



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
EPIDEMIOLOGÍA

Mejora de la Calidad en la Atención Médica en
el Servicio de Admisión Continua del Centro
Médico Nacional
“20 de Noviembre”
ISSSTE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN:

EPIDEMIOLOGIA

PRESENTA:
OMAR GERARDO GARCIA CRUZ

ASESORES:
DR. IGNACIO FEDERICO VILLASEÑOR RUÍZ
DRA. DORA MARÍA ISABEL CHI LEM
DRA. BEATRIZ RICO VERDÍN

RPI: 524.2023

Ciudad Universitaria, febrero, 2024





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

TÍTULO

**Mejora de la Calidad en la Atención Médica en el Servicio de Admisión
Continua del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE
Folio de aprobación: 524.2023**

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador principal: Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruíz. Médico adscrito al Servicio de Epidemiología del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE: Felix Cuevas 540, Colonia Del Valle, Benito Juárez, CDMX, Código postal 03 229, correo electrónico: ignaciofvr@yahoo.com

Investigador asociado 1: Dra. Dora María Isabel Chi Lem. Médico adscrito al Servicio de Admisión Continua Adultos del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE: Felix Cuevas 540, Colonia Del Valle, Benito Juárez, CDMX, Código postal 03 229, correo electrónico: dorachilem@yahoo.com.mx

Investigador asociado 2: Dra. Beatriz Rico Verdín. Médico Jefe de Servicio de Epidemiología del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE: Felix Cuevas 540, Colonia Del Valle, Benito Juárez, CDMX, Código postal 03 229, correo electrónico: b.rico@issste.gob.mx

Tesista: Dr. Omar Gerardo García Cruz, Médico residente de tercer año de Epidemiología del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE: Felix Cuevas 540, Colonia Del Valle, Benito Juárez, CDMX, Código postal 03 229, correo electrónico: g.g.mebarak@gmail.com.

Servicio de Epidemiología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE

Protocolo: Mejora de la Calidad en la Atención Médica en el Servicio de Admisión Continua del Centro Médico Nacional 20 de noviembre ISSSTE

Folio de aprobación: 524.2023



Dra. Denisse Añorve Bailón
Subdirectora de Enseñanza e Investigación

Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano
Coordinador de Investigación

Dr. José Luis Aceves Chimal
Encargado de la Coordinación de Enseñanza

Dra. Beatriz Rico Verdín
Jefe de Servicio de Epidemiología

Dra. Brenda Castillo Matus
Titular de la especialidad de Epidemiología

Dr. Ignacio Villaseñor Ruíz
Asesor de Tesis

Dra. Dora María Isabel Chi Lem
Asesora de Tesis

Dr. Omar Gerardo García Cruz
Médico Residente Tesista



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO
TESIS PARA TITULACION

La vulneración de los derechos de autor es un delito contra la propiedad de intelectual catalogado como plagio, el cual puede tener graves consecuencias, como la anulación de la matrícula y la anulación del título. y, por consiguiente, puede ser sancionada.

La adopción de ideas ajenas vertidas en un texto y presentarlas en uno propio se califica como plagio o robo de propiedad intelectual, el cual puede ser por copiar directamente, por hacer una traducción y no indicarla como tal o tomar una idea ajena sin indicar su bibliografía, lo cual va en contra del código de honor de la ciencia. Bajo protesta de decir verdad los firmantes al calce de este documento deberán lo siguiente:

1. Se realizó revisión de la bibliografía publicada en la literatura nacional e internacional, seleccionando la considerada apropiada para respaldar el conocimiento científico en el que se basa la tesis titulada Mapa de la Calidad en la Atención Médica en el Servicio de Admisión Continua del Centro Médico Nacional "20 de noviembre" y esta bibliografía fue citada apropiadamente en el texto. ISSSTE

2. Los hallazgos de la investigación fueron contrastados con la información científica publicada, la cual fue debidamente citada en el texto.

3. Para la divulgación de la información científica, nos conduciremos en todo momento protegiendo los derechos de autor, en términos de los artículos 1, 18 y 19 y demás disposiciones aplicables a la ley federal de derechos de autor, así como de su reglamento.

Nombre y firma autógrafa del tutor Ignacio Federico Villaseñor Ruiz

Nombre y firma autógrafa del Médico Residente tesis Dr. Gerardo García Cruz

Nombre y firma autógrafa del Jefe de Servicio Beatriz Roca Verdín

Fecha de entrega de tesis 14 de septiembre 2023

El llenado de este documento deberá ser realizado a mano por las personas que lo firman



