaron directivos para enfrentar la auditoría que estaba por venir, se desarrollaron equipos de trabajo eficientes y se implantaron procesos de mejora continua.

Después de un análisis interno y externo (FODA) de la institución, el trabajo se organizó a través de comisiones internas de auditores para la revisión de estándares establecidos por el Consejo de Salubridad General para la obtención de la certificación hospitalaria. Se realizaron reuniones para la detección de necesidades, se formularon acuerdos, se les dio puntual seguimiento. Se requirió de una estricta planificación y seguimiento de las actividades, a fin de alcanzar resultados tangibles.

Este método de trabajo, evidencia que una combinación de estrategias lleva al logro de objetivos. Quedó demostrado que se puede modificar el comportamiento de los involucrados en el proceso de certificación para la seguridad de los pacientes, sus familiares y los trabajadores mismos. Con la certificación lograda, se da un paso importante para el fortalecimiento y cumplimiento de la misión, visión y los principales objetivos del organismo. Se impactó institucionalmente al alinear los objetivos a la normativa nacional e internacional, se desarrollaron las bases estratégicas que son pie para el impulso de cualquier programa de mejora continua.

INTRODUCCIÓN

El presente reporte laboral tiene como objetivo describir la experiencia exitosa en el proceso de certificación hospitalaria de un Instituto Nacional de Salud.

Las organizaciones actuales presentan cambios como un factor permanente, sus miembros necesariamente requieren niveles de adaptabilidad que superen dichos cambios. Los líderes deben ser capaces de incentivar y propiciar los procesos de transformación de las Instituciones.

Los estándares que fijen los líderes deben conseguirse, el líder debe ser capaz de impulsar, dar sentido de dirección, guiar la conducta grupal para alcanzar las prioridades estratégicas del grupo a través de la filosofía institucional.

Paralelamente, el sector salud nacional e internacional, se encuentra también inmerso desde hace varias décadas, en un constante cambio buscando la calidad de los servicios que se ofrecen pero sobre todo la seguridad de los pacientes, evitando riesgos.

Para el éxito de un programa sobre seguridad del paciente, el liderazgo es un elemento crítico; los directivos deben coordinar esfuerzos de la organización para alcanzar una cultura de calidad con el compromiso que se requiere para analizar los sistemas, procesos y las causas que dieron origen a errores médicos que ponen en riesgo la vida de los pacientes y así poder hablar de una mejora continua o gestión de calidad.

Las instituciones públicas y privadas del sector salud, tienen necesariamente que adecuarse a dichos cambios, realizar mejoras en sus procedimientos, políticas, estandarizar metodologías probadas, así como documentar y demostrar que cumplen con la calidad requerida para ofrecer servicios seguros a los pacientes que atienden.

Para poder demostrar que los servicios de salud que se ofrecen a la población son seguros y con las mejores prácticas, las instituciones deben someterse a una evaluación por parte del Consejo de Salubridad General, en la cual el involucramiento e intervención de los líderes es indispensable.

La publicación que desencadenó la temática, estudio y acciones concretas con respecto a la Seguridad del Paciente, es el libro publicado a finales de los 90 *Error es Humano* (Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999); el gobierno de Estados Unidos ordenó la creación de un Comité para investigar las muertes inesperadas ocurridas en los hospitales. Dicho informe concluyó que entre 44,000 a 98,000 personas mueren al año en los hospitales de Estados Unidos como resultado de los errores que suceden en el proceso de atención. De dichas muertes, 7,000 suceden como resultado en los errores en el proceso de administración de medicamentos. Tales cifras situaron a los Estados Unidos en los primeros sitios de mortalidad por errores médicos, incluso por arriba de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o por SIDA.

En consecuencia y afín con dicho estudio, en México el Consejo de Salubridad General, evalúa que los establecimientos de atención médica desarrollen una cultura de Seguridad de los Pacientes, donde la máxima hipocrática de *"Primero no dañar"* sea una prioridad permanente de toda organización. Dicha evaluación incluye a pacientes, trabajadores, instalaciones y por supuesto a la alta gerencia. Dicha evaluación está diseñada en varias etapas, desde la autoevaluación, inscripción hasta la auditoría y acreditación o no. La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, es la encargada de dicha evaluación a través de la Dirección General Adjunta de Articulación, la cual evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en estructura, procesos y resultados. El proceso está dividido en tres fases:

1. Inscripción y Autoevaluación
2. Auditoría.
3. Dictamen.

Y éste último puede ser en dos sentidos:

- Certifica o No Certifica.

El dictamen de HOSPITAL CERTIFICADO se otorga por un período de tres años.

A lo largo del trabajo que se presenta en las siguientes páginas, podemos encontrar en el primer capítulo las bases jurídicas de creación de la institución, los antecedentes históricos, la vinculación con la normativa nacional e internacional así como las atribuciones, objetivos, misión y visión. Se presenta también la estructura orgánica y el diagnóstico e intervención en la institución y que sirven como base para la presentación del presente reporte.

En el segundo capítulo, se describe el marco teórico, iniciando con antecedentes de la calidad, definición y filosofía así como la definición y concepto de gestión de calidad. Una breve historia de la calidad en los servicios de salud, el sistema de atención en México, para finalizar con la seguridad del paciente y la certificación hospitalaria.

En el tercer capítulo, se describe la intervención que tuvo lugar en la institución, se realiza una propuesta, la cual incluye el planteamiento del problema, justificación y objetivos. La calidad y seguridad del paciente en la institución y las fases del Plan Estratégico que se desarrolló para lograr que la contribución fuera exitosa.

En los dos siguientes capítulos, se lleva a cabo un análisis de la intervención y los logros alcanzados después de la participación. Se evalúa la contribución del psicólogo y se exponen las conclusiones que son pertinentes.

II. CONTEXTO LABORAL

1.1 Bases Jurídicas de Creación de la Institución.

El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley General de Salud, en su artículo 5° menciona que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

El sistema nacional de salud en México, está concebido en diferentes niveles de atención. García (2006), menciona que con el fin de satisfacer los requerimientos de la población, se definen niveles de atención de forma ordenada y estratificada para la distribución de los recursos. Asimismo se menciona que las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

De acuerdo a Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011), se pueden reconocer tres niveles de atención. El primer nivel de atención se encuentra conformado por acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas. La promoción de la salud comprende educación para la salud, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, salud ocupacional y fomento sanitario. Es el primer contacto con los pacientes así como el primer ingreso al sistema nacional de salud. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

El segundo nivel de atención, está integrado por hospitales generales en donde se presta atención de medicina interna, pediatría, gineco obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

En el tercer nivel de atención se atienden patologías complejas, de alta especialidad. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

La institución está ubicada en un tercer nivel de atención pues resuelve problemas especializados de salud respiratoria. Es un organismo descentralizado del Sector Salud cuya situación legal está definida por la Ley de Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo del 2000, mediante la cual se regula la existencia del tercer nivel de atención, en el que se conjuntan como actividades sustantivas la investigación científica, la formación de recursos humanos especializados y la atención médica de alta especialidad en el campo de la salud respiratoria.

1.2 Antecedentes Históricos del Instituto Nacional.

La institución fue concebida por el grave problema de tuberculosis que aquejaba a la población en los años treinta. Principalmente se atendía población de escasos recursos y se creía que para poder curar la enfermedad, los pacientes deberían estar en un lugar con amplia ventilación y vegetación, por tal motivo, se decide su construcción en la periferia de la Ciudad de México.

Ubicado en la zona sur, el primer nombre del Instituto fue Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco inaugurado en 1936 por el entonces presidente de México,

Lázaro Cárdenas del Río, su primer director fue el Dr. Donato G. Alarcón Martínez; en 1969 cambia de nombre a Hospital para Enfermedades Pulmonares de Huipulco, posteriormente en 1975 nuevamente cambia de nombre a Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares.

El 14 de enero de 1982 se emite como decreto presidencial, la creación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, como Organismo Público Descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, por lo cual el 20 de enero de 1983 se llevó a cabo la primera reunión de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, presidida por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, en ese momento Secretario de Salud y se designó al Dr. Horacio Rubio Monteverde como director general.

En 2006 se decretó el nombre del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio del mismo año. Para fines de este trabajo, se denominará El Instituto.

El Instituto pasó en pocos años de ser un Sanatorio para Tuberculosos, a un Instituto Nacional de Salud acorde al movimiento mundial en el campo de las enfermedades respiratorias. El motor del cambio ha sido el desarrollo de la investigación, el cual ha mejorado por consiguiente la asistencia y la enseñanza.

1.3 Vinculación Nacional e Institucional

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA), se vincula desde el inicio al principio rector del Plan Nacional de Desarrollo (PND) "El Desarrollo Humano Sustentable", como visión transformadora de México en el futuro, y simultáneamente, como derecho actual de los mexicanos. Entendiendo como Derecho Humano Sustentable el asegurar a la población del México actual, la satisfacción de sus necesidades esenciales, entre ellas la salud y por ende, ampliar las oportunidades

reales para su crecimiento. Se relaciona íntegramente a los objetivos nacionales del PND específicamente con los objetivos, 4, 5, 6 y 7 del eje rector 3 "Igualdad de Oportunidades", con los que se vincula a los objetivos del Instituto (Tabla 1).

Tabla 1.

Vinculación del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 con los Objetivos del Instituto.

EJE RECTOR PND	OBJETIVOS DEL PND	OBJETIVOS INSTITUTO
Eje 3: Igualdad de Oportunidades	3.2 Salud <u>Objetivo 4</u> "Mejorar las condiciones de salud de la población" <u>Objetivo 5</u> "Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente" <u>Objetivo 6</u> "Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables" <u>Objetivo 7</u> "Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal"	1. Establecer los Programas y políticas Institucionales que coadyuven al funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud y contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud en el área de los padecimientos de aparato respiratorio. 2. Otorgar servicios de salud en aspectos médicos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, quirúrgicos y de rehabilitación en el área de especialización. 3. Planear y dirigir las actividades relacionadas con el diseño, programación y desarrollo de investigación básica y clínica, relativos a la prevención, diagnóstico, tratamiento y epidemiología de las enfermedades respiratorias, con el propósito de contribuir al avance científico y a la satisfacción de las necesidades de salud del país.

El Programa Quinquenal de Trabajo elaborado por la Dirección General, priorizó líneas de acción comprometiéndose al Instituto al soporte operativo en el cumplimiento de los objetivos estratégicos que plantea el Programa Nacional de Salud 2007-2012, en específico se trabaja para mejorar las condiciones de salud de la población usuaria, intervenir en grupos vulnerables y comunidades marginadas, **prestar servicios de salud con calidad y seguridad** salvaguardando la economía del paciente, contribuyendo así, al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

1.4 Atribuciones, Objetivo, Misión y Visión

La Ley de los Institutos Nacionales de Salud (2008), en su artículo 4°, menciona las atribuciones de los Institutos Nacionales de Salud:

- I. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo de sus especialidades, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud;
- II.
- VII. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización;
- VIII. Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada;
- XII. Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de sus especialidades;

Objetivos

- 1.- Desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.
- 2.- Impartir enseñanza de posgrado a profesionales de la medicina y contribuir a la formación del personal de enfermería, de técnicos y auxiliares en el campo de las enfermedades respiratorias.
- 3.- Proporcionar consulta externa y hospitalaria a pacientes que ameriten tratamiento especializado en materia de enfermedades respiratorias.
- 4.- Asesorar a unidades médicas y centros de enseñanza para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias.
- 5.- Realizar y promover eventos y reuniones de carácter nacional e internacional para intercambiar experiencia y difundir los avances que logren en su área de acción.

En el Manual de Organización Específico del Instituto (2009), se definen:

Misión

Mejorar la salud respiratoria de los individuos y las comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada.

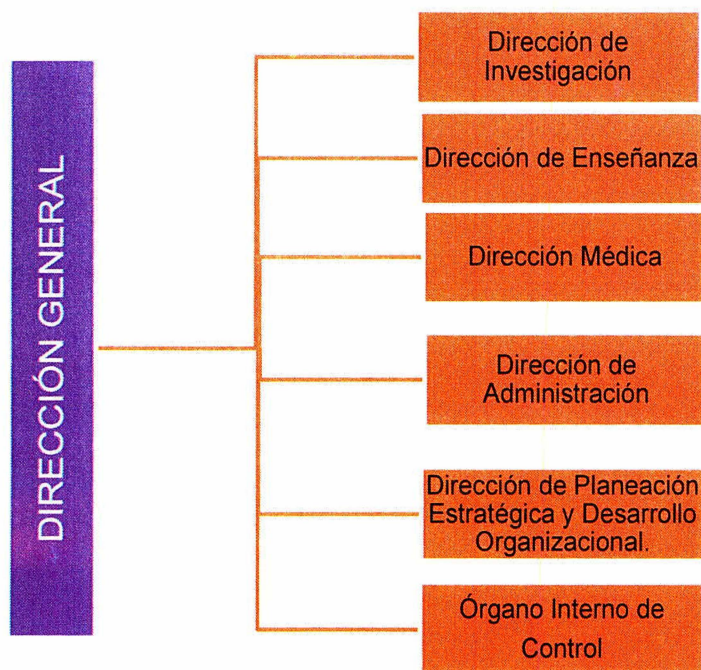
Visión

El Instituto debe ser la entidad nacional normativa en salud respiratoria y el principal sitio de enseñanza, investigación, promoción y atención de alta especialidad, con competitividad nacional e internacional.

El Instituto cuenta con 178 camas censables, divididas en 7 servicios clínicos, siendo las patologías más frecuentes de atención las neumonías, asma, cáncer, enfermedad pulmonar intersticial difusa y tuberculosis y secuelas de tuberculosis. Cuenta con 4 quirófanos equipados para el desarrollo de procedimientos quirúrgicos neumológicos, torácicos, cardiológicos, otorrinolaringológicos y para cirugía de cabeza y cuello. El departamento de cuidados críticos está integrado por dos unidades; la unidad de cuidados intensivos y la unidad de cuidados intermedios, con 9 y 6 camas respectivamente. En la plantilla se cuenta con 1923 plazas distribuidas de la siguiente manera: 23% personal administrativo, 15% personal de apoyo (mantenimiento, intendencia, lavandería, alimentación) y 62% personal de áreas sustantivas. Específicamente se cuenta con 161 médicos adscritos, 459 de enfermería, 42 trabajadores sociales, 97 investigadores y 110 residentes.

1.5 Estructura Orgánica

El Instituto está conformado por una Dirección General y cinco Direcciones de Área así como el Órgano Interno de Control. A continuación se presenta el organigrama:



El objetivo de cada dirección y del órgano interno, descrito en el mismo Manual de Organización Específico (2009), se menciona a continuación, abordando la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional al final, ya que es esta donde la suscrita realizó la intervención.

✿ **Dirección de Investigación**

Promover el desarrollo de investigación básica y clínica dentro del Instituto con apego a normas técnicas, los principios científicos y éticos de la práctica médica en lo que respecta a la prevención, diagnóstico, tratamiento y epidemiología de las Enfermedades Respiratorias, así como contribuir con el avance del conocimiento científico mediante su difusión oportuna.

✿ **Dirección de Enseñanza**

Coadyuvar en la formación de recursos humanos especializados en enfermedades respiratorias, a través de la impartición de cursos de especialidad, subespecialidad, alta especialidad, cursos de pregrado, de educación continua, congresos y diplomados.

✿ **Dirección Médica**

Otorgar servicios de salud en aspectos médicos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, quirúrgicos y de rehabilitación en el área de especialización para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con padecimiento del aparato respiratorio.

✿ **Dirección de Administración**

Administrar los bienes patrimoniales y financieros, así como dotar a las áreas del Instituto de los recursos humanos y materiales, de conformidad con el Programa- Presupuesto aprobado y con la legislación aplicable, con la finalidad de coadyuvar al logro de los objetivos institucionales.

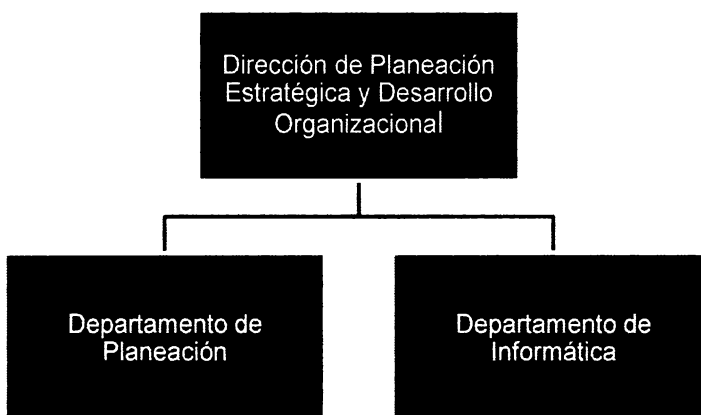
✿ **Órgano Interno de Control**

Impulsar en El Instituto la mejora continua de sus procesos administrativos y servicios públicos, así como coadyuvar en la eficacia de los controles internos y eficientización de los procesos que se realizan en El Instituto, además de ser garante del cumplimiento normativo que regula las operaciones, promoviendo la adecuada aplicación y racionalidad en el manejo de los recursos humanos, materiales y financieros conforme a la normatividad aplicable, también combatir, investigar y sancionar la corrupción en sus diversas manifestaciones, promoviendo las acciones necesarias para evitarla y vigilar e investigar la actuación de los servidores públicos, y en su caso, sancionar a los mismos conforme a la Ley en la materia

Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional

Dirigir y evaluar el desarrollo organizacional, la vinculación entre las áreas y los procesos así como administrar la infraestructura de cómputo, telecomunicaciones, tecnologías y sistemas informáticos; con la finalidad de generar información confiable para la toma de decisiones y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales.

De cada dirección de área emergen subdirecciones y posteriormente departamentos. Para el fin de este reporte no se describirán, solo se hará mención del área que medió directamente en la intervención. A continuación, se describe el organigrama de la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional antes de la intervención:



La Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional tiene como funciones:

-
- ✿ Coordinar, supervisar y evaluar las actividades de las áreas de Planeación, e Informática, para asegurar su adecuado funcionamiento y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

 - ✿ Establecer y difundir las normas para el proceso interno de planeación, programación, evaluación y modernización administrativa del Instituto, de conformidad con las disposiciones emitidas en la materia por las autoridades correspondientes.

 - ✿ Contribuir en la integración del programa-presupuesto anual de la Institución mediante la programación de las actividades de la Dirección de Planeación así como de las demás áreas, de acuerdo a los lineamientos programáticos-presupuestales emitidos por las instancias correspondientes así como por el Instituto y administrar la aplicación de los recursos en apego con las disposiciones legales correspondientes.

 - ✿ Proponer al Director General las medidas técnicas y administrativas que estime convenientes para la mejor organización y funcionamiento institucional, así como para la eficiente ejecución de la modernización administrativa y aprovechamiento de las tecnologías de información; que coadyuven al buen desempeño institucional.

 - ✿ Analizar los lineamientos emitidos por las autoridades competentes, para la formulación y la difusión del manual de organización general y de los demás manuales de organización y procedimientos, en apego a la normatividad establecida.

 - ✿ Evaluar los resultados de manera continua sobre el alcance de las metas del Instituto en conjunto con las Direcciones responsables de la ejecución,

proponiendo un manejo eficiente de información y la implementación de tecnología de vanguardia para mejorar la calidad de la asistencia.

- ✿ Coordinar los planes estratégicos de tecnologías de la información proponiendo tecnología de punta en las áreas de diagnóstico, para brindar servicios de la más alta calidad, coadyuvando a una eficiente gestión de la Dirección General.
- ✿ Participar en los procedimientos para la obtención y utilización de recursos físicos, humanos y materiales necesarios para el desarrollo de las actividades de la Dirección, así como administrar de forma racional y mesurada los recursos.
- ✿ Apoyar las actividades de Investigación, Enseñanza, Médica y Administración que se realizan en el Instituto y participar en el intercambio de información, para contribuir multidisciplinariamente al logro de los objetivos institucionales, a petición de las autoridades correspondientes.
- ✿ Establecer los objetivos, metas y procesos-programas de la Dirección y sus áreas, así como implementar mecanismos de registro, análisis y reporte de las actividades que se desarrollan, con el fin de integrar información estadística necesaria para la elaboración de informes oficiales que son solicitados de manera periódica y que coadyuvan al análisis del desempeño institucional.
- ✿ Participar en los diferentes comités institucionales donde se requiera para aportar sugerencias relacionadas con el funcionamiento de los mismos.

Como se puede apreciar, las funciones de la Dirección de Planeación son estratégicas y por lo tanto impactan en todo el Instituto. La intervención en la que se desarrolló el presente trabajo fue una coordinación Institucional comandada por la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional. A continuación se describen las funciones relevantes para este trabajo del Departamento de Planeación:

Departamento de Planeación

Objetivo:

Apoyar a las áreas del Instituto en el establecimiento de objetivos, metas, estrategias y evaluación de resultados; para la integración de información que coadyuve a la toma de decisiones para el logro de los objetivos institucionales.

Funciones:

- ✿ Procesar y analizar la información estadística de las áreas del Instituto, con la finalidad de integrar los indicadores que contribuyan a la adecuada toma de decisiones.

- ✿ Asesorar en el diseño organizacional a las diferentes áreas del Instituto, mediante la elaboración y actualización de manuales de organización y procedimientos, con base en el Estatuto Orgánico y Manual Institucional.....

- ✿ Apoyar en el diseño de formatos médico-administrativos para eficientar el desarrollo de las áreas del Instituto.

1.6 Diagnóstico e Intervención.

Dentro de las mejores prácticas en salud, se encuentra la Certificación Hospitalaria, la cual es otorgada por el Consejo de Salubridad General, organismo dependiente de Presidencia de la República.

Dicha certificación tiene como objetivo coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios pero sobre todo en la seguridad que se brinda a los pacientes, permite mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar la posición en el entorno.

El Instituto se certifica por primera vez en el 2002 y fue recertificado en el 2004 por un periodo de tres años, es decir tuvo una vigencia hasta el 2007.

Aunque la certificación es voluntaria para los hospitales gubernamentales, en el Programa de Trabajo 2008-2013 del director general, era una meta a cumplir, lo que lo convertía en un reto a consumir.

Ante esta problemática, la suscrita, como titular de la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional y de acuerdo al objetivo y funciones del área que comandaba, debía encontrar una estrategia para darle salida al problema.

La solución debía estar alineada con la misión, visión, objetivos institucionales así como con el programa de trabajo del director general. Llevando a cabo una revisión del organigrama general del Instituto, se localizó al Departamento de Calidad dependiente de la Dirección de Enseñanza, se revisó el objetivo, funciones y atribuciones, con lo cual se determinó que dicho departamento debía necesariamente cambiar de adscripción. No podía adscribirse a la dirección médica pues, en un proceso de certificación, dicha dirección lleva el 80% de las actividades a auditar. La suscrita presentó un proyecto de reingeniería y dentro de los cambios se adscribió el Departamento de Calidad a la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional. Asimismo se presentó el programa de trabajo al director general con las nuevas funciones adheridas a la dirección de planeación y éste fue autorizado en junta de directores.

En el capítulo de procedimiento, se describirán ampliamente los pasos y estrategias que se implementaron para consolidar el proceso de certificación hospitalaria, cómo se concibió el trabajo coordinado y como la estrategia depende del liderazgo, del trabajo en equipo y de abordar el problema de manera sistémica.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Calidad

El origen de la calidad se remonta a la antigüedad. Después de la revolución industrial, a finales del siglo XIX, aumentó la complejidad de la producción artesanal, el desarrollo tecnológico creó la necesidad de formar grupos de trabajadores para realizar tareas, así empezó la era del supervisor. Las organizaciones se percataron de la necesidad de contar con personas que tuvieran un papel activo en la inspección de la calidad del producto. El principal avance logrado en la década de los treinta fue la aplicación de las técnicas del muestreo de recepción en la industria y la difusión de los métodos diseñados en la Western Electric, en los Estados Unidos y en el extranjero (Miranda, Chamorro y Rubio, 2007).

En los años cuarenta, las industrias militar y nuclear efectuaban evaluaciones frecuentes a sus proveedores para garantizar la confiabilidad de los productos o servicios que estaban adquiriendo. Para los militares era fundamental evitar que jóvenes norteamericanos murieran porque sus paracaídas no se abrían. En octubre de 1942 de cada mil paracaídas que eran fabricados por lo menos un 3.45 no se abrieron, lo que significó una gran cantidad de jóvenes soldados norteamericanos caídos como consecuencia de los defectos que presentaban los paracaídas (Cruz, 1998).

Se implementó en las empresas un proceso de inspección, con la finalidad de prevenir defectos durante la fabricación. A partir de esta implementación, surge el departamento de "Ingeniería de Control de Calidad", el cual desarrollaba funciones de análisis y planificación de calidad para prevenir que los productos salieran defectuosos, cumpliendo así con las especificaciones de los clientes y evitando rechazos.

En Estados Unidos las normas que se establecieron para prevenir defectos en la fabricación fueron llamadas Z-1. En Inglaterra se desarrolló el control de calidad basado en la estadística; en 1935 se adoptaron Normas Británicas basadas en el trabajo de Pearson. Surgieron las normas británicas 1008, con estas normas los británicos pudieron garantizar mayores estándares de calidad en sus equipos (Cruz, 1998).

Al final de la Segunda Guerra Mundial, Edwards Deming fue invitado a Japón y en 1947 inició los primeros contactos con ingenieros japoneses; en 1950 impartió cursos ante la Unión de Ingenieros Científicos Japoneses (JUSEP), la cual tenía como misión la reconstrucción del país devastado por la guerra a través de la realización de investigaciones y la difusión de información sobre el control estadístico de la calidad y sobre la responsabilidad de la calidad de personal gerencial de alto nivel, es así que aparecen las siete herramientas del control estadístico del proceso y el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar (Cruz, 1998).

Aplicaron el concepto a la industria pero sobre todo difundieron la filosofía bajo el término de Producir los mejores productos para exportación compitiendo en precio y calidad con los extranjeros.

Desarrollaron el concepto de benchmarking (bench, banquillo y mark, marca, señal), enviando a sus directivos a diferentes partes del mundo a *observar y estudiar* cómo se comportaban las diversas empresas. De ahí tomaron las mejores prácticas y las desarrollaron. En otras palabras el benchmarking es una forma de determinar qué tan bien se desempeña una empresa, comparadas con otras.

Su intervención y valía fue la estrategia con la que desarrollaron el concepto y filosofía de calidad, los directivos eran parte fundamental de dicho proceso, éstos debían derramar la calidad a toda la organización llevando un ritmo continuo.

Dentro de los precursores de la Administración de la Calidad Total, se encuentra Ishikawa (1986), el cual se inspiró en los trabajos de Deming y Juran. Sus contribuciones son:

1. Círculos de Control de Calidad (CCC), fue el primero en introducir este concepto y ponerlo en práctica con éxito. Dicho concepto y filosofía permeo en el mundo de manera importante.
2. Creador del diagrama de espinas pescado, de causa-efecto o de Ishikawa, utilizados en la mejora continua, para representar los análisis de los efectos y sus posibles causas.

En los años sesentas y setentas, la aportación de los productos japoneses en el mundo tuvo una mayor participación. Japón desarrolló un modelo nacional de calidad realmente exitoso, tanto que a través del Control Total de Calidad prácticamente se adueñaron del mundo.

En Estados Unidos, también hubo detonantes de desarrollo. Joseph Juran y Phillip Crosby iniciaron trabajos sobre calidad. Juran (1990) basó su trabajo en la trilogía: "Planeación de Calidad, Control de Calidad y Mejora de Calidad". Su filosofía está concebida en la idea de que la calidad impacta a toda la organización, no solo el área dedicada a inspección; se le considera el fundador de la "Calidad Total".

Los modelos de calidad total se consideran un conjunto de estrategias aplicables en todos los departamentos de la compañía, en la que todos tienen algo que hacer para contribuir a la satisfacción del cliente (De Domingo y Arranz, 1997).

En 1951 Feigenbaum, quien creó el concepto de gestión de la calidad, aplicó por primera vez el Control Total de Calidad (Total Quality Control) en Estados Unidos. A Edwards Deming, Joseph Juran y Armand V. Feigenbaum se debe la explosión de la calidad en Japón que, a través del doctor Ishikawa, tuvo consolidación a partir de los

años 50. En 1951, los japoneses crean el Premio Nacional de Calidad, denominado Premio Deming a la Calidad (Cruz, 1998).

Crosby (1991) concibe el gasto para asegurar la calidad de un producto como la inversión de mayor rentabilidad que una compañía puede hacer, de tal forma que la calidad se paga sola con sus beneficios. De aquí su afirmación de que "la calidad no cuesta, es gratis", manifiesta que hacer las cosas bien a la primera vez no añade costo al producto o al servicio pero si se hacen mal hay que corregirlas posteriormente y esto representa costos extra para el productor y el cliente.

En los años ochenta, la calidad experimenta un cambio radical. Pasa de una herramienta estadística de control a una estrategia empresarial coordinada por el grupo directivo y liderado por el director general. El proceso de calidad total inicia y termina con el cliente, se busca pleno conocimiento del mismo, sus necesidades, requisitos y deseos así como el uso que le dará a los productos y servicios que se le ofrecen.

En 1986 fue creado el premio Nacional a la Calidad de Estados Unidos y es conocido como "Malcolm Baldrige Quality Award ", en memoria del Secretario de Comercio de la gestión de Ronald Regan en los años 80. El Malcolm Baldrige es una herramienta útil para evaluar la gestión de la Calidad Total en la empresa. El criterio dedicado al cliente es una guía indispensable por su sencillez, claridad de uso y brevedad para enfocar una empresa hacia el cliente. Este modelo consta de siete criterios: liderazgo, planificación estratégica, enfoque al cliente y al mercado, información y análisis, orientación a los recursos humanos, gestión de procesos y resultados empresariales (Martin y Arévalo, 2006).

En la actualidad debe considerarse a la calidad como parte integrante de la estrategia global de la empresa, los términos que la definen son: "Gestión de la Calidad Total (G.C.T.)", "Gestión Estratégica de la Calidad", Gerencia de Calidad Total, "Total Quality Management (T.Q.M.)". Dichos términos conllevan un cambio cultural, necesariamente

deben tener orientación al cliente, la alta dirección debe estar comprometida en la formación y motivación del personal, en la mejora continua de los procesos, en nuevas formas de relación cliente-proveedor y en la autoevaluación (Desmarets, 1997).

2.2 Definiciones y Filosofía de la Calidad

Para poder entender el concepto de calidad, es necesario analizar a los principales teóricos de la calidad. Sus contribuciones exponen un marco fundamental para lograr el entendimiento de la calidad en los servicios de salud.

