



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN
COORDINACIÓN DE POSGRADO

T E S I N A

PLANEACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DEL CRIT ESTADO DE MÉXICO POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

PRESENTADA POR

Araceli Barrón Garduño

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

SISTEMAS DE CALIDAD

Director (a) :

Mtra. Nelly Karina Jiménez Genchi

Mayo 2012

ÍNDICE

Capítulo I

1. La Situación del CRIT Estado de México.....	8
1.1. Planteamiento del Problema de Investigación	8
1.1.1. Objetivos de la Investigación	9
1.1.2. Preguntas de la Investigación	10
1.1.3. Justificación	10
1.1.4. Viabilidad	11
1.2. Tipo de Investigación	11
1.3. Formulación de la Hipótesis y Variables.....	11
1.4. Selección del Diseño.....	12
1.5. Análisis de los Resultados	12
1.6. Presentación de Resultados	13

Capítulo II

2. Antecedentes.....	15
2.1. Fundación Teletón México	15
2.2. Sistema CRIT	17
2.3. El CRIT Estado de México	18

Capítulo III

3. Marco Teórico.....	22
3.1. La Discapacidad en México	22
3.2. La Creación del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón.....	28
3.3. La Calidad de la Atención Médica	29
3.3.1. Garantía de Calidad en Salud.....	32
3.3.2. Auditorías de Calidad en la Atención Médica.....	33
3.3.3. Motivaciones para la Mejora de la Calidad	35
3.4. Consejo de Salubridad General	36
3.4.1. Historia del Consejo de Salubridad General	36
3.4.2. Misión y Estructura	38

3.4.3. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica	39
3.4.4. Certificación de Establecimientos de Atención Médica	41
3.4.5. Proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica	43

Capítulo IV

4. Análisis del CRIT Estado de México y la Importancia de su Certificación	48
4.1. EL CRIT Estado de México frente a las Necesidades del Gobierno de la República Mexicana	48
4.2. Análisis FODA del CRIT Estado de México	51

Capítulo V

5. Plan para la Certificación del CRIT Estado de México ante el CSG	55
5.1. Fases del Proceso de Certificación	55
5.1.1.Fase I. Autoevaluación de Estructura.....	57
5.1.2.Fase II. Autoevaluación de Procesos y Resultados	59
5.1.3.Fase III. Auditoría Interna.....	60
5.1.4.Fase IV. Inscripción.....	61
5.1.5.Fase V. Evaluación	62
5.1.6.Fase VI. Dictamen.....	63
Conclusiones.....	64
Bibliografía	65
Anexos.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Enfoque Operacional – Causal – Planteamiento de la Problemática	9
2. Mapa conceptual de Hipótesis	11
3. Esquema Operacional - Causal – Diagnóstico	15
4. Mapa de CRIT´S en la República Mexicana.....	17
5. Organigrama del CRIT Estado de México	19
6. Modelo Médico del CRIT Estado de México.....	20
7. Porcentaje de discapacidad en México con referencia a la población total.....	23

8. Distribución de la población total de discapacidad en México por entidad federativa.....	25
9. Tipos de financiamiento de las Instituciones de Atención Médica a Personas con Discapacidad.....	27
10. Estructura Organizacional del Consejo de Salubridad General.....	38
11. Modelo de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.....	42
12. Proceso de Certificación de Establecimientos.....	43
13. Esquema Operacional - Causal – Prescripción	48
14. Distribución de pacientes atendidos por CRIT desde el año 1999 a 2010	50
15. Proceso de Certificación de Establecimientos.....	55
16. Fases de Certificación del CRIT Estado de México	56

ÍNDICE DE TABLAS

1. Distribución de la población total de discapacidad en la República Mexicana por entidad federativa (Fuente: INEGI).....	24
2. Pacientes atendidos por año del Sistema CRIT	49
3. Pacientes atendidos por CRIT.....	49

INTRODUCCIÓN

Dada la situación de crecimiento que año con año presenta el Sistema de Centros de Rehabilitación Infantil Teletón en la República Mexicana, y la cantidad de pacientes atendidos en cada uno de los CRIT, se presenta la necesidad de establecer un Modelo de Calidad que permita mejorar los servicios y satisfacer las necesidades reales de los pacientes.

En virtud de la importancia de la certificación para una institución que ofrece servicios de salud, en la presente investigación se propone planear la certificación del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Estado de México, con base en el modelo de Certificación de Establecimientos de Atención Médica que plantea el Consejo de Salubridad General con la finalidad de apoyar al mejoramiento de la calidad de los servicios de rehabilitación que se brindan a los pacientes.

Al implementar el modelo de calidad del Consejo de Salubridad General, y lograr la certificación, el CRIT Estado de México tendrá múltiples beneficios entre los que se pueden mencionar, mejorar la calidad de los servicios a los pacientes, administrar mejor los recursos disponibles, garantizar el cumplimiento de la normatividad de salud en México, y estandarizar un modo de trabajar que servirá de modelo para el resto de los Centros de Rehabilitación Infantil Teletón de la República Mexicana.

Con base en lo anterior, en los capítulos uno y dos se estudiará al CRIT Estado de México en su condición presente y modo de operación, de manera tal que permita conocer su situación actual.

En el capítulo tres se expone la situación de la discapacidad en México y cómo el Sistema CRIT está contribuyendo con el gobierno mexicano a atender a la población con discapacidad, también se exponen algunas teorías sobre la calidad en la atención médica y la importancia que esta tiene para la rehabilitación de los pacientes.

En el capítulo cuatro se analizará, la situación del CRIT Estado de México frente a los factores económicos, políticos y sociales que pueden interferir en su operación.

Por último se presenta la propuesta objeto de esta tesis que es la Planeación de la Certificación del CRIT Estado de México por el Consejo de Salubridad General, con recomendaciones para facilitar el proceso de auditoría.

CAPÍTULO I

LA SITUACIÓN EL CRIT ESTADO DE MÉXICO

1. La Situación del CRIT Estado de México

En los últimos años se ha incrementado el interés general por un concepto que al menos todos hemos escuchado alguna vez: Calidad. Ya no resulta extraño el observar que los clientes son más exigentes y que solo aceptan aquellos productos y/o servicios que realmente satisfagan sus expectativas. Las empresas se están enfrentando a un público que, lejos de ser conformista, espera de su proveedor resultados con altos niveles de calidad.

El CRIT Estado de México ha estado en constante crecimiento y desarrollo en estos 11 años de operación, atendiendo a más de 11,000 pacientes y otorgando más de 2,311,778 servicios.

1.1. Planteamiento del Problema de Investigación

En la actualidad el CRIT Estado de México no cuenta con un modelo de calidad en el cual basarse para gestionar satisfactoriamente su operación y apoyar el mejoramiento de los servicios que se otorgan a los pacientes.

Esta investigación propone planear que el CRIT Estado de México se certifique ante un organismo de la de la Secretaría de Salud ya que busca un modelo de calidad enfocado a temas de salud. En este caso, es el Consejo de Salubridad General que cuenta con el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

La metodología empleada en el desarrollo de esta investigación está integrada por cuatro etapas:

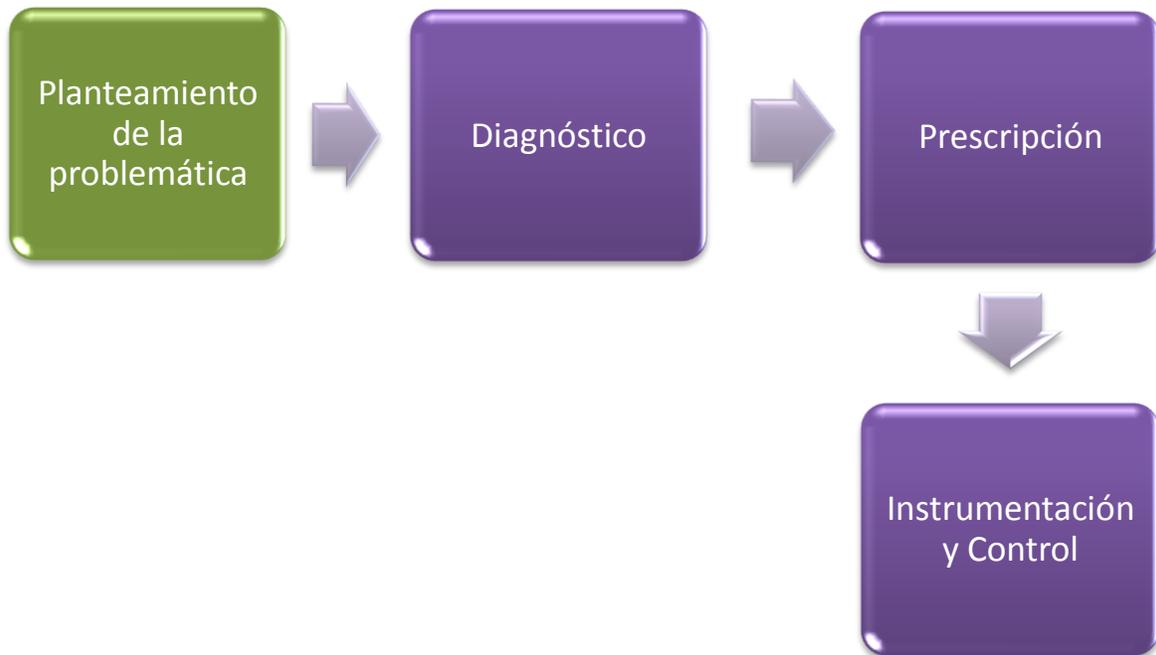


Figura 1. Enfoque Operacional – Causal – Planteamiento de la Problemática
 Fuente: Elaboración propia con base a información obtenida del libro Metodología de la Investigación de Marcelo M. Gómez

1.1.1. Objetivos de la investigación

- Objetivo General

Estructurar un plan para obtener la certificación del CRIT Estado de México con base en el modelo de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General con la finalidad de apoyar al mejoramiento de la calidad de los servicios de rehabilitación que se brindan a los pacientes.

A partir de la problemática planteada, es imperativo diseñar:

- Objetivos Particulares
- ✓ Describir al Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Estado de México.
- ✓ Explicar el origen, crecimiento y desarrollo del Sistema CRIT a nivel nacional.
- ✓ Mostrar la metodología del Consejo de Salubridad General para la certificación de hospitales.

- ✓ Analizar la situación del CRIT Estado de México frente a los diversos factores que pueden beneficiarlo o afectarlo en su operación.
- ✓ Evaluar la planeación del proyecto

1.1.2. Preguntas de la investigación

- ¿Qué es el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón?
- ¿Actualmente el CRIT Estado de México tiene un sistema de calidad con el que esté trabajando?
- ¿Cómo es que surgió el CRIT?
- ¿Cuántos CRIT´s hay en la República?
- ¿Cuál es el objetivo de certificar el CRIT?
- ¿Por qué se tomó la decisión de certificar el CRIT Estado de México y no cualquiera de los que están en el resto de la república?
- ¿Qué beneficios tendrá el CRIT al certificarse?
- ¿Por qué certificarse ante el Consejo de Salubridad General y no ante otro organismo?
- ¿Cuál es el proceso de certificación del CSG?
- ¿La certificación del CSG traerá consigo el mejoramiento de calidad en los servicios?

1.1.3. Justificación

El plan de certificación servirá para que el CRIT Estado de México implemente el Sistema de Gestión de Calidad para lograr la certificación. Esta planeación se utilizará como guía para que los otros CRIT de la república obtengan la certificación.

1.1.4. Viabilidad

La planeación de la certificación es viable ya que el CRIT Estado de México cuenta con la mayoría de los lineamientos que marca el Consejo de Salubridad General, el proceso de certificación es gratuito y el tiempo aproximado para obtener la certificación es de 4 meses a partir de la fecha de inscripción.

Además de lo anterior se cuenta con el total compromiso de la dirección y el entusiasmo del personal por formar parte del proceso de certificación.

1.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación de la planeación de la Certificación del CRIT Estado de México por el Consejo de Salubridad General será “Descriptiva”, ya que solo se estudiará y analizará la información para diseñar el plan de acción.

1.3. Formulación de la Hipótesis y variables

Para delimitar el área de interés se elaboró un mapa conceptual, en el cual se definen la hipótesis y las variables a considerar.

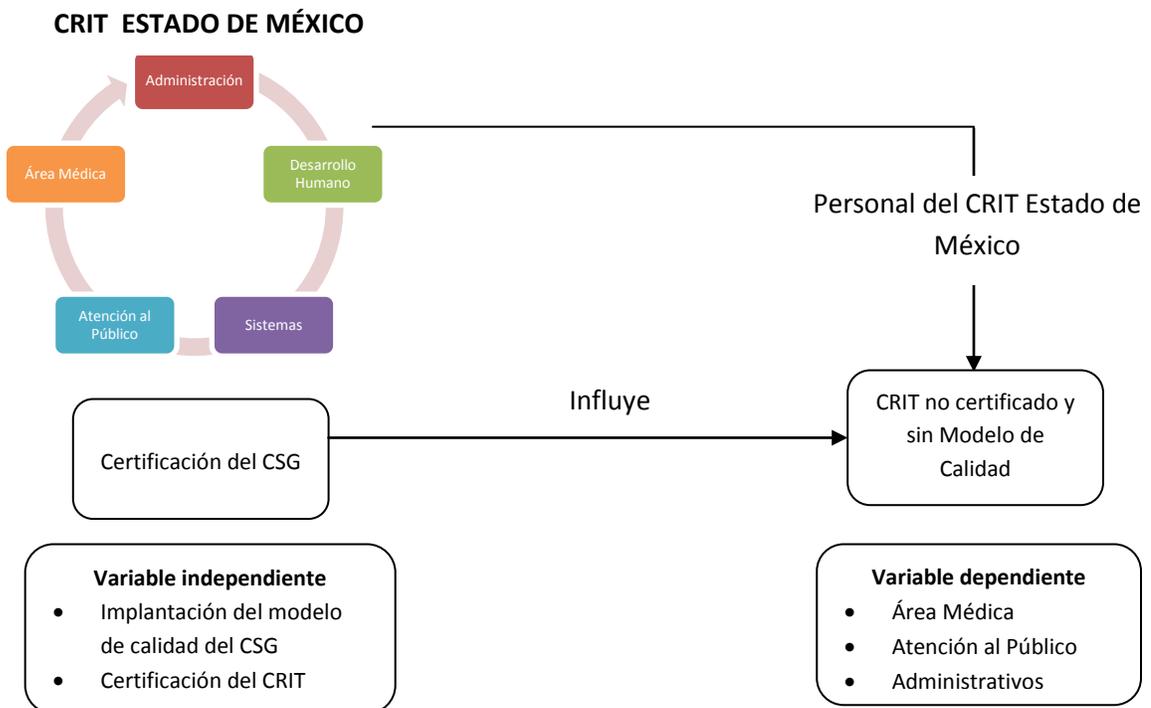


Figura 2. Mapa conceptual de Hipótesis

Con base en lo anterior, la Hipótesis es **“La planeación de la certificación del CRIT Estado de México por el Consejo de Salubridad General apoyará el proceso de certificación y generará beneficios como cumplir con las normas de salud vigentes, contar con un modelo de calidad y asegurar que los servicios otorgados son de calidad y cubren las necesidades de los pacientes”**

1.4. Selección del Diseño

El diseño de la investigación es fundamentalmente no experimental, existe suficiente información sobre el proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica la cual se analizará para poder elaborar la propuesta de la planeación.

1.5. Análisis de los resultados

La recolección de información se llevo a cabo a través de entrevistas realizadas a colaboradores del CRIT Estado de México, y a través de fuentes como Internet, manuales de organización y procedimientos del CRIT, cédulas del Consejo de Salubridad General y leyes y normas federales.

A partir de la información recopilada se procedió a evaluar la situación actual del CRIT Estado de México con la intención de identificar cuáles de los requisitos que pide el Consejo de Salubridad General cubre y cuáles no, de manera que permita elaborar la planeación de la certificación con la mayor certeza posible.

De aquellos requisitos que no cubra, se determinará la forma de implementar medidas de manera tal de abarcar al 100% con los requisitos solicitados y con esto facilitar el logro de la certificación.

1.6. Presentación de Resultados

Está integrada por los antecedentes del CRIT Estado de México, el planteamiento de la elaboración de un diagnóstico de la situación actual, la metodología empleada en la investigación, el análisis de los resultados y la propuesta de la planeación de la Certificación.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES

2. Antecedentes

A partir de la problemática que presenta el CRIT Estado de México se explica el origen, crecimiento y desarrollo del Sistema CRIT a nivel nacional.



Figura 3. Esquema Operacional - Causal – Diagnóstico

Fuente: Elaboración propia con base a información obtenida del libro Metodología de la Investigación de Marcelo M. Gómez

2.1. Fundación Teletón México

Los orígenes de Fundación Teletón México A.C. se remontan al año de 1982 cuando el actual Presidente de la Fundación, Fernando Landeros, organizó el primer “Congreso de la Familia”, donde conoció a la Madre Teresa de Calcuta quién por su naturaleza humanística y defensora de los pobres sugirió a Fernando Landeros que hiciera algo por su comunidad.

En 1984, tras las ideas de la Madre Teresa de Calcuta, Fernando Landeros funda, Gente Nueva, una asociación juvenil que buscaba crear una corriente positiva de valores. En 1985 crea el programa Compartamos y el programa Un Kilo de Ayuda.

En 1994 Fernando Landeros inicia la idea de formar al lado de Diana Laura Riojas (Esposa de Luis Donald Colosio) una Fundación, con el objetivo de ver a un México que trabajara por sus valores y su cultura. El 6 de julio de 1994 nace oficialmente Fundación México Unido, cuyo objetivo en ese entonces era el de promover la educación en México, Fernando Landeros buscaba el apoyo de las empresas y de los medios de comunicación pero el proyecto no fue aceptado.

En 1995, Fernando Landeros busca al señor Mario Kreuzberger, "Don Francisco", para platicarle sobre el proyecto de Fundación México Unido, en donde llegan a la conclusión de cambiar el giro del proyecto, ahora estaría dirigido a ayudar a los niños mexicanos con alguna discapacidad, para lo cual se forma Fundación Teletón México, A.C. En 1996 iniciaron la búsqueda del primer evento Teletón con el objetivo de recaudar fondos para construir Centros de Rehabilitación para ayudar a los niños mexicanos con alguna discapacidad.

Las televisoras más grandes de México, Televisa y TV Azteca se negaron a televisar el evento, fue hasta el año de 1997, cuando Televisa, al cambiar de Dirección, aceptó el proyecto.

El 12 y 13 de diciembre de 1997, se llevó a cabo el primer evento Teletón a Nivel Nacional, se transmitió por más de 24 horas, y obtuvo más éxito del esperado, superó la meta en un 73% se esperaba recaudar 80,000,000 millones de pesos y se recaudaron 138,496,840 millones de pesos.