INDICE

1.	RESUMEN.....	5
2.	MARCO TEÓRICO.....	6
2.1	LA EVALUACIÓN CONTINUA COMO HERRAMIENTA DE LA ATENCIÓN CLÍNICA DE CALIDAD.....	6
2.2	EL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA COMO UNA HERRAMIENTA PARA SOLUCIONAR NECESIDADES.....	7
2.3	EL MODELO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE AVEDIS DONABEDIAN.....	9
2.4	CONCEPTUALIZACIÓN DEL SERVICIO DE ADMISIÓN CONTINUA FRENTE A UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	9
3.	ANTECEDENTES.....	10
3.1	MEDICIÓN BASAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN CONTINUA ADULTOS: ABRIL 2022.....	10
3.2	DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, MEDICIÓN BASAL: ABRIL 2022.....	11
3.3	EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPO Y MOBILIARIO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN CONTINUA ADULTOS: ABRIL 2022.....	12
3.4	RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPO Y MOBILIARIO: ABRIL 2022.....	14
3.5	EVALUACIÓN DE TIEMPOS Y MOVIMIENTOS: MAPEO DE PROCESOS Y “CAMINATA GEMBA” : ABRIL 2022.....	15
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
5.	JUSTIFICACIÓN.....	20
6.	HIPÓTESIS.....	21
7.	OBJETIVOS.....	22
7.1	OBJETIVO GENERAL.....	22
7.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
8.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
8.1	ARQUITECTURA METODÓGICA DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.....	23
8.2	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	25
8.3	METODOLOGÍA DESARROLLADA.....	26
8.4	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
8.5	PRUEBAS PILOTO E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	31
8.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
8.7	RECURSOS.....	34
9.	RESULTADOS.....	35
9.1	SEGUNDA MEDICIÓN: AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2023.....	35
9.2	EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPO Y MOBILIARIO: AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2023.....	37
9.3	EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES: AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2023.....	38
9.4	“CAMINATA GEMBA” Y ESTUDIOS DE SOMBRA DEL PROCESO DE ATENCIÓN, MEDICIÓN DE TIEMPOS Y MOVIMIENTOS: AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2023.....	40
9.5	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA APLICADA A LOS DERECHOHABIENTES: SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 2023.....	44
9.6	INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	59
9.7	EMISIÓN DE RECOMENDACIONES DE MEJORA CONTINUA EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN CONTINUA DEL CMN “20 DE NOVIEMBRE”, OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN: AGOSTO A OCTUBRE DE 2023.....	60
10.	DISCUSIÓN.....	62
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	69
12.	ANEXOS.....	72

1. RESUMEN.

Título: Mejora de la Calidad en la Atención Médica en el Servicio de Admisión Continua del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE.

Introducción: La emergencia sanitaria por la COVID-19 en 2020, forzó a las instituciones de salud en todo el mundo a modificar la infraestructura hospitalaria y los procesos de atención durante la pandemia. El CMN “20 de Noviembre” no fue la excepción, se rediseñaron los espacios físicos y los procesos de atención durante la contingencia. Una vez finalizada la pandemia, se tuvo de nuevo la necesidad de adaptar los servicios de salud a un modelo dual de atención: COVID-19 y padecimientos habituales. Determinar las áreas de oportunidad y medir la percepción de la calidad de la atención mediante un proyecto de mejora continua, es la mejor herramienta para transitar a este modelo dual de atención.

Objetivo: Detectar las áreas de oportunidad y medir la percepción de la calidad de la atención médica en el Servicio de Admisión Continua Adultos para emitir recomendaciones que permitan plantear un proyecto de mejora continua como herramienta para transitar a un modelo dual de atención posterior a la pandemia de COVID-19 en dicho servicio.

Metodología: Se realizó un estudio transversal, de agosto a septiembre de 2023 donde se incluyeron 60 sujetos encuestados en el servicio de Admisión Continua adultos del CMN “20 de Noviembre” para conocer la percepción de la calidad de la atención médica, a la par, se detectaron las áreas de oportunidad en la infraestructura, equipo, mobiliario y procesos de atención para emitir recomendaciones que sustentaron un proyecto de mejora continua.

Resultados: La percepción de la calidad de la atención fue referida en un 77% como satisfactoria. Las principales áreas de oportunidad detectadas fueron inherentes al equipo, mobiliario y a los procesos de atención: el tiempo transcurrido para acceder al hospital y el sistema de interconsultas fueron las principales observaciones. Tras los hallazgos se emitieron recomendaciones dirigidas para plantear un programa de mejora en el servicio.

Palabras clave: Calidad de la atención, percepción, satisfacción, Admisión Continua Adultos.

Abreviaturas:

CMN: Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

ACA: Admisión Continua Adultos.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado.

NOM: Norma Oficial Mexicana.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 La evaluación continua como herramienta de la atención clínica de calidad.

La evaluación continua es una detección cíclica de las áreas de mejora en la infraestructura, procesos y resultados de un sistema para generar intervenciones puntuales o una reingeniería de estos.

En un centro hospitalario tiene como objetivo detectar las áreas susceptibles de mejora, los puntos críticos y situaciones de riesgo en la atención de los pacientes, que comprometan los resultados esperados para cada situación detectada.

Este tipo de evaluación debe señalar puntualmente la intervención para emitir recomendaciones que permitan el ajuste, modificación o rediseño de la infraestructura o procesos clínico - administrativos, con el fin de obtener resultados que se traduzcan en una *atención de calidad* perceptible y tangible para los pacientes.