Crosby (1991) desarrolla su filosofía de calidad a través del concepto “hacerlo bien a la primera y siempre”. Menciona 14 pasos para el mejoramiento de la calidad:

1. Compromiso de la dirección.
2. Equipo de mejoramiento de la calidad, EMC. Debe crearse un equipo que dirija el proceso de mejora con un liderazgo bien definido y una comunicación fluida con la alta dirección.
3. Medición de la calidad.
4. Evaluación del costo de calidad.
5. Conciencia de calidad.
6. Acción correctiva.
7. Establecer un comité ad hoc para el programa de cero defectos.
8. Entrenamiento de los supervisores.
9. Día de cero defectos.
10. Fijar metas.
11. Eliminación de la causa de los errores.
12. Reconocimiento.
13. Encargados de mejorar la calidad.
14. Hacerlo de nuevo.

Juran (1990) define a la calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Plantea la trilogía de la calidad, planificación, control y mejoramiento de la calidad. En la planeación es importante identificar a los consumidores así como determinar sus necesidades, a partir de esta concepción es determinante crear características en los productos que respondan a dichas necesidades, crear los procesos de fabricación y transferir éstos a las áreas operativas. En cuanto al control de calidad, es indispensable evaluar el desempeño real, compararlo contra la meta e incidir sobre las diferencias. Con respecto al mejoramiento de la calidad, las siguientes son responsabilidades indelegables para los altos directivos:

1. Crear una conciencia de la necesidad y oportunidad para el mejoramiento.
2. Exigir el mejoramiento de la calidad; incorporarlo a la descripción de cada tarea o función.
3. Crear la infraestructura: instituir un consejo de la calidad; seleccionar proyectos para el mejoramiento; designar equipos; proveer facilitadores.
4. Proporcionar capacitación acerca de cómo mejorar la calidad.
5. Analizar los progresos en forma regular.
6. Expresar reconocimiento a los equipos ganadores.
7. Promocionar los resultados.
8. Estudiar el sistema de recompensas para acelerar el ritmo de mejoramiento.
9. Mantener el impulso ampliando los planes empresariales a fin de incluir las metas de mejoramiento de la calidad.

Deming (1989), asegura que la calidad es cumplir con todo lo que el consumidor necesita y desea. Estas necesidades y deseos son siempre cambiantes, por lo tanto es importante redefinir constantemente los requerimientos.

La **Filosofía** de Deming se fundamenta en cuatro conceptos básicos:

- Orientación al cliente, mejora continua, el sistema determina la calidad, los resultados se determinan a largo plazo.

Los 14 **principios** de Deming son:

1. Ser constante en el propósito de mejorar los productos y los servicios.
2. Adaptar la nueva filosofía.
3. No depender más de la inspección masiva
4. Acabar con la práctica de adjudicar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio.
5. Mejorar continuamente y por siempre el sistema de producción y de servicio.
6. Instituir la capacitación en el trabajo.
7. Instituir el liderazgo.
8. Desterrar el temor.
9. Derribar las barreras que existan entre áreas del staff.
10. Eliminar los Slogans, las exhortaciones y las metas para la fuerza laboral.
11. Eliminar las cuotas numéricas.
12. Derribar las barrears que impiden el sentimiento de orgullo que produce el trabajo bien hecho.
13. Establecer un vigoroso programa de educación y de reentrenamiento.
14. Tomar medidas para logra la transformación.

Asimismo, es relevante que la alta gerencia tenga en cuenta las siete enfermedades que se presentan.

1. Falta de constancia en el propósito.
2. Énfasis en las utilidades a corto Plazo.
3. Evaluación de desempeño, clasificación según su logro anual.

4. La movilidad de la gerencia.
5. Manejar la compañía basándose únicamente en cifras visibles.
6. Costos médicos excesivos.
7. Costos excesivos de garantía fomentados por abogados que cobran con base en honorarios altos para los casos imprevistos de demandas

El modelo gerencial de Deming (premio Deming) tiene como misión crear un sistema que fomente la cooperación, tanto interna como externa así como un aprendizaje que facilite la implementación de prácticas de gestión de procesos. Esto lleva a una mejora continua de procesos, productos y servicios, así como la satisfacción del trabajador, lo cual es fundamental para cumplir los requisitos del cliente y para la supervivencia de la organización. Consta de siete criterios: liderazgo visionario, cooperación interna y externa, aprendizaje, gestión de proceso, mejora continua, satisfacción del empleado y satisfacción del cliente.

De las definiciones anteriores se extraen varias ideas en común de los teóricos expuestos: se enfocan en el cliente o paciente. La razón de ser de cualquier institución debe enfocarse a cumplir con las necesidades de nuestros clientes. El liderazgo es parte fundamental para llevar a cabo cualquier proceso de gestión de la calidad, sin él la institución no tiene rumbo y los colaboradores no tienen claridad hacia dónde deben dirigirse. La capacitación se vuelve parte indispensable en el proceso.

En este trabajo, la definición de Crosby es relevante por varias razones: hacerlo bien y a la primera, asegura que el procedimiento a seguir con un paciente siempre se llevará a cabo en las mismas, seguras y mejores condiciones. Por otro lado, Deming, al asegurar que se cumple con lo que cliente necesita y desea, es un complemento a la definición de Crosby, por lo tanto y para efectos de este trabajo la definición de calidad que se utilizará será la siguiente:

Cumplir con las necesidades y deseos del paciente a través de procesos que aseguren realizar la actividad bien y a la primera.

2.3 Definición y Concepto de Gestión de Calidad.

Gestión de calidad es un mecanismo operativo para la optimización de los procesos de tal manera que se cumpla con los servicios o productos que el cliente o consumidor adquiere. La gestión de calidad total trata de asegurar que el servicio resulte adecuado para los requerimientos de los procesos del cliente. De esta forma, el cliente pasa a ser una prolongación de la institución.

Los sistemas de gestión de calidad son herramientas para la planificación, la ejecución y la evaluación de los proyectos. Para cumplir con sus objetivos, se puede recurrir a distintas metodologías, técnicas y estrategias. El recurso humano es un elemento clave para desarrollar de manera exitosa dichos sistemas.

El objetivo de la gestión de calidad total es la mejora continua y la satisfacción de los clientes, no importando si éstos son internos o externos.

De acuerdo con Miranda, Chamorro y Rubio (2007), para Crosby la mejora de la calidad debe basarse en lo que denominó los absolutos de la gestión de la calidad:

1. Definición de calidad como el cumplimiento de los requisitos establecidos, de forma que la mejora de la calidad se alcanzará logrando que todo el mundo haga bien las cosas a la primera. Indispensable es conocer los requisitos y los medios para alcanzarlos.
2. El sistema que causa la calidad es la prevención. La idea no es encontrar errores, sino evitarlos.
3. Cero defectos. Los errores se producen por dos razones básicas: falta de conocimiento o falta de atención. En ambos casos, la formación puede generar el cambio de mentalidad necesario.
4. La única medida válida de la actuación de la organización es el costo de calidad. La calidad se mide por el costo de hacer las cosas mal o costo de calidad.

Existen diferencias entre el control de calidad, el cual fue el primer acercamiento para elaborar productos que no tuvieran defectos y los sistemas de gestión de calidad total. El más destacable es:

La gestión de calidad, es una forma de dirigir la organización, con la colaboración de los empleados, mejorando la calidad de sus productos o servicios, de sus actividades y de sus objetivos, busca la satisfacción de los clientes, tanto internos como externos, se orienta hacia el liderazgo, de todo el equipo directivo y personal con mando; en cambio para el control de calidad solo es una clasificación de los productos en cuanto a su calidad intrínseca después de su fabricación, se detectan errores una vez que el producto está terminado (Freire, Alcover, Zabala y Rivera, 2003).

Se puede concluir que todos los autores modernos consideran que con la calidad se deben satisfacer las necesidades de los clientes, que la gerencia tiene la máxima responsabilidad con la calidad, necesita estar involucrada y capacitada en los problemas de este tipo con la participación de todos los trabajadores.

2.4 Calidad en los Servicios de Salud

*Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como un aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia.
Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)
Premio Nobel de Fisiología y Medicina 1906*

Para la Organización Mundial de la Salud (2005), un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, es por ello que merece ser evaluado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares.

La calidad ha sido motivo de preocupación desde el inicio de la atención hospitalaria por razones obvias: el resultado de acciones realizadas con el cuerpo de una persona es un motivo de preocupación. Durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale aplicó la garantía de calidad en el hospital militar británico situado en Turquía. Organizó las actividades de las salas según el tipo de lesiones, se aseguró de mantener limpio el entorno y a los pacientes, tomó otras medidas que en la actualidad se dan por descontado en la labor cotidiana de los hospitales.

En 1916, Codman propuso el método de los "resultados finales", para juzgar la práctica clínica, la organización, la administración y la estabilidad económica de un hospital. En él se evaluaban las consecuencias de las acciones médicas en términos de cuáles fueron los resultados finales en los pacientes (Donabedian, 1985).

En 1917, en Estados Unidos, se originó el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud, cuando el Colegio Americano de Cirujanos compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales de Estados Unidos identificaran y eliminaran los servicios de salud deficientes.

Ruelas-Barajas (1991), menciona que en los años cincuenta se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, misma que logró la estandarización estructural de los hospitales en Estados Unidos. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud, Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations JCAHO (2005).

En la década de los sesentas el Instituto Mexicano del Seguro Social inicia programas de evaluación a través del sistema de auditorías, se verificaba que la institución cumpliera con la normatividad establecida en sus procesos.

En los años setenta, Donabedian (1969, 1980 y 1985) propuso una forma sistematizada para la definición y abordaje de los estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención médica. En su obra destaca el análisis de la calidad de la atención mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado, así como el análisis de la calidad por medio de sus tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y medio ambiente (comodidades). El Dr. Donabedian fue el pionero en estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en Estados Unidos y casi de manera paralela y con su apoyo, en México se inicia una corriente encabezada por el Dr. Enrique Ruelas Barajas en el Instituto Nacional de Salud Pública en la década de los ochentas.

Deming, (1989) desarrolla el principio de mejoramiento continuo de la calidad, el cual enfatiza los resultados a través del análisis de los procesos.

El concepto de calidad en la atención médica de acuerdo a la definición de Avedis Donabedian (1980) es: “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”.

Ruelas-Barajas, Reyes-Zapata, Zurita-Garza, Vidal-Pineda y Karchemer (1990), mencionan que en México, con la introducción del concepto de garantía de calidad, se desarrollaron estrategias para implementar y desarrollar programas.

El pionero en América Latina, fue el Instituto Nacional de Perinatología así como el Instituto Nacional de Salud Pública con la creación de la primera unidad de Estudios sobre Calidad de la Atención a la Salud. En el primer nivel de atención, la estrategia que se desarrolló fue implementada por Reyes-Zapata, Meléndez-Colindres y Vidal-Pineda (1990).

En 1990, la Secretaría de Salud puso en práctica las políticas del Programa Nacional de Salud, destacando la mejora de la calidad y la equidad de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud.

En 2002, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud planteó objetivos de promoción de trato digno de los usuarios de los servicios de salud, así como el mejoramiento de los aspectos técnicos de la atención y la garantía del abasto oportuno de medicamentos. Uno de sus objetivos centrales fue dar seguimiento a los tiempos de espera en consulta externa y en los servicios de urgencia. La sola implantación de esta medida de seguimiento generó avances inmediatos, moderados pero consistentes según reportes de la Secretaría de Salud (2002).

La calidad de la atención médica está integrada por diversas áreas: oportunidad, competencia profesional, seguridad, respeto a los principios éticos de la práctica médica y satisfacción con los resultados de la atención. En relación con ella, entre junio

de 1996 y diciembre de 2008, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) fueron atendidas y evaluadas 8062 quejas: en 16.8% no se dispuso de elementos para determinar la existencia o no de mala práctica; en 20.8% se presentaron elementos de mala práctica y en 62.4% se determinó la existencia de buena práctica conforme a la *lex artis* (Aguirre-Gas, Zavala-Villavicencio, Hernández-Torres, Fajardo-Dolci 2010). Si en 1,612 casos existió mala práctica, quiere decir que algo no está funcionando como debería en el sistema de salud en México. Precisamente por eso es relevante contar con procedimientos certificados.

De 127,323 asuntos atendidos en la Conamed durante el periodo de 2002 a 2008, 89% se resolvió mediante orientación y gestión, 8% en la etapa conciliatoria y 3% en la etapa arbitral. Las quejas relacionadas con el tratamiento médico representan 70.3% y guardan una proporción de 4:1 con relación a las quejas asociadas al diagnóstico; el 29.7% corresponde a otros motivos (Hernández-Torres, Aguilar-Romero, Santacruz-Varela, Rodríguez-Martínez, Fajardo-Dolci, 2009).

En un estudio, realizado en departamentos de cirugía de varios hospitales mexicanos, se examinaron 396 cirugías de distintos tipos, en 260 de ellas se administró antibioticoterapia profiláctica; en las 136 restantes no se administró nada. Se encontró que al 22% de los pacientes se les produjo un daño como resultado de prescripción equivocada, o en tipo de antibiótico, en dosis o en ambos (Baridó, Ramírez, Gastelum, 2001). ¿Porqué se presentan estas disparidades en los tratamientos? Porque las instituciones no se adhieren a protocolos por la seguridad del paciente, porque cada hospital tiene sus propios procedimientos y así ha trabajado desde hace “muchos años”.

No puede haber calidad sin seguridad del paciente. El tiempo invertido en medidas de seguridad del paciente, ahorrará tiempo empleado para corregir o mitigar errores. No se puede seguir exponiendo a los pacientes a servicios de salud que no tengan dentro de sus estándares, la seguridad tanto de sus pacientes como de su personal e

instalaciones. No se puede hablar de seguridad mientras los estándares no estén homologados en el sistema de salud mexicano. La certificación debe ser obligatoria.

2.5 Sistema de Atención en México

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011).

La población cuenta con 64,5 millones de derecho-habientes, vinculados –en 2010– al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR). El Seguro Popular contribuye a la viabilidad del artículo 4 de la Constitución, que señala que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”. El número de afiliados al Seguro Popular paso de 15,7 millones en 2006 a 40 millones en 2010, aunque muchos mexicanos no tienen un régimen o padrón único de aseguramiento. Mientras tanto, la población usuaria durante el mismo año 2010 se tradujo en 45,2 millones de derechohabientes que acudieron a los servicios de salud y 42,7 millones que utilizaron los servicios a través del Seguro Popular, las secretarías de salud federal y estatales, y el programa “IMSS Oportunidades” (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Diez hitos en la historia del sistema mexicano de salud, (Gómez-Dantés, et al 2011).

1. 1905 Inauguración del Hospital General de México
2. 1917 Creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública
3. 1937 Creación de la Secretaría de Asistencia Pública
4. 1943 Fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, y creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el primero de los Institutos Nacionales de Salud, el Hospital Infantil de México.
5. 1953 Creación de la Asociación Mexicana de Hospitales.
6. 1960 Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
7. 1979 Creación del Programa IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS Oportunidades.

8. 1985 Inicio de la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, que concluye en 2000.
9. 1987 Creación del Instituto Nacional de Salud Pública.
10. 2003 Creación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.

2.6 Seguridad del Paciente.

El hablar de seguridad del paciente, remonta al libro publicado en 1999 "Errar es Humano" (Kohn, Corrigan y Donaldson, 1999). El gobierno de EUA ordenó la creación de un comité para investigar la calidad del cuidado médico debido a las muertes inesperadas de pacientes ocurridas en sus hospitales, el cual se denominó Grupo de Trabajo de Coordinación Interinstitucional de Calidad, (The Quality Interagency Coordination Task Force, QuIC, 1999). Este grupo publicó el resultado de la investigación ordenada sobre errores médicos, el informe concluyó que entre 44 000 a 98 000 personas mueren al año en los hospitales de Estados Unidos como resultado de los errores que suceden en el proceso de atención. De dichas muertes, 7000 suceden como resultado en los errores de en el proceso de administración de medicamentos. Tales cifras situaron a Estados Unidos en los primeros sitios de mortalidad por errores médicos, incluso por arriba de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o por SIDA.

Con cifras tan relevantes pero sobre todo desconocidas hasta esos momentos, se activaron todos los sistemas de salud existentes y la Organización Mundial de la Salud tomo acciones necesarias para evitar la ocurrencia de eventos adversos en la atención a pacientes. Entre otras estrategias, implementó las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, las cuales son acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificados en políticas globales y sustentadas.

Para Kohn, Corrigan y Donalson (1999), definen un evento adverso como “aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención”.

La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. (OMS, 2009)

El objetivo de la Seguridad del Paciente es generar estrategias tendientes a identificar y evitar la ocurrencia de fallas o errores en los procesos de atención de salud y de disminuir el impacto en caso en que éstos se consoliden.

El liderazgo es pauta fundamental para el éxito de un programa de seguridad del paciente. Los directivos deben dirigir los esfuerzos de la organización para alcanzar una cultura y generar el compromiso que se requiere para analizar los sistemas, procesos y causas que dieron origen a errores médicos y pusieron en riesgo la vida de los pacientes.

Una organización que tenga una alta dirección con sentido de liderazgo conllevará a un alto sentido de compromiso e involucramiento. Un liderazgo responsable se inicia con la definición de la misión, visión, los valores, estrategias y objetivos de la propia organización, enfocados hacia la calidad.

El liderazgo debe considerar por lo menos los siguientes elementos:

1. **Planear:** Determinación del curso a seguir a través de fijar la política, los objetivos, las estrategias y los procedimientos enfocados hacia la calidad.

2. **Organizar:** Establecer la estructura organizacional a través de determinar las relaciones de cada puesto así como las responsabilidades y el perfil por cada puesto.
3. **Ejecutar:** Desarrollar las actividades a través de la asignación de los recursos necesarios para obtener el resultado deseado en el desempeño del trabajo.
4. **Controlar:** Verificar que el desempeño del trabajo se mantenga dentro de los márgenes fijados en el plan a través de establecer los parámetros de medición. las fuentes de información y las medidas correctivas que se tomarán.

En mayo de 2002, la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la resolución WHA55.18 "Calidad de la atención: seguridad del paciente" por la que se urge a los Estados Miembros "a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente" y a "establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención". (Organización Panamericana de la Salud, 2007). En respuesta a la anterior resolución, en 2004 la 57.^a AMS propuso formar la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP).

La disparidad en los servicios de salud de América Latina en los temas de calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente, llevó a la Organización Panamericana de la Salud a recopilar algunas investigaciones, las más notables se exponen a continuación: (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

- En un análisis sobre la productividad de algunos hospitales de las Américas se encontró que el número de exámenes de laboratorio por egreso variaba en un rango entre 2.1 y 22.8 exámenes de laboratorio por egreso. En México, en un Instituto Nacional de Salud Pediátrico durante 2013, se practicaron 75 exámenes de laboratorio por egreso hospitalario.
- En México, en un hospital terciario de patología respiratoria el 9.1% de los hospitalizados presentó efectos adversos asociados al cuidado, de los cuales el

17% sufrió discapacidad transitoria, el 52% prolongación de la estancia, y en el 26% fueron causa contribuyente de la muerte. El 74% de estos efectos adversos fueron valorados como potencialmente prevenibles. En Brasil, en un hospital universitario, el 61% de los adultos mayores ingresados presentaron al menos una reacción adversa a medicamentos. De éstas, en aproximadamente 25% de los casos se habían administrado medicamentos inapropiados para mayores.

Efectos adversos que terminan con la vida de los pacientes, se supondría que uno ingresa al hospital para mejorar las condiciones de salud, no para nunca salir.

De acuerdo a la Secretaría de Salud (2004) y a la literatura internacional, los programas de seguridad del paciente deben enfocarse en tres áreas particulares: cambio cultural, cambio en los procesos y la medición de éstos. Indispensable es el cambio cultural, no es posible seguir en la búsqueda de responsables por los errores y fallas, se debe cuestionar ¿Qué fue lo que pasó?, ¿Que activó el riesgo y por consecuencia el evento adverso? Se debe analizar la falla en el sistema, no tener una actitud punitiva y realizar un análisis a través de un equipo multidisciplinario. Todos los departamentos, servicios, equipos de trabajo y comités deben aplicar principios de seguridad a sus procesos de trabajo y, posteriormente, analizar sus resultados buscando siempre la seguridad y mejora.

2.7 Certificación Hospitalaria.

La máxima Hipocrática en medicina y por ende en un sistema de salud es "primero no hacer daño". Esa es la expectativa que alberga un paciente al ponerse en manos del sistema.

La primera experiencia en México por mejorar la calidad de la atención, se identifica cuando en el Hospital La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se inició, en 1956, de manera extraoficial, la revisión de expedientes clínicos. Ello condujo,

a la creación de la Comisión de Supervisión Médica del propio IMSS que después evolucionaría para convertirse, en 1972, en un área de evaluación médica.

A partir de esa experiencia, en la década de los setenta, la evaluación médica adquiere mayor relevancia y se inician desarrollos semejantes en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Durante este periodo aparecen publicaciones sobre auditoría médica, evaluación de la relación médico-paciente y mortalidad como indicador de calidad (Sauceda-Valenzuela, Durán-Arenas y Hernández, 2000).

En los años ochenta, se carecía de un sistema de evaluación de los servicios de salud; el primer acercamiento formal tuvo lugar con los círculos de calidad que implementó el IMSS y los esfuerzos realizados por el Instituto Nacional de Perinatología.

En el año de 1983 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial coordinado por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud. Dicho grupo tenía el propósito de desarrollar y unificar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica. El producto final de dicho grupo fue una publicación en la revista Salud Pública en México en 1990 bajo el título de "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud".

Ruíz de Chávez et al (1990), proponen en dicha publicación, una metodología que permitía integrar un diagnóstico situacional de la operación del servicio de salud así como la identificación de los problemas en la prestación de servicios y sus soluciones. El objetivo de dichas bases era contribuir a que la prestación de los servicios se lograra con mayor calidad, eficiencia, sentido social y humanitario en beneficio de los pacientes. Funcionaba en unidades de primer, segundo y tercer nivel. El sistema estaba diseñado a través de cédulas de evaluación para los diferentes servicios, en donde debían establecerse juicios de valor para la ponderación; una vez realizada la medición

era necesario comparar con la normatividad específica de la unidad hospitalaria; era trascendente también hacer un análisis de la infraestructura, equipo e insumos.

En 1989, la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud emite el Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud (Consejo de Salubridad General, 2009).

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; se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Cabe señalar que la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica (Consejo de Salubridad General, 2009).

En 1994, con la constitución de la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud A.C., en la cual había participantes del sector público y privado, se dan los primeros pasos formales en la certificación de hospitales. De esta Comisión, surge el primer manual de estándares mínimos para la certificación hospitalaria, el cual por diversas razones nunca fue operante.

La certificación de los hospitales, está a cargo del Consejo de Salubridad General desde 1999 con la creación de la Comisión Nacional de Certificación. Como resultado de los trabajos de dicha Comisión, se publicaron los siguientes documentos:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.

- Convocatoria dirigida a las persona físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

Se estableció que la certificación sería voluntaria. La aceptación de la certificación fue muy importante, se presentaron 446 solicitudes, logrando certificarse el 77%, esto es 343 establecimientos (Consejo de Salubridad General, 2009). Las evaluaciones a los hospitales fueron realizadas por empresas privadas que, a manera de terceros autorizados, emitieron una calificación que conducía al pleno de la Comisión a decidir o no la certificación del hospital.

Hasta enero de 2001, el programa de certificación no tuvo cambios. Sin embargo, el número de quejas de hospitales contra terceros autorizados que no tenían la competencia suficiente para realizar las evaluaciones, fue aumentando. Por lo anterior, prácticamente durante todo el año, se suspendió la certificación de hospitales.

En 2002 se redefinieron los criterios de evaluación, lo cual se asentó en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que les antecedieron:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.

Con ésta decisión, se eliminaron los terceros autorizados y para llevar a cabo las evaluaciones, se invitó a participar a personal de hospitales públicos y privados que aceptaran colaborar voluntariamente sin remuneración alguna.

El programa de certificación, que en su origen solo incluía hospitales, se amplió a unidades médicas ambulatorias, hospitales psiquiátricos, unidades de rehabilitación y hemodiálisis.

El Consejo de Salubridad General adopto, para sus evaluaciones, criterios y especificaciones que obedecen a tendencias y recomendaciones internacionales y se enmarcan en cuatro capítulos:

1. Estructura
2. Funciones de atención al paciente
3. Funciones de apoyo a la atención del paciente
4. Indicadores de productividad, eficiencia y calidad.

El proceso de certificación de hospitales consiste en la verificación o el cotejo de nivel mínimo de cumplimiento que tiene una organización de una serie de criterios cuantitativos y cualitativos; estos criterios representan la columna vertebral de todo proceso de certificación, pues constituyen el modelo que se utiliza para la comparación entre lo que es y lo que debe ser.

El procedimiento de certificación inicia con la voluntad expresa por parte de la institución para ser evaluada. Dicha solicitud se envía al Consejo de Salubridad General acompañada de la autoevaluación del capítulo de estructura y bajo protesta de decir verdad que se cumple al 100% los criterios ponderados como indispensables, por arriba del 80 % de los necesarios y más del 50 % de los convenientes.

Todas las especificaciones contenidas en los criterios del capítulo de estructura se califican dicotómicamente, es decir cumple o no cumple. Por otra parte, y de acuerdo a las características de la complejidad de la unidad, algunos de ellos pueden no aplicar.

El capítulo de estructura contempla lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus Reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que aplican para la obtención de licencias, avisos de funcionamiento y requisitos de estructura o equipamiento, que son obligatorios para los hospitales.

En instalaciones y equipamiento, se tomó como base las NOM-026-SSA1-1998, NOM-EM-002-SSA2-2003, NOM-197-SSA1-2000, NOM-168-SSA1-1998, NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, NOM-003-SSA2-1993, NOM-166-SSA1-1997, NOM-156-SSA1-1996, NOM-157-SSA1-1996, NOM-158-SSA1-1996; NOM-146-SSA1-1996, NOM-001-SSA2-1993 y NOM-178-SSA1-1998 que establecen los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. A la fecha, algunas de ellas han sufrido actualizaciones.

La ponderación de los criterios fue otorgada con base a 5 niveles, que determinan la relación del contenido del criterio, con la garantía de seguridad para la vida y salud del paciente, así como con el respeto a sus derechos y trato digno. El criterio con el nivel prioritario, recibe el valor 5 y el de menor nivel de relación con la seguridad del paciente, el valor 1.

Niveles.

1. Compromete la percepción del paciente hacia la calidad de los servicios
2. Compromete el prestigio de la institución hospitalaria frente a la sociedad civil
3. Compromete el control de los procesos
4. Compromete la efectividad del diagnóstico, tratamiento o rehabilitación del paciente
5. Compromete la vida del paciente.

Todos los criterios del capítulo de procesos y resultados, se califican por el evaluador, en una escala de 5 niveles. Cada nivel representa el grado de cumplimiento del proceso a verificar. La descripción de los niveles es la siguiente:

0. No existe documentado el proceso.
1. El proceso existe documentado, pero su ejecución es poco sistemática y desarticulada, porque el personal no lo conoce, ni sabe dónde se encuentra descrito. Se aplica básicamente de forma reactiva, no preventiva ni controlada. No se registra información sobre su ejecución ni de sus resultados.
2. El proceso existe documentado, pero su aplicación no es sistemática y aún hay personal que no lo conoce y tiende a ser aplicado de forma reactiva. No se registra información sobre su ejecución ni de sus resultados.
3. El proceso existe documentado, tiene un responsable asignado, el personal lo conoce y aplica de forma casi consistente y se aplica proactivamente. El responsable ha iniciado algún registro de su ejecución y resultados para el establecimiento de controles.
4. El proceso existe documentado, tiene un responsable asignado, el personal lo conoce y aplica sistemáticamente. Se registra información de su ejecución y resultados y se han establecido controles de calidad, mejorándose gracias a la evaluación del mismo. Existe evidencia documental de la evaluación y los procesos de mejora.

Una vez recibida la autoevaluación, el Consejo de Salubridad General designa al equipo auditor, el cual se presenta en la institución a evaluar en la fecha acordada. La segunda fase del proceso es la auditoría, de la cual el equipo auditor entrega a la

institución un informe preliminar sobre los hallazgos encontrados. La tercera fase es el dictamen, en donde la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, dictamina si un hospital es "certificado" o "no certificado". Si es certificado, se comunica al hospital mediante oficio y se envía un diploma con la vigencia.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en el "Eje 3. Igualdad de oportunidades", se estableció el objetivo de brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad del paciente.

Dentro de las acciones definidas en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, se encuentra "la consolidación de las políticas de mejora continua de la calidad en las unidades de atención a la salud"; asimismo, en el marco de la Estrategia 3 "Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud", se propone "reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en un estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente". El Programa plantea la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad como uno de los retos en salud que enfrenta el país.

Bajo ese contexto, el Consejo de Salubridad General (2009) publicó el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)**. De esta manera se logró la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica coadyuvando en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes. Los subsistemas que conforman el SiNaCEAM son:

- Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Investigación y Desarrollo de Indicadores, Métodos y Estándares de Evaluación de la Calidad.

- Fortalecimiento permanente de los Auditores.
- Articulación del SiNaCEAM con otras Instituciones y Organizaciones.
- Información, Transparencia, Difusión y Promoción.

El objetivo del SiNaCEAM es 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, a través de la certificación de establecimientos de atención médica (Consejo de Salubridad General, mayo de 2009).

Las ventajas competitivas de contar con el diploma de Certificación son las siguientes:

- Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Refuerza la imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- Prueba que el Hospital es competitivo internacionalmente.
- Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.
- Incorporación o poder seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

La elaboración de procesos y procedimientos orientados a la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la gestión de servicios es hoy un punto medular para consolidar los servicios de salud acorde a las expectativas de los usuarios y a la normatividad nacional e internacional.

¿Qué sucede cuando un hospital no está certificado?

Se expone al paciente, sus familiares y trabajadores del nosocomio, se rompen las barreras y protocolos de seguridad; un ejemplo documentado, es que al no realizar un marcaje quirúrgico al paciente, pueden extirpar el ojo sano en lugar del ojo con un tumor y dejarlo ciego de por vida (El Universal on line, 2015). Pueden administrarle a un paciente un medicamento en dosis mayores, y quedar con severo daño cerebral, e inclusive causarle la muerte.

Existe una imperante necesidad de contar con hospitales certificados, con procesos claros y unificados para la atención y seguridad de los pacientes.