En 1998 comienza la construcción del primer Centro de Rehabilitación Infantil Teletón en el Estado de México.

El 13 de Mayo de 1999 el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Estado de México abre sus puertas para empezar a dar los servicios de atención médica en rehabilitación.

2.2. Sistema CRIT

Desde la creación del primer Centro de Rehabilitación Infantil Teletón a la fecha se han construido 17 CRIT'S en toda la República Mexicana que se encuentran actualmente en funcionamiento:

CRIT Estado de México
CRIT Occidente
CRIT Oaxaca
CRIT Aguascalientes
CRIT Coahuila
CRIT Guanajuato
CRIT Hidalgo
CRIT Chihuahua
CRIT Chiapas
CRIT Neza
CRIT Quintana Roo
CRIT Yucatán
CRIT Tamaulipas
CRIT Durango
CRIT Veracruz
CRIT Baja California
CRIT Sonora



Figura 4. Mapa de CRIT'S en la República Mexicana

Fuente: Sistema CRIT

El crecimiento de los Centros de Rehabilitación Infantil Teletón a través de los años, trajo consigo la necesidad de crear el SCRIT (Sistema de Centros de Rehabilitación Infantil Teletón) que es un programa dentro de Fundación Teletón México A.C. cuyo objetivo medular es arropar y proveer la estructura de funcionamiento de los centros, para lograr un esquema estandarizado y de alta calidad en cada uno de ellos.

La estructura de todos los CRIT'S se representará con la descripción del funcionamiento del CRIT Estado de México.

2.3. El CRIT Estado de México

El Centro de Rehabilitación Infantil Teletón es una institución dedicada a la de rehabilitación de los niños de 0 a 18 años que sufren de alguna discapacidad de tipo neuro – músculo - esquelética, ofreciéndoles un modelo de atención integral que incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

El CRIT Estado de México empezó sus operaciones el 13 de Mayo de 1999, desde su apertura a diciembre de 2010 ha atendido a 11,474 niños.

El CRIT Estado de México depende directamente de Fundación Teletón México A.C., quien a través del SCRIT (Sistema de Centros de Rehabilitación Infantil Teletón) asigna presupuestos, estructuras y directrices para su operación.

Misión

“Reconociendo y salvaguardando la dignidad de la persona, servimos a los menores con discapacidad neuro-músculo-esquelética, a través de una rehabilitación integral, promoviendo su pleno desarrollo e integración a la sociedad”

Visión

“Ser el mejor sistema de Centros de Rehabilitación Infantil del mundo dentro del marco de la promoción de valores humanos y de una cultura que favorezca la integración social de las personas con discapacidad”

Objetivos

- Promover la unidad nacional en torno a nuestros valores.
- Promover una cultura de integración de las personas con discapacidad a la sociedad.
- Construir y operar centros de rehabilitación para menores con discapacidad.
- Apoyar a instituciones que atienden a personas con discapacidad en la República Mexicana a través del Fondo Teletón de Apoyo a Instituciones.

Estructura Organizacional

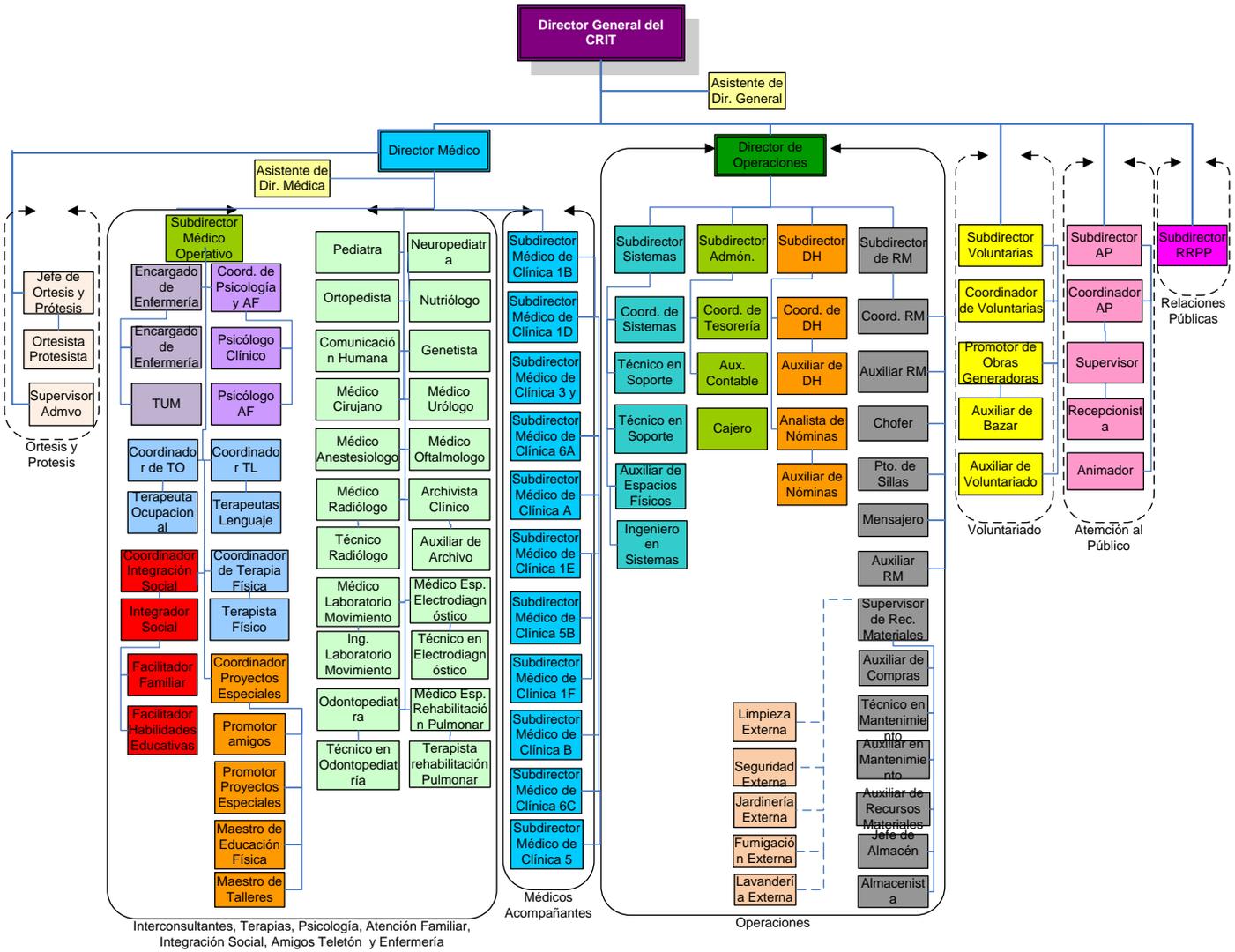


Figura 5. Organigrama del CRIT Estado de México
Fuente: CRIT Estado de México

En el CRIT Estado de México no hay un departamento de calidad, todos los asuntos relacionados con calidad los dirige el Departamento de Control Interno y Calidad que depende directamente del Corporativo de Fundación Teletón México A.C.

Modelo de Atención

El modelo de atención de los Centros pretende abarcar todas las facetas de la estancia de los pacientes en el Centro y del proceso de rehabilitación.

Es un modelo integral, parte de que todo lo que sentimos en el cuerpo, lo sentimos en el alma; por lo que el niño es atendido en todos sus ámbitos: físico-psicológico-social-espiritual.

Modelo Médico

El modelo médico integral desarrollado en los CRIT, contempla como principales líneas de acción:

- Dar énfasis a la prevención
- Ofrecer un enfoque de atención médica interdisciplinaria
- Proporcionar servicios especializados para atender las diversas facetas de la rehabilitación
- Brindar un modelo de atención centrado en la familia
- La meta de la rehabilitación incluye la integración del niño a la sociedad

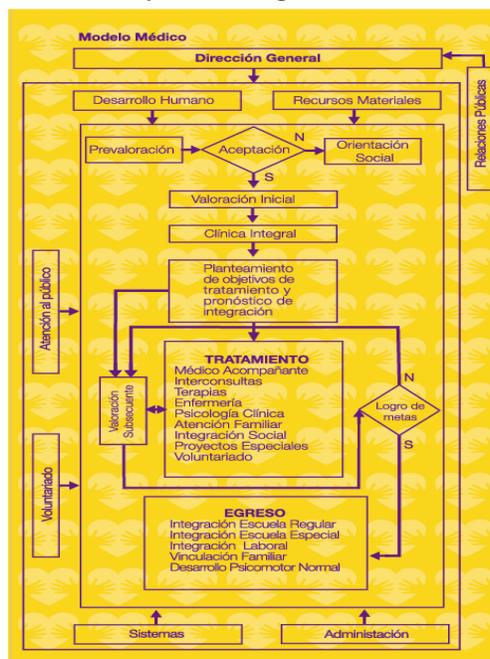


Figura 6. Modelo Médico del CRIT Estado de México
Fuente: CRIT Estado de México

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

3. Marco Teórico

En este capítulo se desarrolla el fundamento teórico de la discapacidad en la República Mexicana, así como la importancia de contar con modelos de calidad en instituciones de salud, incluido el modelo del Consejo de Salubridad General para la certificación de hospitales.

3.1. La Discapacidad en México

Una “persona con discapacidad” según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, es: "Aquella que presenta una limitación física o mental de manera permanente o por más de seis meses que le impide desarrollar sus actividades en forma que se considera normal para un ser humano".¹

Las personas con discapacidad constituyen la minoría más numerosa y más desfavorecida del mundo. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad señala que este grupo de la población incluye a las personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 10% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, esto es aproximadamente 650 millones de personas. Si a esta cifra se agregan los familiares cercanos, el número de personas directamente involucradas con la discapacidad asciende a dos mil millones de habitantes, lo que representa casi un tercio de la población mundial.²

¹ <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>

² http://www.who.int/mediacentre/events/annual/day_disabilities/es/

Por su parte, el Banco Mundial estima que aproximadamente entre el 10% y el 12% de la población mundial tiene discapacidad y que en el 25% de los hogares hay un integrante con alguna discapacidad. Se estima además que el número de personas con discapacidad está aumentando debido al crecimiento mismo de la población, al incremento en la esperanza de vida y al proceso de envejecimiento que hoy en día enfrenta la población de muchos países.³

El tema de discapacidad en México ha cobrado un significativo incremento de atención por parte de los profesionales y la sociedad en su conjunto en los últimos años, esto debido al acrecentamiento del porcentaje de personas con discapacidad en la República Mexicana, según datos del INEGI en el año 2000 el porcentaje de personas con alguna discapacidad representaba el 1.8% de la población total, para el año 2010, las personas que presentaron algún tipo de discapacidad fueron 4 millones 527 mil 784, lo que representa 4.5% de la población total.⁴

En la siguiente grafica se puede ver el incremento que presentó la discapacidad en México de 2000 al 2010.

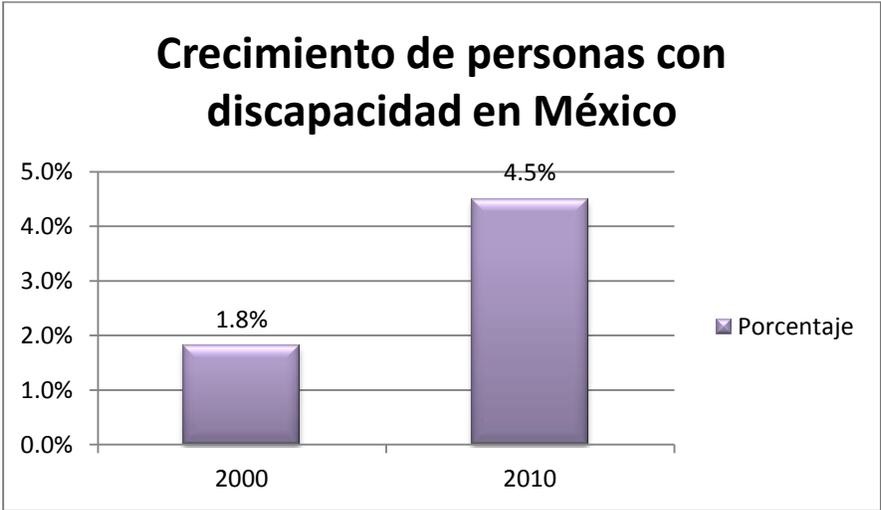


Figura 7. Porcentaje de discapacidad en México con referencia a la población total
Fuente: INEGI

³ Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, 2009 México

⁴ <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>

Las entidades donde existen mayores necesidades de atención, dada la concentración porcentual de las personas con discapacidad son: el Estado de México (10.5%) tiene la mayor concentración porcentual, seguido por el Distrito Federal (8.9%), Jalisco (7.7%) y Veracruz (7.6%). En el polo contrario, Baja California (0.4%), Tlaxcala, Quintana Roo y Colima (0.7% cada uno) tienen los menores porcentajes de población con discapacidad.⁵

En la siguiente tabla se muestra la distribución de la población total de discapacidad en la República Mexicana por entidad federativa.

Entidad federativa	Total	0 a 14 años	15 a 64 años	65 y más años	No especificado
México	1,795,300.00	235,969.00	915,142.00	628,825.00	15,364.00
Aguascalientes	17,021.00	2,707.00	8,227.00	5,977.00	110
Baja California	35,103.00	5,255.00	18,967.00	10,669.00	212
Baja California Sur	6,835.00	919	3,709.00	2,159.00	48
Campeche	15,778.00	1,998.00	8,204.00	5,479.00	97
Coahuila	46,558.00	5,949.00	24,635.00	15,656.00	318
Colima	13,022.00	1,532.00	6,659.00	4,731.00	100
Chiapas	49,823.00	8,412.00	26,162.00	14,826.00	423
Chihuahua	56,187.00	6,520.00	28,997.00	20,273.00	397
Distrito Federal	159,754.00	17,015.00	82,399.00	59,772.00	568
Durango	32,052.00	4,100.00	16,092.00	11,592.00	268
Guanajuato	88,103.00	12,780.00	42,297.00	32,099.00	927
Guerrero	50,969.00	6,864.00	24,766.00	18,357.00	982
Hidalgo	47,176.00	6,654.00	23,634.00	16,385.00	503
Jalisco	138,308.00	17,695.00	67,551.00	51,811.00	1,251.00
México	189,341.00	29,702.00	106,035.00	52,414.00	1,190.00
Michoacán	85,165.00	10,904.00	40,412.00	32,639.00	1,210.00
Morelos	30,195.00	3,536.00	14,925.00	11,417.00	317
Nayarit	21,600.00	2,747.00	10,723.00	7,996.00	134
Nuevo León	69,765.00	8,108.00	37,007.00	24,332.00	318
Oaxaca	65,969.00	8,594.00	31,850.00	24,651.00	874
Puebla	82,833.00	11,666.00	40,709.00	29,808.00	650
Querétaro	22,165.00	3,573.00	10,788.00	7,614.00	190
Quintana Roo	12,186.00	2,199.00	6,939.00	2,989.00	59
San Luis Potosí	48,190.00	6,338.00	22,838.00	18,408.00	606
Sinaloa	48,370.00	6,284.00	25,398.00	16,368.00	320
Sonora	42,022.00	5,499.00	21,646.00	14,644.00	233
Tabasco	38,558.00	4,929.00	21,230.00	12,075.00	324
Tamaulipas	52,484.00	5,850.00	26,884.00	19,303.00	447
Tlaxcala	12,498.00	1,861.00	6,130.00	4,458.00	49
Veracruz	137,267.00	16,567.00	71,403.00	47,669.00	1,628.00
Yucatán	47,774.00	5,204.00	23,316.00	18,998.00	256
Zacatecas	32,229.00	4,008.00	14,610.00	13,256.00	355

Tabla 1. Distribución de la población total de discapacidad en la República Mexicana por entidad federativa (Fuente: INEGI)

⁵ Las personas con discapacidad en México, una visión censal, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004, México

En la siguiente gráfica se puede ver con mayor claridad esta distribución de la discapacidad por entidad federativa.

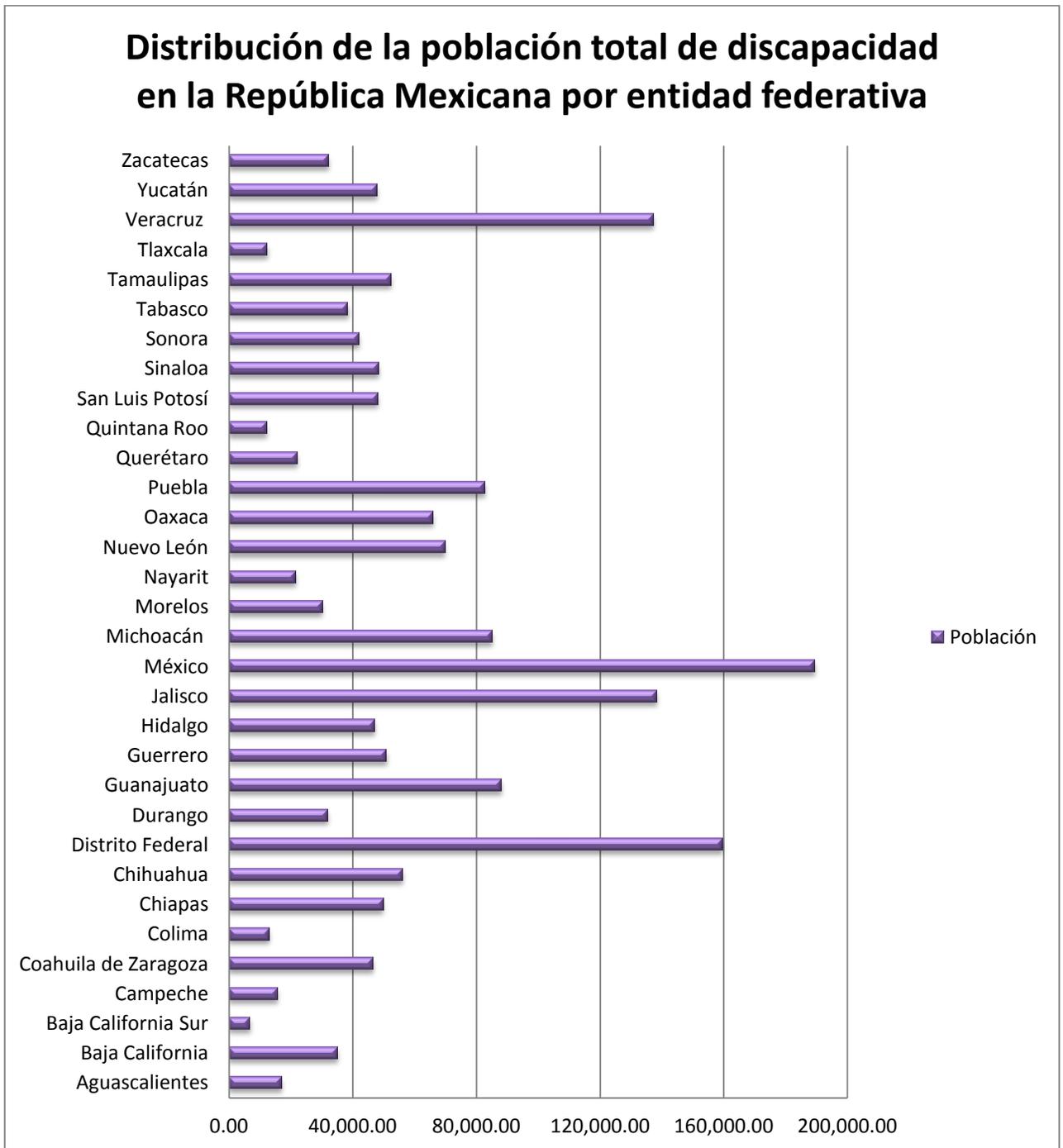


Figura 8. Distribución de la población total de discapacidad en México por entidad federativa
Fuente: INEGI

La problemática, dificultades y barreras que enfrentan las personas con discapacidad han sido expuestas y analizadas públicamente y cada vez son más las personas, instituciones y asociaciones que se incorporan a la tarea de mejorar las condiciones de vida y bienestar personal de este grupo poblacional.