La “*calidad de la atención clínica*” es definida por la OMS como el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados ^[1].

Estos resultados deben ser centrados en el paciente mediante la eficacia y seguridad tanto de las instalaciones como en las intervenciones asociadas a la atención de la salud, sustentando así la importancia de las evaluaciones cíclicas que aseguren esta calidad.

En concreto, los centros hospitalarios deben enfocarse en los ejes rectores de la “Atención de Calidad”, donde se ofrezca un servicio oportuno, equitativo, integrado y eficiente (Figura 1).

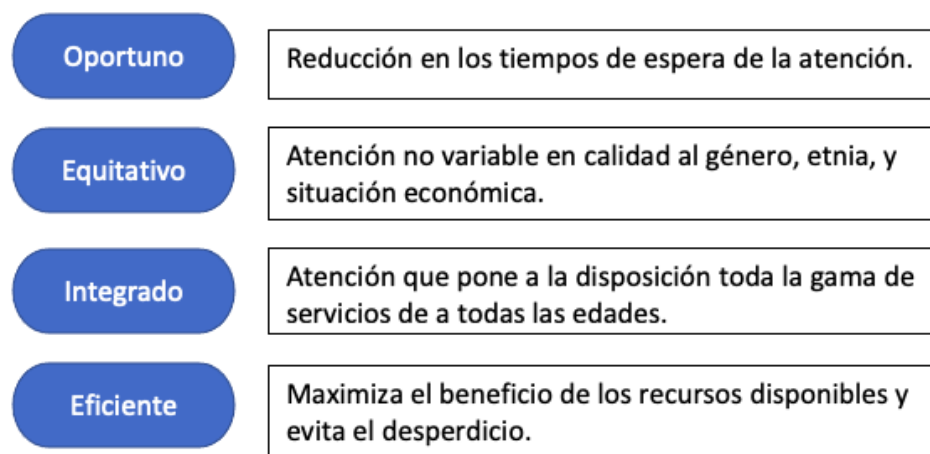


Figura 1. Ejes Rectores de la Atención de Calidad en los Servicios de Salud, OMS 2022. Saturno-Hernández, P.J. (1990) ^[2] en el “Programa Saturno”, define a la calidad de la atención como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel

profesional y óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y como una “idoneidad o aptitud para el uso”.

Este concepto en un centro hospitalario debe estar diseñado para servir y brindar atención médica a pacientes vulnerables que les aqueja una enfermedad, para cumplir este punto es importante conocer las necesidades y expectativas que deben ser atendidas y lo que se requiere para ello.

Conocer las principales demandas de atención, evaluar la infraestructura, procesos y resultado acorde a estas necesidades detectadas, nos permitirá generar estrategias de intervención para diseñar *un proyecto de mejora continua* acorde al área de oportunidad detectada.

2.2 El proyecto de mejora continua como una herramienta para solucionar necesidades.

Acorde a Saturno-Hernández, P.J. (2015) ^[2] *“Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud”*. El ciclo de mejora continua contempla tres bloques estratégicos que deben ser monitorizados para sostener la calidad una vez detectadas las áreas de oportunidad, mediante una organización y estandarización de procesos clínico – administrativos con líderes que propicien la participación activa del personal de salud y el empoderamiento del paciente.

Bloque 1: Para una correcta aplicación del proyecto se debe forjar liderazgos dentro de los equipos de salud, que conlleven la monitorización de las intervenciones que se han hecho para la mejora de la calidad.

Bloque 2: Monitorización constante de los procesos clínico – administrativos, infraestructura, equipo y mobiliario intrahospitalario, para la detección ciclica de las áreas de oportunidad donde se identifiquen riesgos y puntos críticos susceptibles de mejora.

Bloque 3: Reprogramación y/ó generación de nuevas estrategias y modelos para las nuevas necesidades en atención detectadas y emergentes.

Estos bloques centran a los responsables del éxito de un ciclo de mejora continua: el gestor quien genera, coordina y dirige los esfuerzos de la mejora, el personal de salud quien ejecuta las recomendaciones, y los derechohabientes que exponen y evidencian sus necesidades para su cumplimiento “atención centrada en el paciente”.

Ejecutar éste proyecto de mejora continua permitirá lograr ese modelo de atención dual actualizada.

Dicho proyecto se cimenta en 8 pasos de importancia imperativa que orientan a la detección y resolución de las áreas de oportunidad.

- 1.- Identificación y priorización de la oportunidad de mejora.
- 2.- Análisis del problema de calidad.
- 3.- Construcción de criterios para evaluar la calidad.
- 4.- Diseño de estudio de nivel de calidad o de causas hipotéticas.
- 5.- Análisis y presentación de los datos de evaluación.
- 6.- Diseño de intervenciones para mejorar.
- 7.- Implementación de la intervención diseñada.
8. Elaboración y comunicación de las recomendaciones e intervenciones emitidas.