III.- PROCEDIMIENTO

3.1 Planteamiento del problema, justificación y objetivos

Como se comentó en el capítulo dos, aunque la certificación es voluntaria para los hospitales gubernamentales, en el Programa de Trabajo 2008-2013 del director general del Instituto, era una meta a cumplir, lo que lo convertía en un problema a resolver. Dicha certificación estaba vencida desde el año 2007.

Uno de los objetivos más importantes del Instituto es mejorar y asegurar la calidad de todas sus actividades de investigación, enseñanza y asistencia en el ámbito de las enfermedades respiratorias realizando acciones tendientes a la restauración y rehabilitación de la salud en pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y terapéutica.

La institución tiene la obligación de cumplir con la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, cuyo fin es fomentar la investigación, la enseñanza y la asistencia respetando las leyes que versan sobre la atención a la salud, las Normas Oficiales Mexicanas sobre la materia, el Código de Ética tanto médico como de enfermería y de todos los servidores públicos. Es por ello, que se desarrolló gráficamente la alineación de la institución a la normativa nacional e internacional (Figura 1).

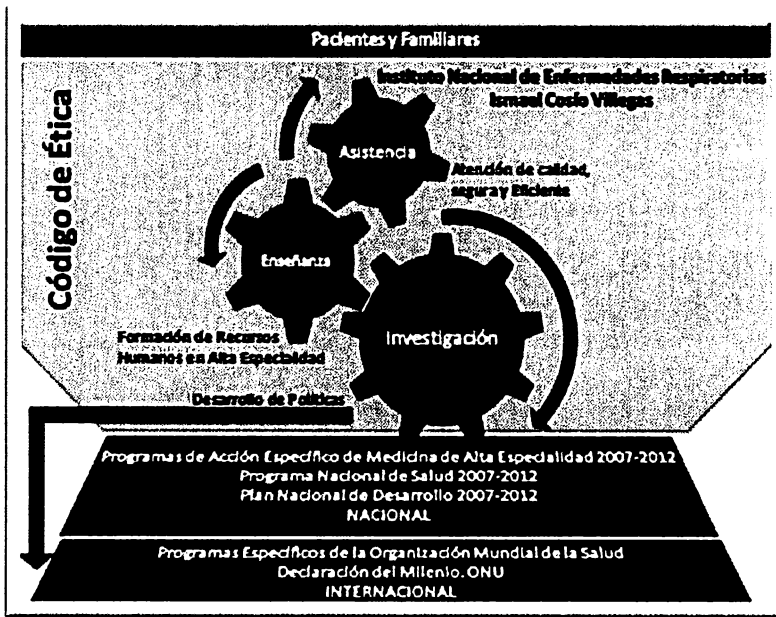


Figura 1

Alineación Institucional a la normativa nacional e internacional.

Es importante responder de manera adecuada a las necesidades y expectativas de los usuarios al ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes que promuevan y garanticen servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo.

La justificación de este trabajo, estriba precisamente en ofrecer a la población un hospital certificado, con servicios de salud seguros y eficientes. En el presente capítulo, se documenta el diseño, ejecución, evaluación, seguimiento y consolidación del plan estratégico, se describen las actividades que se llevaron a cabo para lograr la meta. El objetivo era muy claro y específico, obtener la certificación, ofrecer a los pacientes y colaboradores servicios seguros y eficientes.

3.2 Calidad y Seguridad del Paciente en el Instituto.

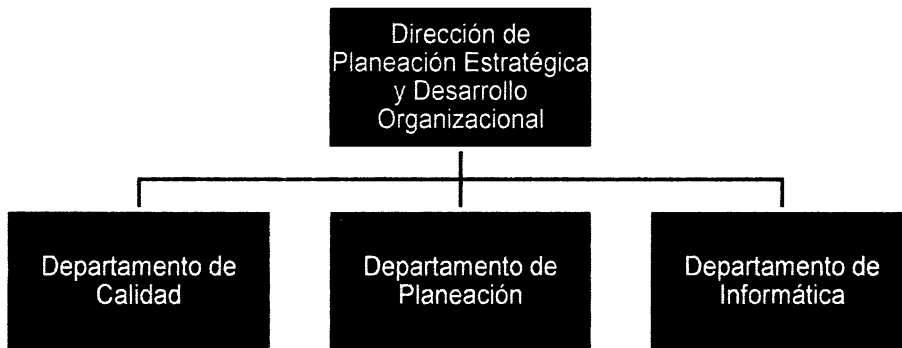
Los primeros acercamientos del Instituto con la calidad se dieron en 1990, con la elaboración y aplicación de encuestas de satisfacción a usuarios y prestadores de servicios en las áreas de atención al público (consulta externa, urgencias, laboratorio clínico y hospitalización), buscando con ello elevar la calidad del servicio a través de la percepción de la atención médica otorgada.

A partir de la Cruzada por la Calidad implementada por el Gobierno Federal, El Instituto tomó la decisión de crear el Departamento de Calidad Integral de los Servicios en abril del 2004, dependiendo en un inicio, de la Dirección General como departamento staff.

Al elaborar la Planeación Estratégica del Instituto, se localizó ubicado el Departamento de Calidad en la Dirección de Enseñanza. Revisando las actividades y funciones, se encontró que dicho departamento, no era concordante con el área a la que estaba adscrita. Después de un análisis, se presentó al director general la propuesta de readscripción del mencionado departamento a la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional. La propuesta fue aceptada.

A partir de noviembre de 2008, la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional, fue la responsable, con la incorporación del Departamento de Calidad a dicha dirección, de coordinar los trabajos para la obtención de la certificación hospitalaria.

Con la autorización del cambio, se adecuaron los manuales de organización y procedimientos. Asimismo el organigrama se modificó para quedar:



Y el objetivo cambió, para quedar:

✦ **Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional**

Dirigir y evaluar el desarrollo organizacional, la vinculación entre las áreas y los procesos *a fin de promover acciones de mejora continua en las áreas de investigación, enseñanza, atención médica y administración* así como administrar la infraestructura de cómputo, telecomunicaciones, tecnologías y sistemas informáticos; con la finalidad de generar información confiable para la toma de decisiones y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Asimismo se adicionaron funciones para quedar:

Funciones:

- ✦ Coordinar, supervisar y evaluar las actividades de las áreas de Planeación, Informática y Calidad, para asegurar su adecuado funcionamiento y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- ✿ Proponer al Director General las medidas técnicas y administrativas que estime convenientes para la mejor organización y funcionamiento institucional, así como para la eficiente ejecución de la modernización administrativa, aprovechamiento de las tecnologías de información e implementación de un sistema de mejora continua de la calidad, mediante la identificación de áreas de oportunidad; que coadyuven al buen desempeño institucional.

- ✿ *Analizar información estratégica sobre el desempeño institucional y la satisfacción de los usuarios con el objeto de establecer directrices de desarrollo institucional a largo plazo con un modelo de calidad integral, además de proponer recomendaciones tendientes a incrementar los niveles de calidad y productividad, a fin de racionalizar y simplificar los sistemas y procedimientos y con esto coadyuvar al buen funcionamiento de la Institución.*

- ✿ Dirigir planes que permitan el desarrollo de asistencia, la docencia y la investigación, traduciéndose en una mejor y mayor atención de pacientes, así como coordinar los planes estratégicos de tecnologías de la información y proponiendo tecnología de punta en las áreas de diagnóstico, para brindar servicios de la más alta calidad, coadyuvando a una eficiente gestión de la Dirección General.

Para fines de este trabajo, es relevante describir el objetivo y las funciones del departamento de calidad.

Departamento de Calidad

Objetivo:

Fortalecer y mejorar continuamente los procesos clínicos y administrativos mediante la implementación de acciones específicas enfocadas en la seguridad del paciente,

apoyados en la gestión de riesgos, análisis y monitoreo de información estadística e indicadores de proceso, control y de mejora.

Funciones:



- ✿ Desarrollar e implementar estrategias de seguridad del paciente a través de la aplicación de medidas basadas en evidencia con el objetivo de disminuir la aparición de riesgos en la atención médica del Instituto.
- ✿ Recabar, analizar y agrupar los comentarios y opiniones de los usuarios de los servicios por medio de la aplicación de encuestas de satisfacción, con el objetivo de establecer acciones que incrementen la satisfacción de los pacientes y sus familiares.
- ✿ Evaluar los procesos de atención médica en sitio y en los expedientes clínicos a través de recorridos de auditorías internas con el objetivo de identificar áreas de oportunidad que puedan ser implementadas en el Instituto.
- ✿ Coordinar los proyectos de acreditación y certificación del Instituto referentes a la calidad y seguridad de los pacientes, con el objetivo de mejorar los procesos y distinguir a la Institución con el cumplimiento de estos estándares nacionales e internacionales como parte del compromiso con la sociedad y nuestros usuarios.
- ✿ Ejecutar y dar seguimiento a los programas nacionales de calidad y seguridad del paciente con el fin de dar cumplimiento a los compromisos del Instituto con las dependencias federales en materia de salud.

Con la incorporación de dicho departamento a la Dirección de Planeación, se cerraba el círculo virtuoso para poder ejecutar la estrategia.

Dentro de las mejores prácticas, se encuentra la Certificación Hospitalaria. Dicha certificación tiene como objetivo coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios y de la seguridad que se brinda a los pacientes, permite mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar la posición en el entorno.

El Instituto se certificó por primera vez en el año 2002 y fue recertificado en el 2004 por un periodo de tres años, es decir dicha certificación tuvo una vigencia hasta el año 2007. A partir del 2007, se realizaron esfuerzos que no obtuvieron frutos y es hasta que la suscrita retoma las actividades y se genera la estrategia para lograr la certificación.

Para lograr la certificación, el trabajo se organizó a través de comisiones internas de auditores para la revisión de estándares, semana tras semana se realizaron reuniones para la detección de necesidades, se formularon acuerdos, se planearon y desarrollaron actividades que llevaron al objetivo trazado: obtener la Certificación Hospitalaria, misma que se consolida en septiembre del año 2009.

Las ventajas de estar certificado por el Consejo de Salubridad General (2015) son:

- Se demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención médica, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando la referente a finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Existe evidencia del compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Refuerza la imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares y a la ciudadanía, que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.

- Prueba que el Hospital es competitivo internacionalmente.
- Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación (médicos residentes).
- Podrá incorporarse o seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

3.3 Fases del Plan Estratégico

La Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional, responsable de definir, con la aportación de las demás direcciones, las necesidades actuales y futuras del Instituto, se encarga de la evaluación y control del proceso administrativo, contribuye activamente en el establecimiento de metas. Cuenta con áreas que permiten proyectar, en base a la evaluación de indicadores de atención y gestión, estrategias que viabilicen la incorporación de modelos de gestión de calidad y alta competitividad.

El Departamento de Calidad quien, en conjunto con los líderes del Instituto y bajo la supervisión y coordinación de la Dirección de Planeación, promueve la implementación de estándares internacionales y mejores prácticas con el propósito de mantener la calidad en la Atención Médica y Seguridad del Paciente.

Para el logro de objetivos trazados, se requirió de una estricta planificación y seguimiento de las actividades, a fin de alcanzar resultados tangibles. La implantación fue conducida y basada en proyectos de equipos supervisados por la alta dirección del Instituto a través del Subcomité de Recertificación, dependiente del Comité de Calidad.

Asimismo para que las estrategias dirigidas a incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica fueran efectivas, estas se aplicaron en forma

constante y en congruencia con una metodología preestablecida conforme al desarrollo sistemático de los procesos que las componen.

El ciclo de mejora de Deming, fue la metodología que sirvió de plataforma para obtener los resultados esperados. Planificar, Hacer, Verificar y Actuar son la base del trabajo desarrollado. (Figura 2)

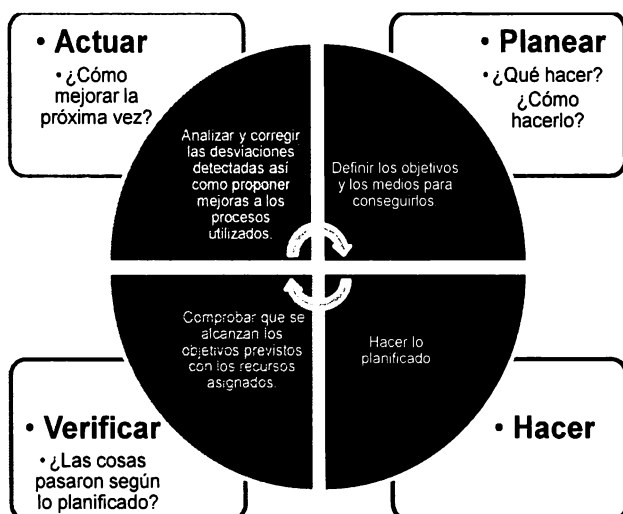


Figura 2

Ciclo de mejora de Deming (1989)

3.3.1 Fase 1, Diagnóstico Situacional

Se inició con un panorama general de El Instituto, es decir con la realización de un diagnóstico situacional.

Dicho diagnóstico se llevó a cabo a través de un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA). Las debilidades y fortalezas son de carácter interno y

dependientes de la organización mientras que las amenazas y oportunidades provienen de factores externos.

Sus principales objetivos consisten en:

- Determinar las Debilidades y buscar métodos para eliminarlas.
- Valorar las Amenazas e intentar minimizar su impacto.
- Conocer las propias Fortalezas y buscar la mejor manera de explotarla.
- Estudiar las Oportunidades y desarrollar estrategias que permitan aprovecharlas.

A continuación se presenta el análisis que se realizó de El Instituto:

Tabla 2

Análisis FODA

AMBIENTE INTERNO	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
F1. Hospital de Alta especialidad con personal capacitado.	D1. Poca información al paciente para la toma de decisiones informadas
F2. Personal con experiencia en Planeación de Desarrollo Gerencial	D2. Poco conocimientos de las líneas de mando institucional
F3. Grupos de trabajo integrados y actitud proactiva para el desarrollo de actividades.	D3. Áreas de atención y administración no aptas para la organización de los servicios.
F4. Entorno sensibilizado a los procesos de certificación.	D4. Desconocimiento de la normatividad en materia sanitaria
F5. Sistema de Administración en evolución.	D5. Escaso control en las actividades derivadas de los procesos
F6. Comités multidisciplinarios que permiten la coordinación entre áreas	D6. Procesos con escasa comunicación entre las áreas.
F7. Datos estadísticos que permiten tomar decisiones fundamentadas.	D7. Sistema de notificación de infecciones, incidentes, eventos adversos, nulos.

Tabla 2, continuación

AMBIENTE EXTERNO	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>O1. Establecer liderazgo de "El Instituto" como centro comprometido con la Calidad y Seguridad del Paciente.</p> <p>O2. Lanzamiento Nacional del programa de Cirugía Segura para su implementación.</p> <p>O3. Obtención de fuentes externas de financiamiento a través de los programas de incentivos por parte de la Subsecretaría de Innovación y Calidad para promover la calidad dentro de las Organizaciones de Salud.</p> <p>O4. Programa de estímulos de desempeño para el personal de salud en el cual se califica la capacitación y las acciones sobre el plan de calidad institucional.</p> <p>O5. Establecer y difundir políticas que se apliquen en procesos operativos y toma de decisiones en la Institución, con la finalidad de promover una cultura de seguridad en la población trabajadora, que contribuya a la generación de compromiso institucional.</p> <p>O6. Apoyo de la alta Gerencia para el desarrollo de un sistema de Gestión de la Calidad.</p>	<p>A1. Aumento de la normatividad en materia sanitaria a cumplir por las organizaciones.</p> <p>A2. Proceso de Certificación en rápida evolución con estándares de calidad y seguridad del paciente cada vez más altos, que requieren del trabajo planeado, programado y coordinado entre las distintas áreas.</p> <p>A3. Retos internacionales por la seguridad del paciente que son prioridad para las globalizadoras y requisitos para el ingreso al Sistema de Protección Social en Salud</p> <p>A4. Incremento de la demanda en atención de padecimientos respiratorios de alta especialidad, lo cual aumenta la carga asistencial y requiere de procesos eficientes para responder al medio.</p> <p>A5. Presupuesto insuficiente, o bien, recorte presupuestal que imposibilita la obtención de recursos o contratación de personal.</p> <p>A6. Síndrome de la rana hervida, es decir, si cambiamos el entorno de manera abrupta solo conseguiremos que huyan, sin embargo si la difusión es paulatina, convenciendo al medio podremos llevar a cabo una adecuada evolución.</p> <p>A7. Mayor acceso a información por parte de los pacientes que genera litigios y quejas.</p>

A partir de dicho análisis, se establecieron los objetivos a los que había que dirigir el trabajo. Se consolidó a través del Subcomité de Recertificación, el cual fue presidido por el Director General y la secretaría ejecutiva estuvo coordinada por la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional.

Asimismo, los objetivos se enfocaron a resolver los criterios de evaluación del Consejo de Salubridad General, en específico del capítulo de estructura y del capítulo de procesos y resultados.

3.3.2 Fase 2, Organización del Subcomité y funciones.

El Subcomité, como se comentó líneas arriba, fue presidido por el Director General como máximo líder institucional.

Un problema de tipo estratégico, como el que se enfrentó, hacía indispensable la participación de más de una disciplina. La intervención requirió tanto del análisis de tipo sistémico, como de un enfoque de procesos. Los miembros de dicho Subcomité fueron seleccionados por la importancia de las atribuciones y funciones que sus puestos les daban, es decir, era indispensable contar con el director médico, con la jefe de enfermeras, con el director de enseñanza, de administración, el jefe de residentes y varios directivos adicionales (laboratorio, comité de infecciones nosocomiales, etc).

Se presentó el plan de trabajo pensado para desarrollarlo por un conjunto de evaluadores internos, se formaron cinco grupos integrados por cuatro o cinco personas cada uno, con un líder responsable de su coordinación. Se puso especial énfasis en las debilidades del Instituto y se aprovecharon las fortalezas y oportunidades.

Se asignaron áreas a revisar, todos los equipos auditaron estructura, procesos y resultados en las funciones de atención del paciente, procesos y resultados en funciones de apoyo a la atención, procesos y resultados en el sistema de información. Se abarcó todo el Instituto para quedar de la siguiente manera:

1. **Equipo de trabajo A**, Urgencias, Servicio Clínico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Departamento de Alimentación.
2. **Equipo de trabajo B**, Medicina crítica, Servicio Clínico de Neumología y Servicio Clínico Tuberculosis.
3. **Equipo de trabajo C**, Central de Equipos y Esterilización, Laboratorio Clínico, Imagenología y Farmacia
4. **Equipo de trabajo D**, Consulta externa, Cirugía, Servicio Clínico de Pediatría.
5. **Equipo de trabajo E**, Servicio Clínico de Cáncer Pulmonar, Servicio Clínico de Infectología y Servicio Clínico de Otorrinolaringología

Asimismo existió una auditora responsable de los Comités Institucionales (Comité de Infecciones Nosocomiales, Morbimortalidad, Protección Civil, Seguridad e Higiene, Expediente Clínico y Calidad y Seguridad del Paciente).

Langley, Moen, Nolan, Nolan, Norman y Provost (2009), mencionan que los métodos de mejora de la calidad, los cambios en los sistemas y procesos para optimizar los resultados, están basados en equipos de prestadores de atención y otros trabajadores de la salud, los cuáles:

Se enfocan en las necesidades de los usuarios.

Analizan sistemas y procesos.

Empoderan a los equipos para realizar cambios.

Se guían por datos para medir los resultados.

Los equipos de trabajo debían reportar al Departamento de Calidad las observaciones realizadas en las auditorías a cada servicio clínico (Anexo 1); dichas observaciones se presentaban en el seno del Subcomité para análisis y encontrar la mejor solución colegida (Anexo 2).

A través de las reuniones, de las minutas levantadas y de los compromisos establecidos se daba seguimiento a los acuerdos. Al responsable del servicio del cual se estaba realizando el análisis y solución a los problemas, se le enviaba un memorándum firmado por la secretaria ejecutiva y del cual tenía la obligación de darle atención pues el seguimiento formaba parte de las actividades del Subcomité.

El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones de Donabedian (1974) estructura, proceso y resultado, es una contribución importante pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados pueden ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.

3.3.3 Fase 3, Concordancia de los Estándares con los documentos a revisión.

Una forma de abatir las diferencias en las capacidades individuales del personal, son los procedimientos. Existía la necesidad de adecuar los instrumentos para describir de manera específica y secuencial cada una de las actividades más relevantes del proceso de atención con seguridad a los pacientes. La elaboración de un procedimiento en sí mismo, puede disminuir la brecha entre quienes tienen más conocimiento técnico y entre los que están en proceso de formación.

La complejidad del procedimiento puede variar de acuerdo al tipo de servicio que se proporciona, sin embargo siempre es de gran utilidad contar con manuales que describan de manera clara la actuación de cada profesional de la salud en el momento oportuno.

Derivado de lo anterior, se actualizaron y sancionaron manuales de organización y procedimientos para cumplir con la certificación hospitalaria y de acuerdo a los lineamientos del Consejo de Salubridad General.

Fueron sancionados 33 manuales de organización, 26 de procedimientos y 7 de comités, entre los que se destaca el Estatuto Orgánico del Instituto y el reglamento interno de consulta externa.

Adicionalmente se realizó la modificación del Manual de Organización del Instituto, ya que fueron actualizados los objetivos y funciones de la dirección de enseñanza y de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional. Así mismo se actualizaron y sancionaron 69 formatos para cumplir con los criterios de evaluación del Consejo de Salubridad General.

3.3.4 Fase 4, Estrategia de Capacitación.

Con el objetivo de generar una mayor conciencia acerca del trabajo realizado dentro del Instituto, la oficina de capacitación adecuó el Código de Ética de los trabajadores, así como los derechos de los pacientes, de los médicos y las enfermeras.

Durante una semana, personal del Departamento de Calidad, Capacitación y Enfermería llevaron a cabo el "Taller de Evaluación Integral y de Calidad para la Atención en Salud" dentro de las instalaciones y en horarios de trabajo dando como resultado un total 635 trabajadores capacitados. Dicho trabajo estuvo coordinado por la suscrita.

Los objetivos de la capacitación fueron que todos los involucrados en el proceso de atención de los pacientes, conocieran la misión y visión del Instituto, así como el Código de Ética y los derechos de los pacientes, enfermeras y médicos.

Adicionalmente se capacitó en manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI), manejo de derrames y contingencias, uso de extintores, códigos de seguridad, lavado de manos, de la cual se realizó toda una estrategia por la pandemia de Influenza AH1N1, inducción al personal de nuevo ingreso, metas internacionales de seguridad del paciente y reanimación cardiopulmonar (RCP) a grupos específicos y según los criterios (Anexo 3).

Se desarrollaron guías de práctica clínica, que según el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2015) son un elemento de rectoría en la atención médica, cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y efectividad de la atención médica. La estrategia consistió en diseñarlas (a través de un grupo de expertos), desarrollarlas e instalarlas en las computadoras de los servicios clínicos, urgencias, terapia intensiva, etc. La capacitación de dichas guías a los médicos fue parte de los acuerdos del Subcomité de Recertificación y estuvo coordinada por la dirección de enseñanza.

3.3.5 Fase 5, resultados del Subcomité de Certificación

En relación con la epidemia de influenza A (H1N1), entre enero 2009 y agosto de 2010 la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, registro 231,960 casos sospechosos del virus A (H1N1), de los cuales fueron confirmados 72,731 casos. Las primeras defunciones provocadas por este virus se presentaron en las unidades de terapia intensiva y, en algunos casos, en los propios hogares, con mayor concentración en la semana epidemiológica 17 y entre las semanas 36 y 50 de 2009, para comenzar a desaparecer a partir de la semana 15 de 2010.(Organización Panamericana de la Salud, 2012).

A partir de la contingencia decretada en abril por el virus de Influenza AH1N1, la certificación fue pospuesta por el Consejo de Salubridad General, lo cual lejos de

perjudicar al Instituto permitió una mayor integración de equipos, un trabajo más eficiente y un cumplimiento de estándares por la seguridad del paciente y para la protección del personal mucho más estricto, dando la oportunidad de estar sensibilizados ante una auditoría externa.

Semana tras semana se realizaron reuniones para identificar las necesidades y formular acuerdos que consolidaran el objetivo planteado. A través de diagramas de árbol, los cuáles permitieron sistemáticamente obtener una visión integral y detallada de los medios necesarios para alcanzar la meta o resolver un problema; se descompuso la gran meta general en actividades específicas asignadas a los grupos. Los beneficios de dicha herramienta estratégica son:

- Descompone cualquier objetivo y meta general en objetivos concretos.
- Clarifica las estrategias para el logro de los objetivos.
- Determina actividades más detalladas.
- Expresa de manera gráfica el orden de las ideas.

El mecanismo y secuencia de su elaboración comprende las siguientes fases:

1. Enunciar el objetivo en el extremo izquierdo (¿Qué queremos hacer?).
2. Subdivide el objetivo principal en áreas o actores involucrados (¿Quiénes lo van a hacer?).
3. Divide las estrategias de cada área. Se debe continuar subdividiendo las estrategias en actividades hasta agotar la meta (Cómo-cómo).
4. Confirma que están descritas todas las subactividades necesarias para alcanzar el objetivo principal.

Así fue como después de 19 reuniones, se generaron 184 acuerdos solventando el 90.8% de ellos (Figura 3).

Proceso de Certificación 2008		
Inicio:	7. Nov. 2008	
Finalizo:	27. Jul. 2009	
Días:	269 Días	
Reuniones:	19 Reuniones	
Resumen de actividades		
	N. Absoluto	Porcentaje
Total	184	100.0
Concluidos	167	90.8
Pendientes	14	7.6
Pospuestos	3	1.6

Figura 3

Resumen de actividades, Proceso de Certificación.

3.3.6 Fase 6, Estrategia de Comunicación y Difusión

La estrategia consistió en la concepción, diseño y difusión de la campaña de recertificación. El concepto de dicha campaña se desarrolló a través de una empresa privada, la difusión estuvo a cargo de la suscrita a través de lonas, carteles, correos electrónicos, botones, etc.

La institución, inició la difusión con todo el personal para sensibilización. El discurso de apertura se presentó ante un auditorio de 300 personas; en dicho discurso se les mencionó la importancia de la certificación y los beneficios de ella, se hacía hincapié en que el objetivo de la certificación era mejorar las condiciones de salud, reducir las desigualdades y brindar una atención de calidad, con calidez y seguridad para el paciente.



El lema de la certificación fue:

**“Demostremos que lo que
hacemos, lo hacemos bien”.**

(Figura 4)



El mismo discurso, fue presentado por los líderes a todos los turnos (mañana, tarde, noches y fines de semana). Con el objeto de que el personal se identificara con el proceso que estaba por venir, se desarrollaron frases de sensibilización:

- El éxito de una evaluación y, por ende, el logro de la certificación depende del esfuerzo de todos los integrantes de la organización y no del trabajo de unos cuantos;

Figura 4

Cartel de Difusión.

- Estos procesos evalúan el funcionamiento colectivo y no el de unos cuantos. Es por esto que es indispensable el compromiso de todos;

- No es exagerado afirmar que, en un futuro ya próximo, los estándares de calidad mínimos, es decir, la certificación, sean los factores que determinen los subsidios públicos anuales, traducidos en el apoyo decidido de los gobiernos a las instituciones certificadas, o bien, la eventual reestructuración;
- Recursos que llegarán al Instituto, del Seguro Popular.

A través de correos electrónicos al personal, fueron preparadas frases para ir sensibilizando al proceso que estaba por venir. Se presentan a continuación:

21 de julio de 2009

Con el fin de Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las desigualdades, hace 10 años, el Consejo de Salubridad General inició el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Hospitales. El Instituto fue certificado en 2004 ahora, vamos por la Recertificación.

Este 28, 29 y 30 y 31 de julio... Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

22 de julio de 2009

En un mundo globalizado es necesario cambiar de actitud para lograr nuestros objetivos. Trabajar comprometidos con la calidad es ser competente y competir con los demás establecimientos de salud por el beneficio de la población México.

Este 28,29, 30 y 31 de julio Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

23 de julio de 2009

El Trabajo realizado con fines de certificación, se ha convertido en un proceso formativo para todas las áreas, y nos ha permitido establecer y aplicar mecanismos para identificar áreas de oportunidad, solventar deficiencias e incrementar nuestra capacidad resolutive. Este 28,29, 30 y 31 de julio Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

24 de julio de 2009

La Certificación garantiza que El Instituto está comprometido con sus pacientes para brindarles una mejor atención y disminuir los riesgos.

Este 28,29, 30 y 31 de julio ... Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

25 de julio de 2009

Para ofrecer servicios de salud con calidad nuestros procesos deben unificarse. El trabajo realizado en los últimos meses ha permitido reestructurar y fortalecer nuestros procesos de atención, ahora el Consejo de Salubridad General validará nuestro esfuerzo durante la Certificación.

Este 28,29, 30 y 31 de julio ... Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

26 de julio de 2009

La certificación es el proceso mediante el cual se valida que el trabajo que realizamos se apega a las normas. Es la forma de reafirmar la confianza en nosotros y generar tranquilidad en nuestros pacientes.

Este 28,29, 30 y 31 de julio... Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

27 de julio de 2009

La Certificación ha sido contemplada, por la Secretaría de Salud, como un requisito fundamental para otorgar subsidios, apoyos e incluso, para la elaboración de convenios de subrogación de servicios con instituciones públicas y privadas.

Este 28,29, 30 y 31 de julio Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

28 de julio de 2009

Inicia la Evaluación para obtener la Recertificación, desde hoy auditores del Consejo de Salubridad General te visitarán para validar nuestro compromiso, esfuerzo y trabajo.

HOY... Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

29 de julio de 2009

Con la certificación El Instituto contribuye al desarrollo social del país al confirmar que presta servicios de salud cálidos, eficientes y seguros para sus pacientes.

HOY... Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

30 de julio de 2009

La certificación es una pieza clave para garantizar el funcionamiento eficiente de los sistemas de salud, "El Instituto" necesita Tu compromiso. HOY... Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

31 de julio de 2009

Porque México y Tú se merecen un Instituto de calidad, trabajamos por la Certificación

HOY... Demuestra que lo que hacemos, lo hacemos bien!!!

Asimismo, al personal se le entregaron gafetes con información institucional sobre la misión, visión y valores, derechos de los pacientes, familiares y enfermeras, información general sobre la correcta separación de residuos peligrosos biológico infecciosos, rutas de evacuación, etc. En el recibo de pago se estampó la leyenda “Del 28 al 31 de julio tenemos un compromiso con la Recertificación”.

3.3.7 Fase 7, Auditoria y Resultado

Del 28 al 31 de julio del 2009, se llevó a cabo el tercer proceso de certificación del Instituto por parte de 4 Auditores del Consejo de Salubridad General. Durante 4 días se evaluaron 35 servicios sustantivos y de apoyo, 6 Comités, las 5 Direcciones de área y la Dirección General.