Desde la administración del Presidente Vicente Fox Quesada, el gobierno mexicano adoptó una política pública de coordinación multisectorial para la atención de las personas con discapacidad, se incluyó en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, del que se deriva el Programa Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad 2001-2006 presentado en mayo del 2001.

En la presente administración el presidente Felipe Calderón Hinojosa, dio continuidad a este Programa Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad

El objetivo del Programa Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad, entre otros, es el de promover en la sociedad una nueva cultura de integración de las personas con discapacidad, su incorporación al desarrollo, así como el respeto y ejercicio de sus derechos humanos, políticos y sociales; la igualdad de oportunidades, la equidad en el acceso a los servicios y todo aquello que contribuya al bienestar y mejora de su calidad de vida, considerando que la participación plena de las personas con discapacidad enriquece a la sociedad en su conjunto.⁶

El gobierno mexicano se enfrenta a la problemática de no contar con suficientes instituciones que proporcionen los servicios de atención médica a las personas con discapacidad, lo cual impide que el objetivo del Programa Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad se cumpla. Según datos del INEGI, a

⁶ Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, 2009 México

nivel nacional existen 5.5 de estas instituciones por cada 10 mil personas con alguna discapacidad.⁷

La operación de estas instituciones requiere de un importante esfuerzo, entre los principales problemas que enfrentan, se encuentran la carencia de instalaciones o instalaciones inadecuadas, la falta de financiamiento, la escasez de personal profesional y la falta de información o difusión (INEGI, 2002). Su financiamiento se realiza mediante donativos (29.6%), organización de eventos (17.2%), cuotas de recuperación (14.2%), cuotas de los socios (10.4%), colectas (7.9%) y otro tipo de aportación (20.7%).

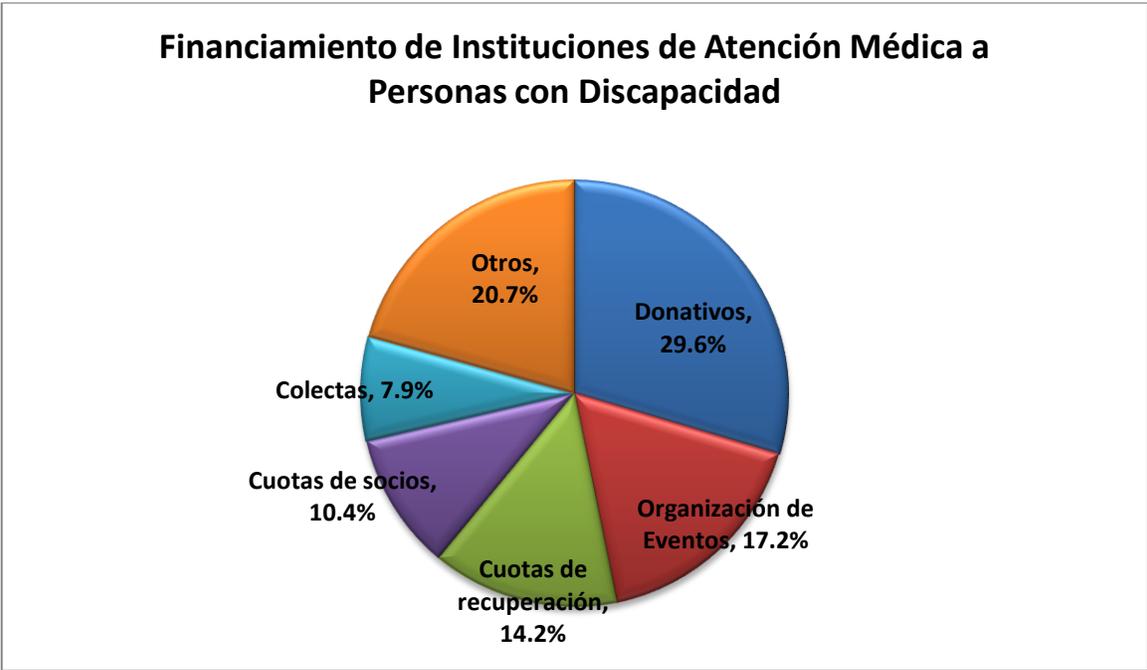


Figura 9. Tipos de financiamiento de las Instituciones de Atención Médica a Personas con Discapacidad.
Fuente: INEGI

⁷ Las personas con discapacidad en México, una visión censal, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004, México

3.2. La creación del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón

La Ley General de Salud, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona según el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.⁸

Debido a la problemática de la falta de instituciones que se dediquen a la atención de las personas con discapacidad, estudiado en el tema anterior, el gobierno no puede cubrir al 100% con lo que estipula el artículo 4º de la Carta Magna.

Cuando a Fernando Landeros, actual presidente de la Fundación Teletón México, le surgió la inquietud de crear una institución a nivel nacional que permitiera atender a personas con discapacidad, al gobierno le pareció una excelente oportunidad de cumplir con el derecho de los mexicanos con discapacidad de tener acceso a los servicios de salud, así que apoyó y sigue apoyando desde el año de 1999 a la Fundación Teletón.⁹

El primer CRIT que se construyó fue el del Estado de México debido a que en ese momento era el estado con la mayor concentración de personas con discapacidad en toda la República Mexicana, según datos del INEGI.¹⁰

El Gobierno del Estado de México estableció acuerdos con la Fundación Teletón de formarse como Asociación Civil que según el Código Civil del Estado de México, “Una asociación civil es una persona jurídica privada, constituida por un conjunto de personas físicas (llamadas socios) que, con la debida autorización del Estado, se unen para realizar actividades que tienden al bien común”. La característica que las distingue es que no persiguen una ganancia comercial o económica; por ello es que no pagan impuestos.

⁸ Ley General de Salud, Artículo 1º

⁹ Convenio de Concentración de Acciones celebrado entre el Gobierno del Estado de México y Fundación Teletón México, A.C.

¹⁰ Las personas con discapacidad en México, una visión censal, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004, México

El Gobierno de cada Estado en donde se construye un CRIT decide qué tipo de apoyos le proporcionará, regularmente el gobierno dona el terreno y una cantidad anual para la operación de los centros.

Los CRIT's a lo largo de estos 11 años de operación, se han caracterizado por dar un excelente servicio, atendido a más de 15,000 pacientes al año, pero hasta el momento no han implementado algún modelo de calidad que les permita mejorar sus procesos de atención médica y medir la satisfacción de los pacientes.

3.3. La calidad de la Atención Médica

En la actualidad existe un crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención médica en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos afortunadamente también, de responsabilidad social y de integridad moral.

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de Calidad total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste.¹¹

Juran define la Calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva (Adecuación al Uso). Este concepto exige una

¹¹ Calidad Total en el Servicio al paciente por Burmester Jose, 2011
<http://bitacorafarmaceutica.wordpress.com/2011/04/29/calidad-total-en-el-servicio-al-paciente/>

definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar.¹²

Deming opina que la Calidad está en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio.¹³

Para Ishikawa el concepto de Calidad es muy parecido, ya que la Calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio.¹⁴

La American Society for Quality Control describe a la Calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario. En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.¹⁵

Hasta aquí hemos visto lo que es la Calidad en el campo industrial. En lo referente al terreno sanitario, el concepto de la calidad de la atención médica varía en diferentes contextos y sociedades, Donabedian la define como "...aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta al balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de atención en todas sus partes..."¹⁶

La OMS señala que la Calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado

¹² Izar Landeta Juan Manuel, González Ortiz Jorge Horacio, Las 7 Herramientas Básicas de la Calidad, Editorial Universitaria Potosina, México 2004, Pp.5

¹³ Deming, W. Edwards, Calidad, Productividad y Competitividad, Ed. Díaz de Santos S.A. México 1989 p. 132

¹⁴ Izar Landeta Juan Manuel, González Ortiz Jorge Horacio, Las 7 Herramientas Básicas de la Calidad, Editorial Universitaria Potosina, México 2004, 46

¹⁵ 2011, Los costos de la calidad, Climent Serrano Salvador, consultado en http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/tqm/1_conceptos/1_conceptos.htm

¹⁶ Donabedian A. La calidad de la Atención Médica, Definición y Métodos de evaluación, La prensa médica mexicana, México, p. 3

para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.¹⁷

La calidad de la atención médica es, sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones de las organizaciones que tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de las personas que requieren de estos servicios. Con los últimos desarrollos científicos y los avances en la legislación que regula la prestación de dichos servicios en los diferentes países, se ha puesto en evidencia la imperiosa necesidad de planear y ejecutar precisos modelos de calidad y evaluarla periódicamente, con el fin de realizar los ajustes necesarios que conduzcan a brindar a la población atención ajustada a las exigencias de calidad.

Es un hecho que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención. Sin embargo son escasos los logros alcanzados en este campo, debido a que son pocas las metodologías existentes que sean prácticas y sencillas, que puedan aplicarse a todas las instituciones con relativa baja inversión de recursos, y que permita generar información útil para la toma de decisiones, orientadas a mejorar progresivamente la calidad de la atención.

El punto de partida para desarrollar un sistema de calidad en el ámbito sanitario, es el sujeto de esta atención, es decir, el paciente. Y según Donabedian existen tres dimensiones que tienen en cuenta al paciente, el componente técnico, interpersonal y de amabilidad.

El **componente técnico**, es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio

¹⁷ Jiménez Jiménez José, Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos 2da. Edición, Díaz de Santos, México 2000, p. 316

sin aumentar con ello sus riesgos. El **componente interpersonal**, está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual (incluyen características tales como la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente). Finalmente, el tercer componente lo constituyen los **aspectos de confort o amenidad**, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable (alimentación, lavandería, etc.).

Desde una perspectiva que incumbe a la salud pública, estos componentes se podrían completar con la asistencia proporcionada a la comunidad, implicando dimensiones tales como **accesibilidad y equidad**.

3.3.1. Garantía de calidad en salud

La garantía de la calidad totaliza la gran complejidad que caracteriza a los servicios de salud, incluyendo su estructura y el desarrollo del recurso humano.

Es aconsejable la creación de un sistema de gestión de calidad (SGC) para asegurar el seguimiento de la calidad de los servicios, que actualmente ya es exigido en forma creciente por usuarios, administradores de la salud y el estado a través de sus organismos de control.

La creación de este sistema de garantía de calidad incluye el conjunto de normas y procedimientos generadores de acciones de evaluación, seguimiento y control en forma planificada y sistemática con el fin de producir servicios de salud de alta calidad.

Para cumplir con las normas de garantía de calidad, una institución prestadora de servicios de salud requerirá, entre otras cosas de:

1. Procesos de formación y educación de sus funcionarios y profesionales para lograr el mejoramiento de la atención ofrecida a los usuarios.
2. Procesos de educación a los usuarios para estimular en ellos un comportamiento saludable y una racional utilización de los servicios.
3. Ofrecimiento de incentivos a los profesionales que presten servicios de buena calidad.

3.3.2. Auditorías de calidad en la atención médica

La Auditoria Medica de las prestaciones y servicios en salud, no se aparta de las auditorias que se realizan en otros campos del quehacer humano en cuanto a proceso, objetivos , evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continuas, que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en búsqueda de la excelencia.

La Auditoría de la Atención Médica es “... una evaluación sistemática de la calidad y la racionalización del recurso de la atención en salud enfocada principalmente en su proceso y resultado con el objetivo fundamental de mejorar la Calidad de los servicios”¹⁸. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas del sistema de calidad que se haya implantando.

El objetivo general de auditar la atención médica es evaluar y garantizar la calidad de la atención brindada a los usuarios de la institución mediante el análisis de los

¹⁸ Malagón-Londoño, Galán Morera, Ponton Laverde, Auditoría en Salud Para una Gestión Eficiente, ed. Panamericana, pp 154

procedimientos que se utilizan en la actualidad, con el propósito de mejorarlos y conseguir el más alto nivel de eficiencia en la atención prestada.

Dentro de los objetivos específicos de la auditoría de la atención médica tenemos:

1. Evaluar la calidad de la atención médica que presta la entidad de salud e introducir las correcciones que fueren necesarias para superar las deficiencias que se detecten y contribuir con su mejoramiento.
2. Analizar y evaluar la función y el ejercicio de la medicina en la institución.
3. Evaluar el grado de coordinación existente entre los diferentes servicios que conjuntamente intervienen en la atención de la salud.

Con relación a las áreas en que se puede llevar a cabo la evaluación de calidad en lo pertinente con la gestión, se propone considerar las de:

1. Estructuras
2. Procesos
3. Resultados

La evaluación de la estructura tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano (técnico y auxiliar), recursos financieros y sistemas de información (interna y externa).

La evaluación de procesos reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero.

La evaluación de los resultados se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficio para el usuario. Su aplicación individual es más difícil que la de estructura y proceso.

El resultado evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o la invalidez en distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios.

3.3.3. Motivaciones para la mejora de la calidad

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de certificación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos de estándares de calidad para determinadas actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio.

3.4. Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General (CSG) es un órgano del Estado Mexicano, establecido por el artículo 73 Fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dependiente del Presidente de la República, presidido por el Secretario de Salud, que tiene como mandato la emisión de disposiciones obligatorias en materia de Salubridad General. El Consejo representa la segunda autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El ámbito de acción del Consejo abarca a todas las organizaciones, públicas y privadas, que constituyen el Sistema Nacional de Salud, y todas aquellas que estén relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales.

3.4.1. Historia del Consejo de Salubridad General

El primer antecedente del Consejo de Salubridad General se remonta a 1841, donde por disposición del Gobierno de la República se crea el Consejo Superior de Salubridad, con las atribuciones de regular el ejercicio profesional de la medicina, vigilar el funcionamiento de las boticas y dictar las medidas pertinentes en materia de salubridad general. En ese entonces la competencia del Consejo era únicamente en la Capital de la República.

En 1872 se expide el primer Reglamento del Consejo Superior de Salubridad, agregando a las responsabilidades del Consejo llevar la estadística médica del Distrito Federal. En 1879 el Consejo pasa a depender de la Secretaría de Gobernación donde comienza a manifestarse su ámbito de acción federal. Sin embargo es hasta 1908 cuando, por decreto del Congreso de la Unión, adquiere plenamente su carácter de autoridad federal. En este periodo destaca la labor del Dr. Eduardo Liceaga quien impulsa la publicación del Primer Código Sanitario del país.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 modifica el nombre del consejo a Consejo de Salubridad General, dándole el carácter de autoridad sanitaria en todo el territorio nacional, y otorgándole la facultad de dictar leyes sobre salubridad general, a través de cuatro adiciones a la fracción XVI del artículo 73.

En 1926 se publica un nuevo Código Sanitario bajo la dirección del Dr. Bernardo J. Gastelum. En este se define al Consejo de Salubridad General como la segunda autoridad sanitaria del país, antecedido por el Presidente de la República y seguido por los delegados del Departamento de Salubridad en los aeropuertos y poblaciones fronterizas, posición que fue ocupada por el Departamento de Salubridad Pública en el código publicado en 1934 y por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el código de 1950. En este documento se indica que el presidente del Consejo de Salubridad General será el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y que su estructura comprende un presidente, un secretario, nueve consejeros y el número de vocales que el propio Consejo determine.

Es hasta 1982 que el Congreso de la Unión en busca de la modernización de la salud y la estructuración del Sistema Nacional de Salud amplía la estructura del Consejo a 12 vocales titulares incluyendo los Presidentes de las Academias de Medicina y Cirugía. La nueva integración del Consejo, expresada en el nuevo Reglamento Interno refleja el interés del Gobierno de la República para que estén representadas, junto a las Instituciones Estatales del Sector Civil y Militar y de Asistencia Pública, las Instituciones de Educación Superior y de Investigación Científica así como las dedicadas al estudio de problemas ambientales.

El Reglamento Interno del Consejo de Salubridad General de 1983 define nuevas atribuciones como son el rendir opiniones y formular sugerencias al Poder Ejecutivo, opinar sobre programas de investigación y de formación de recursos humanos, así como estudiar la legislación de salud y proponer reformas.

Es en el último periodo del Consejo de Salubridad General en el que se le atribuyen las funciones de elaborar, revisar y mantener permanentemente actualizados los

datos y catálogos básicos de insumos para la salud, así como la de la Certificación de la Calidad de establecimientos prestadores de servicios de salud.

El resultado de este proceso histórico es la concreción de la decisión del Congreso Constituyente de 1917 de establecer un cuerpo colegiado, con la única dependencia del Presidente de la República, dotado con amplias facultades para ejercer acciones normativas y ejecutivas en el campo de la Salubridad Pública Nacional, en estrecha colaboración con todas las instituciones encargadas de promover y mantener la salud de la población mexicana.

3.4.2. Misión y Estructura

Misión

Emitir disposiciones de carácter obligatorio en materia de salubridad general en todo el país mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos y la formulación de opiniones del Poder Ejecutivo Federal, para fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud hacia el cabal cumplimiento del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Estructura

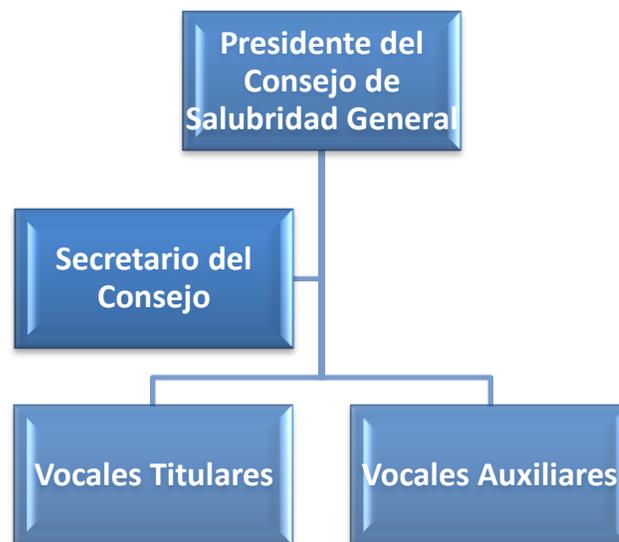


Figura 10. Estructura Organizacional del Consejo de Salubridad General
Fuente: Consejo de Salubridad General

3.4.3. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

A principios de 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionales, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la intención de diseñar **un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica** que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado, se publicaron los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

- 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.