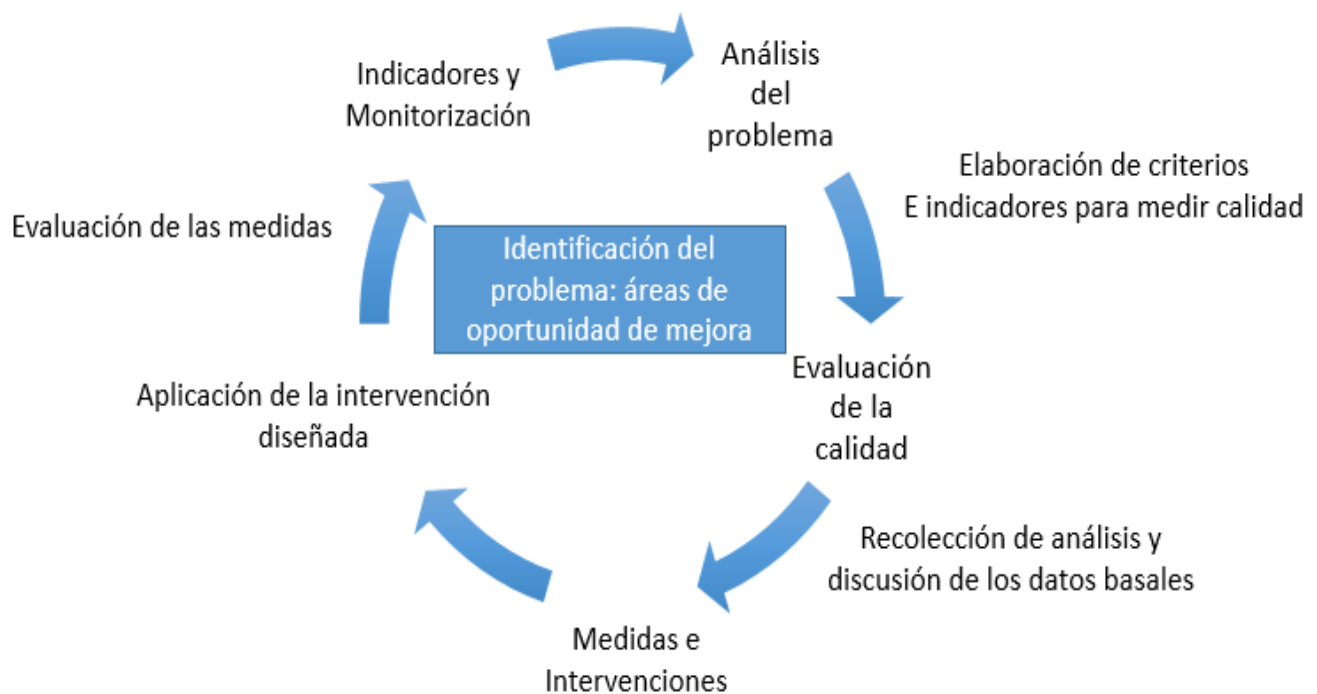


Figura 2. Ciclo de Mejora Continua en los Servicios de Salud.

La calidad tiene una evaluación bidireccional, la percepción medida desde la perspectiva del paciente (consumidor externo) y desde los profesionales de la salud (consumidor interno).

Estos pasos nos permiten lograr la “Calidad Total”, en referencia al servicio y la organización en su relaciones con otras organizaciones ^[1].

La calidad de la atención médica debe ser correlacionada con la misión y visión tanto de la institución como del centro prestador de los servicios, que permitan cumplir los objetivos finales para los que se diseñan los proyectos de mejora continua.

2.3 El modelo de la calidad de la atención médica de Avedis Donabedian

La evaluación de la calidad de la atención médica tiene como eje central el concepto de Avedis Donabedian, donde establece un modelo de calidad en tres dimensiones: entrada, proceso y resultado ^[3] “Modelo de calidad de la atención médica de Donabedian”. Esta división permite evaluar y determinar las áreas de oportunidad de forma puntual en cada momento del proceso.

La dimensión estructural es aquella que se refiere a la cantidad y calidad de los recursos físicos, de personal, las normas, reglamentos y sistemas de información disponibles en el hospital.

La dimensión del proceso está determinada por las acciones de los actores en el proceso como personal de salud, pacientes, la aplicación de los procedimientos y como se comunican estos.

La dimensión de resultados se constituye de la evaluación del cumplimiento de indicadores y del conocimiento del actuar, así como de la medición de la satisfacción de la atención recibida. Esto determina las mejoras esperadas ante la emisión de las recomendaciones analizadas.

2.4 Conceptualización del Servicio de Admisión Continua frente a un Servicio de Urgencias.

Un servicio de Admisión Continua ofrece hospitalización temporal o hasta el desenlace de los pacientes cualquiera que sea este, los pacientes son referidos de los hospitales regionales de la red nacional del instituto ó propiamente atendidos en el CMN “20 de Noviembre” en sus distintos servicios, que presentan una complicación al tratamiento, descompensación o empeoramiento de la patología.

Aquí los pacientes se valoran y se estabilizan antes de pasar a una cama para su valoración especializada, una vez realizadas las intervenciones correspondientes incluyendo la hospitalización, son egresados o contrarreferidos al segundo nivel de atención.