El proceso de evaluación incluyó aspectos referentes a la estructura del Instituto pero también a su funcionamiento. En todo momento los auditores recordaron que la esencia de la certificación reside en garantizar que el establecimiento proporcione una atención segura para el paciente, para lo cual verificaron que las actividades que se llevan a cabo en dicha atención, se realizan de acuerdo a los principios éticos, científicos y de calidad que nos rigen, reforzando la confianza del paciente hacia el Instituto.

El esfuerzo constante de todos los trabajadores hizo posible que la certificación se llevará a cabo y el compromiso con el Instituto se hizo evidente durante los días de evaluación, se demostró que la razón de ser es el paciente, y su seguridad es prioridad para los que laboran en el Instituto.

A partir del reporte emitido por los auditores, la Comisión de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en el mes de septiembre llevó a cabo una reunión donde se decidió que el Instituto cumplía con los requisitos para ser Recertificado. El Consejo de Salubridad General extendió la Certificación con número

de folio 560 a partir del 29 de septiembre de 2009 y hasta el 29 de septiembre de 2012, a través del oficio CSG/DGAA/2375/2009 (Figura 5).

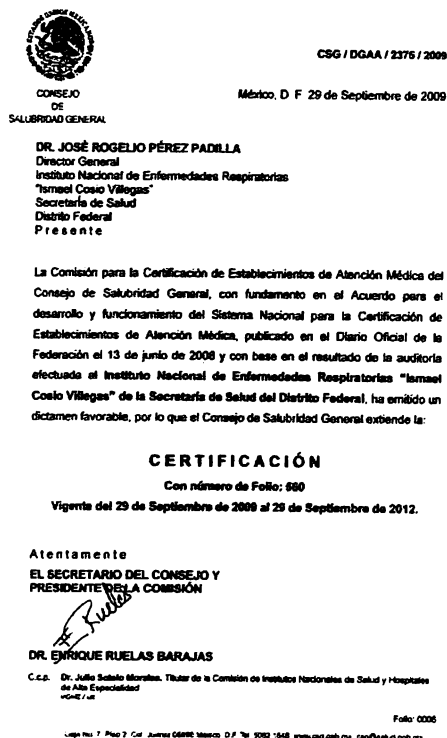


Figura 5

Dictamen de certificación

En la auditoría se evaluaron 207 criterios distribuidos en tres capítulos según sus funciones: Atención al paciente, apoyo a la atención y sistemas de información. Se evaluaron y calificaron los estándares obteniendo un total de criterios aplicables de 180. De los 2064 puntos aplicables a lograr, se obtuvieron 1462 puntos (Tabla 3).

Tabla 3

Resumen de puntos logrados para certificación

Calificación Final	
Puntos a lograr	2412
Puntos no aplicables	348
Puntos aplicables	2064
Puntos logrados	1462
Calificación final	70.83%
II. Atención al paciente	70.60%
III. Apoyo a la atención	69.50%
IV. Medición de indicadores	72.70%

Para estar cierta del comportamiento del Instituto, se realizó un análisis comparativo del proceso de auditoría de 2005 con el de 2009. En general se observó una tendencia global hacia la mejora de los procesos y resultados, sin embargo llama la atención una disminución de 8.3 puntos en el porcentaje de cumplimiento de estándares que comprometen la vida del paciente.

Los resultados fueron los siguientes:

Estructura: El Instituto contó con el 100% de los estándares ponderados como Indispensables (140), el 98.4% de los estándares Necesarios (64), y de los estándares considerados como Convenientes (61), se contó con el 95.3%. (Figura 6).

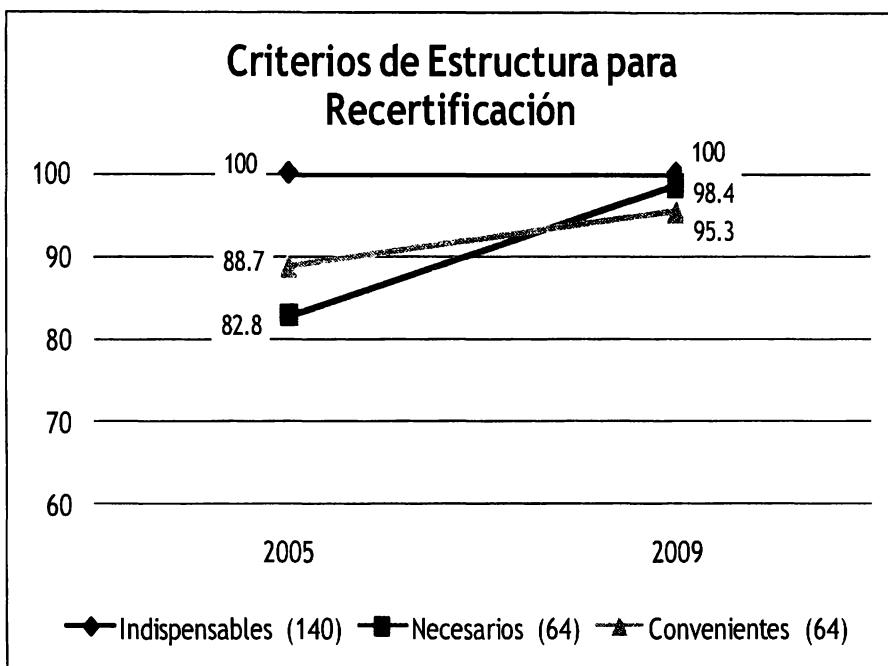


Figura 6

Resultados de los criterios de estructura

Procesos y resultados: Se evaluaron 207 criterios distribuidos en tres capítulos según sus funciones: Atención al paciente, apoyo a la atención y sistemas de información. Se evaluaron y calificaron los estándares obteniendo un total de criterios aplicables de 180. Logrando el 70.83% de los puntos aplicables. (Figuras 7 y 8).

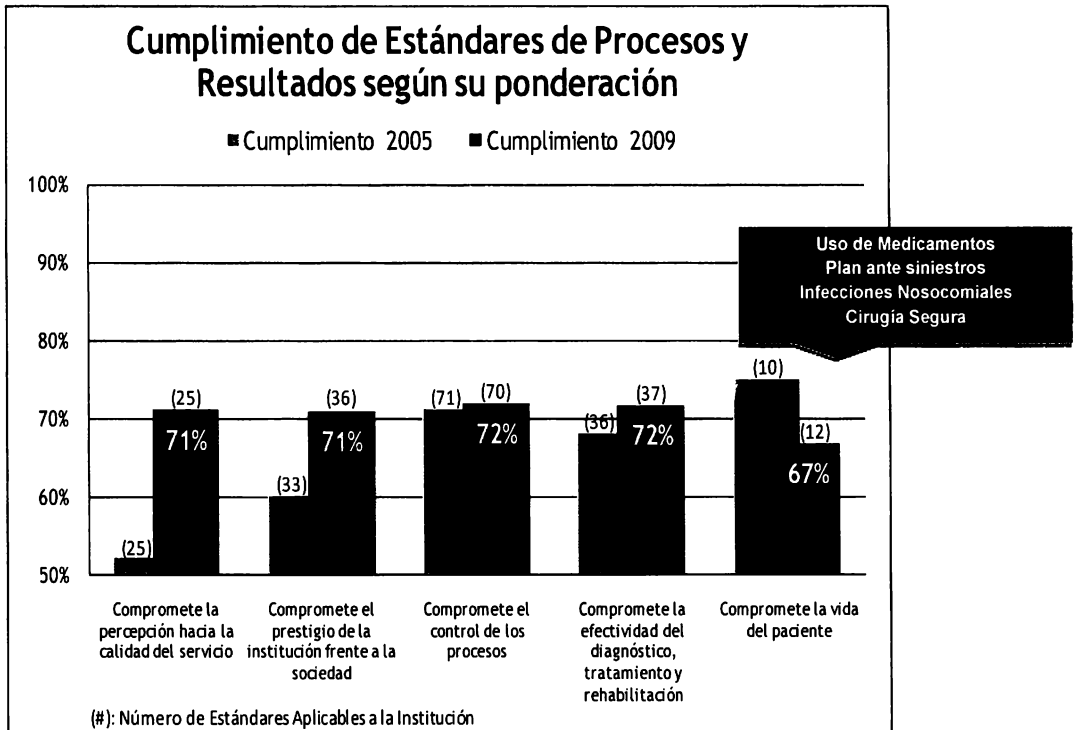


Figura 7

Cumplimiento de Estándares, procesos y resultados según su ponderación.

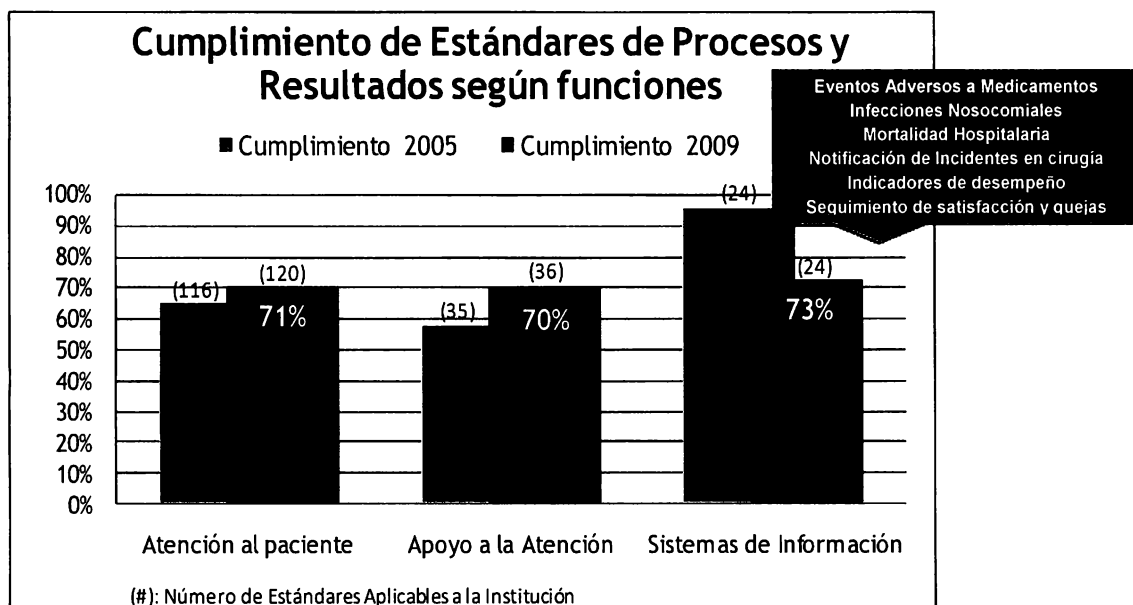


Figura 8.

Cumplimiento de Estándares, procesos y resultados según funciones.

Asimismo, el Consejo de Salubridad General, reconoció el proceso de mejora continua, otorgando una calificación de 4 a dos estándares:

Evaluación, monitoreo e implementación de acciones de mejora por parte del Comité de Expediente Clínico.

Proceso para garantizar un ambiente libre de humo por parte de la Clínica de Tabaquismo.

Con estas acciones, el Instituto logró la meta planteada. El problema estuvo resuelto. Fue un trabajo de equipo, con liderazgo y funciones claramente definidas.

Para finalizar el proceso de certificación, se difundió, a través del boletín interno la siguiente información:

Importancia de la certificación

- Refuerza la imagen del Instituto ante el personal, pacientes y público en general
- Seremos considerados, preferentemente, para la asignación de personal en formación
- Seguiremos prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud.
- Podremos mantener convenios con otras organizaciones de salud, públicas, privadas y del sector asegurador.

Con esta nueva certificación se demostró que:

- Otorgamos una atención de calidad y seguridad para los pacientes,
- Garantizamos la seguridad hospitalaria,
- Cumplimos con la normatividad vigente y con las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Estamos comprometidos con el paciente, su familia, el personal y la sociedad.

El papel del psicólogo queda demostrado en toda la concepción del proceso, se planeó y se instrumentó la estrategia a través de herramientas enfocadas a la calidad. Todo ello a partir del diagnóstico realizado y de las prioridades para cumplir con la certificación hospitalaria, anteponiendo siempre la seguridad y la restauración de la salud en los pacientes a través de los servicios proporcionados.

Se diseñaron y aplicaron estrategias de integración de equipos de trabajo con el fin de lograr una mejora en la organización impactando en la calidad de los servicios proporcionados, en la productividad y la seguridad del paciente. Se aplicaron procesos, técnicas y herramientas para la mejora continua.

IV. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

En este capítulo, se describen los resultados más relevantes de la intervención que tuvo lugar en El Instituto. Se presentan las acciones que permiten evidenciar que la que suscribe, a través de la estrategia desarrollada, logró cambios permanentes en la institución.

En el capítulo 3, se detallaron las fases de la intervención. Se describió el diseño, concepción, planeación, actuación, ejecución, auditoría y resultado de la misma. Se cumplió con el objetivo de lograr la certificación hospitalaria, la cual fue otorgada por una vigencia de tres años.

A partir del trabajo desarrollado, los resultados son tangibles en todas las áreas de atención a pacientes. El personal involucrado mejoró su actuación y seguridad con el paciente y por consecuencia repercutió en ellos.

A continuación, se describen las principales aportaciones permanentes que tuvieron lugar después de la intervención.

- **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)**

Una vez finalizada la auditoría por parte del Consejo de Salubridad General, la siguiente sesión del Comité de Calidad, (Subcomité de Recertificación), se transformó en Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. Dicho comité se conformó con el director general como el presidente, la directora de planeación estratégica y desarrollo organizacional como la secretaria técnica y el primer nivel de decisión de El Instituto.

El COCASEP de El Instituto fue estructurado siguiendo las instrucciones del programa SiCalidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud teniendo como

último fin garantizar el funcionamiento regular de un cuerpo colegiado que haga visible al usuario interno y externo el compromiso y la preocupación de El Instituto por brindar una atención de calidad y segura para el paciente.

El Comité de Calidad y Seguridad del paciente (COCASEP) es un comité técnico de carácter consultivo que de manera colegiada, analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente. Su integración y operación es responsabilidad de El Instituto y requiere el compromiso de la alta dirección para la coordinación de actividades entre las áreas, comités y/o comisiones.

Además de vincular calidad y seguridad del paciente, el COCASEP busca ser una estructura obligada para conducir la calidad en El Instituto como un espacio técnico consultivo, integrador de otros comités dedicados a la calidad, evitando la dispersión de esfuerzos y la atomización e incomunicación de las propuestas de mejora continua que se desarrolla en los hospitales.

Uno de los principios fundamentales para la gestión de los sistemas de calidad es el liderazgo que se refleja a través de establecer unidad de propósito, dirección y el ambiente interno dentro del organismo. A través del COCASEP se logró que los líderes institucionales se involucraran plenamente en el logro de los objetivos de la organización, con alto sentido de compromiso e involucramiento.

Se elaboró el manual de integración y funcionamiento de dicho Comité. Se sometió a votación y opera en El Instituto desde el 2009 (Anexo 4).

- **Política de Calidad.**

En El Instituto, no existía una política de calidad. Algo impensable si se está tratando de implementar un sistema de gestión de calidad.

Dicha política fue desarrollada por la titular del departamento de calidad y la suscrita, se autorizó por votación unánime en el seno del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. Se presenta el diagrama a continuación: Figura 9.



Figura 9
Política de Calidad

Dicha política, se fundamentó en otorgar atención médica enfocada en la mejora continua, a través de un entorno cultural coordinado y desarrollo de políticas que permitieran el desempeño de actividades médicas, técnicas y administrativas con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Se propuso que, con base en las actividades sustantivas de la institución, asistencia, investigación y enseñanza, se lograra este objetivo al actuar de manera coordinada y teniendo como centro al paciente.

- **Plan Maestro de Calidad y Seguridad del Paciente**

El plan manifiesta la voluntad de El Instituto por alcanzar una mejora en la calidad y seguridad de los servicios de asistencia. Esto no significa que el plan fuera exclusivo de

un departamento, se trata de un plan maestro que involucró a todas las áreas, pues incluyó estrategias generales dirigidas al logro de objetivos institucionales (Anexo 5).

El plan, se basó en las estrategias de la dirección general, las cuales se clasificaron de acuerdo a sus objetivos, como: mejorar la salud respiratoria de la población, promover la mejora continua de las actividades, generar innovadoras formas de trabajo, capacitar y desarrollar nuestra fuerza de trabajo y ser líder en la atención a patología respiratoria.

Se buscó un sistema integral de salud que enfrente nuevos retos sin que se ponga en riesgo a los pacientes, al personal de salud o a la institución. Las actividades sustantivas rodean todo el proceso de atención y el ciclo de mejora de Deming está presente, Figura 10.

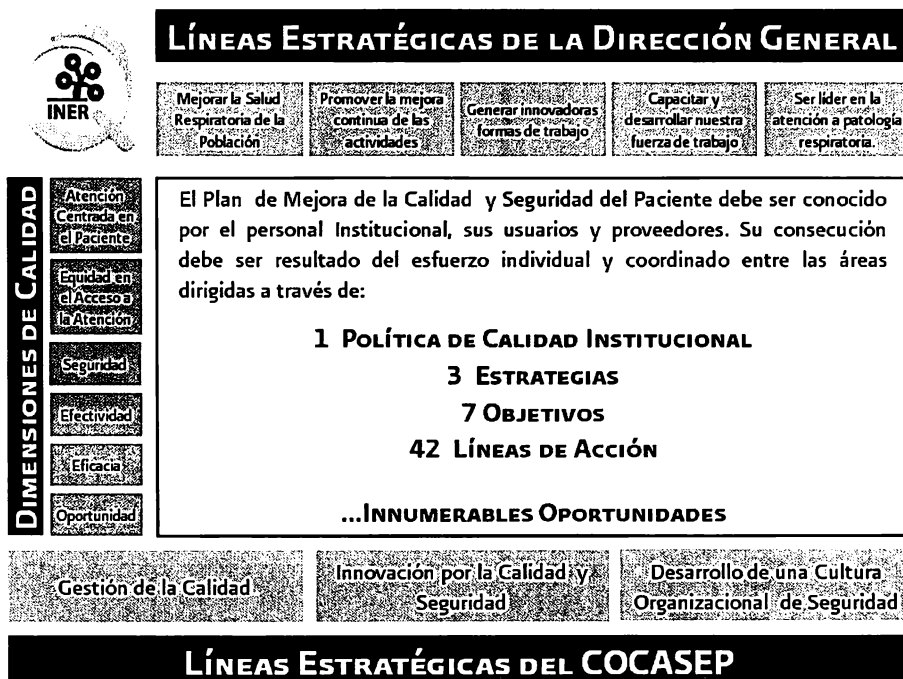


Figura 10

Plan Maestro de Calidad y Seguridad del Paciente, líneas estratégicas.

- **Aval Ciudadano**

En 2001 se lanzó en México la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos eran promover un trato digno para los usuarios de los servicios de salud, mejorar los aspectos técnicos de la atención y garantizar el abasto oportuno de medicamentos. La Cruzada también propuso recuperar la confianza de la población en las instituciones.

Fue así que se diseñó un mecanismo que faculta a ciertos grupos y organizaciones de la sociedad civil que gozan de prestigio y credibilidad para visitar las unidades de atención a la salud y avalar las acciones a favor del trato digno y la mejora de la calidad de la atención que en ellas se llevan a cabo. El llamado "aval ciudadano" puede además exigir resultados, dado el conocimiento que tiene de la realidad institucional, hacer recomendaciones factibles y, cuando procede, destacar los aspectos positivos del funcionamiento de las instituciones del sector salud (Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, Frenk, 2011).

La evaluación incluye 3 aspectos fundamentales: trato digno, difusión de resultados de calidad e integridad, comodidad y limpieza y; dentro de los mismos aspectos se sugieren las áreas de oportunidad, medidas de mejora y posteriormente, se establecen compromisos y fecha para su cumplimiento.

En El Instituto, el Aval Ciudadano se consolidó en ceremonia protocolaria en el mes de marzo del 2010. Después de su instauración, el papel fundamental que se logró con su participación, quedó evidente en las mediciones de la calidad que se llevaron a cabo en las áreas de consulta externa y urgencias. Se presentan las mediciones de los meses subsecuentes a su instauración en donde se puede evidenciar que la estrategia implementada dio frutos. Figuras 11 y 12.

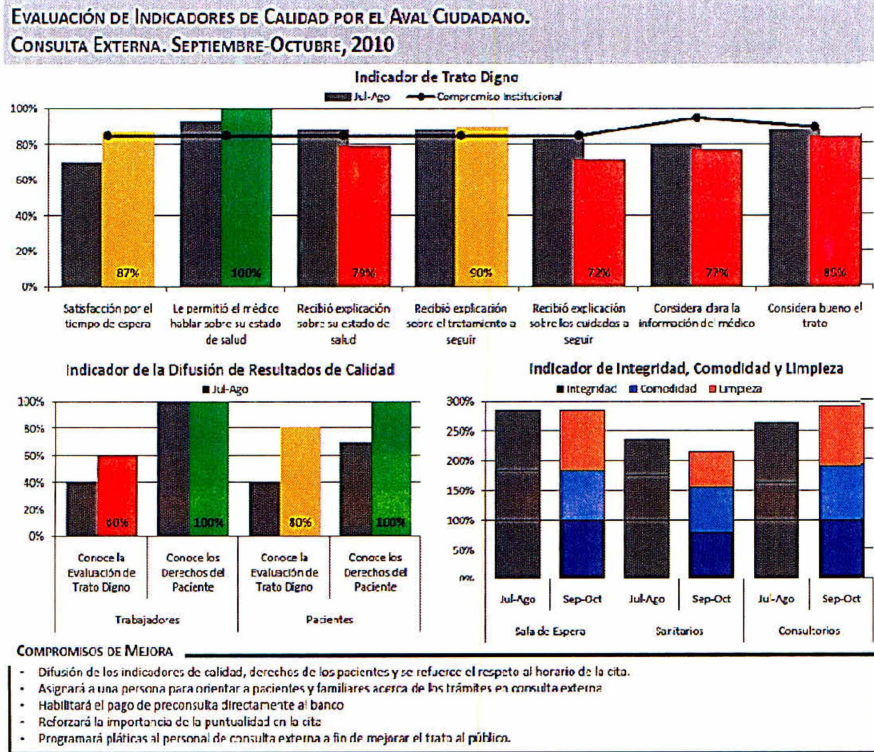


Figura 11
Indicadores de Calidad por el Aval Ciudadano en Consulta Externa, comparación de bimestres (julio-agosto, septiembre-octubre 2010).

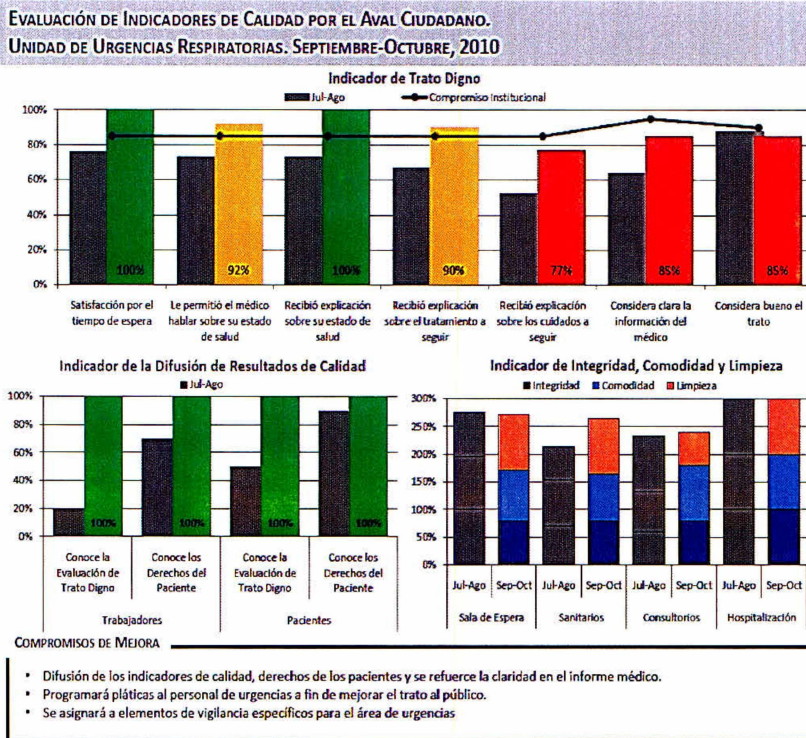


Figura 12

Indicadores de Calidad por el Aval Ciudadano en Urgencias, comparación de bimestres (julio-agosto, septiembre-octubre 2010).

Como se distingue, las mejoras en los servicios de consulta externa y urgencias fueron evidentes. La medición se llevó a cabo en los meses de julio y agosto y posteriormente en los meses de septiembre y octubre. Las gráficas muestran la mejora en ambas áreas. Se logró el cambio pues se verificaba que el desempeño del trabajo se mantuviera dentro de los márgenes fijados a través de encuestas periódicas, una vez que se contaba con los resultados, se realizaban grupos de trabajo con el jefe del área y se tomaban las medidas correctivas necesarias.

- Encuestas de Satisfacción

El análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción de la atención recibida), es una excelente fuente de información y de pulso de las instituciones de salud. También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad) (Donabedian, 1988).

Durante 2009, se realizó la aplicación de 3344 encuestas de satisfacción en las áreas de atención sustantivas de El Instituto (Laboratorios, Imagenología, Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, Urgencias y Medicina Crítica, Clínica de Trastornos Respiratorios del Dormir, Clínica para Dejar de Fumar). Se realizó el análisis estadístico y se elaboraron 18 informes de satisfacción cada trimestre (anexo 6). El promedio de calificación en cuanto a la satisfacción de expectativas de pacientes y familiares por Servicio de atención se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

Evaluación por parte de pacientes y familiares en cuanto al servicio proporcionado

Servicio de Atención	n=	Calificación
Laboratorio Clínico	710	8.9
Unidad de Urgencias Respiratorias	134	9.2
Consulta Externa de Neumología	492	8.8
Consulta Externa de Otorrinolaringología	196	8.9
Servicio Clínico de Enfermedades Intersticiales	200	9.1
Servicio Clínico de Tuberculosis	116	9.0
Servicio Clínico de Neumología Oncológica	144	9.0
Servicio Clínico de Neumología Clínica	142	9.1

Tabla 3, continuación

Servicio de Atención	n=	Calificación
Servicio de Atención	n=	Calificación
Servicio Clínico de EPOC	124	9.3
Servicio Clínico de Otorrinolaringología	166	9.2
Servicio Clínico de Neumopediatría	164	9.6
Cirugía Cardiorácica	94	8.9
Cirugía de Otorrinolaringología	152	9.2
Clínica para Dejar de Fumar	79	9.5
Clínica de Trastornos Respiratorios del Dormir	69	9.7
Imagenología	293	92%
Departamento de Medicina Crítica	69	97%

Además, ante la necesidad de homogeneizar el manejo de quejas, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones dentro de El Instituto a partir de la coordinación entre el Órgano Interno de Control, y la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional y las diversas áreas generadoras, se promovió un cambio de actitud en los trabajadores generando medidas de mejora que permitieran satisfacer las necesidades de los usuarios de una manera más eficiente. Para lograr lo anterior, se implementó un protocolo y se desarrolló un proceso de Manejo de Documentos de Atención Ciudadana, su aprobación se dio en el seno del COCASEP y dio inicio en 2010. (Anexo 7)

- **Acciones por la Seguridad del Paciente**

- a) Identificación del Paciente: Portabilidad del Brazalete

Con el objetivo de identificar, conocer y analizar las actividades, procesos y áreas de oportunidad en relación a la seguridad del paciente, durante los primeros meses del 2009, se evaluó la constancia en la portabilidad del brazalete de identificación.

En la primera medición del 5 de enero de 2009, el brazalete lo portaba solamente el 24% de los pacientes hospitalizados, se evaluaron las causas de dicha deficiencia, se

desarrolló una campaña para generar en el personal de salud conciencia acerca de la necesidad de que el paciente utilizará el brazalete, consiguiendo que una semana después el 40% de los pacientes lo portara, incrementándose en dos semanas al 97%. En marzo de 2009 se realizó la última medición. El 100% de los pacientes portaba el brazalete.

Para mayor seguridad de los pacientes, se desarrolló una política de Identificación y ésta fue:

“Todos los pacientes del INER deben contar con un brazalete de identificación colocado sobre su cuerpo. En el brazalete debe constar en forma legible al menos, el nombre completo, fecha de nacimiento, edad y género. No deberán hacerse pruebas diagnósticas, terapéuticas ni administrarse medicamentos o componentes sanguíneos a pacientes que no dispongan del brazalete.”

Después de la auditoría, se llevaron a cabo diversas mediciones durante los años 2010 y 2011, encontrando lo siguiente: Figura 13.

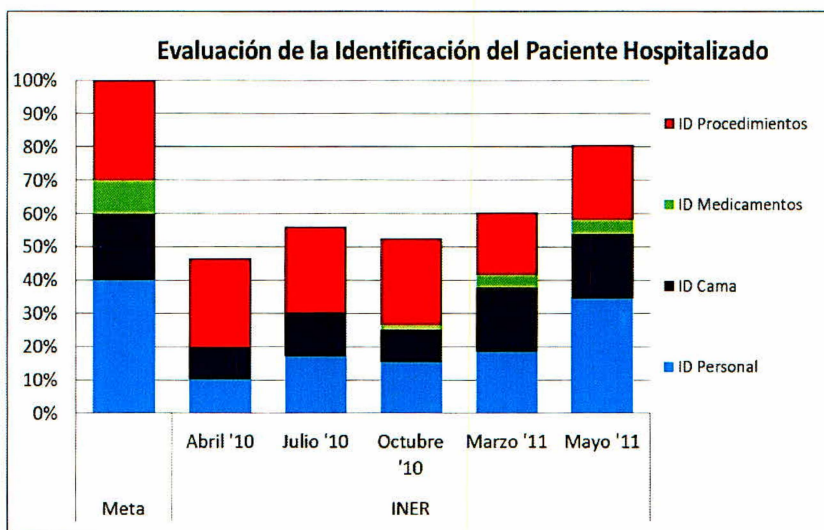


Figura 13.
Evaluación de la identificación del paciente hospitalizado.