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

Se estableció que la cuota para la certificación fuera cubierta en un 50% por cada hospital y el 50% restante por el Consejo de Salubridad General. A pesar de que se determinó que la certificación, inicialmente sería voluntaria, la aceptación del procedimiento fue muy importante, habiéndose presentado solicitudes de un gran

número de hospitales, los cuales fueron evaluados en su totalidad, habiendo logrado certificarse a una proporción importante de ellos.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual se asentó en dos documentos, que abrogaron las disposiciones jurídicas que le 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.

El Programa de Certificación, que originalmente incluía únicamente a hospitales, se extendió a unidades médicas ambulatorias, hospitales psiquiátricos, unidades de rehabilitación y hemodiálisis.

En la 2da Sesión Ordinaria 2007 de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, llevada a cabo el 28 de junio de 2007, se acordó que se dejaría de llamar Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica que en adelante se llamará Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el cual tendrá el objetivo de “Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios y de la seguridad que se brinda a los pacientes, de manera que le permita a las instituciones participantes, mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno”.

Derivado de lo anterior, el 13 de junio de 2008 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

3.4.4. Certificación de Establecimientos de Atención Médica

La Certificación de Establecimientos de Atención Médica es “el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes”.¹⁹

Los establecimientos de atención médica que pueden participar para obtener esta certificación incluyen a:

Hospitales
Unidades Médicas Ambulatorias
Unidades de Rehabilitación
Hospitales Psiquiátricos
Unidades de Hemodiálisis

Aquellos establecimientos de atención médica que se certifiquen ante el Consejo de Salubridad general podrán:

- Demostrar 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 aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidenciar el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Reforzar su 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

¹⁹ REGLAMENTO Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

La estructura del modelo de certificación consta de tres categorías.

Funciones de Atención al Paciente
Funciones de Apoyo a la Atención
Sistemas de información

En la siguiente figura se representa el modelo de certificación del CSG.

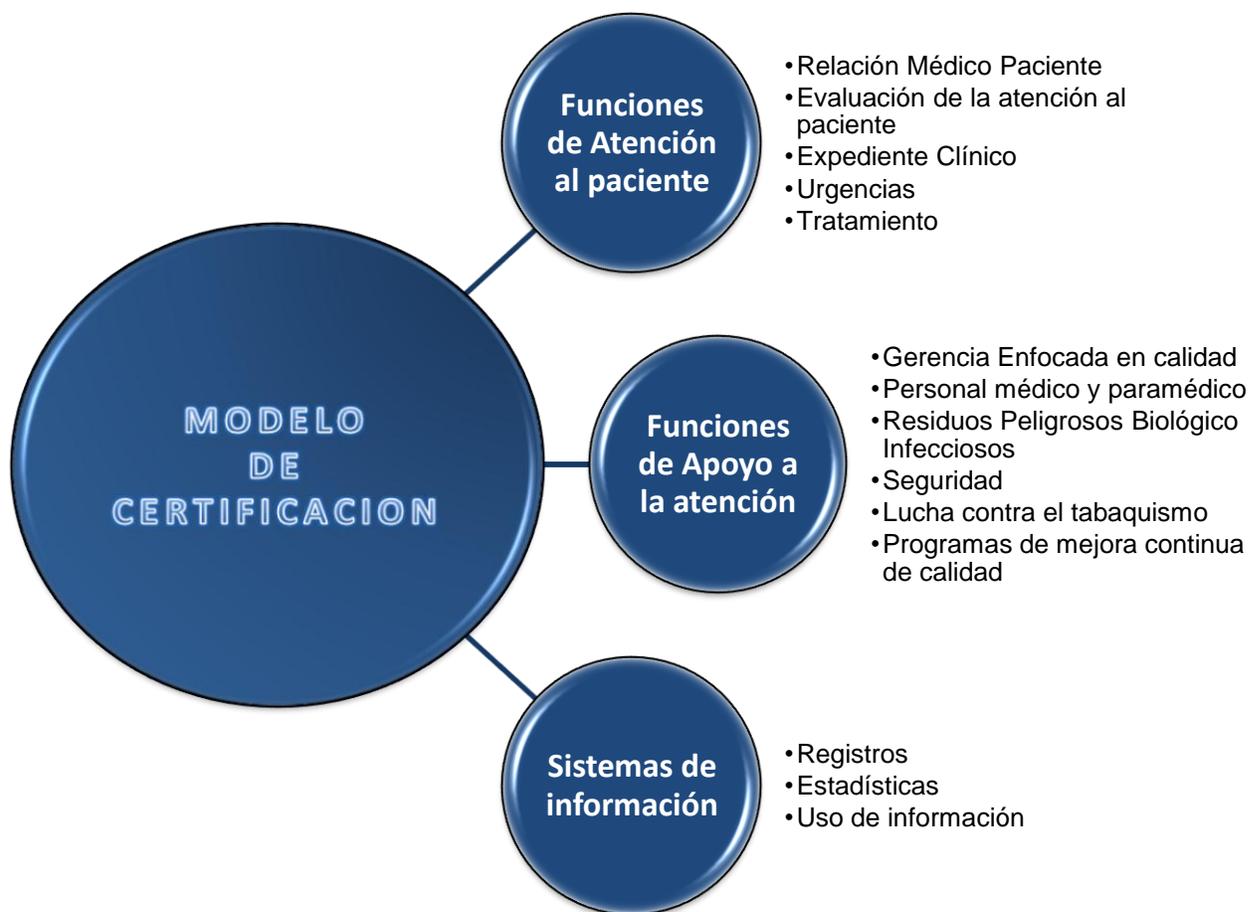


Figura 11. Modelo de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Fuente: Consejo de Salubridad General

3.4.5. Proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

El proceso para la certificación está compuesto de 3 fases mediante las cuales el Consejo de Salubridad General, a través de la Comisión para la Certificación de Servicios de Salud y de manera operativa de la Dirección General Adjunta de Articulación, evalúa el cumplimiento de estándares de calidad en la estructura, procesos y resultados.

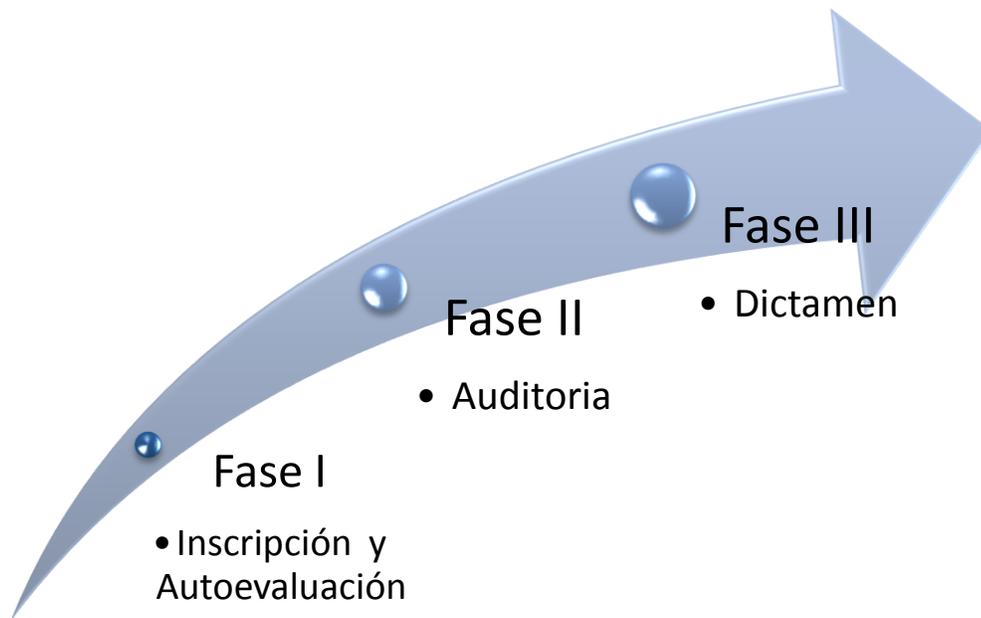


Figura 12. Proceso de Certificación de Establecimientos
Fuente: Consejo de Salubridad General

Fase I: Inscripción y Autoevaluación

La primera fase incluye la inscripción al Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y la autoevaluación de estándares de estructura, que realiza la misma unidad, a través de la cual se revisan los requisitos mínimos obligatorios (establecidos en la normatividad vigente) de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, agrupados en tres categorías: Indispensables, Necesarios y Convenientes.

Para que los Establecimientos de Atención Médica accedan a la fase de auditoría de procesos y resultados, deberán haber cumplido el 100% de los estándares ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los “Necesarios” y el 50% o más de los “Convenientes”²⁰

Fase II: Auditoría

La segunda fase se lleva a cabo por medio de una auditoría a las funciones de atención al paciente, de apoyo a la atención, sistemas de información y estándares de estructura ponderados como indispensables para la prestación de servicios, con el propósito de determinar el apego a las Normas Oficiales Mexicanas vigentes y el control de procesos y resultados relacionados con el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, así como la seguridad con que se han instrumentado los procesos de atención. Los estándares de procesos y resultados se encuentran ponderados en la medida que comprometen:

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

La calificación de los estándares se obtiene mediante el análisis y discusión en consenso de la evidencia objetiva, partiendo de la siguiente escala:

0. No existe documentado el proceso.
1. El proceso existe documentado; sin embargo el personal no lo conoce, ni sabe donde se encuentra descrito y su ejecución no es sistemática.

²⁰ Acuerdo 020A.2002 de la Sesión Ordinaria del 18 de marzo de 2002

2. El proceso existe documentado, se conoce y su ejecución es sistemática, no se registra información sobre su ejecución ni de sus resultados.
3. El proceso existe documentado, el personal lo conoce y ejecuta sistemáticamente. Se han definido indicadores para medir el desempeño del proceso y se muestran tablas y gráficos estadísticos.
4. El proceso existe documentado, el personal lo conoce y aplica sistemáticamente. Se registra información de su ejecución y resultados y se han desarrollado proyectos de mejora continua de la calidad, la cual debe cumplir los siguientes cuatro requisitos:
 - La mejora de la calidad es intencionada, por ejemplo a través de la implementación de un Plan de Acción.
 - Tiene por lo menos un indicador que monitoriza su desempeño.
 - Muestra resultados sostenidos sin precedentes, por lo menos durante 6 meses.
 - Se encuentra documentado el proceso de mejora de la calidad.

Las calificaciones se asignan con un enfoque de procesos, por lo que no se busca que exista un manual para cada estándar auditado, sino que es posible que diversos estándares se encuentren documentados dentro de un proceso descrito en algún manual, ya sea de procedimientos de atención médica o de tipo administrativo, entre otros.

Tercera Fase: Dictamen

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud²¹ dictaminará a todos los establecimientos auditados. Para obtener la Certificación, el Establecimiento de Atención Médica deberá haber cumplido el 100% de los estándares de estructura ponderados como “Indispensables” y contar con licencia sanitaria vigente²². En los estándares de Procesos y Resultados deberá haber

²¹ La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud sesiona en forma ordinaria 4 veces al año.

²² Acuerdo 085.26.04.2005 de la Sesión Ordinaria del 26 de abril de 2005

obtenido una calificación global igual o mayor a 60%; y en forma particular, para el sub-capítulo de “Funciones de atención al paciente” una calificación igual o mayor a 60%, para los subcapítulos de “Funciones de apoyo a la atención” y “Sistemas de información” una calificación igual o mayor a 50%, así como ningún criterio de ponderación cinco calificado con cero²³.

Los establecimientos que alcancen las calificaciones anteriores y tengan incumplimientos en los estándares de Estructura ponderados como “Indispensables”, de Procesos y Resultados cuyo incumplimiento pueda poner en riesgo la vida del paciente (ponderación 5) o con Observaciones de Auditoría relevantes, de acuerdo al análisis de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos, si el establecimiento rebasa dicho plazo deberá iniciar nuevamente el proceso de certificación²⁴.

La vigencia del certificado depende del porcentaje de cumplimiento de los estándares como sigue:

- Cumplimiento general de estándares entre 60 y 74% y 100% de los estándares esenciales: Vigencia de la Certificación 2 años.
- Cumplimiento general de estándares entre 75 y 84% y 100% de los estándares esenciales: Vigencia de la certificación 2 años.
- Cumplimiento de estándares por arriba del 84% y 100% de los estándares esenciales: vigencia de la certificación 3 años

²³ Acuerdo 089.06.09.2005 de la Sesión Ordinaria del 6 de septiembre de 2005

²⁴ Acuerdo 1/28.01.08 de la Sesión Ordinaria del 28 de enero de 2008

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS DEL CRIT
ESTADO DE MÉXICO
Y LA IMPORTANCIA
DE SU
CERTIFICACIÓN

4. Análisis del CRIT Estado de México y la importancia de su certificación

En el presente capítulo se analizará la situación del CRIT Estado de México frente a los factores económicos, políticos y sociales que pueden interferir en su operación.

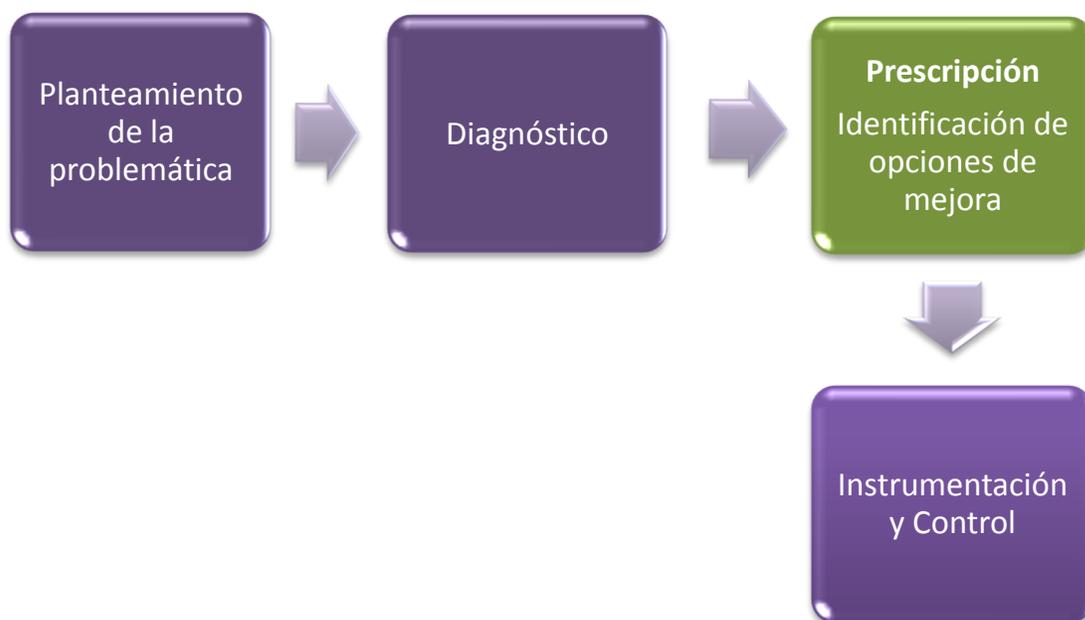


Figura 13. Esquema Operacional - Causal – Prescripción

Fuente: Elaboración propia con base en información obtenida d del libro Metodología de la Investigación de Marcelo M. Gómez

4.1. EL CRIT Estado de México frente a las necesidades del gobierno de la República Mexicana

Actualmente existen pocas instituciones gubernamentales para hacer frente al tratamiento de personas con discapacidad y según nos marca La Ley General de Salud “el gobierno mexicano está comprometido a proporcionar los servicios de salud para todos los mexicanos”.

El Sistema CRIT, está compuesto por 17 Centros de Rehabilitación a nivel nacional, en la siguiente tabla se muestra la cantidad de pacientes atendidas por año.

Año	Pacientes atendidos por año
1999	2693
2000	477
2001	1726
2002	2411
2003	2859
2004	4059
2005	2970
2006	3495
2007	5568
2008	5961
2009	7877
2010	9012
Total	49108

Tabla 2. Pacientes atendidos por año del Sistema CRIT
Fuente: Datos del Sistema CRIT

Específicamente el CRIT Estado de México, es el centro de rehabilitación que más pacientes ha atendido debido a que en este estado se encuentra concentrado el mayor número de personas con discapacidad.

CRIT	No. Pacientes atendidos desde 1999
Estado de México	11,915
Occidente	9,602
Oaxaca	3,612
Aguascalientes	3,924
Coahuila	2,679
Guanajuato	3,247
Hidalgo	1,929
Chihuahua	1,636
Chiapas	2,548
Quintana Roo	1,600
Netzahualcóyotl	1,401
Yucatán	1,247
Tamaulipas	1,292
Durango	1,077
Veracruz	1,086
Sonora	200
Baja California	200
Total	49195

Tabla 3. Pacientes atendidos por CRIT
Fuente: Datos del Sistema CRIT

En la siguiente gráfica se muestra la distribución de los pacientes atendidos por CRIT.