Un servicio de urgencias brinda atención a pacientes que acuden por padecimientos médicos y/ó quirúrgicos que son de novo o complicaciones que no han recibido previa atención , diagnóstico ó tratamiento. El centro de atención cuenta con extensas áreas de choque y traumatología de fácil acceso para su atención.

3. ANTECEDENTES

La pandemia de COVID-19 ha provocado cambios en la prestación de servicios del CMN “20 de Noviembre”, esto ha generado la necesidad de aplicar reingeniería de procesos y espacios físicos que permitan la dualidad en la atención, en un ambiente seguro y de calidad tanto para los derechohabientes como para el personal de salud.

3.1 Medición basal de la calidad de la atención en el servicio de Admisión Continua Adultos: abril 2022.

La emergencia sanitaria por la COVID-19 condicionó una reconversión hospitalaria en el servicio de Admisión Continua Adultos durante los años 2020, 2021 y 2022.

En el mes de abril de 2022, ante el descenso de los casos de la enfermedad, el avance en la cobertura de vacunación, y el resurgimiento de la demanda de atención de los padecimientos habituales, las instituciones de salud comenzaron a plantearse una nueva reestructuración en los espacios físicos y los procesos de atención, la cual debía cumplir dos objetivos: uno, continuar la atención de la COVID-19 y dos retomar la atención de los padecimientos habituales.

Para lograr este objetivo, las autoridades del CMN, el servicio de epidemiología y el autor de este proyecto, realizaron un conjunto de actividades encaminadas a la evaluación de las áreas de oportunidad de mejora, durante el mes de abril de 2022.

Dichas evaluaciones, se consideraron como la medición basal de la calidad de la atención, que a su vez fueron el antecedente, guía y fundamento de la próxima remodelación de espacios físicos y en el servicio de Admisión Continua Adultos una vez que finalizó la emergencia sanitaria por la COVID-19.

Para ello, se analizó la situación imperante clínico – administrativa en el servicio de Admisión Continua y se decidió utilizar abordajes de campo para caracterizar la problemática, recolectar datos y emitir recomendaciones.

Se evaluó la infraestructura, equipo y mobiliario acorde a las cédulas de *verificación “Guía de buenas prácticas para establecimientos de salud” Cofepris (Apartado Urgencias) apegada a la NOM-016-SSA3-2012* ^{[4][5]} y se evaluaron los procesos de atención mediante estudios de sombra, el método de caminata gamba y el análisis de los manuales de procedimientos propios del servicio.

Estas recomendaciones surgen de las áreas de oportunidad detectadas en el servicio de Admisión Continua Adultos y fueron contrastadas con la segunda medición llevada a cabo en 2023, una vez terminada la remodelación de la infraestructura y los procesos de atención en dicho servicio.