A diferencia de la primera medición del 2009 en donde solo se evaluaba la portabilidad del brazalete y que éste fuera legible, en la imagen se puede observar que en el 2010 y 2011, se auditaba por el personal interno, varios rubros:

- Portación del brazalete de identificación, el nombre debía ser legible, con fecha de nacimiento, edad y género.
- Antes de realizar cualquier procedimiento al paciente (cualquiera que este fuera) debía de preguntársele su nombre y fecha de nacimiento por parte del personal de salud.
- Antes de proporcionar cualquier medicamento, el personal de salud debía preguntar al paciente nombre y fecha de nacimiento.
- El paciente debía tener identificada la cabecera de la cama con su nombre, fecha de nacimiento y alergias a medicamentos.

A partir de la política desarrollada, los pacientes contaban con mayores medidas de seguridad para su atención. Durante el año en el que se desarrolló la auditoría permanente, se pudieron apreciar logros en cuanto al identificador personal.

- b) Manejo de Medicamentos: Evaluación sobre el abasto de Medicamentos. Farmacia Hospitalaria y Comité de Farmacia y Terapéutica.

Mejorar el tratamiento con medicamentos es relevante para la calidad de la atención. Por un lado implica contar oportunamente con medicamentos eficaces y de calidad y por otro lado minimizar los eventos adversos causados por los mismos, para lo cual se requiere una vigilancia estrecha.

Para conocer el estatus sobre el abasto de medicamentos en El Instituto, se realizó un análisis a través de entrevista a los pacientes durante la encuesta de satisfacción. En dicha encuesta se les preguntó si el médico había solicitado algún insumo para su atención hospitalaria; por otro lado se cotejó la información proporcionada con los reportes de enfermería en cuanto al número de solicitudes de medicamentos rechazadas por la farmacia debido a inexistencias, encontrando:

- Al 54% de los pacientes se les solicitó la compra de algún insumo para su atención médica.
- El 50.6% de los insumos solicitados se encuentran en el catálogo de medicamentos institucional.
- En 1062 ocasiones fue imposible responder a la solicitud de abasto de insumos por parte del almacén de farmacia debido a inexistencias.
- El índice de desabasto promedio fue de 0.95 por paciente.

Se representa gráficamente en la siguiente imagen, ver Figura 14

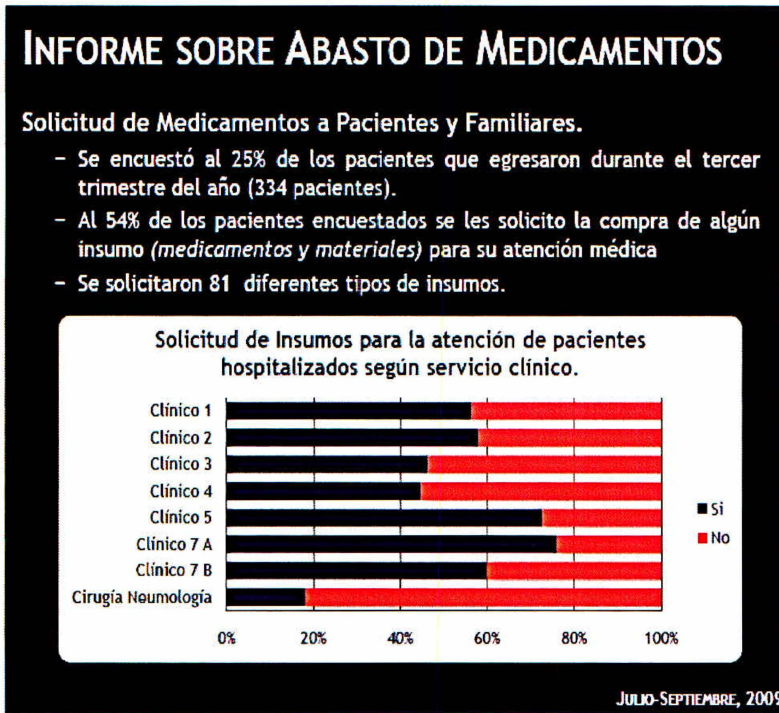


Figura 14
Abasto de medicamentos en El Instituto, período julio-septiembre 2009.

Este análisis concluyó que era necesario adoptar estrategias para eliminar la solicitud de medicamentos a los pacientes y sus familiares. Derivado de este análisis, y de los resultados de la auditoría de certificación en donde se consideró que un punto trascendental para la seguridad de los pacientes era la ministración adecuada de medicamentos, se desarrolló el proyecto de Farmacia Hospitalaria, el cual tuvo como objetivo asegurar la utilización racional y económica de los medicamentos dentro de El Instituto, para lo cual se propuso la necesidad de la figura del farmacéutico clínico quien desempeñaría el papel de atender las necesidades de los pacientes y coadyuvaría a El Instituto con la administración de recursos basados en evidencia mediante la gestión de medicamentos y materiales de consumo, la adquisición, almacenaje y distribución de medicamentos, la evaluación y control de la ministración, y reporte de uso y efectos adversos (Anexo 8).

Las diferencias entre la concepción de la farmacia hospitalaria y el modelo nacional de farmacia hospitalaria, se presentan a continuación, Tabla 4.

Tabla 4.

Diferencias entre farmacia tradicional y Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria.

Farmacia Tradicional	Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria
Encargado de farmacia	Equipo profesional farmacéutico hospitalario
Orientada hacia la distribución del medicamento	Orientada hacia la atención del paciente
Dependiente del proceso administrativo Compras Inventarios Planeación con base a históricos Despacho de medicamentos	Organizada por servicios farmacéuticos Atención Farmacéutica, Sistema de Distribución en Dosis Unitarias, Farmacotécnia, Centro de Información de Medicamentos, Unidad de Mezclas Intravenosas, Farmacocinética Clínica, Farmacovigilancia, Investigación y docencia..
Sujeta a procesos de planeación basada en diversos criterios médicos	Prescripción basada en políticas emitidas por el Comité de Farmacia y Terapéutica
Surtimiento por pabellón por cada 24 horas	Surtimiento por pacientes por cada 24 horas
El personal de enfermería realiza funciones administrativas de control de medicamentos desde su solicitud, almacén y administración a los pacientes.	Las enfermeras reciben medicamentos del Servicio de Farmacia y lo administran a los pacientes (tienen tiempo para la atención al paciente)
Los médicos tienen la responsabilidad de la prescripción de medicamentos a los pacientes	Los médicos se apoyan en el personal de farmacia para dar seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes, minimizando errores de medicación.

Con este Modelo, era necesaria la reactivación del Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT), el cual fue el principal elemento del modelo de farmacia hospitalaria, en este

se desarrollaron y aprobaron las políticas sobre uso racional de medicamentos, prescripción razonada, farmacovigilancia, así como los demás temas relacionados con el uso de los medicamentos en el hospital. (Anexo 9).

c) Metas Internacionales por la Seguridad del Paciente.

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados adecuados. Abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria y, por tanto, requiere un enfoque general y multidisciplinario para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente y encontrar soluciones generales y específicas a corto y largo plazo para el sistema.

Para alcanzar las metas propuestas en cuanto a la seguridad del paciente, fue necesario el desarrollo, difusión, capacitación e implementación dentro del Instituto. Los proyectos de acción fueron:

1. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas
2. Identificar correctamente a los pacientes
3. Garantizar procedimientos quirúrgicos seguros.
4. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud.
5. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
6. Mejorar la comunicación efectiva

Dichos proyectos, se consolidaron a través de grupos multidisciplinarios de expertos en cada tema de seguridad. La coordinación estuvo a cargo de la suscrita y se desarrolló a través del departamento de calidad (Anexo 10).

- **Cirugía Segura Salva Vidas**

Se estima que en el mundo se realizan aproximadamente 234 millones de procedimientos quirúrgicos al año (Weiser, 2008), tal cifra indica la importancia de la atención quirúrgica para el manejo de la enfermedad. La cirugía es un elemento fundamental en la atención sanitaria en todo el mundo. Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables e irreversibles, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública.

En El Instituto se realizan alrededor de 4,000 procedimientos al año, la sobrecarga de trabajo y el desarrollo de actividades de manera mecánica suele generar errores que pudieran terminar produciendo daño al paciente. Asimismo, la falta de recursos promueve, en la mayoría de las veces, la limitación en los controles de seguridad necesarios para la práctica clínica. Era necesario diseñar una política institucional que promoviera un enfoque sistémico con respecto a la seguridad de la cirugía de los pacientes del Instituto.

Por ello, en marzo de 2010 se llevó a cabo la firma de la carta de adhesión a la estrategia sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas” y en consecuencia el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en el Plan Maestro de Calidad y Seguridad enfatizó la necesidad de desarrollar una política de seguridad del paciente en relación a la cirugía segura. Se coordinó un grupo de trabajo para elaborar el manual de políticas y procedimientos (Anexo 11) que permitiera llevar a cabo los controles que requiere la estrategia y el diseño de formatos necesarios, como la lista de verificación, Figura 15.

INER LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES		
NOMBRE DEL PACIENTE _____		FECHA DE NACIMIENTO _____
EXPEDIENTE _____	DIAGNÓSTICO _____	
CIRUJANO _____		ANESTESIOLOGO _____
PROCEDIMIENTO _____	QUIRÓFANO 1 () 2 () 3 () 4 ()	URGENCIAS () CIENI () FBC ()
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA <i>(Anestesiólogo y enfermería con paciente)</i> Registro de Entrada	ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA <i>(Cirujano, Anestesiólogo y enfermería)</i> Pasaje Quirúrgico	ANTES DE LA SALIDA DE QUIRÓFANO <i>(Cirujano, Anestesiólogo y enfermería)</i> Registro de Salida
<p>Confirme con el paciente:</p> <input type="checkbox"/> Nombre y Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> Lugar / Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimiento programado <input type="checkbox"/> Consentimiento	<input type="checkbox"/> Todos los miembros del equipo se han presentado con su nombre y su función <input type="checkbox"/> Enfermera confirma verbalmente la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	<p>Enfermería confirma verbalmente:</p> <input type="checkbox"/> Nombre del Procedimiento registrado <input type="checkbox"/> ¿Es correcto el recuento de instrumentos, gasas y apósitos? <input type="checkbox"/> ¿El frasco que contiene la muestra está bien etiquetado? (vea la etiqueta en voz alta leída el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> ¿Hay problemas relacionados con el instrumental u el equipo?
<p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aplica	<p>Prevención de Eventos Críticos:</p> <p>Cirujano</p> <input type="checkbox"/> Pasos críticos <input type="checkbox"/> Duración del Procedimiento <input type="checkbox"/> Pérdida de Sangre	<p>¿El equipo quirúrgico</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos durante la recuperación y manejo del paciente?
<p>¿Se ha verificado el equipo anestésico?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aplica	<p>Anestesiólogo</p> <input type="checkbox"/> ¿El paciente presenta algún problema específico?	<p>COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS</p> <input type="checkbox"/> Sangrado que amerita transfusión <input type="checkbox"/> Infección al Mucoso <input type="checkbox"/> Pseudoaneurisma tras arteria RSP <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Reintubación no planificada <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Reintervención no planificada <input type="checkbox"/> Ninguna
<p>¿Se ha verificado los medicamentos anestésicos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aplica	<p>Enfermería</p> <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado esterilidad del instrumental? <input type="checkbox"/> ¿Existen problemas relacionados al equipo? <input type="checkbox"/> ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 90 minutos?	
<p>¿Quimetro colocado y funcionando?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aplica	<p>¿Pueden visualizarse imágenes diagnósticas esenciales?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aplica	<p>Nombre del Verificador: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Término: _____</p>
<p>El paciente tiene...</p> <p>Alergias conocidas</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p>Vía Aérea difícil / riesgo de aspiración</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p>Riesgo de hemorragia >500ml (Niños: 7ml/kg)</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<p>¿Existe acceso intravenoso y líquidos disponibles</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aplica		
LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS		

Figura 15
Lista de Verificación, Cirugía Segura

A partir de agosto del 2010, se inició la capacitación del personal adscrito a la Subdirección de Cirugía en el uso de la lista de verificación.

Para poder demostrar que el protocolo era eficiente, se llevaron a cabo dos evaluaciones con respecto al cumplimiento de la lista de verificación y de las demás políticas desarrolladas, entre las que se incluyeron el llenado, en tiempo y forma, de los consentimientos bajo información de anestesiología y de cirugía. Las evaluaciones consistieron en el monitoreo indirecto a través de la experiencia del paciente y la revisión de expedientes y, directamente a través de la evaluación del uso de la lista de verificación adentro de los quirófanos. Encontrando lo que se muestra en las gráficas siguientes: (Figuras 16, 17 y 18)

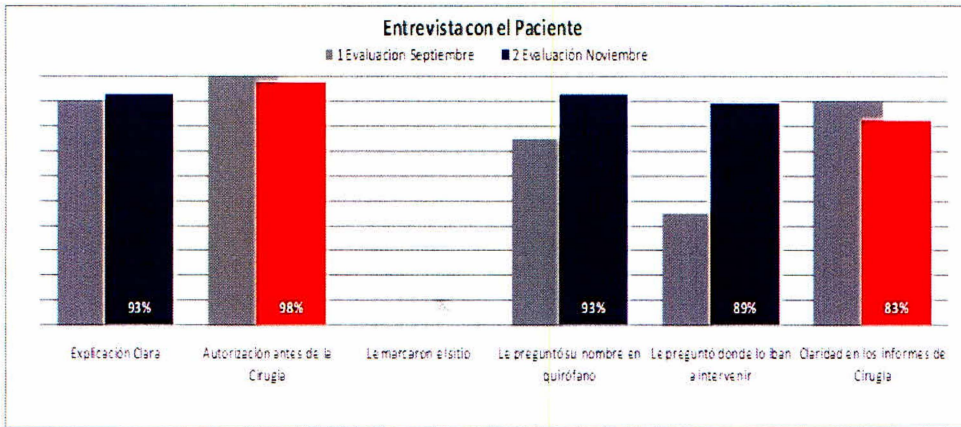


Figura 16
Medición de protocolo "Cirugía Segura"

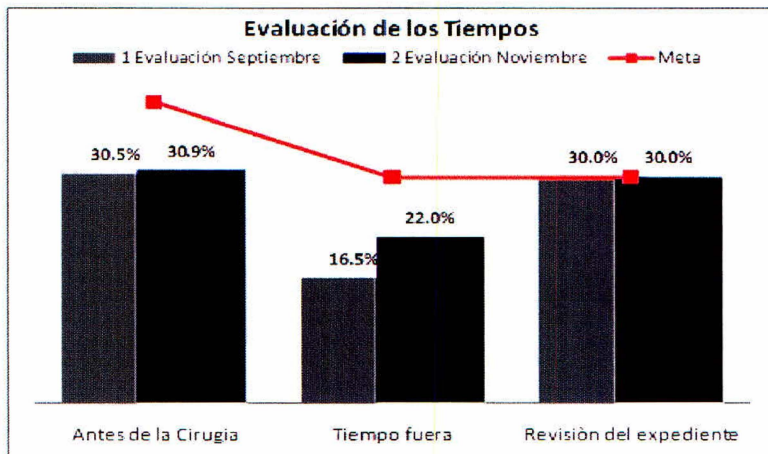


Figura 17
Medición del protocolo "Cirugía Segura", evaluación de tiempos.

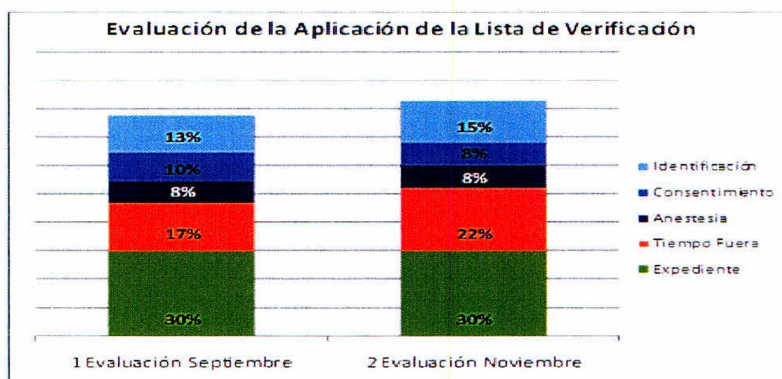


Figura 18
Medición del protocolo “Cirugía Segura”, evaluación de la lista de verificación.

Como se puede apreciar en las mediciones, el protocolo de Cirugía Segura dio resultados en relativamente poco tiempo (dos meses). Los protocolos bien organizados, con procedimientos claros y documentos sencillos tienden a dar buenos resultados. La capacitación es parte fundamental en los buenos resultados.

- **Unidad de Vigilancia Epidemiológica**

La vigilancia epidemiológica implica realizar una observación sistemática y permanente de las enfermedades y eventos sanitarios que amenazan la salud de la población. Un sistema de vigilancia consiste en el conjunto de acciones basadas en datos que permitan alcanzar los objetivos mencionados. Dichos datos deben obtenerse con todos los mecanismos posibles que se establezcan dentro de la institución y fundamentados en la creación de una respuesta adecuada y oportuna.

Se elaboró el proyecto de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, el cual debía integrar información generada por las diversas instancias hospitalarias y crear políticas de mejora que coadyuven al desarrollo de la medicina basada en evidencia y

al control de enfermedades respiratorias infectocontagiosas en beneficio de la comunidad.

El proyecto contempló un organigrama sencillo, la Unidad dependía directamente de la Dirección General, lo anterior supone la necesidad de coordinar departamentos y servicios de las distintas direcciones institucionales que son generadores de datos y de información de relevancia epidemiológica. La información que se colectaba era analizada y notificada oportunamente a la Dirección General y a las autoridades pertinentes, y posteriormente se realizaba la difusión de información con el personal operativo, Figura 19.

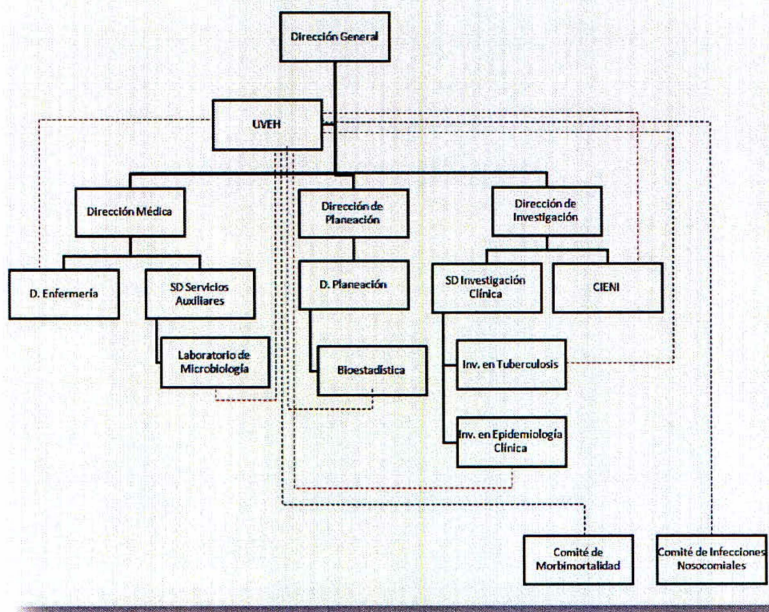


Figura 19

Organigrama de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.

Dentro de las principales funciones y siempre viendo por la seguridad del paciente, la Unidad generó recomendaciones con carácter obligatorio para todo el personal institucional interno o externo, las cuales fueron continuamente supervisadas para la corrección de cualquier desviación detectada. Además se creó un programa de prevención y control de infecciones nosocomiales en el que se identificó y disminuyó los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre los pacientes, personal, voluntarios, estudiantes y visitantes. Se implementaron mecanismos para recibir información y generar políticas y procedimientos de alimentación, limpieza, desinfección, esterilización, lavado de ropa y manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos.

Como se puede apreciar a lo largo del capítulo, los cambios son evidentes y fueron permanentes. Se logró cambiar la sensibilidad de los directivos y de los colaboradores para lograr que el sistema fuera lo más seguro para los pacientes. Se logró proporcionar un servicio de calidad con calidez.

Lo que resta es incidir en las políticas de salud para que la certificación sea obligatoria para aquellos que proporcionan servicios médicos asistenciales, quirúrgicos y de apoyo. Se deberá informar a la población de los beneficios con que cuenta una institución certificada. Por consecuencia, la ciudadanía deberá organizarse, primero para conocer cuáles son los derechos que como pacientes tiene, para posteriormente exigir de los prestadores de servicio las medidas de seguridad indispensables para la intervención o procedimiento al cual se someterán.

V. CONCLUSIONES

El objetivo más relevante del Instituto es mejorar y asegurar la calidad de todas sus actividades de investigación, enseñanza y asistencia en el ámbito de las enfermedades respiratorias realizando acciones tendientes a la restauración y rehabilitación de la salud en pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y terapéutica. Dicho objetivo se garantizó gracias a la calidad de su personal médico, el cual enfrentó el reto de estandarizar los niveles de calidad de atención médica gracias a su permanente compromiso por obtener y mantener una certificación de excelencia, manteniendo, garantizando y promoviendo la mejora continua.

Es indispensable responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios al ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes que promuevan y garanticen servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo.

Brindar servicios eficientes, seguros y con calidad requiere de un conjunto de bases estratégicas que permitan la orientación y la determinación de prioridades de acuerdo a la capacidad instalada para impulsar a El Instituto al logro de su misión.

Estas bases estratégicas fueron clasificadas como soporte clínico, apoyo a la gestión e infraestructura, enfocada en el recurso humano, pues es considerado el recurso más valioso en una organización.

A través de dichas bases, se consolidó el trabajo realizado, se organizó y se logró el objetivo. La innovación competitiva significó la transformación organizacional a través del conocimiento y del trabajo multidisciplinario que quedó demostrado ante el grupo de auditores del Consejo de Salubridad General.

Posterior a la certificación, El Instituto tuvo otra concepción de trabajo, los estándares de actuación de los profesionales de la salud y de todo el personal, se modificaron para cumplir con los requerimientos y la seguridad que los pacientes necesitaban al ingresar o requerir de los servicios para recuperar su salud.

Cuando se logra fomentar una relación de cooperación entre las estructuras directivas y las operativas, con el fin de que los profesionales se comprometan con los objetivos a largo plazo de la organización, éstos trabajan mejor, rinden mucho más permitiendo su rápida adaptación a los cambios institucionales.

El personal del Instituto estuvo lo suficientemente motivado para ser impulsado a realizar actos por la seguridad del paciente hasta el punto de lograr los objetivos planteados. Una persona motivada dentro de una institución realizará su función con más eficiencia y productividad.

Dichos cambios quedaron demostrados y fueron permanentes pues el Instituto tuvo la capacidad para solicitar nuevamente la certificación hospitalaria en el año 2012, Figura 21.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

**CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL**

INSTITUTO NACIONAL DE _____

Nombre Comercial y Razón Social del Hospital

DR. _____

Nombre del Director

Autentifico que toda la información presentada en este documento es verdadera, y en caso de que incurra en falsedad de la misma, el Consejo de Salubridad General podrá suspender, en cualquier momento, el proceso de Certificación del Establecimiento de Atención Médica referido en este documento.

Firma del Director

SECRETARÍA DE SALUD
OFICINA DE PARTES
12 JUN 2013
RECEIBIDO
NOMBRE: _____
CÓDIGO: _____

AUTOEVALUACIÓN

Figura 21

Solicitud de Inscripción para Certificación Hospitalaria 2012.

En contextos organizacionales, el psicólogo realiza su trabajo con un enfoque pluridisciplinario, se ha consolidado su trabajo en las áreas de comercialización de productos, servicios y psicología del consumidor (Quintanilla, 1988, y 1990, citado en Mateu, 1994).

El psicólogo organizacional describe y diagnostica el problema, elige la teoría o teorías pertinentes a su resolución, planifica y ejecuta la intervención, para posteriormente evaluar los resultados. Para realizar esta tarea no dispone de códigos o reglas definidas, sino que debe guiarse por su experiencia e intuición. En este sentido la solución del problema será prioritario y la teoría sirve como elemento de legitimación (Mateu, 1984, citado en Mateu 1994).

Toda intervención en psicología organizacional está dirigida al cambio, o mejor dicho, a intentar que la organización, los individuos, o los grupos que la integran sean capaces de adaptarse a un entorno rápidamente cambiante. (Mateu, 1994). Toda intervención debe planificarse atendiendo a un estudio del entorno, que constituye el aspecto externo de la organización; un estudio y diagnóstico de la organización en sí, o aspecto interno (diagnóstico FODA); una determinación de los planes y estrategias a seguir; una planificación de recursos y medios a utilizar; una actuación, y una evaluación de resultados.

Un psicólogo se consolida también en la formación de directivos, desarrolla equipos de trabajo eficientes, e implanta procesos de mejora continua. Aplica técnicas y procedimientos de gestión y dirección de áreas, capacitación y planeación estratégica.

La psicología organizacional es un área de investigación y aplicación de los principios de la disciplina psicológica al mundo de las organizaciones. A mayor evidencia científica e investigación, se obtendrán mejores resultados.

Los psicólogos debemos reconocer en las organizaciones sistemas sociales complejos, de ahí la importancia de los determinantes de la conducta individual dentro de organización y todo el sistema social.

Son muchos los retos que tiene que enfrentar la psicología de las organizaciones en diferentes dimensiones. Es necesaria la coordinación y trabajo con otras disciplinas, la interacción con profesionales de todas las ramas y el estudio para el entendimiento de la conducta humana.

REFERENCIAS

- Aguirre-Gas, G, Zavala-Villavicencio J, Hernández-Torres F y Fajardo-Dolci G, (2010), *Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional*. Cirugía y Cirujanos, Volumen 78, No. 5, Septiembre-Octubre. México.
- Baridó E, Ramírez A; Gastelum R (2001). *Profilaxis antibiomatica*, J Chemotherapy, 13:73
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2015. Recuperado de: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
- Consejo de Salubridad General, (2008). *Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5044752&fecha=13/06/2008
- Consejo de Salubridad General, (2009). *Estándares para la Certificación de Hospitales*. México.
- Consejo de Salubridad General, (2009) *Reglamento Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica*. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5090742&fecha=19/05/2009
- Consejo de Salubridad General, (2015). Recuperado de: <http://www.csq.gob.mx/contenidos/certificacion2010/preguntascsg.html>
- Cruz, J (1998). *Educación y Calidad Total*. Grupo Editorial Iberoamericano. México.
- Crosby, P. (1991). *La Calidad no Cuesta, El arte de Cerciorarse de la Calidad*. Compañía Editorial Continental, México.
- De Domingo J., A. Arranz (1997). *Calidad y Mejora Continua*. Donostiarra San Sebastián, España.
- Deming, E (1989), *Calidad, Productividad y Competitividad, la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, España.
- Desmarets, G. (1997). *Relación existente entre aseguramiento de calidad (ISO 9000) y gestión de calidad total*. Club de Gestión de la Calidad Madrid.
- Donabedian, A., (1969). *A guide to medical care administration*. American Public Health Association, (Vol 2). New York, USA.
- Donabedian, A (1974), *Calidad de la atención Médica*. La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian, A., (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor, Mich.
- Donabedian, A., (1985). *Twenty years of research on the quality of medical care: 1964-1984*. Eval Health Prof, 1985. 8(3).
- Donabedian, A (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Biblioteca de la Salud, Fondo de Cultura Económica, México.
- Freire, J.L; Alcover, R; Zabala, I. y Rivera, J., (2003) *La nueva ISO 9000:2000. Análisis comparativo con la ISO 9000:1994*, Fundación Confemetal, Madrid.
- García, J. (2006) *Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública Cubana*. Rev. Cubana Salud Pública, 32 (1).

- Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H y, Frenk J (2011). *Sistema de salud de México*. Salud Pública México; 53 supl 2.
- Hernández-Torres F, Aguilar-Romero M, Santacruz-Varela J, Rodríguez-Martínez A, Fajardo-Dolci G (2009), *Queja médica y calidad de la atención en salud*. Revista CONAMED, Vol. 14, julio – septiembre. México.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas. (2009), *Manual de Organización Específico*. Recuperado de <http://www.iner.salud.gob.mx/media/83009/iner2009dic.pdf>.
- Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es el Control Total de Calidad?*. Editorial Norma, Colombia.
- Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (2005). *Responding to an adverse or sentinel event: initial strategies. Preventing adverse events in behavioral health care: A system approach to sentinel events*. Washington, USA.
- Juran, J.M. (1990). *Juran y el Liderazgo para la Calidad, un Manual para Directivos*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid.
- Kohn LT, Corrigan JM & Donaldson MS, (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington DC. National Academy Press.
- Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP (2009). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (2nd Edition). Jossey-Bass Publishers, San Francisco, California, USA.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud, Diario Oficial de la Federación. 26-V-2000, última reforma publicada D.O.F. 27-01-2015. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51_270115.pdf
- Martin, H. Arévalo, J. (2006). *Modelos Internacionales de Gestión de la Calidad Total Normas de certificación*. Conferencia Virtual en el marco del Proyecto de Educación Virtual Continua del Programa de Alfabetización Digital de la OPS/OMS. Recuperado de: [http://eprints.rclis.org/archive/00007812/01/EFQM_\(OPS\).pdf](http://eprints.rclis.org/archive/00007812/01/EFQM_(OPS).pdf)
- Mateu, M. (1994). *El psicólogo en la empresa*. Anuario de Psicología, # 63, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Miranda, J., Chamorro, A. y Rubio, S. (2007). *Introducción a la gestión de la calidad*. Delta Publicaciones, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, Versión 1.1*. Washington, DC. Recuperado de: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2007), *Salud en las Américas*. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington, D.C
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen de países*, Washington, DC.

- Ruiz de Chávez M., Martínez-Narváez G., Calvo-Ríos J., Aguirre-Gas H., Arango-Rojas R., Lara-Carreño R., Caminos-Chávez M., Ortiz-Solalinde G., Ugalde-Grajeda E., Herrera-Lasso F., (1990). *Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud*. Salud Pública México; Vol. 32.
- Reyes-Zapata H, Meléndez-Colindres V, Vidal-Pineda LM (1990) *Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención*. Salud Pública México, Vol. 32.
- Ruelas Barajas, E (2009). *El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México*. Revista CONAMED, Vol. 14, julio – septiembre, México.
- Ruelas-Barajas, E. (1991). *Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones*. Salud Pública México, Vol. 34.
- Ruelas-Barajas E, Reyes-Zapata H, Zurita-Garza B, Vidal-Pineda LM, Karchemer S (1990). *Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología*. Salud Pública México, Vol. 32.
- Ruelas-Barajas E, Vidal-Pineda LM (1990). *Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica*. Salud Pública México; 32.
- Sauceda-Valenzuela A, Durán-Arenas L, Hernández B. (2000). *Evaluación de un programa de monitoria de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental*. Salud Pública México; Vol. 42.
- Secretaría de Salud (2002). *Información para la rendición de cuentas*, México.
- Secretaría de Salud (2004). *Estrategia Nacional Para Mejorar la Seguridad de los Pacientes*. México.
- Universal, El on line (2015). Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/estados/2015/por-error-un-medico-extirpa-ojo-sano-a-bebe-1111118.html>
- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C y Sosa A (2011), *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*, Archivos de Medicina Interna 2011; XXXIII (1), Prensa Médica Latinoamericana. ISSN 0250-3816.
- Weiser, S. (2008). *An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data*. Lancet , 372. USA.