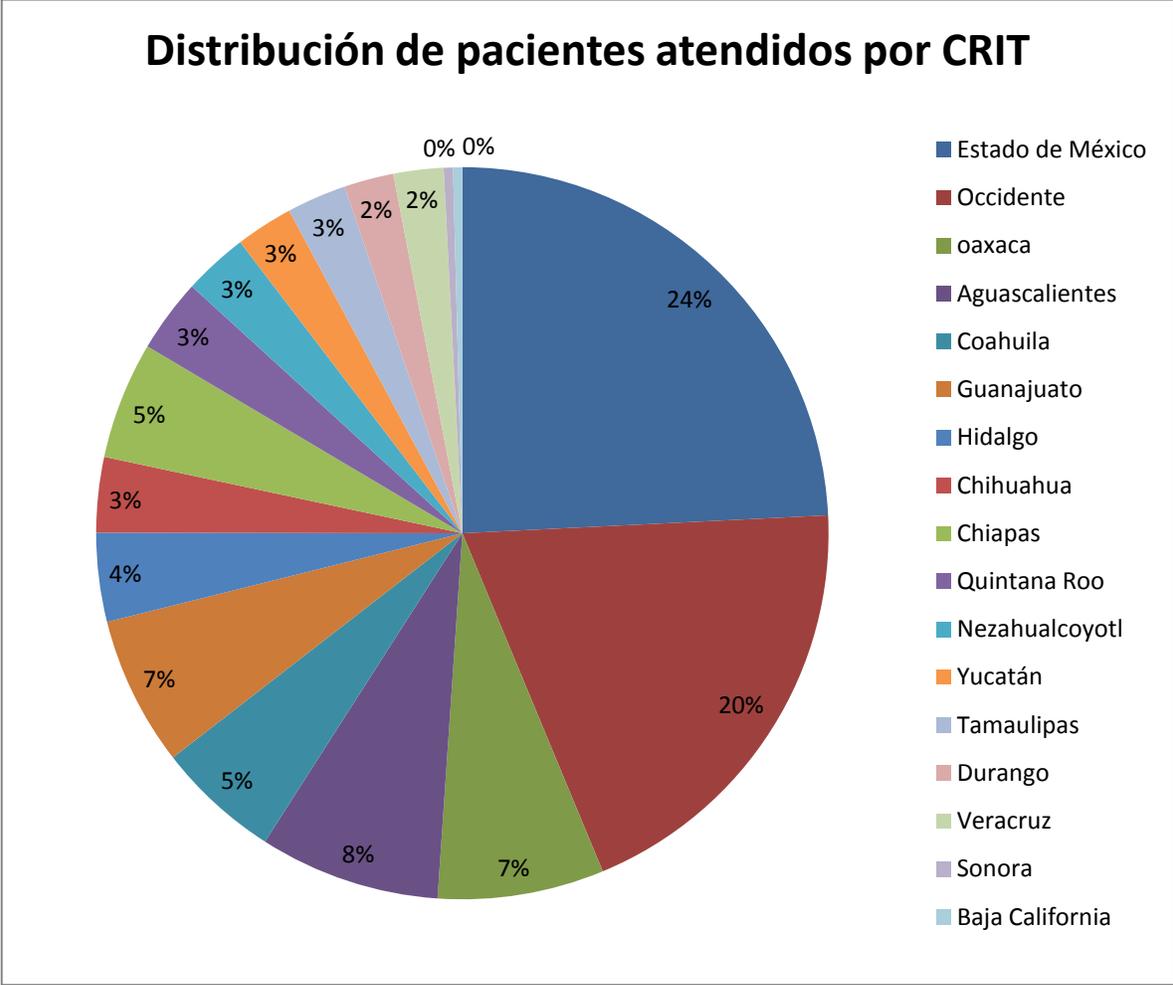


Figura 14. Distribución de pacientes atendidos por CRIT desde el año 1999 a 2010
Fuente: Datos del Sistema CRIT

Esta información demuestra que el Sistema CRIT al atender personas con discapacidad, apoya al gobierno federal para dar cumplimiento a dicho mandato.

4.2. Análisis FODA del CRIT Estado de México

De acuerdo a la investigación realizada en el capítulo anterior se elabora un análisis FODA del CRIT Estado de México con el objetivo de detectar las fortalezas con las que cuenta y establecer las estrategias a seguir para aprovecharlas al máximo.

A continuación se describe la metodología empleada para la realización del análisis FODA²⁵:

1. El primer paso fue analizar el ambiente interno del CRIT para identificar las Fortalezas y Debilidades que presenta, dentro de estas se tomaron en cuenta factores que de manera directa el CRIT tiene el control sobre ellos, entre los cuales se pueden mencionar: la administración y organización, operaciones, finanzas, infraestructura, personal, etc.
2. El segundo paso fue analizar el ambiente externo del CRIT para identificar las Amenazas y Oportunidades que tiene, en estas se tomaron en cuenta factores que el CRIT no puede controlar pero que lo afectan de manera directa, entre los cuales se pueden mencionar aumento de la población, acciones gubernamentales, cambios tecnológicos, inflación, crisis económica, etc.
3. Una vez identificados los elementos del FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) se procedió a definir las estrategias de acuerdo a esos elementos, las estrategias fueron definidas de manera tal que se maximizarán las fortalezas y se minimizarán las debilidades a través de las oportunidades, y que aquellas amenazas detectadas fueran minimizadas a través de las fortalezas con las que cuenta el CRIT.

²⁵ Zambrano B., Adalberto, Planificación Estratégica, Presupuesto y Control de la Gestión Pública, Texto C.A. 2006

A continuación se presenta la matriz FODA:

MATRIZ FODA

<p style="text-align: center;">INTERNAS</p> <p style="text-align: center;">EXTERNAS</p>	<p style="text-align: center;">Fortalezas</p> <p>F₁ Capacidad instalada para atender a 3,305 pacientes</p> <p>F₂ Cuenta con instalaciones adecuadas y completas para proporcionar servicios de rehabilitación integral</p> <p>F₃ La operación del CRIT está bajo los lineamientos de la Ley General de Salud</p>	<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <p>D₁ Atiende solo discapacidades de tipo neuro-músculo-esqueléticas</p> <p>D₂ Depende de las donaciones de la sociedad para subsistir</p> <p>D₃ Carece de un Sistema de Gestión de calidad</p>
<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <p>O₁ Crecimiento de la población de personas con discapacidad</p> <p>O₂ El gobierno de México no cuenta con suficientes instituciones para rehabilitación</p> <p>O₃ El gobierno ofrece un modelo de calidad para implementarlo en establecimientos de salud, a través del Consejo de Salubridad General</p>	<p style="text-align: center;">FO (Maximizar – Maximizar)</p> <p>FO₁ Abrir un segundo turno.</p> <p style="text-align: center;">F₁O₁</p> <p>FO₂ Campaña de difusión sobre las instalaciones del CRIT y los servicios que presta</p> <p style="text-align: center;">F₂O₂</p> <p>FO₃ Certificar al CRIT con el modelo de calidad del gobierno</p> <p style="text-align: center;">F₃O₃</p>	<p style="text-align: center;">DO (Minimizar – Maximizar)</p> <p>DO₁ Expandir gama de servicios para atender otro tipo de discapacidades</p> <p style="text-align: center;">D₁O₁</p> <p>DO₂ Establecer acuerdos con el gobierno para financiamiento a los CRIT's</p> <p style="text-align: center;">D₂ O₂</p> <p>DO₃ Certificar al CRIT ante el gobierno mexicano, implementando el modelo de calidad que ofrece</p> <p style="text-align: center;">D₃O₃</p>
<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <p>A₁ Creación de instituciones que se dediquen a la rehabilitación de personas con discapacidad</p> <p>A₂ Crisis económica del país</p> <p>A₃ Medidas impositivas que tome la autoridad en cuanto a la operación de establecimientos de atención médica</p>	<p style="text-align: center;">FA (Maximizar-Minimizar)</p> <p>FA₁ Abrir un segundo turno.</p> <p style="text-align: center;">F₁A₁</p> <p>FA₂ Establecer acuerdos con el gobierno argumentando que se atienden niños en toda la república</p> <p style="text-align: center;">F₂A₂</p> <p>FA₃ Comprobar que se cumple con los lineamientos de la ley a través de la certificación del CRIT por el modelo que propone el gobierno</p> <p style="text-align: center;">F₃A₃</p>	<p style="text-align: center;">DA (Minimizar – Minimizar)</p> <p>DA₁ Expandir gama de servicios para atender otro tipo de discapacidades</p> <p style="text-align: center;">D₁A₁</p> <p>D A₂ Establecer alianzas con empresas para recaudar más fondos</p> <p style="text-align: center;">D₂ A₂</p> <p>DA₃ Al implementar el modelo de calidad del gobierno se contaría con un Modelo de calidad y se garantiza que se cumple con los requisitos de las autoridades.</p> <p style="text-align: center;">D₃ A₃</p>

E₁. Certificar al CRIT ante el Consejo de Salubridad General

E₂. Establecer acuerdos con el gobierno para que de financiamiento al CRIT

De la matriz anterior se derivaron las siguientes estrategias a seguir:

Estrategia 1. Certificar al CRIT Estado de México ante el Consejo de Salubridad General lo que facilitará llevar a cabo la segunda estrategia que es conseguir que el gobierno del Estado de México siga otorgando financiamiento para la operación del CRIT.

En la actualidad el gobierno del Estado de México tiene un convenio con el CRIT Estado de México en el que otorga 56 millones de pesos anuales, a reserva de los resultados presentados en el informe anual, al lograr la certificación, se demuestra el cumplimiento por una parte de los requisitos legales de establecimientos de atención médica y por otra parte de la calidad de los servicios de atención médica, lo que se traduce en resultados favorables.²⁶

Además de lo anterior, con la certificación se pueden obtener los siguientes beneficios:

- Cumplir con las normas de salud vigentes
- Contar con un modelo de calidad que si es funcional podrá servir para homologar la operación de los 16 CRIT´S restantes
- Asegurar que los servicios que se otorgan son de calidad y cubren las necesidades de los pacientes
- Que el CRIT compita con aquellas instituciones de salud que participan en la modalidad de Seguro Popular

²⁶ Convenio de Concentración de Acciones celebrado entre el Gobierno del Estado de México y Fundación Teletón México, A.C.

CAPÍTULO V

PLAN PARA LA

CERTIFICACIÓN DEL

CRIT ESTADO DE

MEXICO ANTE EL

CSG

5. Plan para la Certificación del CRIT Estado de México ante el CSG

En este capítulo se expondrá el plan de la Certificación del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Estado de México con base en el modelo de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General.

5.1. Fases del Proceso de Certificación

La Certificación de Establecimientos de Atención Médica es “el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes”.²⁷

El proceso de certificación del Consejo de Salubridad General, se divide en tres fases que evalúa el cumplimiento de estándares de calidad en la estructura, procesos y resultados.

Las fases que considera el Consejo de Salubridad General son las que se muestran en la siguiente figura.

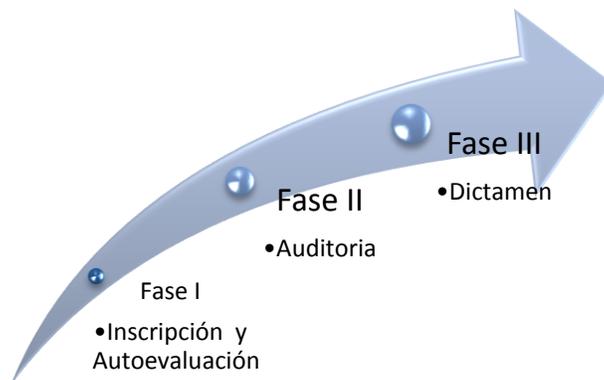


Figura 15. Proceso de Certificación de Establecimientos
Fuente: Consejo de Salubridad General

²⁷ REGLAMENTO Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Para el CRIT Estado de México el proceso de certificación se dividirá en 6 fases, según la propuesta de esta investigación, considerando que siendo el auditado, deberá realizar actividades de preparación para lograr certificarse.

El área de Control Interno y Calidad del Sistema CRIT es quien apoyara al CRIT Estado de México en la implementación y seguimiento del Proceso de Certificación.

En el siguiente esquema se representa el proceso:

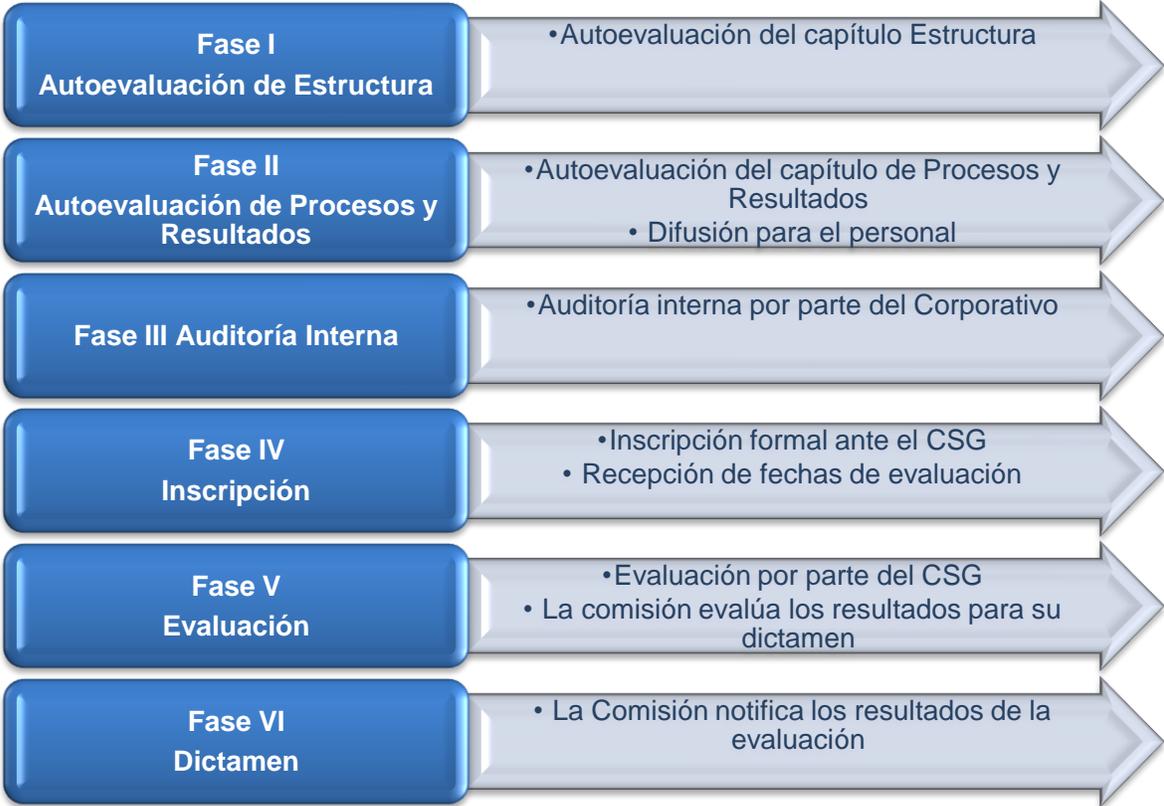


Figura 16. Fases de Certificación del CRIT Estado de México
Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo de Salubridad General

La primera fase consiste en autoevaluar aspectos de estructura básica con la que cuenta el Centro para su operación, la segunda fase de autoevaluación de procesos, está enfocada básicamente al aspecto de verificar que el sistema de gestión de calidad es eficiente mediante la comprobación de procesos

homologados, planes y acciones de mejora continua, indicadores y resultados. En esta misma fase empieza simultáneamente como auditado una campaña de difusión a los colaboradores para que se preparen para las entrevistas de los auditores. En la tercera fase se llevara a cabo una auditoría interna por parte del área de Control Interno y Calidad que servirá por una parte como un ejercicio de práctica para la auditoria del Consejo y por otra parte ayudara al CRIT a identificar aquellas áreas de oportunidad que deberán mejorar antes de la inscripción. La cuarta fase puede iniciarse sin haber concluido la tercera, ya que de la inscripción formal a la visita de los auditores, transcurren en promedio 2 meses (el CSG establece como máximo 3) lo que otorga al Centro un periodo de tiempo para completar los estándares pendientes. En la fase de Evaluación, se lleva a cabo la auditoría de parte del Consejo en las fechas y horarios acordados previamente; y finalmente, la sexta fase consiste en recibir el resultado de la auditoría, y puede ser el otorgamiento de la certificación (que puede venir acompañada de observaciones de auditoría menores que no impliquen denegarla) o las observaciones de auditoría relevantes que haya que corregir para continuar con el proceso.

5.1.1. Fase I. Autoevaluación de estructura

En esta fase, se revisan 176 requisitos mínimos obligatorios divididos en infraestructura, equipamiento y recursos humanos (Anexo 1. Criterios de Estructura), los cuales se agrupan en tres categorías y para ser candidatos a inscripción, se deben cubrir con los siguientes porcentajes:

Categoría	Número de ítems en el capítulo de autoevaluación	Cobertura mínima necesaria para inscripción
Indispensable	125	100%
Necesario	38	80%
Conveniente	13	50%

Entendiendo cada categoría de la siguiente manera:

Indispensable. Estándares requeridos para la atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente

Necesario. Estándares requeridos para la adecuada rehabilitación del paciente

Conveniente. Estándares requeridos para ofrecer mejor atención al paciente

A continuación se describen las actividades a realizar para cumplir con esta primera fase:

Actividades para la Autoevaluación de Estructura

Act. No.	Puesto	Actividad	Documento de referencia	Observaciones
1	Director General	Formar un comité de certificación compuesto principalmente por la Mesa Directiva del Centro	Nombramiento	
2	Director General	Asignar un responsable para dar seguimiento a los pendientes que surjan en el proceso, así como del conteo de la estadística de los estándares	Nombramiento	
3	Director General	Establecer un calendario de reuniones para revisar los temas referentes a la certificación	Calendario	
4	Integrantes del Comité de Certificación	En la primera reunión, se realizará la revisión de la lista de cotejo para autoevaluación de los Criterios de Estructura y la cual se comenzará a contestar, en las reuniones subsecuentes se terminará de contestar y se establecerán fechas límites para resolver aquellos criterios que no se cumplan	Anexo 1 Criterios de Estructura	Antes de empezar a contestar el capítulo de autoevaluación, es muy importante leer las instrucciones de llenado descritas el mismo.
5	Responsable del seguimiento	Levantar minuta para cada reunión estableciendo, pendientes, responsables de resolver los acuerdos, fecha compromiso de cumplimiento	Anexo 2 Minuta de reunión de certificación	
6	Integrantes del Comité de Certificación	Elaborar el programa de difusión para el personal para informarles de la certificación.	Anexo 5 Cronograma de actividades de campaña de difusión	La primera junta informativa al personal debe ser dirigida por el Director General
7	Integrantes del Comité de Certificación	Una vez contestada la lista de cotejo se debe programar una auditoría interna por parte del Corporativo, quien evaluará si se cumple con los criterios de Estructura.		El Corporativo será quien verifique que lo contestado en la lista de cotejo se refleje con la realidad

Notas: El cuadernillo de Criterios de Estructura deberá ser llenado en su totalidad ya que es uno de los requisitos para poder inscribirse ante el Consejo de Salubridad General.

5.1.2. Fase II. Autoevaluación de Procesos y Resultados

En esta fase se revisa el cuadernillo de procesos y resultados (Anexo 3 Criterios de Procesos y Resultados) que se compone de 96 estándares más 50 características a revisar del expediente clínico. Este cuadernillo no se entrega para inscripción pero es importante revisarlo para asegurarse de cumplir con los estándares que apliquen al centro, además de evaluar si hubiera algún punto de reforzamiento con los colaboradores.

En esta fase también se hará la campaña de difusión para los colaboradores y se evaluará el conocimiento que tienen acerca de los procedimientos que llevan a cabo en sus diferentes áreas, así como de información básica institucional.