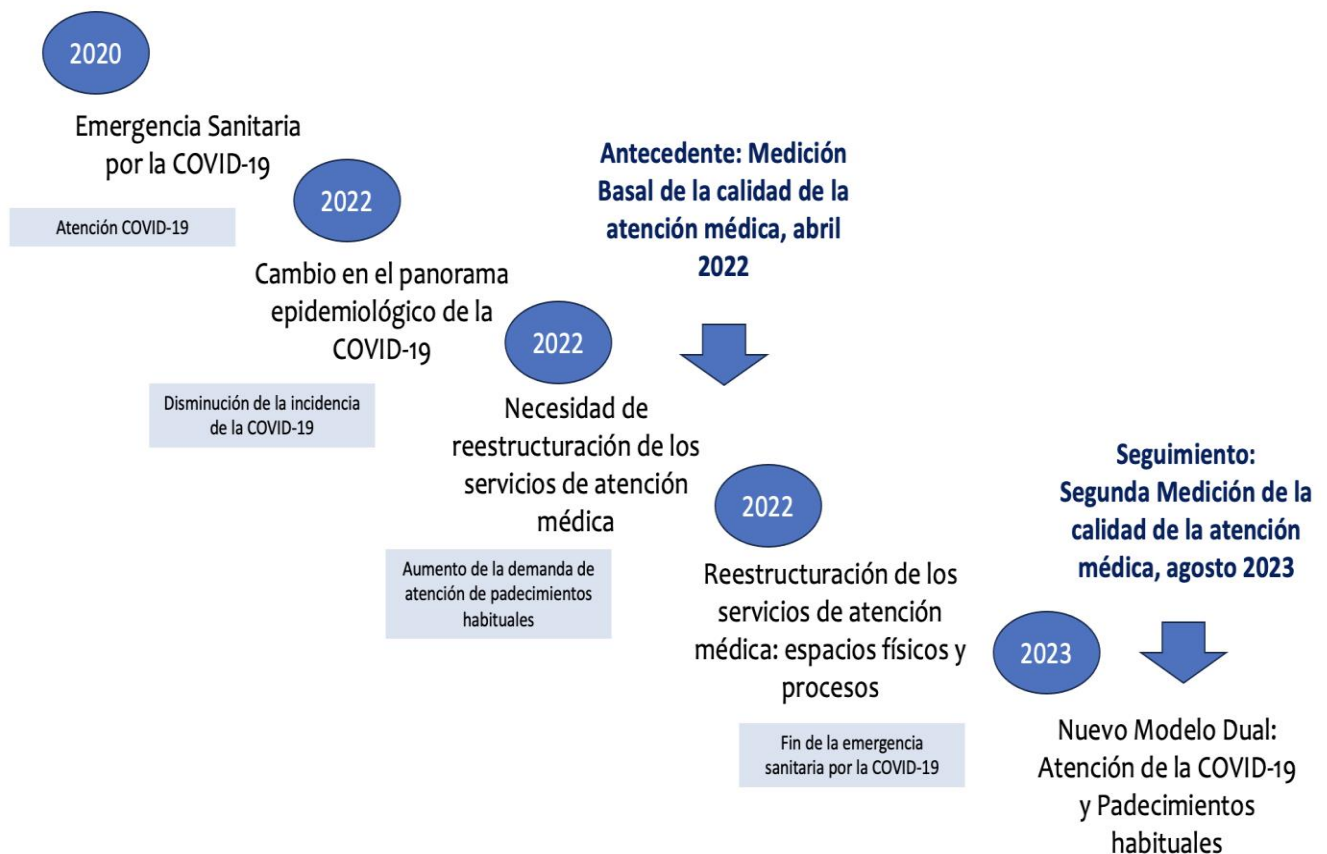


Figura 3. Evolución de la atención médica en el servicio de Admisión Continua Adultos: 2020-2023.

3.2 Descripción de los Instrumentos de evaluación, medición basal: abril 2022.

En el mes de abril de 2022, se acudio al servicio de Admisión Continua Adultos para evaluar la infraestructura, equipo y mobiliario, para ello se seleccionaron dos instrumentos:

1.- *Cédula de verificación “Guía de buenas prácticas para establecimientos de salud” Cofepris (Apartado Urgencias) apegada a la NOM-016-SSA3-2012, numeral 6.6 al 7.5.* para evaluar infraestructura, equipo y mobiliario ^[5] (Anexo 2).

Es importante señalar que si bien es un servicio de Admisión Continua, este apartado es el más pertinente para los fines de la investigación y se tomo en cuenta tambien la reconversión de la infraestructura por la atención de la COVID-19.

2.- *Mapeo de procesos, estudio de sombra y caminata gamba* para evaluar procesos de atención basados en tiempos y movimientos.

La caminata gamba es un instrumento que nos permitio seguir a los pacientes desde su llegada al centro médico, observar los procesos de atención, medir tiempos y movimientos hasta la obtención del resultado (ingreso al área de observación, choque, hospitalización, egreso, muerte, etc.) detectando riesgos, puntos críticos y áreas de oportunidad de mejora para la atención. La utilidad del instrumento se enfocó en la mejora continua de los procesos y no en las personas.

Para tener un panorama actual e histórico del servicio se realizó un diagnóstico situacional en la jefatura del servicio mediante el análisis de manuales operativos acorde a las causas más frecuentes de solicitud de atención de los derechohabientes, tambien se realizaron entrevistas con pacientes y personal del área en el turno matutino y vespertino para conocer su percepción de calidad de la atención y las necesidades para la mejora continua.

Una vez recolectados los datos mediante cédulas validadas , se inicio la deconstrucción de los datos para su análisis en el mes de abril de 2022 con la finalidad de mostrar los hallazgos y las áreas de oportunidad para la mejora continua y tomar desiciones que permitan la atención médica de calidad en el servicio, considerado la puerta de entrada para los derechoabientes que ingresan a las áreas de hospitalización.

3.3 Evaluación de la Infraestructura, Equipo y Mobiliario del servicio de Admisión Continua Adultos: abril 2022.

Se acudio al área de Admisión Continua Adultos para la evaluación de la infraestructura y mobiliario intrahospitalario acorde a la cédula de verificación “Guía de buenas prácticas para establecimientos de salud” COFEPRIS (Apartado Urgencias) ^[5]. Encontrando lo siguiente:

- Ítems a considerar en la cédula de verificación: 28
- ítems evaluables en Admisión Continua Adultos: 22
- ítems no considerados por ser de un área exclusiva de urgencias: 6

Tabla 1. Deconstrucción de la Cédula de Evaluación COFEPRIS.

Ítems	Puntaje total	Puntaje obtenido
Infraestructura	11	7
Equipo	6	4.85
Mobiliario	5	4
Total	22	15.85

Ítems totales: 21 – 100%
 Ítems cumplidos: 15.85 - **75.47%**.

Tabla 2. Evaluación y Observaciones acorde a la NOM-016-SSA 2012 en el Servicio de Admisión Continua Adultos.