ANEXOS

ANEXO 1

FORMATO PARA REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA INTERNA

REPORTE DE AUDITORIA INTERNA
RECERTIFICACIÓN Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

SERVICIO	OBSERVACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
Departamento de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La evidencia donde la enfermera da la indicación las medidas a seguir cuando el paciente se va de alta según la patología. ➤ Proceso donde se le da seguimiento a las quejas. ➤ Proceso donde la enfermera detecte cuando el auxiliar de cocina no lleva la dieta adecuada. ➤ Todo el personal debe contar con RCP. básico y avanzado. ➤ En la carpeta administrativa, que señale que las Enfermeras con especialidad en cuidados intensivos realmente se encuentren en las diferentes terapias. ➤ Carpeta donde verifique los recursos humanos con que cuento. ➤ Indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un plan de alta según la patología. (Tripticos). Evidencia (firma del paciente o familiar). ➤ Proceso. ➤ Detectar al personal que no ha tomado estos cursos por lo menos hace 2 años, personal de nuevo ingreso. Implementar cursos de RCP. Básico y avanzado por enseñanza en educación continua ➤ Roles. ➤ Carpeta Administrativa. ➤ Proceso

**FORMATO PARA REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA
INTERNA**

<p>Quirófano</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estructura Física, que las salas tengan las esquinas redondas ➤ Manual de Procedimientos específicos del quirófano, técnicas. ➤ Comprobar que periodos pasa el comité de infecciones Nosocomiales a tomar cultivos, que, cuando, como y si dan resultados. ➤ Cursos de R.P.B.I. ➤ Proceso para el control de la recolección de contenedores ➤ Hoja de consentimiento informado ➤ Proceso de identificación oportuna para reparación y/o reposición de equipo específico ó instrumental. ➤ Proceso de la programación de las cirugías. ➤ Proceso, para la comunicación con RX. Banco de sangre, Patología. ➤ Como es la comunicación cuando se requiere un proveedor específico. ➤ Proceso de Incidentes y accidentes, del paciente, del personal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantenimiento. ➤ Proceso ➤ Bitácora ➤ Programa de capacitación anual ➤ Proceso ➤ Proceso ➤ Proceso. ➤ Proceso ➤ Proceso ➤ Directorio de proveedores ➤ Proceso
-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FORMATO PARA REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA INTERNA

<p>Terapia intensiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verificar que existan Enfermeras Intensivistas en todos los turnos ➤ Cedula de Médicos ➤ Proceso para la relación con los diferentes servicios ➤ Proceso cuando la UCI esta a su máxima capacidad, como es el traslado a otra institución. ➤ Proceso para cuando un paciente se traslada a otra institución y por motivos por los que no fue aceptado el paciente. Que hace? ➤ Un listado para saber los hospitales de referencia ➤ Proceso de traslado a estudio ➤ Proceso para dar informes y quien es el responsable ➤ Proceso de mejora, difusión ➤ Proceso para seguimiento de quejas ➤ Proyecto de mejora para el control de infecciones ➤ Como, cada cuando, donde se registran las descargas del desfibrilador y quien es la responsable 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rol de diferentes turnos ➤ Listado de Cédulas ➤ Proceso ➤ Proceso ➤ Proceso ➤ Listado ➤ Proceso ➤ Proceso ➤ Proceso ➤ Proceso ➤ Proyecto ➤ Bitácora, o anexas hojas a los carros de paro y engargolarlas.
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FORMATO PARA REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA INTERNA

<p>Clínico-4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proceso de lavado de manos ➤ Consentimiento Informado ➤ Proceso confiable a la solicitud de llamado para la atención del paciente. ➤ Proceso para la identificación a su ingreso del paciente. ➤ Proceso de medicamentos controlados. Agregar el rubro de quien lo indica. ➤ Verificar que los procedimientos se realicen de acuerdo a las guías establecidas. ➤ Hacen la pregunta que si saben cuantos comités existen ➤ Como la jefe de servicio tiene la evidencia de difundir la información que se le da en la jefatura del departamento. ➤ Como registran los indicadores y como es el monitoreo de los mismos. ➤ Carro de paro como se encuentra organizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proceso ➤ Verificar en el expediente si se encuentra. ➤ Proceso (timbres). ➤ Proceso (ya está). ➤ Homologar la hoja de registro y anexarle quien lo indica. ➤ Guías. ➤ Informar al personal la existencia de los diferentes comités. ➤ Listado donde se informa lo acordado en las juntas bimestrales con el departamento. ➤ Trabajar la hoja de Enfermería ➤ Retroalimentación.
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FORMATO PARA REPORTE DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA INTERNA

<p>Urgencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manuales ➤ Proceso para trasladar a un paciente a otro centro hospitalario en caso de que ya el cupo este rebasado ➤ Procedimiento o actividades a realizar cuando el paciente abarque diferentes lesiones y rebase su capacidad ejem. Politraumatizados. ➤ Proceso para confirmar que el hospital al que se refiere el paciente lo reciba. ➤ Difundir los diferentes proceso que existen en el servicio y como se realizan. ➤ Acciones de mejora y resultado de las mismas, como los miden. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que estén completos con todos los procesos. ➤ Proceso ➤ Proceso ➤ Proceso ➤ Implementar la capacitación que recibimos. ➤ Formato
-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO 2

Diagrama de árbol

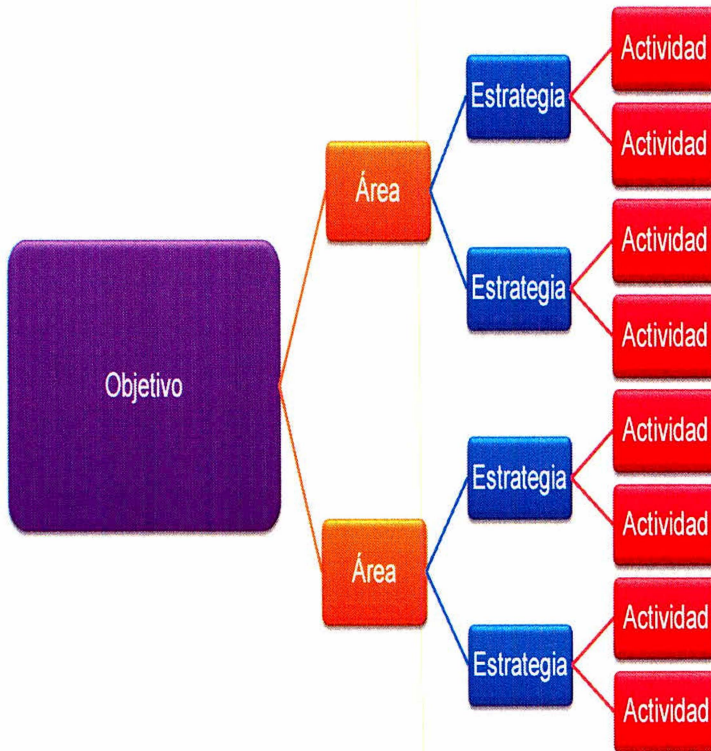
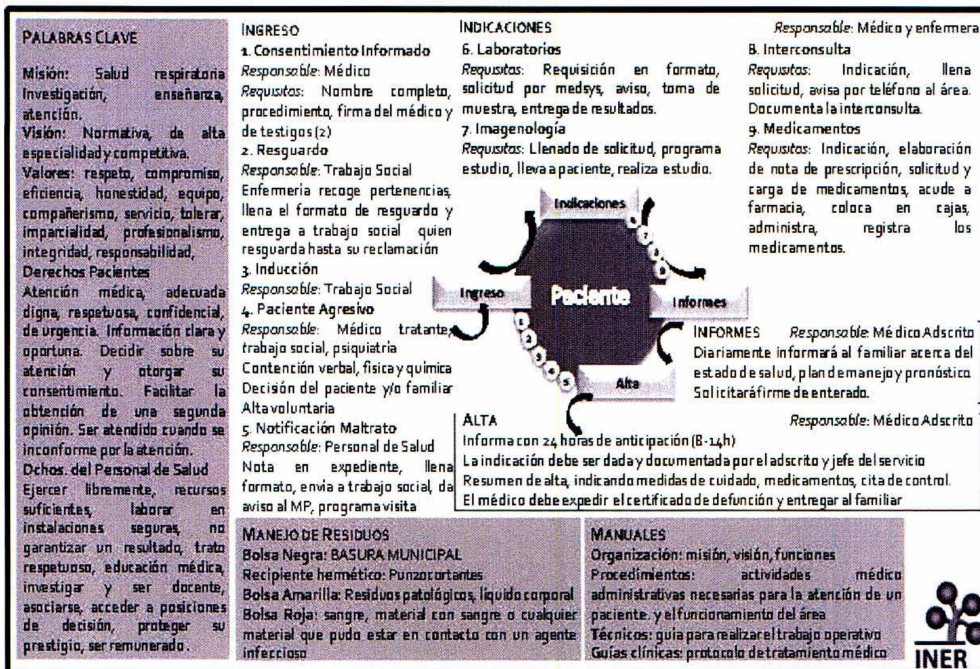


Diagrama de árbol



ANEXO 3



ANEXO 4

**MANUAL DE INTEGRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO
DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

MARZO, 2010

ÍNDICE

	HOJA
PRESENTACIÓN	2
I. OBJETIVO DEL MANUAL	3
II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	4
III. MARCO JURÍDICO	6
IV. INTEGRACIÓN DEL COMITÉ	14
V. FUNCIONES DEL COMITÉ	16
VI. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS DE LOS INTEGRANTES	17
VII. LINEAMIENTOS	20
VIII. REUNIONES	22
IX. INTEGRANTES DEL COMITÉ	23
X. GLOSARIO	25
XI. AUTORIZACIÓN	27

PRESENTACIÓN

Con base en los lineamientos y políticas definidas por la Secretaría de Salud para *Situar la Calidad en la Agenda Permanente del Sistema Nacional de Salud*, se desarrolló el Programa SiCalidad (2007-2012) de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, como una estrategia para incorporar el compromiso a favor de la calidad en los niveles directivos de las organizaciones de salud, auspiciar, dinamizar y homologar los Comités de Calidad y por ende, institucionalizar la Calidad.

El Comité de Calidad del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias fue reestructurado siguiendo las Instrucciones del programa SiCalidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud teniendo como último fin garantizar el funcionamiento regular de un cuerpo colegiado que haga visible al usuario interno y externo el compromiso y la preocupación del Instituto por brindar una atención de calidad y segura para el paciente.

Además de vincular calidad y seguridad del paciente, el COCASEP busca ser una estructura obligada para conducir la calidad en el INER como un espacio técnico consultivo, integrador de otros comités dedicados a la calidad, evitando la dispersión de esfuerzos y la atomización e incomunicación de las propuestas de mejora continua que se desarrolla en los establecimientos médicos.

El presente documento resume la estructura y las funciones básicas para la operación del Comité centrando su atención en la integración de diferentes estrategias, calidad técnica, percibida y en la gestión de servicios de salud.

La integración de este documento ha sido lograda con la participación conjunta del Departamento de Calidad y la Dirección de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional; sancionado por el Departamento de Planeación y; autorizado por la Dirección General.

Este manual debe actualizarse conforme a las necesidades del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y a los lineamientos que dicten autoridades superiores.

I. OBJETIVO DEL MANUAL

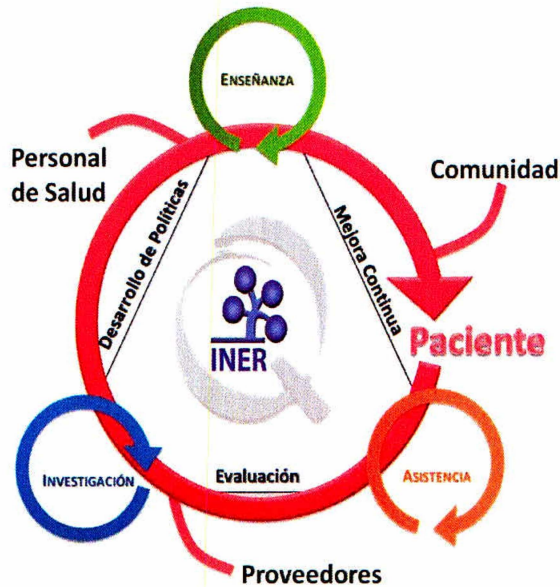
Establecer las bases para la organización y funcionamiento del Comité de Calidad y Seguridad para el Paciente del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas, definir su ámbito funcional de autoridad y responsabilidad así como, las actividades, competencias y obligaciones de sus integrantes.

ANEXO 5

**PLAN MAESTRO DE CALIDAD Y SEGURIDAD
DEL PACIENTE**

Política de Calidad

El INER proporciona atención médica especializada enfocada en la mejora continua a través de un entorno cultural coordinado que permite el desempeño de actividades médicas, técnicas y administrativas con calidad, calidez y seguridad para el paciente.



DIRECTORIO

Dr. José Rogelio Pérez Padilla
Director General

Psic. Adriana Martuscelli Méndez
Directora de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional

Dr. Edgar V. Mondragón Armijo
Director Médico

CP. Edith Escudero Coria
Directora de Administración

Dr. Jorge Salas Hernández
Director de Enseñanza

Dr. Moisés Selman Lama
Director de Investigación

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	6
II.	CÓDIGO DE ÉTICA.....	10
1.	Misión	10
2.	Visión	10
3.	Valores	10
III.	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA CALIDAD EN EL INER.....	11
IV.	DIMENSIONES DE CALIDAD INSTITUCIONALES	13
1.	Atención Centrada en el Paciente	13
2.	Equidad en el Acceso a la Atención	14
3.	Seguridad	14
4.	Efectividad	14
5.	Eficacia	14
6.	Oportunidad	14
V.	LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	17
1.	Gestión de la Calidad:.....	17

2. Innovación por la Calidad y Seguridad.....	18
3. Cultura Organizacional de Seguridad:	19
Mapa Estratégico	21
VI. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN.....	21
1. Gestión de la Información.....	23
2. Mejora Continua de Procesos y Sistemas	25
3. Práctica Clínica basada en el continuo aprendizaje	26
4. Conciencia de la Iniciativa por la Seguridad del Paciente	27
5. Trabajo en equipo	28
6. Comunicación Efectiva	29
7. Corresponsabilidad de Pacientes y Familiares	30
Agenda de Prioridades	31
VII. GLOSARIO	34
VIII. FUENTES DE CONSULTA	38
IX. INTEGRANTES DEL COCASEP	39

Mejorar la seguridad y la calidad de los servicios debe ser una prioridad para el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. El Plan Maestro para la Mejora de la Calidad y Seguridad 2009-2014 manifiesta nuestra voluntad por alcanzar una mejora en la calidad y seguridad de los servicios de asistencia. Nuestro objetivo es diseñar un sistema de gestión de salud que pueda enfrentar los futuros retos que ponen en riesgo a nuestros pacientes, personal de salud y a la institución.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de los servicios médicos como "aquella en la que el paciente es diagnosticado y tratado de forma correcta (calidad científico-técnica), según los conocimientos actuales de la ciencia médica y según sus factores biológicos (estado de salud óptimo conseguible), con el costo mínimo de recursos, la mínima exposición de riesgos posible de un daño adicional y la máxima satisfacción para el paciente. Por su parte, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), conceptualiza la Calidad en el cuidado de la salud como: "...hacer las cosas correctas en el tiempo correcto, de la manera correcta para la persona correcta, alcanzando el mejor resultado posible...".

En México los esfuerzos por mejorar la Calidad asistencial son recientes, las primeras evaluaciones de satisfacción del usuario datan de mediados del siglo pasado, y las acciones, a nivel nacional, encaminadas específicamente a dicho propósito no tienen más de 10 años. El Programa Nacional de Salud y Sectorial de Salud 2007-2012 incorpora compromisos nacionales en el tema de calidad y seguridad del paciente. El compromiso por la mejora continua se ha integrado en un Sistema denominado SICalidad que impulsa diversas acciones desde la perspectiva de calidad percibida, seguridad del paciente e institucionalización de la calidad, con el objetivo de satisfacer las expectativas del paciente, y recuperar la credibilidad de la sociedad en nuestras instituciones de salud.

ANEXO 6

PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA: UNA INTERVENCIÓN EXITOSA

2016



Resultados de las Encuestas de Satisfacción del Departamento de Medicina Crítica



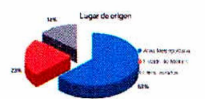
2009

SALUD

Total de Encuestas aplicadas en 2009: 69

DATOS SOCIODEMGRÁFICOS DE LOS PACIENTES

Sexo	Respuesta	Clasificación de las respuestas
Hembra	17	Conocimiento de la enfermedad
Varón	52	Respuesta
Educación		
Elemental	2	10%
Secundaria	29	42%
Superior	38	55%
Parentesco con el paciente		
Secundaria	29	42%
Primaria	17	25%
Conyugal	19	28%
Alta	1	1%
Maternidad	1	1%
Padre o madre	10	15%
Otros	1	1%

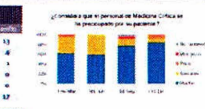


TRATO

¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	2	2	2	2	8
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

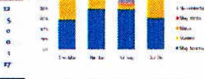
¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?



¿Cómo considera los cuidados prestados a su familiar en el Departamento de Medicina Crítica?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Muy bueno	1	1	1	1	4
Bueno	1	1	1	1	4
Mal	0	0	0	0	0
Muy malo	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	1	1	1	1	4

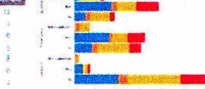
¿Cómo considera los cuidados prestados a su familiar en el Departamento de Medicina Crítica?



¿De qué manera se ha ocupado el personal de Medicina Crítica con su nombre y cargo?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Sí	1	1	1	1	4
No	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	1	1	1	1	4

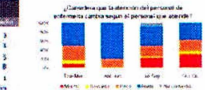
¿De qué manera se ha ocupado el personal de Medicina Crítica con su nombre y cargo?



¿Cómo es la atención del personal de enfermería a su familia en el Departamento de Medicina Crítica?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

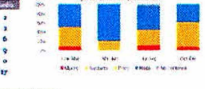
¿Cómo es la atención del personal de enfermería a su familia en el Departamento de Medicina Crítica?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

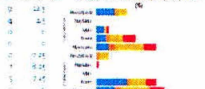
¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Profesión	Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Médico	Muy bueno	1	1	1	1	4
	Bueno	1	1	1	1	4
	Mal	0	0	0	0	0
	Muy malo	0	0	0	0	0
	No contestó	0	0	0	0	0
Enfermera	Muy bueno	1	1	1	1	4
	Bueno	1	1	1	1	4
	Mal	0	0	0	0	0
	Muy malo	0	0	0	0	0
	No contestó	0	0	0	0	0
Secretaría	Muy bueno	1	1	1	1	4
	Bueno	1	1	1	1	4
	Mal	0	0	0	0	0
	Muy malo	0	0	0	0	0
	No contestó	0	0	0	0	0

¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

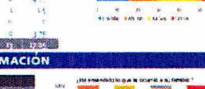


INFORMACIÓN

¿Ha recibido alguna información sobre su enfermedad?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Sí	1	1	1	1	4
No	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	1	1	1	1	4

¿Ha recibido alguna información sobre su enfermedad?



¿Considera que la información que le brindaron es adecuada?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

¿Considera que la información que le brindaron es adecuada?



¿Considera que la información que le brindaron es adecuada?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

¿Considera que la información que le brindaron es adecuada?



¿Ha recibido alguna información sobre su enfermedad?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Sí	1	1	1	1	4
No	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	1	1	1	1	4

¿Ha recibido alguna información sobre su enfermedad?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

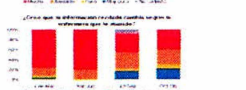
¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

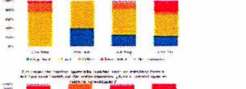
¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

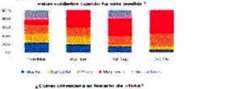


PARTICIPACIÓN EN LOS CUIDADOS

¿Ha recibido alguna información sobre su enfermedad?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Sí	1	1	1	1	4
No	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	1	1	1	1	4

¿Ha recibido alguna información sobre su enfermedad?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

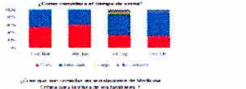
¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4
Algo	1	1	1	1	4
Nada	0	0	0	0	0
No contestó	0	0	0	0	0
Total	3	3	3	3	12

¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?



¿Considera que el personal de Medicina Crítica se ha preocupado por su paciente?

Respuesta	Enf. Me	Abstr	SubEsp	Oct-09	Total
Mucho	1	1	1	1	4
Bastante	1	1	1	1	4

PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA: UNA INTERVENCIÓN EXITOSA

2016



Resultados de las Encuestas de Satisfacción del Servicio de Hospitalización de Otorrinolaringología



SALUD

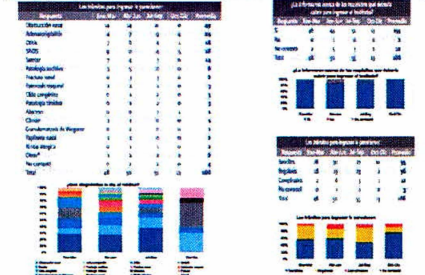
2009

Total de Encuestas aplicadas en 2009: 166

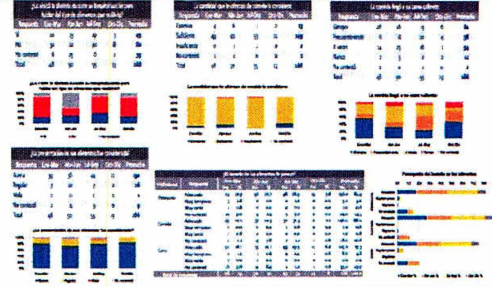
DATOS SOCIODEMGRÁFICOS DE LOS PACIENTES



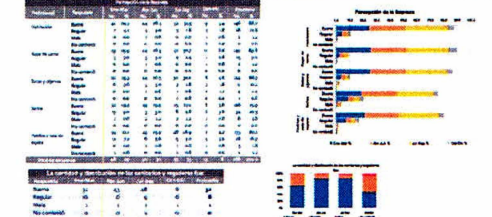
ATENCIÓN MÉDICA



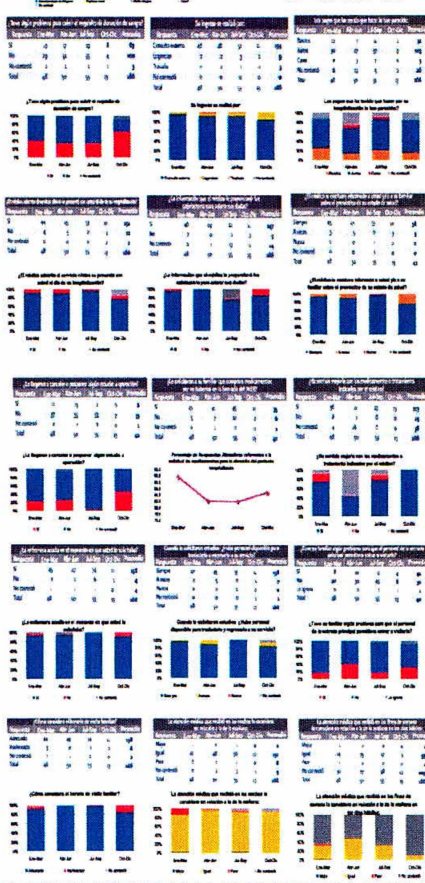
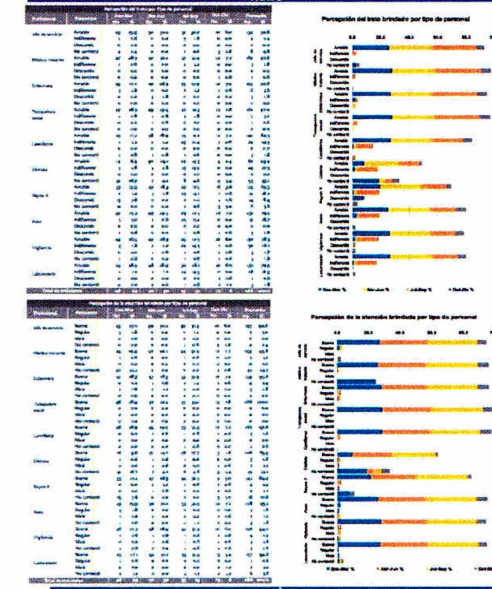
ALIMENTACIÓN



LIMPIEZA



TRATO



EVALUACIÓN GENERAL



PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA: UNA INTERVENCIÓN EXITOSA

2016



Resultados de las Encuestas de Satisfacción del Servicio de Cirugía de Neumología



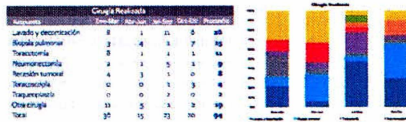
2009

SALUD

Total de Encuestas aplicadas en 2009: 94

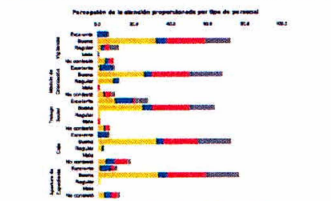
DATOS SOCIODEMGRÁFICOS DE LOS PACIENTES

Sexo	Respuesta %	Edad promedio	Edad
Femenino	44.6	64 años	58
Masculino	55.4	64 años	62
Total			

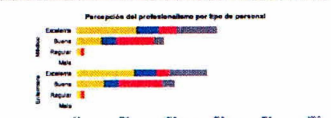


ATENCIÓN

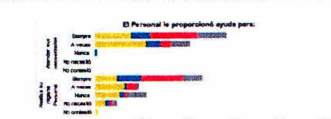
Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						



Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Medicina	Enfermería	5	5	5	5	5
Enfermería	Medicina	5	5	5	5	5
Total						



Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						



Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

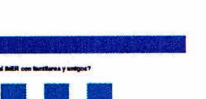
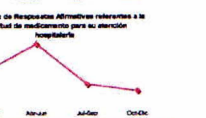
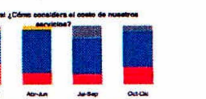
Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						

Profesional	Respuesta	En Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Enfermería	Enfermería	5	5	5	5	5
Medicina	Medicina	5	5	5	5	5
Total						



PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA: UNA INTERVENCIÓN EXITOSA

2016



Resultados de las Encuestas de Satisfacción de la Clínica para Dejar de Fumar



2009

SALUD

Total de Encuestas aplicadas en 2009: **79**

DATOS SOCIODEMÓGRAFICOS DE LOS PACIENTES

Sexo
Respuestas: 56
Femenino: 51%
Masculino: 37%

Edad promedio: 33 años

Educación

Respuesta	Frecuencia	%
Primaria	12	19.3
Secundaria	15	19.0
Escuola Técnica	11	19.9
Carrera Técnica	9	11.4
Licenciatura	15	19.9
Maestría	3	3.8
No contestó	1	1.8
Total	29	100.0

Lugar de origen



En general, ¿Cómo considera la atención?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	41	22
Buena	4	4
Regular	0	0
Mala	0	0
No contestó	1	1
Total	29	100

¿Cómo considera la atención de enfermería en la parte del PERC?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	5	5
Buena	2	2
Regular	1	1
Mala	1	1
No contestó	0	0
Total	29	100

¿Cómo considera la atención en el estudio de información y orientación de la unidad?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	12	3
Buena	12	10
Regular	1	1
Mala	0	0
No contestó	1	1
Total	28	100

¿Cómo considera la atención de la Tabaquera Social?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	15	15
Buena	1	1
Regular	1	1
Mala	0	0
No contestó	0	0
Total	28	100

¿Cómo considera la atención en la sala?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	11	4
Buena	11	15
Regular	1	1
Mala	1	1
No contestó	0	0
Total	28	100

¿Cómo considera la atención en la apertura del expediente?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	11	11
Buena	11	12
Regular	1	1
Mala	0	0
No contestó	0	0
Total	28	100

¿Cómo considera la atención en la recepción de la Clínica de Tabaqueros?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	11	11
Buena	5	5
Regular	1	1
Mala	0	0
No contestó	0	0
Total	28	100

¿Cómo considera la atención en Cardiólogía?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	11	11
Buena	11	12
Regular	1	1
Mala	2	2
No contestó	0	0
Total	28	100

¿Cómo considera la atención en la Espiritualidad?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	10	14
Buena	10	10
Regular	1	1
Mala	0	0
No contestó	0	0
Total	28	100

¿Cómo considera la atención en Laboratorio Clínico?

Respuesta	Frecuencia	%
Excelente	11	11
Buena	11	12
Regular	1	1
Mala	0	0
No contestó	0	0
Total	28	100

En general, ¿Cómo considera la atención?



¿Cómo considera la atención del personal de enfermería en la parte del PERC?



¿Cómo considera la atención en el estudio de información y orientación de la unidad?



¿Cómo considera la atención de la Tabaquera Social?



¿Cómo considera la atención en la sala?



¿Cómo considera la atención en la apertura del expediente?



¿Cómo considera la atención en la recepción de la Clínica de Tabaqueros?



¿Cómo considera la atención en Cardiólogía?



¿Cómo considera la atención en la Espiritualidad?



¿Cómo considera la atención en Laboratorio Clínico?



¿Cómo considera la atención en Rayos X?

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Excelente	11	0	0	0	0	11
Buena	0	11	0	0	0	11
Regular	0	0	11	0	0	11
Mala	0	0	0	11	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

La limpieza de la sala de espera le pareció

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Excelente	11	11	11	0	0	15
Buena	5	7	11	0	0	16
Regular	0	0	0	11	0	11
Mala	0	0	0	11	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

La limpieza del baño le pareció

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Excelente	18	11	11	0	0	12
Buena	7	8	11	0	0	16
Regular	0	0	0	11	0	11
Mala	0	0	0	11	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

La información que se le brindó sobre los servicios de la Clínica de Tabaqueros le pareció

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Excelente	11	11	11	0	0	15
Buena	0	11	11	0	0	16
Regular	0	0	0	11	0	11
Mala	0	0	0	11	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

La calidad del Técnico de Rehabilitación de Hospital de la parte de

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Excelente	11	11	11	0	0	16
Buena	1	11	11	0	0	16
Regular	0	0	0	11	0	11
Mala	0	0	0	11	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

¿El Médico lo examinó?