Actividades para la Autoevaluación de Procesos y Resultados

Act. No.	Puesto	Actividad	Documento de referencia	Observaciones
1	Integrantes del Comité de Certificación	Realizar la revisión de la lista de cotejo para autoevaluación de los Criterios de Procesos y Resultados y se comenzará a contestar, en las reuniones subsecuentes se terminará de contestar y se establecerán fechas límites para resolver aquellos criterios que no se cumplan	Anexo 3 Criterios de Procesos y Resultados	
2	Responsable del seguimiento	Levantar minuta para cada reunión estableciendo, pendientes, responsables de resolver los pendientes, fecha compromiso de cumplimiento	Anexo 2 Minuta de reunión de certificación	
3	Integrantes del Comité de Certificación	Una vez contestada la lista de cotejo se comenzará con la campaña de difusión de la información a los colaboradores.		
4	Director General	Se les informará sobre la certificación, las razones para llevarla a cabo y sensibilizarlos para lograr su mayor disposición a cooperar en el proceso, dándoles un panorama general de las actividades que se realizarán durante el periodo de preparación.	Anexo 4 Información sobre certificación	
5	Director General	Dará a conocer el cronograma de actividades de la campaña de difusión	Anexo 5 Cronograma de Actividades de la campaña de difusión	Este cronograma incluye los temas que evaluará el consejo

5.1.3. Fase III. Auditoría Interna

En esta fase el equipo auditor del Corporativo conformado por una persona de cada área (Administración, Desarrollo Humano, Dirección Médica, Enfermería y Recursos Materiales) llevará a cabo la auditoría interna, la cual determinará de acuerdo a los resultados obtenidos, si el CRIT está listo para inscribirse al proceso de certificación del Consejo de Salubridad General.

Actividades para la Auditoría Interna

Act. No.	Puesto	Actividad	Documento de referencia	Observaciones
1	Director General	Avisará al departamento de Control Interno y Calidad que está listo para que se lleve a cabo la auditoría interna		Este aviso se hace vía correo electrónico
2	Equipo auditor	Envía al Director General las fechas de la auditoría, el plan de auditoría y los nombres de los auditores	Anexo 6 Ejemplo de plan de auditoría	
3	Todos	Reciben a los auditores		
4	Equipo auditor	Lleva a cabo la auditoría interna de acuerdo al plan de auditoría	Anexo 6 Ejemplo de plan de auditoría	
5	Equipo auditor	Lleva a cabo la auditoría interna		
6	Equipo auditor	Se reúnen para determinar si el CRIT está listo para inscribirse	Informe de Auditoría	
7	Equipo auditor	Informa al Director General e integrantes de la mesa directiva si el CRIT está en condiciones para inscribirse, en caso contrario, entregan lista de hallazgos y posibles fechas para una segunda auditoría		

5.1.4. Fase IV. Inscripción

La inscripción es la solicitud formal para ser evaluados por parte del Consejo y poder así, aspirar a la certificación.

Actividades para la Auditoría Interna

Act. No.	Puesto	Actividad	Documento de referencia	Observaciones
1	Director General	Obtener de internet el formato de inscripción y llenarlo	Anexo 7 Formato de inscripción	
2	Director General	Elaborar la carta de solicitud para certificación	Anexo 8 Carta de solicitud	
3	Director General	Una vez que reunió toda la documentación requerida para la inscripción deberá entregarla a la Subdirectora de Control Interno y Calidad para que inscriba al CRIT en el Consejo de Salubridad General		
4	Subdirectora de Control Interno y Calidad	Lleva documentos de inscripción al Consejo de Salubridad General		
5	Consejo de Salubridad General	Determina las fechas de auditoría y envía información al Director General del CRIT de las fechas, duración y nombre de los auditores		La auditoría se programa de 2 a 3 meses después de haber recibido la solicitud de inscripción
6	Director General	Una vez entregada la información de la auditoría, el Director General llevará a cabo una sesión general con todos los colaboradores del centro para notificarles las fechas y duración de la auditoría del CSG		

Documentos para la inscripción

La información que debe ser entregada al momento de la inscripción es la siguiente:

- Formato de inscripción llenado (ver anexo 7)
- La lista de cotejo de autoevaluación de Criterios de Estructura llenado.
- Una copia del aviso de funcionamiento del centro
- Una carta en hoja membretada de solicitud para certificación con atención a la Directora General Adjunta de Articulación (ver anexo 8).

5.1.5. Fase V. Evaluación

La fase de Evaluación por parte del Consejo de Salubridad General consiste en realizar una auditoría a las funciones de atención al paciente, de apoyo a la atención, sistemas de información y criterios de estructura que son indispensables para la prestación de servicios, con el propósito de determinar el apego a las Normas Oficiales Mexicanas vigentes y el control de procesos y resultados relacionados con el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, así como la seguridad con que se han instrumentado los procesos de atención.

El día de inicio de la auditoría, se debe dar un recorrido a los auditores para que conozcan las instalaciones del CRIT, sólo si el auditor líder lo solicita, una persona del CRIT deberá acompañarlos durante la auditoría para indicar el lugar en dónde se otorga determinado servicio, de lo contrario, los auditores trabajarán según lo establezcan ellos.

Actividades para la Evaluación

Act. No.	Puesto	Actividad	Documento de referencia	Observaciones
1	Consejo de Salubridad General	Los auditores llegan al CRIT se identifican e inician con la reunión de apertura.		
2	Director General	Recibe a los auditores y preside la reunión de apertura		
3	Director General	Da un recorrido por las instalaciones del CRIT a los auditores del CSG		
4	Consejo de Salubridad General	Realizan la auditoria en las fechas y horas programadas		Los auditores pueden solicitar documentación o entrevistas al personal y/o pacientes
5	Consejo de Salubridad General	Se reúnen para recopilar información de la auditoría		
6	Consejo de Salubridad General	Llevan a cabo la reunión de cierre (en esta fase no entregan dictamen ni hallazgos)		
7	Director General	Agradece a los auditores y da por terminada la auditoría		

5.1.6. Fase VI. Dictamen

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud dictaminará si otorgará el certificado al CRIT de acuerdo a la auditoría, este dictamen será anunciando dos meses después de que se llevo a cabo la auditoría.

Actividades para el Dictamen

Act. No.	Puesto	Actividad	Documento de referencia	Observaciones
1	Consejo de Salubridad General	Dos meses después de la auditoría envía vía correo electrónico una carta informativa indicando si otorga el certificado o no, si se otorga el certificado se le indica las fechas en las que se hará la entrega del pergamino, si el certificado no se entrega se informa sobre las razones y el CRIT tendrá la oportunidad de internarlo de nuevo en 6 meses después		
2	Director General	Da aviso a todos los colaboradores sobre el dictamen del Consejo		
3	Consejo de Salubridad General	Lleva a cabo ceremonia de entrega del Pergamino	Pergamino	

Las 6 fases de este plan tienen una duración aproximada de 4 meses, no requiere de mayor inversión en tiempo y dinero para llevarlas a cabo. Si se siguen al pie de la letra las actividades propuestas es bastante probable que el CRIT Estado de México logre un dictamen favorable.

Conclusiones

Las conclusiones de esta tesis pueden resumirse en tres puntos principalmente.

Primeramente, la calidad de la atención médica se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica, de responsabilidad social y de integridad moral en México y muchos países más. Para lo cual es de suma importancia que el CRIT Estado de México al considerarse un establecimiento de salud, cuente con un sistema de gestión de calidad que promueva la mejora continua de sus procesos y de esta manera garantice la calidad de los servicios que otorga a sus pacientes.

En segunda instancia, en México el organismo más importante en temas de salud es la Secretaría de Salud, quién a través del Consejo Salubridad General promueve que los establecimientos de salud otorguen servicios de calidad a sus pacientes con el objetivo de mejorar el Sistema Nacional de Salud del país. Creando así el Sistema Nacional de Certificaciones de Establecimientos de Atención Médica que propone un modelo de calidad que gestiona precisamente establecimientos de salud, razón por la cual el CRIT Estado de México elige implementar este modelo de calidad a sus operaciones.

Como último punto, si el CRIT Estado de México sigue el plan al pie de la letra es bastante probable que consiga la certificación, trayendo consigo grandes beneficios tales como cumplir con las normas de salud vigentes, contar con un modelo de calidad que si es funcional, podrá servir para homologar la operación de los 16 CRIT'S restantes y asegurar que los servicios que se otorgan son de calidad y cubren las necesidades de los pacientes.

Bibliografía

1. Deming, W. Edwards, *Calidad, Productividad y Competitividad*, Ed. Díaz de Santos S.A. México 1989
2. Donabedian A. *La calidad de la Atención Médica, Definición y Métodos de evaluación*, La prensa médica mexicana, México 2000
3. Izar Landeta Juan Manuel, González Ortiz Jorge Horacio, *Las 7 Herramientas Básicas de la Calidad*, Editorial Universitaria Potosina, México 2004
4. Jiménez Jiménez José, *Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos* 2da. Edición, Díaz de Santos, México 2000
5. Malagón-Londoño, Galán Morera, Ponton Laverde, *Auditoría en Salud Para una Gestión Eficiente*, Ed. Panamericana
6. Zambrano B., Adalberto, *Planificación Estratégica, Presupuesto y Control de la Gestión Pública*, Texto C.A. 2006
7. 2010, INEGI. Censo de Población y Vivienda. INEGI. 2010. Consultado en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>.
8. 2011, OMS. Organización Mundial de la Salud, 2011. Consultado en http://www.who.int/mediacentre/events/annual/day_disabilities/es/
9. 2009, *Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012*, Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, Consultado en http://www2.afsedf.sep.gob.mx/aula_2010/materiales_apoyo/pronaddis_2009_2012.pdf
10. 2004, *Las personas con discapacidad en México, una visión censal*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004, Consultado en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf
11. 2011, *Calidad Total en el Servicio al paciente por Burmester Jose*, 2011, consultado en <http://bitacorafarmaceutica.wordpress.com/2011/04/29/calidad-total-en-el-servicio-al-paciente/>

- 12.2011, Los costos de la calidad, Climent Serrano Salvador , consultado en http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/tqm/1_conceptos/1_conceptos.htm
- 13.México, Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, Última reforma publicada DOF 01-09-2011
- 14.México, REGLAMENTO Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, 19 de Mayo de 2009
- 15.México, Acuerdo 020A.2002 de la Sesión Ordinaria del 18 de marzo de 2002
- 16.México, Acuerdo 085.26.04.2005 de la Sesión Ordinaria del 26 de abril de 2005
- 17.México, Acuerdo 089.06.09.2005 de la Sesión Ordinaria del 6 de septiembre de 2005
- 18.México, Acuerdo 1/28.01.08 de la Sesión Ordinaria del 28 de enero de 2008
- 19.México, Convenio de Concentración de Acciones celebrado entre el Gobierno del Estado de México y Fundación Teletón México, A.C. 9 de Mayo de 1999

ANEXOS



CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

COMISION PARA LA CERTIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MÉDICA

CRITERIOS DE ESTRUCTURA PARA LA EVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE REHABILITACIÓN

LISTA DE COTEJO PARA AUTOEVALUACION

FREM – 03 04
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

DR. JULIO FRENK MORA

PRESIDENTE

**COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE
SALUD**

DRA. MERCEDES JUAN

SECRETARIA DEL CONSEJO Y PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Secretaría de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional.

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Universidad Nacional Autónoma de México.

Academia Nacional de Medicina.

Academia Mexicana de Cirugía.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud, A.C.

Colegio Médico de México, A.C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C.

Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

I. RECURSOS HUMANOS

I.1 LOS SIGUIENTES CRITERIOS EVALUAN QUE LA UNIDAD CUENTE EN FORMA CONSTANTE, CON PERSONAL MÉDICO CERTIFICADO EN LA ESPECIALIDAD O ESPECIALIDADES QUE ATIENDA LA UNIDAD, CON PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO Y TÉCNICO CAPACITADOS PARA LA REHABILITACION.

ESPECIFICACION	VERIFICAR	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
I.1.1 Existe personal médico especializado en rehabilitación, capacitado para resolver el tipo de demanda de servicios que ofrece la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> El expediente del especialista avala su especialidad. 	Indispensable				
I.1.2. Los médicos cuentan con reconocimiento institucional, cédula profesional con validez oficial o el certificado vigente del consejo de la especialidad que practican dentro de la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> El expediente de los médicos especialistas cuenta con la documentación probatoria de la especialidad o cédula profesional correspondiente o certificado vigente del consejo de la especialidad. 	Indispensable				
I.1.3 Existe personal de enfermería capacitado para apoyo de los servicios de rehabilitación que ofrece la unidad.	<ul style="list-style-type: none"> El expediente del personal de enfermería muestra que tiene la capacitación. 	Necesario				
I.1.4 Existe un rol de guardias de interconsulta de los médicos en rehabilitación adscritos y un registro de su cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el rol de guardias con programación anticipada con al menos un mes Revisar el cumplimiento de las guardias, programadas durante el último mes con las listas o tarjetas de asistencia 	Necesario				
I.1.5 Existe la definición y planeación por escrito, actualizada con menos de 12 meses, de la cantidad de personal de la unidad por servicio y turno en el último año.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el documento normativo que define y establece estándares de cantidad de personal por tipo y por área. 	Necesario				
I.1.6 La unidad cumple con las cantidades establecidas del personal requerido en cada servicio, especialidad o subespecialidad de rehabilitación que ofrece.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar la plantilla actualizada del personal médico por especialidad y subespecialidad, paramédico y de servicios de apoyo, por servicio y por turno. Verificar fecha de última actualización, debe ser menor a 12 meses. 	Necesario				

I.1.7 Se acredita en cada caso la capacidad técnica del personal de terapias.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar el documento que respalde la capacitación reconocida por una institución educativa o de salud. • Solicitar el documento normativo donde se definen los perfiles mínimos para la contratación del personal paramédico y de apoyo. • Verificar que se cumplen dichos perfiles en el 100% de los empleados. 	Indispensable				
I.1.8 La unidad cuenta con un programa de capacitación continua para su personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar el programa correspondiente • Verificar que se lleve a cabo el programa 	Necesario				

I.2 EN CASO DE QUE EN LA ATENCIÓN PARTICIPE PERSONAL EN FORMACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES QUE OFRECE LA UNIDAD, ÉSTE DEBE CONTAR LAS 24 HORAS DEL DÍA, CON EL APOYO Y SUPERVISIÓN DE PERSONAL RESPONSABLE.
El criterio aplica únicamente en establecimientos con servicio de enseñanza.

ESPECIFICACION	VERIFICAR	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
I.2.1 La unidad cuenta con un responsable designado formalmente por las autoridades del hospital para cada tipo de personal en proceso de formación.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el nombramiento del responsable de la supervisión, profesor o tutor. Es conveniente que exista un nombramiento avalado por una institución académica reconocida para cada tutor, enfermera, técnico y cualquier personal no médico que se encuentre en prácticas clínicas en el hospital. 	Indispensable				

I.3 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON EL PERSONAL PROFESIONAL CERTIFICADO Y TÉCNICO ACREDITADO PARA ATENDER LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

ESPECIFICACION	VERIFICAR	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
I.3.1 En la unidad los responsables de los servicios de radiología y laboratorio deben estar reconocidos y tener la especialidad o certificación del consejo correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> Los expedientes de los responsables de cada servicio de apoyo diagnóstico cuentan con la documentación que avala su especialidad. Si el servicio es subrogado, el hospital deberá mostrar el contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal del servicio subrogado y la documentación con que el proveedor demostró su cumplimiento. 	Necesario				
I.3.2 En cada servicio y turno en que se programen actividades de tratamiento la unidad debe tener un médico especializado y por lo menos un técnico especializado o enfermera debidamente capacitada y uno o varios ayudantes para realizar las tareas requeridas.	<ul style="list-style-type: none"> Los expedientes de los médicos, técnicos y enfermeras de cada servicio de apoyo al tratamiento cuentan con la documentación que avala su especialidad. Si el servicio es subrogado, la unidad deberá mostrar el contrato del proveedor donde se establecen los requisitos de capacidad profesional del personal del servicio subrogado y la documentación con que el proveedor demostró su cumplimiento. 	Necesario				
I.3.3 En cada consultorio se debe contar con el personal de apoyo o de enfermería suficiente de acuerdo al parámetro definido por el propio establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Está descrito en los manuales Rectificar con el registro de asignación de personal 	Conveniente				

I.4 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON EL DOCUMENTO QUE ESPECIFIQUE LAS POLITICAS Y NORMAS INTERNAS QUE ESTABLEZCAN LAS RESPONSABILIDADES, DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES A LAS QUE SE SOMETE TODO EL PERSONAL DE LA UNIDAD Y DEBE ESTAR AUTORIZADO POR LA MAXIMA AUTORIDAD EN LA UNIDAD Y EL PERSONAL DEBE CONOCERLO Y APLICARLO.

ESPECIFICACION	VERIFICAR	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
I.4.1 La unidad cuenta con el documento que especifica las responsabilidades y obligaciones del personal de salud, en cada uno de los procesos en los que interviene.	<ul style="list-style-type: none"> Esta especificación debe estar actualizada en los últimos dos años. 	Necesario				

I.4.2 La unidad cuenta con un mecanismo establecido que tenga como objetivo principal analizar el comportamiento y apego del personal al cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> Se tiene evidencia por escrito del mecanismo. 	Indispensable				
I.4.3 En la unidad existe un mecanismo documentado para la revisión de antecedentes laborales y profesionales del personal.	<ul style="list-style-type: none"> Se muestra evidencia de este tipo de revisiones y de sus recomendaciones. 	Conveniente				
I.4.4 La unidad cuenta con la carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles para el público.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en las áreas de acceso al público que la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes este visible. 	Indispensable				
1.4.5 La unida cuenta con la carta de los Derechos Generales del Médico.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la existencia, difusión y conocimiento por parte del personal médico. 	Necesario				

II. INSTALACIONES FISICAS

II.1 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON INSTALACIONES ADECUADAS, EN TAMAÑO, CANTIDAD Y DISTRIBUCIÓN, PARA ATENDER A LOS PACIENTES DE LA ESPECIALIDAD, ESPECIALIDADES O SERVICIOS QUE OFREZCA.