Evaluación	Observaciones
Infraestructura *Ítem 242. NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.1	Señaleptica confusa en la entrada al servicio. Rutas de atención incompletas.
Infraestructura *Ítem 245 NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.2.3	Falta de consultorios o cubiculos para valoración y determinación de prioridades de atención ubicadas desde la sala de espera.
Infraestructura *Ítem 247 NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.2.2	Área de registro accesible y de fácil ubicación para los pacientes.
Infraestructura *Ítem 248 NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.2.3	Consultorio o cubiculo con un área para entrevista y otro para exploración.
Infraestructura *Ítem 251 NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.2.9	No se cuenta con un área física destinada para curaciones.
Mobiliario *Ítem 255 NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.2.13	No se cuenta con dispensadores de sanitas y jabón en todos los sitios de atención.
Mobiliario *Ítem 257 NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.2.4 Numeral 6.6.9.1.2.13	No se cuenta con botes y bolsa roja para RPBI.
Mobiliario *Ítem 261 NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.2.13	No se cuenta con dispensador de jabón. No se cuentan con carro de curaciones de fácil movilización. El sistema porta expedientes es inadecuado.
Equipo *Item 262 NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.2.13	Agregar hojas de laringoscopio curva y recta del tamaño 5.
Mobiliario *Ítem 267 NOM-016-SSA-2012 Numeral 6.6.9.1.2.13	Bote con bolsa roja para RPBI en sala de choque.

*Observaciones realizadas al día 30 de abril de 2022.

En complemento, acorde al apartado de “Ambulancias” de la cédula de verificación establecido en los artículos 72, 73, 74, y 75 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y la NOM 034-SSA3-2013 Numeral 5.1.1. se encontro en cumplimiento:

- Servicio propio de ambulancias.
- Operadores y copilotos de ambulancia capacitados.
- Médicos capacitados en atención médica prehospitalaria para traslado.

3.4 Recomendaciones derivadas de la evaluación de la Infraestructura, Equipo y Mobiliario: abril 2022.

Tras realizar la evaluación al servicio de Admisión Continua Adultos apegada a la NOM 016 -SSA – 2012 en aspectos de infraestructura, equipo y mobiliario, se recomendó mejorar lo siguiente:

-Colocar señalectica clara y precisa que permita a los pacientes identificar el acceso al área de Admisión Continua Adultos, seguido de rutas críticas marcadas en el piso que orienten el trayecto de los pacientes:

- Código Infarto.
- Código Oro.
- Área de Choque.
- Código mater.

-Instaurar cubiculos o consultorios especiales para valoración inicial “triage” y determinación de necesidades de atención con acceso desde el área de espera de los pacientes.

-Ubicar el área de resgitro en un sitio de fácil acceso y reconocimiento por parte de los pacientes al ingresar al servicio, colocar pantallas que informen a los familiares el estado de salud de los derechohabientes en una sala de espera adecuada con baños equipados y un módulo de orientación y servicio al derechohabiente en dicho sitio.

-Gestionar la colocación de dispensadores apropiados de jabón y toallas desechables para el lavado de manos y evitar las infecciones asociadas a la atención de la salud.

-Colocar en cada sitio de atención contenedores de basura municipal y RPBI para controlar el manejo de los desechos, incluyendo el área de choque.

-Gestionar la adquisición de: carros de curación de facil movimiento y mobiliario para la guarda y ubicación de expedientes fisicos.

-Completar los insumos del carro rojo

3.5 Evaluación de tiempos y movimientos: mapeo de procesos y “Caminata Gemba” : abril 2022.

Por último se realizó un mapeo para evaluar los “procesos y actividades” propias del servicio, acompañado de una caminata gemba la cual determinó las rutas de atención, tiempos y movimientos (Figura 4), derivado de ello se describen las siguientes observaciones:









A) Áreas de oportunidad detectadas referentes al proceso

- 1.- Se indentificó como punto crítico el flujo de pacientes, ingresan por al menos 4 vías de entrada distintas no unificadas a solicitar la atención (consulta externa, acceso peatonal, triage respiratorio, traslados) lo que dificulta el registro de los pacientes y la valoración mediante triage.
- 2.-El no contar con una sala de espera y cubículos especiales para valoración condiciona que los pacientes no tengan un seguimiento lineal en su atención ya que se desplazan en varias áreas del servicio alargando el tiempo de la atención.
- 3.-El tiempo entre la valoración y la atención es prolongado (90min), los pacientes que requieren interconsulta tienen un tiempo de espera aún más largo (220 min) ya que hay una comunicación deficiente para notificar a los médicos interconsultantes la necesidad de valoración.

B) Áreas de oportunidad detectadas durante la “Caminata Gemba”.

Se observó el proceso de atención de 5 pacientes al azar que solicitaron atención en el área de Admisión Continua Adultos desde su llegada por el acceso peatonal para registrar tiempos y movimientos hasta su egreso, se describe lo siguiente: (Figura 4).