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Si	24	11	11	0	0	12
No	0	0	0	0	11	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

¿El Médico le explicó claramente lo que tenía?

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Si	12	11	11	0	0	10
No	0	0	0	0	11	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

¿La Psicóloga que condujo la Terapia de grupo le ayudó?

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Excelente	11	11	11	0	0	10
Buena	0	11	11	0	0	11
Regular	0	0	0	11	0	11
Mala	0	0	0	11	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

¿La Terapia le ayudó a dejar de fumar?

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Siempre	11	11	11	0	0	16
Con frecuencia	1	11	11	0	0	16
Nunca	0	0	0	11	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

¿Estuvo convencido que el material de apoyo que se utilizó para la terapia en el programa?

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Si	11	11	11	0	0	10
No	0	0	0	0	11	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

¿La práctica de la Nutrición fue?

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Excelente	11	11	11	0	0	10
Buena	11	11	11	0	0	11
Regular	0	0	0	11	0	11
Mala	0	0	0	11	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

¿En general, cómo consideró el costo del tratamiento?

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Excelente	11	11	11	0	0	10
Adecuado	11	11	11	0	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

¿Con cuánto calificaría la atención brindada por el INER?

Respuesta	Exc.	Buena	Regular	Mala	No contestó	Total
Excelente	11	11	11	0	0	10
Buena	11	11	11	0	0	11
Regular	0	0	0	11	0	11
Mala	0	0	0	11	0	11
No contestó	0	0	0	0	11	11
Total	28	25	11	11	11	200

¿Cómo considera la atención en Rayos X?

PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA: UNA INTERVENCIÓN EXITOSA

2016



Resultados de las Encuestas de Satisfacción de la Clínica de

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL DORMIR

2009



SALUD

Total de Encuestas aplicadas en 2009: 69

DATOS SOCIODEMOCRÁFICOS DE LOS PACIENTES

Sexo		Etnicidad		Educativa	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Masculino	57%	Latino	75%	Elementaria	37%
Femenino	43%	Hispano	14%	Secundaria	19%
Mixto	0%	No contestó	7%	Bachillerato	4%
				Carerra Técnica	4%
				Licenciatura	0%
				Maestría	1%
				PhD	0%
				Si responde	8%
				Total	69

Edad promedio en años: 50



LIMPIEZA

¿Cómo calificaría la limpieza del laboratorio?		¿Cómo calificaría la limpieza de la sala de espera?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	14	Excelente	14
Buena	4	Buena	5
Regular	0	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	18	Total	19

ATENCIÓN

¿Cómo calificaría la atención del personal de enfermería en la parte del CRM?		¿Cómo calificaría la atención del personal de enfermería en la parte del laboratorio?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	10	Excelente	10
Buena	13	Buena	11
Regular	1	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	24	Total	21

¿Cómo calificaría la atención en el consultorio de diagnóstico?		¿Cómo calificaría la atención en la sala de espera?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	10	Excelente	10
Buena	9	Buena	11
Regular	3	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	22	Total	21

¿Cómo calificaría la atención en la sala de pruebas?		¿Cómo calificaría la atención en la sala de espera?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	14	Excelente	14
Buena	5	Buena	7
Regular	0	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	19	Total	21

¿Cómo calificaría la atención en la sala de espera?		¿Cómo calificaría la atención en la sala de espera?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	10	Excelente	10
Buena	9	Buena	11
Regular	3	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	22	Total	21

¿Cómo calificaría la atención de la recepción en la Clínica?		¿Cómo calificaría la atención de la recepción de la Clínica?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	10	Excelente	10
Buena	9	Buena	11
Regular	3	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	22	Total	21

¿Cómo calificaría la atención de la recepción en la Clínica?		¿Cómo calificaría la atención de la recepción en la Clínica?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	10	Excelente	10
Buena	9	Buena	11
Regular	3	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	22	Total	21

¿Cómo calificaría la atención de la recepción en la Clínica?		¿Cómo calificaría la atención de la recepción en la Clínica?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	10	Excelente	10
Buena	9	Buena	11
Regular	3	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	22	Total	21

¿Cómo calificaría la limpieza de la sala de espera?		¿Cómo calificaría la limpieza de la sala de espera?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	14	Excelente	14
Buena	4	Buena	5
Regular	0	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	18	Total	19

¿Cómo calificaría la limpieza de la sala de espera?		¿Cómo calificaría la limpieza de la sala de espera?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	14	Excelente	14
Buena	4	Buena	5
Regular	0	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	18	Total	19

¿Cómo calificaría la limpieza de la sala de espera?		¿Cómo calificaría la limpieza de la sala de espera?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	14	Excelente	14
Buena	4	Buena	5
Regular	0	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	18	Total	19

¿Cómo calificaría la limpieza de la sala de espera?		¿Cómo calificaría la limpieza de la sala de espera?	
Encuestado	Porcentaje	Encuestado	Porcentaje
Excelente	14	Excelente	14
Buena	4	Buena	5
Regular	0	Regular	0
Mala	0	Mala	0
No contestó	0	No contestó	0
Total	18	Total	19

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Tomaso de Guzmán Villalón
Departamento de Promoción Estratégica y Desarrollo Organizacional
Departamento de Calidad

¿Con cuánto calificaría la atención brindada en el INER?

PROMEDIO 9.68

PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA: UNA INTERVENCIÓN EXITOSA

2016



Resultados de las Encuestas de Satisfacción del Servicio de

Laboratorio Clínico

2009



SALUD

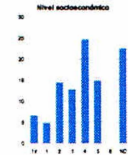
Total de Encuestas aplicadas en 2009: **710**

Sexo	
Respuesta	Frecuencia %
Masculino	357 50%
Femenino	353 50%

Edad promedio: 38 años

Educativa	
Respuesta	Frecuencia %
Primaria	175 25%
Secundaria	125 18%
Bachillerato	88 12%
Tercera	69 10%
Licenciatura	85 12%
Posgrado	25 4%
Sin Estudios	143 20%

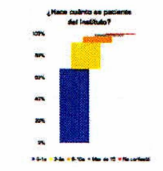
Nivel Socioeconómico		
Nivel	Frecuencia	%
1	45	6%
2	34	5%
3	102	14%
4	90	13%
5	104	15%
6	0	0%
NC	160	23%



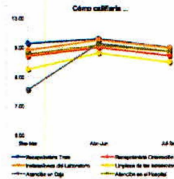
Lugar de Origen		
Respuesta	Frecuencia	%
DF	444	63%
Edo Mex	117	17%
Otros	149	21%



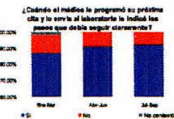
¿Hace cuánto es paciente del Instituto?		
Respuesta	Frecuencia	%
0-12	279	39%
13-24	171	24%
25-36	80	11%
Más de 36	16	2%
No contestó	5	1%



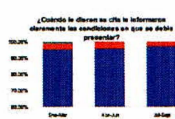
Servicio	Cómo calificó...				Promedio
	Dic-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Promedio	
Recepción	8.73	8.29	8.01	8.34	8.34
Orientación	8.71	8.01	8.71	8.48	8.48
Instalaciones del Laboratorio	8.63	8.06	8.00	8.39	8.39
Limpieza de las instalaciones	8.25	8.81	8.51	8.52	8.52
Atención en Caja	7.56	8.15	8.86	8.52	8.52
Atención en el Hospital	8.23	8.05	8.86	8.38	8.38



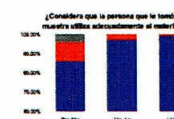
¿Cuándo el médico le preguntó su próxima cita y lo envió al laboratorio le indicó las pases que debía seguir claramente?					
Respuesta	Dic-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Total	Promedio
Si	475	328	672	1475	88%
No	16	10	6	32	2%
No contestó	0	0	0	0	0%
Total	491	338	678	1507	90%



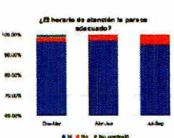
¿Cuándo le dieron su cita le informaron claramente las condiciones en que se debía presentar?					
Respuesta	Dic-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Total	Promedio
Si	340	111	260	711	88%
No	12	8	4	24	3%
No contestó	4	0	0	4	0%
Total	356	119	264	739	91%



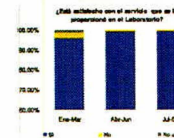
¿Considera que la persona que le tomó la muestra utilizó adecuadamente el material?					
Respuesta	Dic-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Total	Promedio
Si	280	111	261	652	88%
No	17	4	2	23	3%
No contestó	13	0	0	13	2%
Total	310	115	263	688	93%



¿El horario de atención le parece adecuado?					
Respuesta	Dic-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Total	Promedio
Si	315	111	275	701	84%
No	6	4	12	22	3%
No contestó	5	0	0	5	1%
Total	326	115	287	728	88%



¿Está satisfecho con el servicio que se le proporcionó en el Laboratorio?					
Respuesta	Dic-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Total	Promedio
Si	315	111	260	686	84%
No	6	4	12	22	3%
No contestó	5	0	0	5	1%
Total	326	115	272	713	88%



PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA: UNA INTERVENCIÓN EXITOSA

2016



Resultados de las Encuestas de Satisfacción del Servicio de

Imagenología

2009



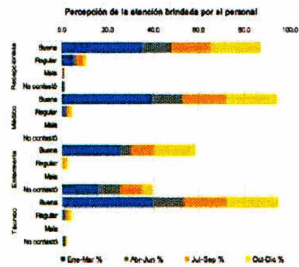


Total de Encuestas aplicadas en 2009: 293



Percepción de la atención brindada por el personal

Profesional	Respuesta	Ene-Mar		Abr-Jun		Jul-Sep		Oct-Dic		Suma
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Recepcionista	Buena	103	35.7	38	13.0	50	17.1	64	21.8	255
	Regular	15	5.1	4	1.4	8	2.7	4	1.4	31
	Mala	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0	0.0	3
Medico	Buena	115	39.7	41	14.0	50	17.1	64	21.8	270
	Regular	3	1.0	3	1.0	3	1.0	4	1.4	13
	Mala	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
Enfermera	Buena	24	75.1	25	54	29	9.0	33	18.1	121
	Regular	1	3.1	0	0.0	1	3.0	3	1.0	7
	Mala	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
Técnico	Buena	65	15.7	20	9.0	28	9.0	12	4.1	115
	Regular	110	29.6	41	14.0	55	18.8	65	22.2	271
	Mala	2	0.7	3	1.0	3	1.0	5	1.0	14
Total de encuestas		131	45.3	44	15.6	66	22.5	68	23.3	293

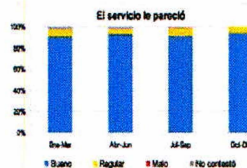


Promedio de Tiempo de espera para la atención y entrega de resultados:

Tiempo	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Minutos	48.2	39.0	44.0	33.8	41.3

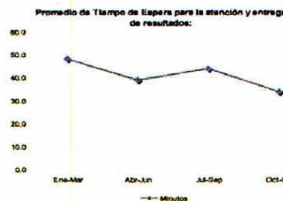
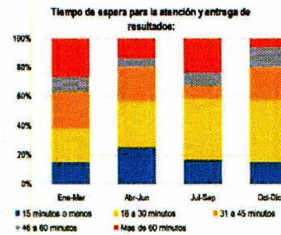
El servicio le pareció

Respuesta	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Buena	110	41	55	64	270
Regular	8	2	4	4	18
Mala	0	0	0	0	0
No contestó	3	1	1	0	5
Total	121	44	60	68	293



Tiempo de espera para la atención y entrega de resultados

Respuesta	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
15 minutos o menos	18	11	10	10	49
16 a 30 minutos	28	14	25	29	96
31 a 45 minutos	30	10	5	15	60
46 a 60 minutos	19	3	6	10	37
Más de 60 minutos	32	6	14	4	56
Total	121	44	60	68	293



PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA: UNA INTERVENCIÓN EXITOSA

2016



Resultados de las Encuestas de Satisfacción del Servicio de Unidad de Urgencias Respiratorias

2009



SALUD

Total de Encuestas aplicadas en 2009: 134

DATOS SOCIODEMOCRÁTICOS DE LOS PACIENTES

Etnicidad		Sexo	
Respuesta	%	Respuesta	%
Guatemalteco	97%	Femenino	51%
Familiar	2%	Masculino	49%

Edad promedio: 41 años

¿Qué diagnóstico le dio el médico?	
Respuesta	Porcentaje
Neumonía	34%
COVID-19	30%
Asma	15%
Insuficiencia respiratoria	10%
Probable influenza	10%
COVID-19	10%
Infección de vías aéreas superiores	5%
Asma exacerbada	5%
COVID-19	5%
Tuberculosis	5%
COVID-19	5%
No contestó	5%
Total	100%

*Atención: Respuestas = 134 encuestas. Demografía social: Guatemalteco y familiar. Diagnóstico no especificado.

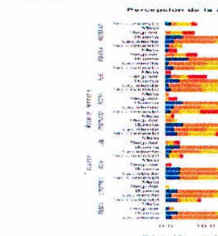
¿Es paciente de primera vez o subsiguiente?	
Respuesta	Porcentaje
Primera vez	85%
Subsecuente	15%
No contestó	0%
Total	100%

*Atención: Respuestas = 134 encuestas. Demografía social: Guatemalteco y familiar. Diagnóstico no especificado.

Percepción del trato por tipo de personal

Profesional	Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
		No	Si	No	Si	%
Médico	Excelente	13	44	21	12	12.7
	Buena	4	13	17	15	11.8
	Regular	1	0	1	0	1.0
	Mala	0	0	0	0	0.0
	No contestó	4	10	6	4	6.3
Enfermera	Excelente	13	44	21	12	12.7
	Buena	4	13	17	15	11.8
	Regular	1	0	1	0	1.0
	Mala	0	0	0	0	0.0
	No contestó	4	10	6	4	6.3
Técnicos	Excelente	13	44	21	12	12.7
	Buena	4	13	17	15	11.8
	Regular	1	0	1	0	1.0
	Mala	0	0	0	0	0.0
	No contestó	4	10	6	4	6.3
Cuidador	Excelente	13	44	21	12	12.7
	Buena	4	13	17	15	11.8
	Regular	1	0	1	0	1.0
	Mala	0	0	0	0	0.0
	No contestó	4	10	6	4	6.3
Médico de enfermería	Excelente	13	44	21	12	12.7
	Buena	4	13	17	15	11.8
	Regular	1	0	1	0	1.0
	Mala	0	0	0	0	0.0
	No contestó	4	10	6	4	6.3
Admisión	Excelente	13	44	21	12	12.7
	Buena	4	13	17	15	11.8
	Regular	1	0	1	0	1.0
	Mala	0	0	0	0	0.0
	No contestó	4	10	6	4	6.3
Aten.	Excelente	13	44	21	12	12.7
	Buena	4	13	17	15	11.8
	Regular	1	0	1	0	1.0
	Mala	0	0	0	0	0.0
	No contestó	4	10	6	4	6.3
Vigilancia	Excelente	13	44	21	12	12.7
	Buena	4	13	17	15	11.8
	Regular	1	0	1	0	1.0
	Mala	0	0	0	0	0.0
	No contestó	4	10	6	4	6.3
Recepción	Excelente	13	44	21	12	12.7
	Buena	4	13	17	15	11.8
	Regular	1	0	1	0	1.0
	Mala	0	0	0	0	0.0
	No contestó	4	10	6	4	6.3

Total de encuestas: 134



¿Tuvieron algún problema para solicitar el servicio?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	0	1	0	2	1.0
No	11	29	30	30	27.0
No contestó	0	1	1	1	0.8
Total	11	31	31	33	27.0

¿Le proporcionaron apoyo especial en caso de que el paciente lo requiriera?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	8	43	44	50	31.0
No	1	1	5	19	16.0
No contestó	0	1	1	1	0.8
Total	9	45	50	70	38.0

¿Considera que el médico le dio información clara sobre la enfermedad que padece y su tratamiento?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	0	45	40	14	27.0
No	2	1	5	4	3.0
No contestó	0	1	7	5	4.0
Total	2	47	46	19	34.0

¿Los cambios para mejorar le parecieron?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Regulares	10	22	41	21	26.0
Compartidos	3	1	13	9	8.0
No contestó	0	1	1	1	1.0
Total	13	24	55	31	34.0

¿Se le informó a usted en forma clara y precisa sobre las normas a seguir?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	0	26	32	5	24.0
No	1	1	3	3	2.0
No contestó	0	2	3	2	1.8
Total	1	29	38	10	26.0

Los pagos que ha tenido que hacer por su consulta o atención le han parecido:

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Regulares	0	0	0	4	2.0
Compartidos	0	0	0	0	0.0
No contestó	0	1	5	9	5.0
Total	0	1	5	13	8.0

¿Tiene algunos problemas para solicitar el servicio?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	0	1	0	2	1.0
No	11	29	30	30	27.0
No contestó	0	1	1	1	0.8
Total	11	31	31	33	27.0

¿Le proporcionaron apoyo especial en caso de que el paciente lo requiriera?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	8	43	44	50	31.0
No	1	1	5	19	16.0
No contestó	0	1	1	1	0.8
Total	9	45	50	70	38.0

¿Considera que el médico le dio información clara sobre la enfermedad que padece y su tratamiento?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	0	45	40	14	27.0
No	2	1	5	4	3.0
No contestó	0	1	7	5	4.0
Total	2	47	46	19	34.0

¿Los cambios para mejorar le parecieron?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Regulares	10	22	41	21	26.0
Compartidos	3	1	13	9	8.0
No contestó	0	1	1	1	1.0
Total	13	24	55	31	34.0

¿Se le informó a usted en forma clara y precisa sobre las normas a seguir?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	0	26	32	5	24.0
No	1	1	3	3	2.0
No contestó	0	2	3	2	1.8
Total	1	29	38	10	26.0

Los pagos que ha tenido que hacer por su consulta o atención le han parecido:

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Regulares	0	0	0	4	2.0
Compartidos	0	0	0	0	0.0
No contestó	0	1	5	9	5.0
Total	0	1	5	13	8.0

¿Cómo califica las comodidades de la sala de espera de Urgencias?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Muy buenas	1	8	10	14	8.0
Buenas	6	19	24	19	19.0
Regulares	3	7	10	7	7.0
Malas	0	0	1	0	0.5
No contestó	0	1	4	10	6.0
Total	10	35	49	50	36.0

¿Cómo califica las comodidades de la sala de espera de Urgencias?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Muy buenas	1	8	10	14	8.0
Buenas	6	19	24	19	19.0
Regulares	3	7	10	7	7.0
Malas	0	0	1	0	0.5
No contestó	0	1	4	10	6.0
Total	10	35	49	50	36.0

¿Cómo califica las comodidades de la sala de espera de Urgencias?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Muy buenas	1	8	10	14	8.0
Buenas	6	19	24	19	19.0
Regulares	3	7	10	7	7.0
Malas	0	0	1	0	0.5
No contestó	0	1	4	10	6.0
Total	10	35	49	50	36.0

¿Cómo califica las comodidades de la sala de espera de Urgencias?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Muy buenas	1	8	10	14	8.0
Buenas	6	19	24	19	19.0
Regulares	3	7	10	7	7.0
Malas	0	0	1	0	0.5
No contestó	0	1	4	10	6.0
Total	10	35	49	50	36.0

¿Cómo califica las comodidades de la sala de espera de Urgencias?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Muy buenas	1	8	10	14	8.0
Buenas	6	19	24	19	19.0
Regulares	3	7	10	7	7.0
Malas	0	0	1	0	0.5
No contestó	0	1	4	10	6.0
Total	10	35	49	50	36.0

Percepción del Tratamiento en la Atención

Profesional	Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
		No	Si	No	Si	%
Recepción	Si	0	0	4	3	2.4
	No	8	0	30	21	34
	No contestó	3	22	1	1	27
Médico	Si	1	22	1	1	25
	No	5	45	10	14	70
	No contestó	3	22	1	1	27

¿Tiene algunos problemas para solicitar el servicio?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	0	1	0	2	1.0
No	11	29	30	30	27.0
No contestó	0	1	1	1	0.8
Total	11	31	31	33	27.0

¿Le proporcionaron apoyo especial en caso de que el paciente lo requiriera?

Respuesta	Enf. Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Promedio
Si	8</				

ANEXO 7

SISTEMA DE ATENCIÓN CIUDADANA

“El Instituto”

**Órgano Interno de Control
Dirección de Planeación Estratégica y
Desarrollo Organizacional
Septiembre, 2009**

OBJETIVO

El presente documento tiene como objeto homogeneizar el manejo de quejas, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones dentro del Instituto a partir de la coordinación entre el Órgano Interno de Control, el Departamento de Calidad y las diversas áreas generadoras con la finalidad de promover un cambio de actitud en los trabajadores, así como reunir la información necesaria para generar medidas de mejora que permitan satisfacer las necesidades de los usuarios de una manera más eficiente.

ANTECEDENTES

Todos los profesionales, médicos, personal de enfermería, técnicos o auxiliares de salud que laboran en instituciones que proporcionan servicios de atención médica de los sectores público y de seguridad social o aquellos que tengan la capacidad de manejar o aplicar recursos económicos federales, son considerados como servidores públicos, independientemente al tipo de contratación o función que desempeñe.

El Artículo 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, especifica: “Para los efectos de las responsabilidades a que alude este artículo se reputarán como servidores públicos a los representantes de elección popular, miembros del Poder Judicial Federal y del Poder Judicial del Distrito Federal, a los funcionarios y empleados, y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la administración pública federal o en el Distrito Federal.”

La Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, en su capítulo II, hace referencia a las quejas o denuncias, sanciones administrativas y procedimientos para aplicarlas, siendo la entidad competente para su identificación e investigación el Órgano Interno de Control, y la dependencia deberá atenderlas y resolverlas con eficiencia.

Lo anterior fundamenta la necesidad de contar con un sistema de quejas unificado, que facilite la identificación de áreas de oportunidad y garantice el respeto de los derechos de pacientes y trabajadores con base a una normativa más específica y adaptada a las necesidades institucionales.

- La mejora continua, la calidad y la seguridad del paciente son considerados prioritarios para la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, de forma que, las quejas, sugerencias, agradecimientos, felicitaciones se configuran como un mecanismo de gran utilidad para conocer la percepción de los usuarios internos y externos acerca del servicio que reciben.
- Por ello, disponer de un sistema que concentre la información, analice la causa, de seguimiento y desarrolle planes de mejora, constituye un mecanismo eficaz de mejora continua.

- Actualmente se encuentran diferentes vías para la emisión de una queja, sin embargo las áreas competentes para realizar el seguimiento de las quejas y sugerencias interpuestas son el área de responsabilidades del Órgano Interno de Control y el Departamento de Calidad deberá realizar el análisis, comunicar al área responsable e impulsar iniciativas de mejora.
- A partir del análisis del sistema de quejas institucional se desarrolla el presente documento que tiene por objeto la regulación de las quejas, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones de los pacientes y trabajadores en relación con el funcionamiento Institucional con el fin de atenderlas adecuadamente e identificar oportunidades de mejora continua de la calidad de los servicios que presta.

PROCEDIMIENTO

1.0 Propósito.

- 1.1 Establecer los lineamientos y normas necesarias para responder oportunamente a las quejas, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones generadas por los usuarios internos y externos.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Departamento de Calidad.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable al Órgano Interno de Control, así como a todas las áreas del Instituto.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 El Personal Institucional es responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 Los trabajadores deberán buscar la protección del paciente y del personal institucional mediante el puntual cumplimiento del código de ética.
- 3.3 Toda queja, sugerencia, agradecimiento o felicitación deberá atenderse oportunamente.
- 3.4 Los documentos depositados en los buzones de Calidad del INER serán colectados cada viernes antes de las 14:00h por personal del Departamento de Relaciones Públicas y Comunicación Social quien entregará al Departamento de Calidad para su proceso.
- 3.5 Los documentos que ingresen a cualquier área en papel o vía electrónica deberán ser remitidos al Departamento de Calidad con la mayor prontitud posible.
- 3.6 El Departamento de Calidad Registrará todo Documento referente a quejas, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones; asignará un número secuencial y referirá al Órgano Interno de Control.
- 3.7 El Órgano Interno de Control como instancia competente para la investigación, asignación de responsabilidades y emisión de sanciones deberá ser informado la existencia de cada una de las quejas, y decidirá cuál de ellas deberá ser procesada, e informará al Departamento de Calidad el estado de la investigación de ellas.
- 3.8 Las quejas, sugerencias, agradecimientos y comentarios que no ameriten la investigación por parte del Órgano Interno de Control serán reenviadas al Departamento de Calidad.
- 3.9 El Departamento de Calidad únicamente procederá con aquellas quejas que contengan los datos necesarios de identificación, y que puedan ser confirmadas mediante contacto directo con el usuario.

- 3.10 Se utilizarán todos los documentos para la elaboración del análisis y la presentación de resultados.
- 3.11 Mensualmente se enviará a la Dirección General, a la Dirección Médica y al Órgano interno de Control, un documento que contenga el análisis y la relación de los documentos de percepción de la atención, las acciones derivadas de ellas y el área responsable del seguimiento.

4.0 Descripción del procedimiento

XII. Secuencia de etapas	XIII. Actividad	Responsable
1.0 Emisión de la Queja sugerencia agradecimiento o felicitación.	1.1 Emite una queja, sugerencia, agradecimiento o felicitación.	Usuario
	1.2 ¿Cómo fue emitida la queja? Documental: <i>Continua en Actividad 3.1</i> Verbal: Escucha las necesidades del usuario	
2.0 Atención Inmediata	2.1 Intenta dar respuesta a las necesidades del usuario.	Área Receptora
	2.2 ¿Se dio respuesta efectiva a las necesidades del usuario? Si: Termina procedimiento No: Solicita deje por escrito la queja. <i>Continúa en Actividad 3.1</i>	
3.0 Entrega del Documento	3.1 Entrega a través de los buzones, directamente o vía correo electrónico el documento de queja, sugerencia, agradecimiento o felicitación.	Usuario

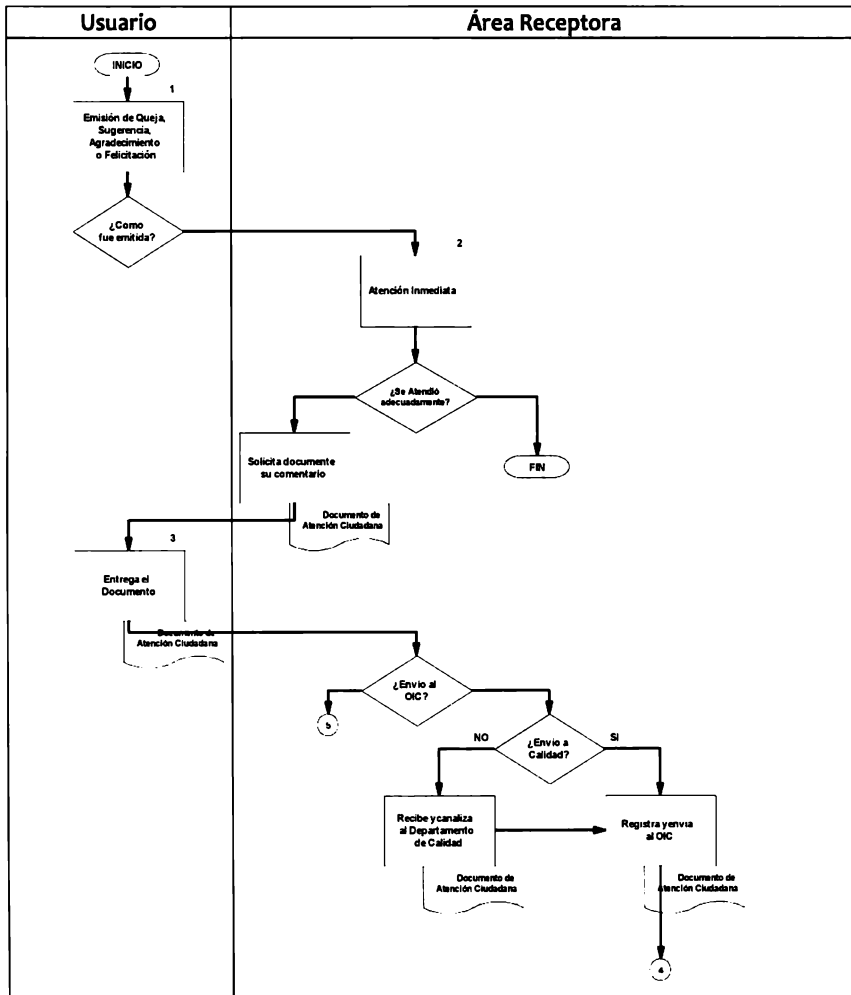
XIV. Secuencia de etapas	XV. Actividad	Responsable
	3.2 ¿El documento fue enviado al Órgano Interno de Control? Si: Continúa en actividad 5.1 No: ¿El documento fue enviado al Departamento de Calidad?	Área Receptora
	No: Se recibe y canaliza al Departamento de Calidad Si: Recibe la queja, registra y reenvía al Órgano Interno de Control	
4.0 Evaluación del Documento	4.1 Revisa el documento y evalúa	Área de Responsabilidades y Quejas del Órgano Interno de Control
5.0 Investigación del Documento	5.1 ¿El área de responsabilidades y quejas debe dar seguimiento? Si: Inicia el proceso de investigación. <i>Continúa en actividad 7.1</i> No: Regresa el documento al Departamento de Calidad	
6.0 Validación del Documento	6.1 Verifica que el documento contenga Nombre y datos de contacto para validar la información.	Departamento de Calidad
	6.2 Contacta al usuario que emitió el documento.	
	6.3 ¿Confirma lo escrito? No: se registra la invalidez de la queja. Termina Procedimiento. Si: Se envía al área generadora y solicita acciones que apoyen la respuesta a las necesidades del usuario.	
7.0 Seguimiento de los Documentos	7.1 Reporta al Departamento de Calidad las quejas recibidas, el avance y resultado de las investigaciones.	Área de Responsabilidades y Quejas del Órgano Interno de Control
8.0 Relación y análisis de los Documentos	8.1 Clasifica, analiza y elabora una relación de las quejas, las acciones implementadas y el área que dio seguimiento.	Departamento de Calidad

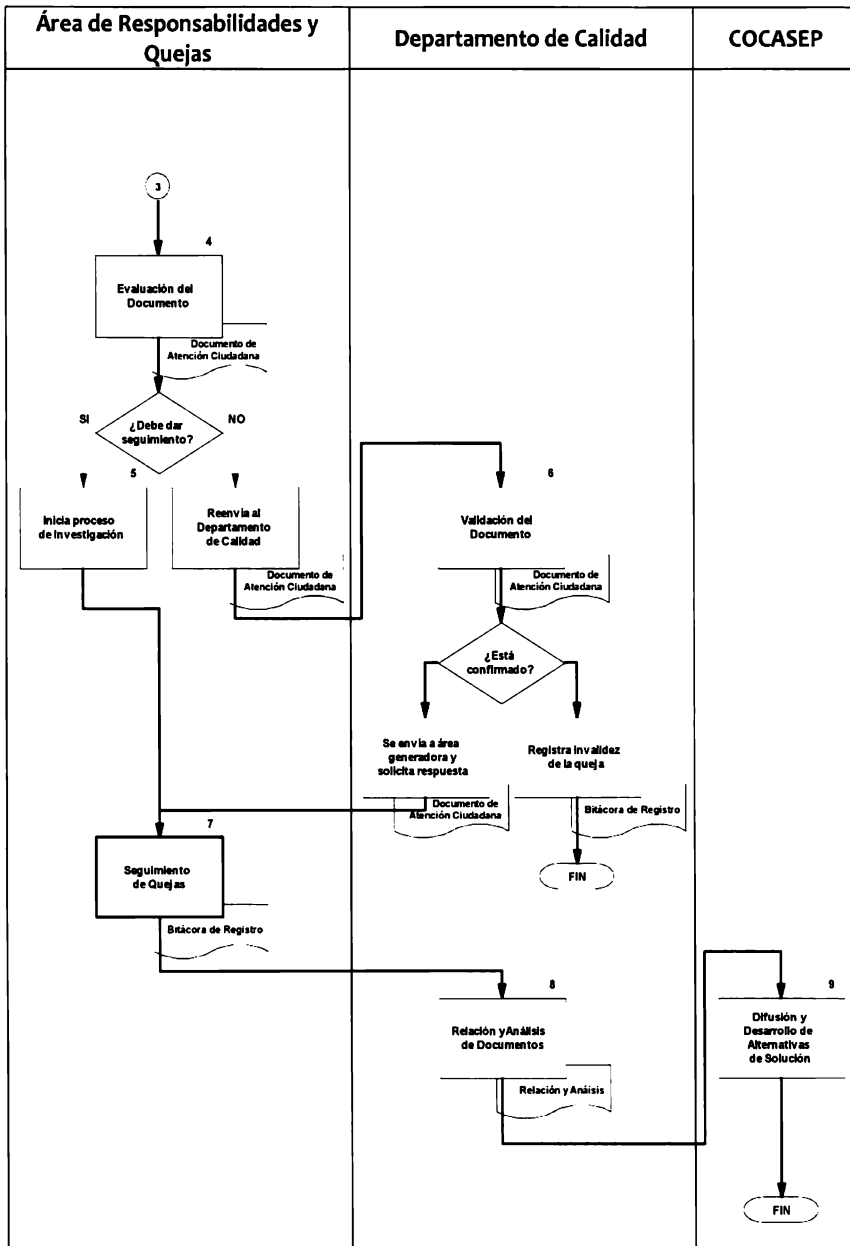
**PROCESO DE CERTIFICACIÓN HOSPITALARIA:
UNA INTERVENCIÓN EXITOSA**

2016

XVI. Secuencia de etapas	XVII. Actividad	Responsable
	8.2 Entrega mensualmente el reporte a la Dirección General, Dirección Médica, Órgano Interno de Control.	
9.0 Difusión y desarrollo de soluciones	9.1 Se realiza un análisis trimestral al seno del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.	COCASEP
	9.2 Se exponen observaciones y alternativas de solución	
	TERMINA PROCEDIMIENTO	

4.0 Diagrama de flujo





ANEXO 8

Objetivo

El presente proyecto busca asegurar una utilización racional y económica de los medicamentos dentro del INER, para lo cual se propone la necesidad de la figura del farmacéutico clínico quien desempeñaría el esencial papel de atender las necesidades de los individuos y coadyuvar al Instituto con la administración de recursos basados en evidencia mediante la gestión de medicamentos y materiales de consumo, la adquisición, almacenaje y distribución de medicamentos, la evaluación y control de la ministración, y reporte de uso y efectos adversos.