ESPECIFICACION	VERIFICAR	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
II.1.1 La unidad cuenta con el responsable sanitario, actualizado, según lo solicita el artículo 18 y 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar el documento correspondiente. Verificar que está en un lugar visible al público. 	Indispensable				
II.1.2 La ubicación de la unidad de rehabilitación dentro de instalaciones hospitalarias, debe estar en planta baja según lo establece la NOM 197-SSA1-2002	<ul style="list-style-type: none"> Verificar su localización en planta baja. 	Necesario				
II.1.3 En vestíbulo, recepción y salas de espera existe ventilación, limpieza y señalización adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> Observar que en vestíbulo, recepción y salas de espera exista adecuada ventilación, limpieza y señalización adecuada. 	Necesario				

II.1.4. En las salas de espera las dimensiones y sus asientos son suficientes para que los pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que las dimensiones de las áreas y los asientos son suficientes para que los pacientes y familiares permanezcan sentados. 	Necesario				
II.1.5 Los pasillos y áreas comunes se encuentran limpios y cuentan con botes de basura para uso de visitantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar que los pasillos y áreas comunes se encuentran limpios. 	Necesario				
II.1.6 Los pasillos y áreas comunes cuentan con la señalización necesaria para la adecuada circulación.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar que los pasillos y áreas comunes cuentan con la señalización necesaria para la adecuada circulación. • Cada servicio tiene el nombre o identificación correspondiente. • La señalización de rutas de circulación es clara y visible. 	Conveniente				
II.1.7 Las instalaciones, distribución espacial y el mobiliario del área de sala de espera de la Consulta Externa siguen los lineamientos señalados en la NOM-178-SSA1-1998.	<ul style="list-style-type: none"> • Los accesos deben ser directos, seguros, considerando lo necesario para personas con discapacidad. • Constatar la suficiencia de la sala de espera, así como de asientos cómodos, 6 por consultorio. • Verificar la existencia de servicios sanitarios en proporción a lo que requiere la demanda de pacientes y acompañantes. • Existencia de módulo de recepción, información o citas. 	Conveniente				
II.1.8 Los consultorios deben contar con dos áreas, una para la entrevista del paciente y otra para la exploración física.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que los consultorios cuenten con las dos áreas. 	Conveniente				
II.2 LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEBERÁN CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA NOM-001-SSA2-1993 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS ARQUITECTÓNICOS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRÁNSITO Y PERMANENCIA DE LOS DISCAPACITADOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.						
ESPECIFICACION	Puntos a Verificar	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES

<p>II.2.1 Convenientemente, los establecimientos de atención médica deberán cumplir con las especificaciones de la normatividad vigente que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los pasamanos deberán ser tubulares de .038 m. de diámetro, o ancho, colocados a 0.90 m. y un segundo pasamanos a 0.75 m. del nivel del piso, separados a 0.05 m. de la pared y en rampas y escaleras prolongarse 0.60 m. en el arranque y en la llegada. ✓ Las puertas deben tener colores de alto contraste y abatir hacia el muro más cercano. ✓ Las puertas deberán tener como mínimo 1.00 m. de ancho. ✓ Las puertas de emergencia deben abrir hacia fuera y estar señalizadas con letreros de color contrastante ✓ Las manijas y cerraduras deben ser resistentes de fácil manejo y estar colocadas a 0.90 m. del nivel del piso, con picaportes y jaladeras tipo palanca. ✓ En las áreas de acceso, tránsito y estancia la señalización deberá tener letras de 0.05 m. de alto como mínimo, de color contrastante, y colocados a 2.10 m. sobre el nivel del piso. ✓ En las áreas de acceso, tránsito y estancia la señalización táctil deberá tener letras o números de 0.002 m. de relieve, 0.02 m. de altura y colocados a 2.10 m sobre el nivel del piso. ✓ Las circulaciones internas de sanitarios, auditorios, comedores, regaderas y vestidores, deben tener 1.50 m. de ancho como mínimo. ✓ Las unidades deberán contar con entrada a nivel del piso sin diferencia de nivel entre interior y exterior. ✓ Las rampas de acceso deben tener como ancho 1.00 m. libre entre pasamanos, pendiente no mayor de 6 %, bordes laterales de 0.05 m. de altura, pasamos en ambos lados, piso antiderrapante, longitud no mayor de 6.00 m. cuando sea mayor, descansos de 1.50 m. ✓ Las rampas de acceso deben tener pasamanos en ambos lados. 	<p>Conveniente</p>			
--	---	--------------------	--	--	--

<p>II.2.2 Necesariamente, los establecimientos de atención médica deberán cumplir con las especificaciones de la normatividad vigente que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las escaleras deberán tener pasamanos en ambos lados, ancho mínimo de 1.80 m. libre entre pasamanos, con quince escalones como máximo entre descansos, la nariz de la huella antiderrapante y de color contrastante ✓ Los escalones deben tener huella mínima de 23 cm. y peralte de 0.14 m. con superficie antiderrapante ✓ Los elevadores deben tener los controles colocados a 1.20 m. con números arábigos en relieve, mecanismos automáticos para cierre, exactitud con respecto al nivel de piso. ✓ El espacio de las regaderas debe ser 1.10 m. de frente x 1.30 m. de fondo, con puerta de 1.00 m. de ancho con barras de apoyo, esquineras y banca. 	Necesario				
<p>II.2.3 Indispensablemente, los establecimientos de atención médica deberán cumplir con las especificaciones de la normatividad vigente que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los edificios con dos o más niveles deben tener elevadores con espacio interior de 1.50 x 1.50 m, ancho de puerta 1.00 m, pasamanos interiores en sus tres lados. ✓ En salas de espera y auditorios debe estar reservado un lugar para personas con discapacidad, y con simbología de reservado. ✓ En encamados el espacio entre cama y cama no puede ser menos de 1.00 m. ✓ En los estacionamientos deben existir áreas reservadas de 3.80 m de frente por 5.00 m. de fondo y debidamente señalizados, cercanos al acceso. 	Indispensable				

II.3. LA UNIDAD DEBE CONTAR CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS INSTALACIONES FÍSICAS.

ESPECIFICACION	VERIFICAR	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
II.3.1 Hay programas escritos de mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar la bitácora de mantenimiento preventivo. 	Necesario				

II.3.2 Se cumplen los programas de mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar en las instalaciones el cumplimiento de los programas preventivos. 	Conveniente				
II.3.3 Se cumple en tiempo el mantenimiento correctivo de instalaciones, a partir de los lineamientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar cuál es el tiempo máximo de espera para reparación de instalaciones y verificar que en el listado de los últimos tres meses se cumplió con el tiempo establecido. 	Necesario				
II.3.4 El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica.	<ul style="list-style-type: none"> • Los expedientes de los encargados del mantenimiento cuentan con documentos que avalan capacitación técnica para las instalaciones que tiene el hospital. • Si el servicio es subrogado, verificar que en los contratos se garantice la competencia técnica del personal. 	Necesario				
II.3.5 Si la unidad cuenta con personal responsable del mantenimiento, ésta debe proporcionarle el material necesario para el desarrollo de sus funciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la existencia de equipo • Entrevista a personal de mantenimiento 	Conveniente				

II.4 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON PLANTA DE EMERGENCIA PARA EL SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCTRICA.

ESPECIFICACION	VERIFICAR	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
II.4.1 Se cuenta con planta eléctrica de emergencia en condiciones de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar con el personal de mantenimiento la existencia, funcionamiento y capacidad de la planta de emergencia. 	Indispensable				
II.4.2 La planta eléctrica aporta energía a elevadores para transferencia de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación física 	Indispensable				
II.4.3 Se cuenta con bitácora de mantenimiento de la planta eléctrica automática de emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar documento 	Indispensable				

III. EQUIPAMIENTO

III.1 DE ACUERDO AL APENDICE NORMATIVO "P" DE LA NOM-197-SSA1-2000 O CUADRO BASICO INSTITUCIONAL, LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PUEDE CONTAR CON:

AREA DE HIDROTERAPIA

EQUIPO	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.1.1 Baño de remolino para miembro superior	Indispensable				
III.1.2 Baño de remolino para miembro inferior	Indispensable				
III.1.3 Tina de Hubbard (de acuerdo a lo expresado en el programa médico, inciso 5.1 de la NOM 197)	Indispensable				
III.1.4 Tanque terapéutico	Conveniente				
MOBILIARIO	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.1.5 Banco o silla de altura	Indispensable				
III.1.6 Banco o silla	Indispensable				
III.1.7 Mesa de tratamiento	Indispensable				
AREA DE ELECTROTERAPIA					
MOBILIARIO		C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.1.8 Mesa de tratamiento	Indispensable				
EQUIPO		C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.1.9 Baño de parafina	Indispensable				
III.1.10 Compresas frías	Indispensable				
III.1.11 Compresas químicas (compresas húmedo-calientes)	Indispensable				
III.1.12 Equipo de electroestimulación	Indispensable				
III.1.13 Rayos infrarrojos	Conveniente				
III.1.14 Ultrasonido terapéutico	Indispensable				
III.1.15 Láser Terapéutico	Necesario				
AREA DE MECANOTERAPIA					
EQUIPO		C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.1.16 Barras paralelas	Indispensable				
III.1.17 Colchón terapéutico	Indispensable				
III.1.18 Escaleras Terapéuticas	Indispensable				
III.1.19 Barras Suecas	Indispensable				
III.1.20 Espejo para postura	Indispensable				
III.1.21 Mesa de tratamiento	Indispensable				
III.1.22 Polea doble	Indispensable				
III.1.23 Timón y escalerilla para hombro	Indispensable				
III.1.24 Tracción cefálica o pélvica	Indispensable				
III.1.25 Mesa Inclinable	Necesario				

III.1.26 Equipo isocinético	Conveniente				Instalaciones
AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL					
MATERIAL Y EQUIPO					
		C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.1.27 Material y equipo requerido para ampliar arcos de movimiento de hombro	Indispensable				
III.1.28 Material y equipo para aumentar fuerza de hombro	Indispensable				
III.1.29 Material y equipo para lograr coordinación en el movimiento de hombro.	Indispensable				
III.1.30 Material y equipo para ampliar arcos de movimiento en codo.	Indispensable				
III.1.31 Material y equipo para aumentar fuerza en codo.	Indispensable				
III.1.32 Material y equipo para coordinación en el movimiento de codo	Indispensable				
III.1.33 Material y equipo para aumentar arcos de movimiento de la muñeca	Indispensable				
III.1.34 Material y equipo para aumentar fuerza en muñeca	Indispensable				
III.1.35 Material y equipo para coordinación de muñeca	Indispensable				
III.1.36 Material y equipo para aumentar fuerza de los dedos.	Indispensable				
III.1.37 Material y equipo para coordinación de movimiento de la mano	Indispensable				
III.1.38 Material y equipo para aumentar arcos de movimiento de los dedos de la mano	Indispensable				
III.1.39 Sillas	Indispensable				
III.1.40 Mesa de trabajo	Indispensable				
III.1.41 Material didáctico	Indispensable				
III.1.42 Espejo para postura	Indispensable				
AREA DE PSICOMOTRICIDAD					
MATERIAL Y EQUIPO					
		C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.1.43 Colchonetas	Indispensable				
III.1.44 Rollos grandes y chicos	Indispensable				
III.1.45 Pizarrón	Indispensable				
III.1.46 Material Didáctico	Indispensable				
III.1.47 Material Didáctico para estimulación vestibular	Indispensable				
AREA DE ENTRENAMIENTO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA HUMANA					
MATERIAL Y EQUIPO					
		C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.1.48 Silla de ruedas	Indispensable				
III.1.49 Silla recta	Indispensable				
III.1.50 Tabla de transferencia	Indispensable				
III.1.51 Sala	Indispensable				
III.1.52 Comedor	Indispensable				
III.1.53 Cocina	Indispensable				

III.1.54 Accesorios para alimentación adaptados (cubiertos, platos, vasos y jarra)	Indispensable				
III.1.55 Baño	Indispensable				
III.1.56 Barras de apoyo para el baño	Indispensable				
III.1.57 Retrete con adaptación de la tapa para elevarla y bajarla.	Necesario				
III.1.58 Accesorios para higiene adaptados (peines, cepillos, pasta dental, zacate, aplicadores para desodorante)	Indispensable				
III.1.59 Simulación de recámara	Indispensable				
III.1.60 Accesorios para vestido adaptados (ganchos para ropa, percheros, juego para costura)	Indispensable				
AREA DE TERAPIA DEL LENGUAJE					
MATERIAL Y EQUIPO		C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.1.61 Cubículos individuales	Indispensable				
III.1.62 Mesa chica para niños	Indispensable				
III.1.63 Sillas chicas para niños	Indispensable				
III.1.64 Computadora con software para terapia de lenguaje	Conveniente				
III.1.65 Espejo	Indispensable				
III.1.66 Material Didáctico	Indispensable				
III.1.67 Grabadora	Indispensable				
III.1.68 Metrónomo	Indispensable				
III.1.69 Estimulador eléctrico con corriente farádica	Indispensable				

III.2 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO MÉDICO.

ESPECIFICACION	VERIFICAR	Ponderación	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
III.2.1 Cada uno de los servicios de la unidad de rehabilitación cuentan con los manuales de funcionamiento y especificaciones del equipo de su área.	<ul style="list-style-type: none"> Cada equipo tiene los manuales de funcionamiento y servicio entregados por el fabricante. 	Necesario				
III.2.2 Se cuenta con bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo, del equipo en cada servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar existencia de documentos 	Necesario				

III.3 EL CONSULTORIO DE MEDICINA DE REHABILITACION, DEBE CONTAR CON EL EQUIPO DESCRITO EN EL APÉNDICE “Z” DE LA NOM-197-SSA1-2000.

Apéndice Normativo “Z”.	C	NC	NA	OBSERVACIONES / FUENTES
-------------------------	---	----	----	-------------------------



Fundación Teletón México

Minuta del Comité de Certificación CSG

No. de Reunión: 00

Lugar:		Fecha de reunión:	
Asistentes:			

No.	Tema	Acuerdo	Responsable	Fecha de Entrega

Observaciones:

Próxima Reunión:

Lugar:		Fecha:		Hora:	
---------------	--	---------------	--	--------------	--



CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

COMISION PARA LA CERTIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA

CRITERIOS DE PROCESOS Y RESULTADOS PARA LA EVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE REHABILITACIÓN

LISTA DE COTEJO PARA EVALUADORES

FREM – 0304

CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

COMISION PARA LA CERTIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MÉDICA

CRITERIOS DE PROCESOS Y RESULTADOS PARA LA EVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE REHABILITACIÓN

LISTA DE COTEJO PARA EVALUADORES

FREM – 0304

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

DR. JULIO FRENK MORA

PRESIDENTE

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

DRA. MERCEDES JUAN

SECRETARIA DEL CONSEJO Y PRESIDENTA DE LA COMISIÓN

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Secretaría de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional.

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Universidad Nacional Autónoma de México.

Academia Nacional de Medicina.

Academia Mexicana de Cirugía.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud, A.C.

Colegio Médico de México, A.C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C.

Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

INTRODUCCIÓN

Ponderación de los Criterios.

La ponderación fue otorgada con base a 4 niveles, que determinan la relación del contenido del criterio, con la garantía de seguridad para la rehabilitación del paciente, así como con el respeto a sus derechos y trato digno. De esta forma el criterio con el nivel prioritario, recibe el valor 4 y el de menor nivel de relación con la seguridad del paciente, el valor 1.

Niveles.

PONDERACION	SIGNIFICADO	TOTAL
1	Evalúa la percepción del paciente del servicio que se le otorga	1
2	Evalúa la percepción de la familia o trabajador del servicio que se proporciona.	8
3	Evalúa la existencia de procesos relacionados con el mantenimiento y la conservación de equipos e instalaciones requeridos para la ejecución de procesos de atención.	67
4	Evalúa la existencia de procesos relacionados directamente con el diagnóstico, manejo, tratamiento y rehabilitación del paciente.	22
	Total	98

Calificación de los Criterios de Proceso

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 donde 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 aun 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.

Conformación del Documento.

Este documento contiene los criterios de procesos y resultados, que utilizan y califican los evaluadores institucionales durante la visita a la unidad, plasmados en un formato de seis columnas, las cuales describen lo siguiente:

- ✓ En la primera columna se señala el lugar a visitar por alguno de los miembros del equipo evaluador.
- ✓ La segunda describe la especificación del criterio a evaluar.
- ✓ La tercera define el o los procedimientos a seguir por el evaluador para calificar la especificación del criterio.
- ✓ La cuarta columna enumera las fuentes que permiten al evaluador revisar u obtener la información para verificar el criterio.
- ✓ La quinta columna identifica el personaje del equipo evaluador que puede hacer la verificación del criterio.
- ✓ La sexta columna corresponde al espacio en el cual el evaluador pondrá la calificación correspondiente con el rango de 0 a 4. (**Únicamente se puede asentar un sólo valor**).

Ningún criterio podrá dejarse en blanco, es decir sin calificación o anotación. Cuando la unidad hospitalaria no otorgue un servicio, el criterio correspondiente deberá especificarse por el evaluador como **No Aplica**.

II. FUNCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

II.1 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

II.1.1 AL INGRESAR LOS PACIENTES LOS MÉDICOS DEBERAN DAR INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE SU PADECIMIENTO, DE TODO PROCEDIMIENTO MÉDICO A SEGUIR Y EN TODOS LOS CASOS SE SOLICITARÁ EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O DE SUS FAMILIARES PARA SU TRATAMIENTO.

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	OBSERVACIONES
Admisión o Consulta Externa	II.1.1.1 Los pacientes están enterados del motivo de su ingreso al servicio y plan a seguir.	<ul style="list-style-type: none"> El médico tratante informa a satisfacción del paciente acerca de su padecimiento y de los beneficios y riesgos que tiene al ser ingresado para su programa de rehabilitación. Si la condición físicoemocional del paciente no les permite dar respuesta o conocer esta información, este conocimiento debe existir en el familiar o tutor autorizado. 	Entrevista con paciente o familiares, o ambos	Médico.	
Admisión o Consulta Externa	II.1.1.2 Existe un procedimiento para la admisión del paciente a hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> El procedimiento se encuentra documentado. El médico tratante informa a satisfacción del paciente acerca de su padecimiento y de los beneficios y/o riesgos que tiene al ser ingresado para su programa de rehabilitación El personal involucrado conoce y aplica este procedimiento. 	Entrevista al personal involucrado Manual de organización y procedimientos	Médico, enfermera o Administrador.	
Admisión o Consulta Externa	II.1.1.3 Existen formatos de consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> Revisar la existencia del documento de "Consentimiento informado" en todos los expedientes que se evalúen durante la visita y en la calificación de expediente clínico. El formato contiene: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fecha. ✓ Datos generales completos del paciente. ✓ Firma del paciente o responsable y al menos un testigo. Constatar en el formato y con los pacientes/familiares el conocimiento de las posibles secuelas o complicaciones y pronóstico en relación con su motivo de ingreso asentado en el formato. Preguntar a cinco pacientes y familiares cuándo y cómo se le solicitó la firma en el documento de consentimiento informado. 	Expediente clínico, entrevista a pacientes y familiares.	Médico.	

II.1.2 SE OTORGA UN TRATO DIGNO Y SE RESPETA LA CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA EN LA UNIDAD.