Antecedentes

En la Carta de los Derechos del Hombre se establece el acceso a servicios de atención médica y a medicamentos como un derecho inalienable. Por su parte el texto del artículo 4º constitucional regula el derecho a la protección de la salud de la manera siguiente: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”*. Es así como el Estado debe establecer las líneas de acción necesarias para responder a la obligación moral y política de garantizarlo, y así permitir el uso eficiente de los medicamentos.

En el mundo circulan más de cien mil productos farmacéuticos de marca lo que evidencia una diferencia significativa con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, la cual señala 325 principios activos y 532 presentaciones farmacéuticas como suficientes para enfrentar la mayoría de las enfermedades (Perez-Peña, 2003).

El uso inapropiado de medicamentos constituye en la actualidad un grave problema de salud pública, que frecuentemente produce consecuencias de salud y calidad de vida en los pacientes, desperdicio de recursos y aumento en el costo de los tratamientos con una considerable elevación de la frecuencia de efectos adversos (incidentes y desarrollo de resistencia). Además dichos errores generan desconfianza de los pacientes en el sistema y dañan profundamente a los profesionales e instituciones sanitarias. Literatura internacional refiere que, en países desarrollados, hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños que resultan de la atención médica recibida. (ENEAS, 2005) lo anterior fundamenta la necesidad de establecer procesos que apoyen la atención médica segura basada en intervenciones y acciones dirigidas a evitar que los pacientes sean los terceros pagadores de una atención incoordinada y falta de control.

Una de las soluciones que los Estados Miembros de la OMS han promovido es el uso racional de medicamentos, la cual tiene por objeto ayudar a reformular la asistencia a los enfermos y evitar errores humanos perjudiciales para los pacientes.

Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente y Director General de Salud de Inglaterra, ha manifestado que: "En todo el mundo, los sistemas de salud reconocen hoy día que la seguridad del paciente es una cuestión prioritaria. El programa de trabajo de Soluciones para la Seguridad del Paciente aborda varias áreas cruciales de riesgo para los pacientes. Las medidas claras y concisas propuestas en las nueve soluciones han demostrado ser de gran utilidad para reducir las cifras inaceptablemente altas de lesiones iatrogénicas observadas en todo el mundo".

Situación Epidemiológica

Durante los pasados cien años, en todos los países se ha observado un cambio en el perfil epidemiológico: el paso paulatino de una mortalidad concentrada en enfermedades infecciosas, parasitarias, al predominio de padecimientos crónicos y degenerativos. Dicha transición epidemiológica hace fundamental intervenciones

complejas y enfatiza la importancia de las transformaciones sociales y el comportamiento de los individuos.

En los últimos años también se ha observado una disminución significativa en la mortalidad originada en enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, cánceres y otros padecimientos degenerativos lo cual ha promovido un paulatino “envejecimiento” de la mortalidad.

Lo anterior aunado a factores socioeconómicos que influyen decisivamente en la prestación de servicios de salud, el uso racional de los medicamentos y el desarrollo de la atención farmacéutica. La población cautiva del INER ha envejecido en los últimos años y con ello la gama de medicamentos que se deben utilizar para el adecuado tratamiento de los pacientes se ha ampliado, sin embargo no por ello la práctica clínica se ha hecho más eficiente.

Una farmacoterapia apropiada permite obtener una atención sanitaria segura y económica, en tanto que el uso inadecuado de fármacos tiene importantes consecuencias tanto para los pacientes como para la sociedad en general.

Uso Racional de Medicamentos

El Uso racional de Medicamentos implica obtener el mejor efecto, con el menor número de fármacos, durante el período de tiempo más corto posible y con un costo razonable.

El Uso racional del Medicamento, contribuye significativamente al bienestar de los pacientes y por ende a la comunidad. Sin embargo, no es una situación fácil de lograr y mantener. Existen múltiples estudios y testimonios que confirman el frecuente uso inapropiado de este insumo crítico, lo que repercute negativamente en las condiciones de salud de nuestra población así como en los presupuestos familiares e institucionales.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud han intensificado sus esfuerzos por promover el uso racional de los medicamentos y ha

reconocido la necesidad de establecer una política Nacional de Medicamentos y la importancia de una estrategia asociada de investigación que incluya estudios de utilización de Medicamentos.

La Secretaría de Salud en su Programa Nacional de Salud 2007-2012 en 4 de sus estrategias señala la necesidad de un programa para el uso racional de medicamentos:

Estrategia 1: Protección contra riesgos asociados con el uso de medicamentos

Estrategia 2: Promoción del uso adecuado de medicamentos

Estrategia 3: Desarrollo de política nacional de medicamentos como estrategia de calidad

Estrategia 9: Fortalecimiento de investigación y educación sobre medicamentos en salud pública

Para el logro de esta racionalidad, el Instituto debe tener en cuenta la complejidad del sistema de utilización de medicamentos, y por lo tanto se deberán llevar a cabo diferentes prácticas de control en cada una de las etapas del sistema para garantizar la seguridad de la utilización de medicamentos.

Organizaciones nacionales y extranjeras han recomendado la profesionalización del servicio de Farmacia, es decir superar las funciones tradicionales de almacenamiento y dispensación, para convertirla en un área de soporte técnico a los servicios que presta el hospital, de apoyo al trabajo de los médicos y del personal de enfermería, así como de educación al usuario. Para lograrlo las instituciones deberán contar con profesionales de la salud que conozcan y apliquen los principios básicos de la farmacología. La permanente capacitación e información acerca de las temáticas relacionadas al medicamento son fundamentales a la hora de preparar listados de medicamentos en los distintos niveles de atención, como al tener que tomar decisiones farmacoterapéuticas. (SICALIDAD, 2008)

La selección y el uso de los medicamentos se debe hacer de acuerdo con la información científica disponible acerca de la farmacología clínica de los medicamentos en consideración y después de la evaluación de la relación entre los efectos terapéuticos y tóxicos de tal medicamento. Sin embargo, la prescripción inadecuada de medicamentos ocurre muy a menudo.

Existen diversas situaciones en la que pueden generar la prescripción irracional, entre las cuales se encuentra:

- 1- Formación inadecuada de los profesionales de la salud en farmacología clínica.
- 2- Falta de una revisión crítica de la forma de prescribir medicamentos.
- 3- La excesiva demanda de atención médica por parte de la población.
- 4- Presión de los pacientes y familiares sobre el profesional para recibir la prescripción
- 5- La prescripción de antibióticos de amplio espectro o bien, preparaciones de múltiples medicamentos para aquellos casos en que existe cierta incertidumbre en el diagnóstico.

Lo anterior cobra importancia en particular en países como México cuyo gasto en medicamentos se aproxima al 40% del presupuesto en salud. (Izazola, 2006)

Atención Farmacéutica

Strand L. define la Atención Farmacéutica como la práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico. La atención farmacéutica es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente.(Strand, 1991)

El carácter beneficiario de la atención farmacéutica se extiende al público en su conjunto reconociendo así mismo al farmacéutico como dispensador de atención sanitaria, participando activamente en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, junto con otros miembros del equipo de atención de salud.

Servicio de Farmacia Hospitalaria

El Servicio de Farmacia Hospitalaria deberá depender directamente de la Dirección Médica, sin embargo tendrá comunicación directa con la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios Generales y, con el Almacén de Farmacia.

Deberá contar al menos con 4 Farmacólogos Clínicos, uno de ellos deberá asistir en turnos especiales y fines de semana.

Contará con información proveniente de la Oficina de Bioestadística y de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.

Será apoyado por el área de Calidad de la Atención de enfermería quién reportara los Eventos Adversos durante la ministración de medicamentos.

Objetivos

- El uso adecuado de los medicamentos dentro del Instituto, dando soporte a su labor asistencial.
- Adquisición, preparación, control analítico y conservación de medicamentos
- Desarrollo del Subcomité de Farmacia y Terapéutica y elaboración de las guías farmacoterapéuticas.
- Selección de Medicamentos
- Implantación de un sistema racional y seguro de distribución de medicamentos
- Creación del Centro de información de Medicamentos y educación sanitaria

- Impartir docencia, tanto intra como extrahospitalaria
- Programa de farmacovigilancia.

Entre las funciones que se proponen tenga el Servicio de Farmacia Hospitalaria se encuentra:



El Servicio de Farmacia Hospitalaria tendrá la responsabilidad de coordinar la **Gestión de Medicamentos e Insumos**, sin embargo resulta fundamental tomar en cuenta que para realizar esta función el Servicio deberá ser alimentado con información por parte de la Dirección y de los prestadores de atención médica. La gestión de medicamentos no puede ser exclusiva de un servicio o área, debe implicar a todo el establecimiento, llevar a cabo una revisión anual de cada una de las funciones operativas teniendo en cuenta prácticas basadas en evidencias, datos de calidad y mejoras documentadas a

fin de comprender la necesidad y prioridad del avance del sistema en cuanto a calidad y seguridad de los pacientes.

Por otro lado, el Servicio de Farmacia Hospitalaria será el encargado de tener a disposición los medicamentos que se requieran para la atención de pacientes, de acuerdo con las necesidades del hospital y las reglamentaciones correspondientes. Para lograr esta función deberá supervisar la lista de medicamentos apoyado por el Comité de Farmacia y Terapéutica quienes normaran los criterios para agregar o eliminar medicamentos de la lista (p.e. indicaciones, efectividad, riesgos y costos).

El servicio deberá establecer los mecanismos necesarios para garantizar que los medicamentos sean almacenados bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto, su seguridad y deberá controlar su dispensación, mediante procedimientos que guíen las recetas, órdenes y transcripciones, pero que no retrasen la administración del medicamento. Además, en conjunto con el Departamento de Enfermería normará la conducta para la preparación y administración de medicamentos, evaluará el desempeño y establecerá una estrecha relación para la capacitación del personal.

Por último evaluará constantemente mediante la implantación de un sistema de reporte, los incidentes medicamentosos y efectos adversos que se presenten por la administración de un medicamento o bien, por un error u omisión en su aplicación. Con el objetivo de prevenir errores que ocurren en el establecimiento y elevar la seguridad del paciente.

Comité de Farmacia y Terapéutica

El comité deberá estar integrado por:

- Director Médico Voz y Voto
- Jefe del Servicio de Farmacia Hospitalaria Voz y Voto

-
- | | |
|------------------------------------------------------|------------|
| • Jefe de Departamento de Adquisiciones | Voz y Voto |
| • Jefe de Departamento de Atención Médica | Voz y Voto |
| • Jefe de Departamento de Medicina Crítica | Voz y Voto |
| • Jefe de la Unidad de Urgencias Respiratorias | Voz y Voto |
| • Jefe del Departamento de Enfermería | Voz y Voto |
| • Jefe de Almacén de Farmacia | Voz |
| • Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica | Voz |
| • Jefe de la Oficina de Bioestadística | Voz |
| • Presidente del Comité de Morbimortalidad | Voz |
| • Presidente del Comité de Infecciones Nosocomiales. | Voz |

El Comité será un órgano colegiado en el cual se generará la información necesaria para el adecuado funcionamiento de la Farmacia Hospitalaria.

Dentro de sus atribuciones se encontrarán actualizar periódicamente el cuadro básico y catálogo de medicamentos, regular la prescripción y suministro de medicamentos, analizar la morbilidad institucional y su relación con la prescripción, definir niveles mínimos, máximos, puntos de reordenamiento y niveles de seguridad. Vigilar la aplicación de las guías clínico terapéuticas.

Estrategias

1. Formación del Comité de Farmacia y Terapéutica
2. Profesionalización del Servicio de Farmacia
3. Generación de Información que permita el adecuado abasto de medicamentos.
4. Sistema Integrado de administración en la farmacia
 - a. Registro de entradas, salidas, existencias en el almacén,
 - b. Mínimos, máximos y reservas
 - c. Niveles de alarma de almacén,
 - d. Emisión de pedidos,
 - e. Baja del almacén
5. Dispensación en unidosis segura (identificada con nombre, dosis, lote, fecha de caducidad)
6. Disponibilidad de medicamentos 24 horas, 365 días del año
7. Vigilancia de la Administración de Medicamentos
8. Mantener control sobre la indicación, utilización y cargo de medicamentos o insumos sobre la cuenta de pacientes.
9. Control de los eventos adversos y errores médicos

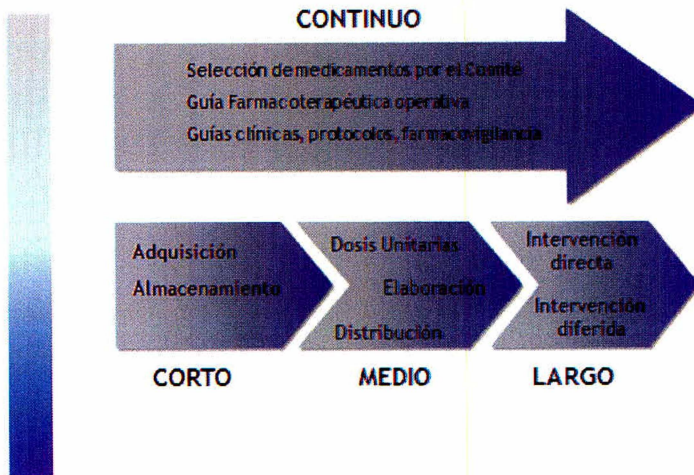
ANEXO 9



COMITÉ DE FARMACIA Y TERÁPEUTICA

Propuesta de Trabajo

Principales Procesos



Propuesta de Estructuración



Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT).

Misión: Promover y garantizar el uso eficiente de los medicamentos en el hospital, mediante una selección basada en evidencia científica que garantice los mejores resultados en el proceso de atención de los pacientes.

Objetivos:

- Asesorar al equipo de dirección del hospital en la formulación e implementación de las políticas relacionadas con la selección, prescripción, dispensación y uso racional de medicamentos
- Participar en la formulación de programas diseñados para satisfacer las necesidades del equipo de salud relacionados con el conocimiento y uso adecuado de medicamentos

ANEXO 10

**METAS
INTERNACIONALES
DE
SEGURIDAD
DEL PACIENTE
(MISP)**

PERSPECTIVA GENERAL DEL ESTÁNDAR EN EL [REDACTED]

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente son el conjunto de Buenas prácticas, resultado de la experiencia en atención médica de diversos hospitales internacionales. De esta evidencia, se determinaron las mejores acciones y soluciones basadas en conocimientos de expertos, encaminadas a mejorar la seguridad del paciente.

En el Instituto [REDACTED] estas buenas prácticas aunado al cumplimiento de la normatividad aplicable, han sido apropiadas a nuestro entorno en políticas Institucionales, cuya implementación se traduce en la gestión de la Mejora continua de la Atención médica y la Seguridad del Paciente.

Por tal motivo, las autoridades competentes en el [REDACTED] han asumido la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de nuestra misión organizacional, buscando siempre que en el Instituto se brinde atención médica centrada en las necesidades específicas de cada paciente y respetando en todo momento sus derechos, así como su contexto sociocultural.

De esta manera en el [REDACTED] buscamos desarrollar una cultura de seguridad de los pacientes, teniendo como prioridad la máxima hipocrática de "Primero no dañar" y con la implementación de acciones y estrategias basadas en las MISP, encaminadas al aseguramiento de los procesos de atención médica, con lo que se pretende reducir significativamente los eventos adversos en nuestro Instituto.

PROPÓSITO INSTITUCIONAL DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fomentar una cultura Institucional enfocada a Mejorar la Calidad y Seguridad en los procesos de atención médica que brinda el [REDACTED] a la comunidad en general.

Establecer los lineamientos que permitan estandarizar las actividades del personal que participa en la atención médica, a fin de reducir al máximo los riesgos para el paciente.

ALCANCE

El presente documento referente a las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, es de aplicación obligatoria para todo el equipo multidisciplinario que participa en la atención y seguridad del paciente y su familia, en coordinación con el cuerpo de Gobierno del Instituto [REDACTED].

MISP 1: IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE.

OBJETIVO:

Identificar de manera confiable y correcta al paciente a quien está dirigido el servicio o tratamiento y que este a su vez coincida con la persona adecuada.

Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL ESTÁNDAR:

1. En todas las fases de la atención médica y administrativa como regla de seguridad, todo el personal del Instituto tiene la responsabilidad de revisar y verificar la identidad del paciente a través de los dos datos identificadores **NOMBRE COMPLETO (apellido paterno, materno y nombres) y FECHA DE NACIMIENTO, (aaaa/mm/dd)**, establecidos por el hospital y contenidos en los métodos.
2. Siempre que las condiciones de salud del paciente lo permitan, todo el personal que lo atiende debe preguntarle a este y/o al familiar los datos de identificación establecidos por la institución, previo a la realización de cualquier procedimiento médico- administrativo.
3. En el momento del ingreso y antes de la administración de la atención, el personal administrativo de la ventanilla es responsable de verificar la identidad del paciente a través de los dos identificadores establecidos por el instituto (nombre y fecha de nacimiento), a fin de brindar la atención y emitir las solicitudes de servicios y registros correspondientes. En el caso de ingreso en ambulancia el oficial de vigilancia solicitará en forma verbal el nombre del paciente, lugar de procedencia y lo registra en la bitácora.
4. En el momento en que se determine la apertura de expediente clínico y/o ingreso hospitalario del paciente, el personal de Trabajo Social y Admisión hospitalaria acreditará la identificación del paciente, mediante documento oficial (identificación del IFE, CURP, acta de nacimiento del paciente, pasaporte o cartilla militar), en ausencia de documentos, se solicitará la declaración de información por escrito ya sea el paciente y/o familiar responsable, una vez acreditada la identidad, registrará el **NOMBRE COMPLETO (apellido paterno, materno y nombres) y FECHA DE NACIMIENTO, (aaaa/mm/dd)** para conformación del expediente clínico institucional.
5. Utilizar los siguientes métodos:
 - a) Brazaletes, membrete de la cabecera de la cama y membrete del módulo de medicamentos que deberán contener los mismos datos; para pacientes hospitalizados y del servicio de urgencias.
 - b) Brazaletes color rosa y tarjeta de identificación en la cabecera de la cama, con mismo color y la leyenda: "**CÓDIGO MATER**", para pacientes en código Mater.
 - c) Carnet de citas del [] y en caso de extravío, cotejar con identificación oficial, para pacientes ambulatorios d) Identificación oficial y con solicitud de servicio, para pacientes de convenios.
6. El personal administrativo que labora en el área de admisión hospitalaria y/o urgencias será el responsable de elaborar el brazaletes de identificación al paciente al momento del ingreso así como del membrete para la cabecera de la cama, y del módulo de medicamentos; deberán sustituirlos en caso de corrección de datos con el cotejo de documentación oficial, daño o deterioro del mismo. En los casos de hospitalización deberán solicitarse mediante la coordinación del personal de enfermería y el área de Trabajo social.
7. Se utilizarán los siguientes colores de brazaletes según sea el caso:

BLANCO: Pacientes de Hospitalización general y urgencias. ROSA: Pacientes en código Mater.

8. Al entregar el personal administrativo a enfermería la papelería correspondiente al paciente, inmediatamente deberá colocar el brazalete en la muñeca derecha del paciente y si esto no fuera posible, podrá colocarse en la muñeca izquierda, tobillo derecho o tobillo izquierdo.
9. Cuando un paciente sea dado de alta y egrese del Instituto deberá entregar al oficial de vigilancia a cargo, la copia verde del formato ■■■-DTES-01 (05-2010) Volante de egresos, y el brazalete de identificación que le fue colocado al momento de ser hospitalizado.
10. Para retirar el brazalete este deberá cortarse por el espacio de los datos y destruirse inmediatamente, a fin de garantizar la protección de los datos personales del paciente y/o evitar confusiones posteriores. El personal de vigilancia procede para disposición final del brazalete.
11. Cuando el paciente o familiar proporcione solo un apellido éste será colocado en el espacio que corresponda de acuerdo al apellido paterno, al apellido materno y todos los nombres que corresponda; en el caso de menores no registrados se registrará solo el apellido de la madre en el espacio que corresponda y en el nombre S/R (SIN REGISTRO); si no es posible obtener datos del paciente entonces se identificará como DESCONOCIDO, en el caso de recepción masiva de pacientes, en los que se pueda recibir uno o más pacientes desconocidos, en general anotar etapa de la vida, género, fecha, hora de ingreso y asignarle un número progresivo, según el orden en que llegaran. Por ejemplo: ADULTO MAYOR / MASCULINO / DESCONOCIDO 15/04/2011, 06:00. No. 1
12. Los identificadores son: **nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento** (escrita: **aaaa/mm/dd**).
13. **En todos los servicios de atención de pacientes del Instituto, se deberán cumplir estrictamente las políticas de identificación correcta del paciente.**
14. Todos los formatos utilizados para la atención de nuestros pacientes, que conformen el expediente clínico y de atención, deben contener, sin excepción alguna, en el espacio de identificación del paciente, **nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento.**
15. El personal que labora en la institución conoce las políticas establecidas para la identificación correcta del paciente, divulgadas mediante presentaciones, tarjetas y dípticos.
16. El cumplimiento de las políticas referentes a la identificación correcta del paciente, serán evaluadas por el Departamento de Calidad, mediante la supervisión directa de los procedimientos y registros del personal que atiende al paciente.
17. Todo el personal, al tener contacto con el paciente, debe realizar la Identificación verbal y verificación cruzada en los siguientes casos:
- ANTES:**
- De administrar medicamentos, sangre o hemoderivados,
 - De extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos,
 - De la dotación de dietas,
 - De procedimiento médico-administrativo a pacientes.
18. **Realizar la verificación cruzada** en pacientes pediátricos, sedados, con pérdida de atención, indiferentes, confundidos o con incapacidad de respuesta; recordar que existen barreras que deberán

ser identificadas y evaluadas como el lenguaje, el idioma , problemas de audición y situaciones degenerativas relacionados con la edad.

MISP 2: Mejorar la comunicación efectiva.

OBJETIVO:

Favorecer que la comunicación sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe; con la finalidad de prevenir errores al comunicar indicaciones o resultados de laboratorio de tipo verbal o telefónico.

ANEXO 11

MODELO DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

“El Instituto”

Septiembre, 2009

TABLA DE CONTENIDO

<u>Objetivo</u>	3
<u>Antecedentes</u>	3
<u>Estrategias</u>	6
<u>Cronograma de Trabajo</u>	7
<u>Bibliografía</u>	8

OBJETIVO

El presente modelo busca a partir de procedimientos administrativos y clínicos basados en la mejor evidencia actual, disminuir el atraso en la atención quirúrgica, la incidencia de errores y promover el aprendizaje basado en las fallas o quasi fallas experimentadas por el personal de la Subdirección de Cirugía del [REDACTED]. Por otro lado busca crear equipo de alto desempeño que fomenten la coordinación entre áreas y promuevan una nueva cultura de seguridad para el paciente dentro del Instituto.

ANTECEDENTES

La seguridad del paciente ha sido tema de discusión en los últimos 100 años, Florence Nightingale durante la guerra de Crimea se preocupó por aquellos errores en la práctica médica que conducían al empeoramiento de los pacientes, una de sus frases célebres precisa aquel tema, "Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un Hospital es que no cause ningún daño".

Sin embargo el tema fue minimizado hasta que dos investigadores estadounidenses, Brennan y Leape, lo hicieron patente en una publicación a finales de los noventa del New England Journal of Medicine, en el cual demostraron en base a una revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar que existía "una cantidad importante de lesiones inflingidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención subestándar", y concluyeron diciendo que "la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias".

A partir de esta publicación se prestó importancia al tema de la Seguridad del paciente y trascendió en el documento Errar es humano editado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1999, en el se indicaba que aproximadamente de 44 mil a 98 mil muertes anuales respondían a errores médicos.

Se estima que en el mundo se realizan aproximadamente 234 millones de procedimientos quirúrgicos al año (TG. Weiser, 2008) , tal cifra indica la importancia de la atención quirúrgica para el manejo de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada 25 personas a nivel mundial requiere de un procedimiento de cirugía al año, la distribución de dichos procedimientos se estima que del 30% de la población quien recibe el 75% del beneficio quirúrgico, 63 millones de personas recibieron tratamiento quirúrgico debido a una afección traumática, 10 millones por problemas relacionados con el embarazo, y 31 millones más por enfermedades neoplásicas en el pasado año.

Por su parte el [REDACTED] realiza alrededor de 4000 procedimientos al año.

Un estudio del Banco Mundial reportó en el 2002 la pérdida de cerca de 164 millones de años de vida saludable (AVISA)¹ a consecuencia de enfermedades que eran tratables de manera quirúrgica. Aún cuando los beneficios del tratamiento quirúrgico es evidente, los riesgos que conlleva el mismo están bien documentados, desgraciadamente en muchos países es menospreciado, sin embargo otros países han realizado estudios que muestran un 0.4 a 0.8% de la mortalidad que se presenta durante la cirugía y del 3 al 17% de las complicaciones mayores a consecuencia de un procedimiento quirúrgico fueron completamente imprevistas. (DT Jamison, 2006) (AA Gawande, 1999)

La razón de ser de los procedimientos quirúrgicos se basa en salvar y mejorar la calidad de vida, sin embargo la aplicación no segura de estos procedimientos ocurre en los países industrializados hasta en un 16% y produce la muerte en un 5 al 10% en países en vías de desarrollo. La mortalidad relacionada a la anestesia en algunos países se ha reportado de 1 en cada 150 procedimientos.

Es fundamental considerar que más de la mitad de los eventos adversos reportados en los hospitales se producen en las salas de cirugía, y los datos sugieren que aproximadamente la mitad de todas las complicaciones quirúrgicas pudieron haberse prevenido sin que se incrementara el gasto en la atención, conociendo los principios de la seguridad del paciente relacionados con la realización de cirugía segura. (Perez-Castro y Vázquez, 2008)

A partir de estos datos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició una cruzada para investigar la causalidad de dichas complicaciones e implementar estrategias que garantizaran la seguridad del paciente, o al menos se redujeran los eventos adversos consecuencia de la atención quirúrgica. En el 2008, la OMS publicó las primeras guías de recomendación para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico (WHO, 2008) y, solicitó a los países que la conforman que se iniciara su implementación como el segundo reto mundial para la seguridad del paciente.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND, 2007), tiene como uno de sus objetivos centrales de la política pública en salud brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente. Derivado de ello, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA, 2007) plantea que para prestar servicios de salud con calidad y seguridad es necesario situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, para lo cual se desarrolla en el seno de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD). El programa de Acción específico de SICALIDAD, establece como prioridad la Seguridad del Paciente y una de sus principales líneas de acción es la de estandarizar procedimientos que garanticen la cirugía correcta. (Sicalidad, 2007)

¹ Número de años que se espera viva un individuo al nacer en unas condiciones saludables, es decir sin morbilidad ni incapacidad.