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	OBSERVACIONES
Dirección	II.1.2.1 Existe un código de ética, propuesto por la propia unidad, o retomado de alguna otra institución nacional o extranjera, que privilegie la atención al paciente como eje de su misión.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la existencia del documento. Confirmar que se encuentra visible a los usuarios una síntesis documental Investigar con los pacientes si lo conocen. Comprobar que el personal médico, de enfermería y equipo multidisciplinario involucrado en el proceso lo conozcan 	Áreas públicas, urgencias y hospitalización, si la hay. Entrevista a trabajadores.	Médico o enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Consulta o servicios	II.1.2.2 El proceso de atención garantiza la privacidad y dignidad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • Todo interrogatorio se realiza entre médico y paciente en presencia de un familiar o personal de apoyo, salvo que el paciente autorice lo contrario. • Toda exploración al paciente se realiza bajo normas de respeto, explicación y aclaración de dudas y cuidando descubrir sólo la zona a explorar. • La exploración de marcha y postura se realiza siempre con una bata que permita la evaluación adecuada • La exploración de pacientes pediátricos, psiquiátricos o inconscientes deberá realizarse en presencia de un familiar adulto de preferencia del mismo sexo del paciente 	Entrevista al paciente o familiar. Manual de procedimientos Entrevista al personal médico y de enfermería.	Médico o enfermera.	
Admisión o Consulta externa	II.1.2.3 Existe un procedimiento para la admisión del paciente que garantice la preparación para su tratamiento de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • Revisar la realización de la inducción del paciente y familiar a la reglamentación de la unidad. • Revisar el cumplimiento de la entrega de formatos e indicaciones destinadas a garantizar una atención expedita • La actitud del personal de admisión debe ser atenta, oportuna y orientadora. 	Entrevista al paciente o familiar y a personal de admisión, trabajo social y enfermería. Manual de procedimientos	Médico o enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Admisión o Consulta externa	II.1.2.5 Existe un procedimiento que define la forma en que se obtendrá la autorización de los familiares en los casos de pacientes psiquiátricos, pediátricos o en estado inconsciente	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Todo el personal involucrado en la atención debe conocer y aplicar estos procedimientos. 	Manual de procedimientos Entrevista al personal.	Médico o enfermera.	
Admisión o Consulta externa	II.1.2.6 Existe un procedimiento que define las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal involucrado con la atención conoce y aplica estos procedimientos. Registro de Incidencias 	Manual de procedimientos Entrevista al personal.	Médico o enfermera..	
Admisión o servicios	II.1.2.7 Existe un procedimiento que establece cómo actuar en casos donde algún paciente se torne agresivo, violento o con problemas psiquiátricos.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal involucrado con la atención conoce y aplica estos procedimientos. Bitácora o registros 	Manual de procedimientos Entrevista al personal.	Médico o enfermera	
Toda la unidad	II.1.2.8 La unidad cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y está accesible al público usuario.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentada la versión completa en el área responsable de su aplicación. Se encuentra a la vista del público en general un resumen. Está adaptado para el uso expedito del usuario y se caracteriza por su claridad, facilidad de lectura y accesibilidad. 	Áreas de acceso a pacientes y Carta de los Derechos Generales del Paciente.	Todos.	
Toda la unidad	II.1.2.9 La unidad se asegura que todos los trabajadores conocen y aplican, dentro de sus responsabilidades, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar en el programa de capacitación, la programación de una plática o curso al respecto, o en su defecto identificar la metodología que se aplique al respecto. Solicitar la lista de asistentes a las capacitaciones mencionadas, así como sus respectivas evaluaciones. Verificar con la población trabajadora el conocimiento de dicha carta. 	Entrevista a prestadores de servicios.	Médico y enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	OBSERVACIONES
Toda la unidad	II.1.2.10 La unidad difunde la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, entre la población usuaria, especialmente a los pacientes y sus familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que en el programa de trabajo del área responsable, se encuentren descritas las actividades de difusión a los pacientes y familiares. • Investigar el conocimiento de la carta mencionada entre la población usuaria. 	Entrevista a pacientes y familiares.	Médico.	

II.1.3 LOS MÉDICOS BRINDAN AL PACIENTE, AL FINAL DE SU TERAPIA, INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE SU TRATAMIENTO Y CUIDADOS A SEGUIR EN EL HOGAR, ASÍ COMO DE LAS CITAS POSTERIORES, SEGÚN EL CASO.

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	OBSERVACIONES
Servicios o consulta externa	II.1.3.1 El médico tratante o el personal autorizado, dan la información necesaria, pertinente y suficiente por escrito para cuidados en el hogar, continuación del tratamiento rehabilitatorio, medicamentoso, indicaciones higiénico – dietéticas, exámenes o estudios de seguimiento y fecha de próxima cita.	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • Constatar que el médico o técnico autorizado proporciona la información al paciente y familiares. • Preguntar al personal médico y técnico quién proporciona la información al paciente y familiares. • Debe entregarse por escrito e incluir, según el caso las especificaciones citadas antes. 	Entrevista a médico y técnicos. Expediente clínico. Manual de procedimientos	Médico o enfermera.	

II.2 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.

II.2.1 LOS SERVICIOS DE CONSULTA DEBEN TENER CAPACIDAD PARA PRESTAR SERVICIOS OPORTUNOS Y DE CALIDAD.

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	OBSERVACIONES
Consulta externa	II.2.1.1 Existe un programa anual de Consulta Externa y sus manuales de organización y de procedimientos de los principales procedimientos que se llevan a cabo en dicho servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Están documentados. • Se conocen y aplican por el personal involucrado. • Se lleva registro de sus actividades. 	Programa anual de consulta externa, Manual de organización y procedimientos	Médico, enfermera o Administrador.	
Consulta externa	II.2.1.2 Existe un procedimiento de planeación que especifique que el número de consultorios y sus horarios disponibles por especialidad, son suficientes para la atención de la demanda.	<ul style="list-style-type: none"> • Está documentado. • Estadísticas del servicio; consultas por día por médico y por especialidad. 	Programa anual de consulta externa, Manual de procedimientos y reportes estadísticos.	Médico, enfermera o Administrador.	

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	OBSERVACIONES
Consulta externa	II.2.1.3 El jefe de Consulta Externa cumple y hace cumplir los lineamientos establecidos por la organización para este servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal conoce los procedimientos y los aplica. 	Manual de procedimientos Entrevista con personal	Médico, enfermera o Administrador.	
Dirección	II.2.1.4 El responsable de Rehabilitación cumple y hace cumplir los lineamientos establecidos por la organización, para los diferentes servicios de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El personal conoce los procedimientos y los aplica. 	Manual de procedimientos Entrevista con personal	Médico, enfermera.	
Admisión, o servicios	II.2.1.5 Está documentado el mecanismo de referencia y contrarreferencia llevado a cabo por el servicio y los registros son claros.	<ul style="list-style-type: none"> El procedimiento se encuentra documentado. El personal involucrado conoce y aplica este procedimiento. Constatar el registro de las actividades del procedimiento 	Entrevista al personal involucrado. Manual de organización y procedimientos	Médico, enfermera o Administrador.	

II.2.2 LA UNIDAD DEBE GARANTIZAR EL SERVICIO DE LAS UNIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, PROPIOS O SUBROGADOS, DURANTE TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN.

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPON-SABLE	OBSERVACIONES
Recursos humanos	II.2.2.1 Existe un rol de guardias normales y especiales del personal profesional y técnico de cada uno de estos servicios.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar el rol de guardias y constatar la asistencia de al menos el último mes. 	Roles de guardias en jefaturas de servicio. Plantillas de personal. Reporte de asistencias.	Médico, enfermera o administrador.	
Coordinación de unidades de apoyo diagnóstico	II.2.2.2 Existen procedimientos para la solicitud de estudios y recepción de resultados por la unidad, propios o subrogados.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados Solicitar al personal responsable la descripción verbal del procedimiento para la solicitud de estudios y recepción de resultados de servicios propios o subrogados. 	Manual de procedimientos Expediente clínico. Entrevista al personal.	Médico, enfermera o administrador.	

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Coordinación de unidades de apoyo diagnóstico	II.2.2.3 Existe un procedimiento para resolver los casos en que no se pueda realizar algún tipo de estudio dentro de los servicios de Electromiografía, Potenciales evocados, Resonancia Magnética Audiometría o Pruebas de esfuerzo.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Existe un responsable designado por turno para la realización del enlace requerido. 	Manual de procedimientos Registro de prestadores de servicios. Convenios y listados.	Médico. Enfermera o administrador.	

II.2.3 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON CONTROLES INTERNOS Y EXTERNOS DE CALIDAD EN LAS ÁREAS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Dirección	II.2.3.1 Hay seguimiento a los procedimientos para verificar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en las actividades realizadas por cada servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Existe un responsable para hacer cumplir lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas, correspondientes a cada servicio. Solicitar la bitácora de cumplimiento de las verificaciones oficiales. 	Expedientes de los servicios o de las empresas contratadas. Entrevista al personal.	Médico o administrador.	
Dirección	II.2.3.2 La unidad cuenta con un procedimiento definido para la evaluación periódica de la calidad de los servicios diagnósticos, propios o subrogados.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar los manuales de procedimientos para la verificación de calidad de los servicios subrogados. La verificación se realiza al menos cada 6 meses e incluye: <ul style="list-style-type: none"> ✓ verificación interna a equipo y resultados. ✓ verificación externa a equipo y resultados. 	Manual de procedimientos Bitácora de mantenimiento preventivo. Procedimientos específicos de evaluación de calidad.	Administrador, ingeniero o médico.	
Dirección	II.2.3.3 La unidad cuenta con un procedimiento definido para la evaluación periódica de la calidad de los servicios diagnósticos de laboratorio, e imagenología, propios o subrogados.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. El programa incluye: tipo de verificaciones, periodicidad y responsables de realizarlas. 	Expedientes de los servicios o de las empresas contratadas. Bitácoras.	Administrador, ingeniero o médico.	

II.2.4 LA UNIDAD DEBE CONTAR CON PROCEDIMIENTOS PARA EVALUAR QUE EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN PROPIO O SUBROGADO, ES CAPAZ DE PRESTAR UN SERVICIO OPORTUNO Y DE CALIDAD.

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Imagenología	II.2.4.1 Existen procedimientos actualizados	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. El personal conoce estos manuales. 	Manual de procedimientos	Médico o administrador.	

	específicos para el departamento de Radiología e Imagen.	<ul style="list-style-type: none"> El personal aplica los procedimientos y protocolos. 	. Expedientes de servicio. Entrevista al personal.		
Salas de estudio, espera y reposo	II.2.4.2 Existe la definición de un procedimiento de vigilancia permanente del estado del paciente dentro de las salas de estudio y áreas de reposo o de espera.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Es posible verificar lo anterior a simple vista. 	Manual de procedimientos. Expedientes de servicio. Observación.	Médico o administrador.	
Laboratorio e imagenología	II.2.4.3 Existe un procedimiento para garantizar que los reportes de las interpretaciones contengan: datos de identificación del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional y fecha de elaboración.	<ul style="list-style-type: none"> Está documentado. Constatar el cumplimiento en por lo menos tres reportes de tres diferentes días. 	Manual de procedimientos Expediente clínico.	Médico o enfermera.	
Laboratorio e imagenología	II.2.4.4 Existe un procedimiento para que los directivos den seguimiento al sistema de evaluación de la satisfacción y a las quejas y sugerencias en el servicio de radiología e imagen.	<ul style="list-style-type: none"> Se muestran documentos probatorios de la existencia del sistema. Se cumple. 	Expediente de servicio. Bitácoras y Registros.	Médico o enfermera.	

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Imagenología	II.2.4.5 Se cuenta con un procedimiento confiable y estadístico que permita analizar y verificar que el 90% de los pacientes esperan menos de 15 minutos en el servicio de radiología e imagenología.	<ul style="list-style-type: none"> Se muestran documentos probatorios de la existencia del sistema. Se conoce y se cumple. 	Entrevista a paciente y familiares. Expediente del servicio.	Médico o enfermera.	

II.2 5 LA UNIDAD DEBE ESTABLECER PROCEDIMIENTOS PARA VERIFICAR QUE EL LABORATORIO CLÍNICO PROPIO O SUBROGADO ES CAPAZ DE PRESTAR UN SERVICIO OPORTUNO Y DE CALIDAD.

LUGAR A VISITAR	ESPECIFICACION	PROCEDIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Laboratorio	II.2.5.1 Existen procedimientos o protocolos actualizados, específicos para el servicio de laboratorio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Están documentados. El personal conoce los procedimientos y protocolos. El personal los aplica. 	Manual de procedimientos Entrevista a personal.	Médico o enfermera.	



- ***¿Qué es una certificación?***

La certificación, es el procedimiento mediante el cual una tercera parte diferente e independiente del ofertador del servicio y del demandante del servicio, asegura por escrito que un producto, proceso o servicio, cumple los requisitos especificados. Un sistema de certificación es aquel que tiene sus propias reglas, procedimientos y forma de administración para llevar a cabo una certificación de conformidad. Dicho sistema, debe de ser objetivo, fiable, aceptado por todas las partes interesadas, eficaz, operativo, y estar administrado de manera imparcial y honesta. Su objetivo primario y esencial, es proporcionar los criterios que aseguren al demandante del servicio, que el servicio que adquiere satisface los requisitos pactados.

- ***¿Por qué nos queremos certificar?***

- Garantizar a nuestros donadores el destino de sus aportaciones
- Homologar nuestro servicio y la manera en la que hacemos las cosas
- Mejorar el conocimiento acerca de la labor que desempeñamos
- Asegurar la calidad mediante la comprensión y correcta ejecución de los procesos
- Avalar nuestra competencia frente a otras instituciones
- Mejorar la eficacia y eficiencia de la operación
- Obtener la satisfacción de nuestros pacientes y sus familias
- Por la exigencia de los usuarios de los servicios y las relaciones inter-institucionales

- ***¿Por qué la certificación del Consejo de Salubridad General?***

Porque mediante este proceso, el Consejo reconoce a los establecimientos de atención médica que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar calidad de la atención médica y seguridad a los pacientes.

- ***¿Qué vamos a hacer para prepararnos?***

Una serie de actividades que nos ayuden a asegurar el conocimiento de lo que realizamos día con día, entre ellas auditorías internas que nos dejen ver las áreas de oportunidad a las que debemos prestar atención y campañas de difusión de información que debemos tener muy presente.

Cronograma de Actividades

Objetivo	Acciones	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4
Dar a conocer el Objetivo y Finalidad de la certificación	Apertura				
	Campaña de inicio				
Difundir del Modelo Médico	Campaña de difusión				
Dar a conocer a los integrantes de la Mesa Directiva	Campaña de difusión				
Difundir la Visión, Misión y Lema	Anexo a gafetes				
	Publicar en intranet				
	Campaña de difusión				
Difundir la Carta de los Derechos de los Pacientes	Campaña de difusión				
Utilizar la Intranet como herramienta	Predeterminar la intranet como pagina de inicio en todas las computadoras del CRIT				
	Verificar con la mesa directiva el acceso y manejo de intranet				
	Verificar que los usuarios tengan acceso a la intranet				
	Difundir el aparatado de fundamentos organizacionales				
	Actualizar organigrama del CRIT				
Difundir y promover el uso de los Manuales de Políticas y Procedimientos	Verificar el conocimiento de procedimientos				
	Actualización de procedimientos				
	Verificar que todos los procedimientos cuenten con los elementos básicos				
	Evaluación interna				
Estrechar la relación Médico-Paciente	Campaña de difusión con los médicos acompañantes para reforzar el conocimiento del Dx,Px y nombre del médico				
Conocer los avances por medio de evaluaciones	Aplicación de la encuesta a pacientes				
	Comparativo de resultados anteriores y actuales				
Certificar el CRIT	Inscripción				
	Evaluación del CSG				



SISTEMA DE CENTROS DE REHABILITACIÓN INFANTIL TELETÓN
DIRECCIÓN CORPORATIVA DE SISTEMAS - DIRECCIÓN MÉDICA CORPORATIVA
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD

Plan de Auditoría Interna del CRIT Estado de México para la preparación a Certificación del CSG

Día	Colaborador / Área	Horario	Entrevistador
	Área		
	Reunión de Inicio		
	Dirección General		
	Dirección Médica		
	Enfermería / Ambulancia		
	Subdirección y voluntarias		
	Subdirección de Recursos Materiales		
	Subdirección de Atención al Público		
	Terapias / Coordinación		
	Subdirector de Desarrollo Humano		
	Genetista / Coord de Enseñanza		
	Intergración Social / Coordinación		
	Archivo Clínico		
	Recepciones / Pacientes		
	Psicología / Coordinación		
	Reunión de cierre		



Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud

Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Solicitud de Inscripción para Establecimientos de Atención Médica de Rehabilitación

FREM-0104

Nombre o razón social del establecimiento: FUNDACION TELETON MEXICO A.C. CRIT Estado de México

Domicilio: Av. Gustavo Baz No.219 Col. San Pedro Barrientos

C. Postal 54010

Municipio /

Entidad Federativa: Estado de México Delegación Tlalnepantla

Registro Federal de contribuyentes: FTM981104540

Clasificación: Público:

Privado:

Institución : Pública:

IMSS ISSSTE PEMEX SEDENA SEMAR

SSA OTRA

Privada:

Número de camas censables: Número de camas no censables:

Número de salas:

Nombre del director: Dr. Arturo Emilio Pichardo Egea

Teléfono: 53212223 Fax: 53212220 Correo elec: pichardo@teleton.org.mx

Nombre del Representante legal: Dr. Arturo Emilio Pichardo Egea

Teléfono: 53212223 Fax: 53212220 Correo elec: pichardo@teleton.org.mx

No. de Licencia sanitaria: Aviso de Funcionamiento otorgado por el ISEM Jurisdicción de Reg. Sanitaria No.7 Tlalnepantla Vigencia:

Fecha de inicio de actividades:
 día mes año

¿Actualmente alguna área del servicio de salud se encuentra en ampliación, remodelación y/o adaptación?

Sí No

Autentifico que toda la información presentada en esta Solicitud de Inscripción 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.

Dr. Arturo Emilio Pichardo Egea
 Nombre y firma del solicitante

 Fecha de solicitud

Tlalnepantla, Estado de México a 16 de Julio de 2008.

Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Directora General Adjunta de Articulación
Del Consejo de Salubridad General Secretaría
de Salud y Asistencia
Homero 213
Col. Polanco, México D.F.

Estimada Dra. Reyes Zapata:

Por este conducto me permito saludarla y al mismo tiempo solicitarle dar inicio al proceso de Certificación del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) Estado de México.

Por lo tanto le adjunto la siguiente documentación:

- Formato de Inscripción
- Lista de cotejo de autoevaluación del capítulo de Infraestructura
- Copia del Aviso de Funcionamiento

Sin más por el momento quedo a sus órdenes para cualquier comentario al respecto y en espera de sus noticias.

Atentamente

Dr. Arturo Emilio Pichardo Egea
Director General
CRIT Estado de México
Tel.5321-2232
Fax.5321-2220