Figura 4. Caminata Gemba, seguimiento de 5 pacientes.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Motivo de llegada	F 45 Dx: Injerto Herida en Miembro Inferior Derecho	F 85 Dx: Qumiotoxicidad	F 54 Dx: Psicosis Aguda	F 53 Dx: Pb fractura de cadera	F 48 Dx: Lumbalgia
Llegada acceso peatonal	10:40 h 	10:20 h	09:00 h 	 10:11 h	09:00 h
Entrada al CMN	11:03 h	10:50 h	10:10 h	10:14 h	09:05 h
Registro	11:20 h	11:21 h	10:10 h	10:16 h	09:10 h
Sala espera	11:41 h	11:35 h	10:20 h	10:23 h	 10:00 h
Valoración	12:10 h	12:40 h	12:00 h 	10:33 h	10:20 h 
Consulta	12:55 h	13:25 h	13:00 h	11:30 h	 Interconsulta Ortopedia
Resultado	 Continua 13:50 h				

*Observaciones realizadas del día 17 de marzo al 4 de abril de 2022 de las 9:00h hasta las 13:50, cabe destacar que para esa hora los 5 pacientes continuaban en espera de la resolución de su motivo de atención.

En dicha caminata se observaron los siguientes puntos críticos que retrasan la atención:

- 1) La entrada por las casetas de seguridad de los derechohabientes al área del servicio de Admisión Continua es prolongada en 2 de 5 pacientes.

- 2) Los derechohabientes se sienten confusos a su ingreso por la señalectica en la entrada al servicio ya que ambos letreros se encuentran sobre la puerta: Urgencias de Especialidad y Admisión Continua.
- 3) Los derechohabientes no indentificaron con facilidad el modulo de registro.
- 4) Los derechohabientes que requieren ser valorados mediante una interconsulta tienen tiempos de espera más prolongado debido a la falta de un sistema de comunicación que permita notificar a los médicos interconsultantes de la necesidad de las valoraciones.

Dichos hallazgos obtenidos mediante los instrumentos de medición permitieron diseñar estrategias y emitir recomendaciones en los procesos de atención e infraestructura que fueron y están siendo implementados en la reconversión hospitalaria que actualmente se lleva a cabo en el servicio de Admisión Continua.

Dentro de la literatura científica podemos citar un par de ejemplos de evaluaciones de la calidad de la atención en centros hospitalarios similares al CMN “20 de Noviembre”.

Lucas, y García (2006) en el artículo *Proyecto de Mejora Continua en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete* ^[6], evalúa la calidad como uno de los elementos estratégicos en los que se fundamenta la transformación y mejora de los servicios de salud, siguiendo las directrices de la *Joint Commission (JCI)* ^[7], y el modelo EFQ, Barcelona 2003, donde los resultados arrojan tres puntos importantes a considerar como áreas de oportunidad de mejora:

- 1.- La accesibilidad al área de urgencias, sin limitaciones innecesarias.
- 2.-La continuidad de la atención una vez dentro el paciente en el servicio de emergencias “procesos fluidos”.
- 3.-La coordinación en los traslados de pacientes, ya sea a los servicios de hospitalización, otras unidades médicas o el alta del paciente.

Estos puntos detectados en el Hospital Universitario de Albacete son un preámbulo de lo que se podría detectar en el CMN “20 de Noviembre”.

En el ámbito nacional, el Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez” realizó un estudio de la calidad de la atención médica mediante el *Programa para la mejora continua de la calidad y seguridad del paciente* (2020). En el cual evalúa las áreas de oportunidad de mejora y caracteriza estas en tres grupos prioritarios de la cadena de procesos de atención :

- 1.- Sistemas críticos, procesos indispensables para la atención donde evalúa el cumplimiento del *stock* de los insumos y medicamentos.
- 2.- La gestión y seguridad de las instalaciones.
- 3.- La capacitación y competencias del personal para su actuar.

Señalando en estos tres grupos las áreas clave para mejorar la percepción de la calidad de la atención en los pacientes en un servicio de urgencias.

Forellat (2014) en su publicación *Calidad en los servicios de salud* ^[8] señala que una vez detectadas las áreas de oportunidad de mejora en la calidad de la atención médica estas deben ser sostenidas mediante los siguientes enfoques:

- A) Centrado en el paciente.
- B) Mejora continua de los procesos de atención.
- C) Reconocimiento de los éxitos y fracasos.
- D) Medición cíclica de los procesos, resultados y la satisfacción de los pacientes.

Dichos enfoques resultantes en la investigación en sistemas de salud, servirán en esta protocolo para una vez detectadas las áreas de mejora, se puedan emitir recomendaciones, una vez alcanzada la calidad, esta pueda ser sostenida en el CMN "20 de Noviembre" en el servicio de Admisión Continua Adultos.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ejecutar un proyecto de mejora continua que mida la percepción de la calidad y detecte las áreas de oportunidad en el servicio de Admisión Continua Adultos, mejorará la atención de los derechohabientes, lo que nos permite cuestionarnos:

¿Cuáles son las áreas de oportunidad y la percepción de calidad de la atención médica en el servicio de Admisión Continua Adultos del CMN “20 de Noviembre” que permitan emitir recomendaciones para plantear un proyecto de mejora continua ?

5. JUSTIFICACIÓN

Las evaluaciones previas a la reconversión hospitalaria realizadas por el autor de este proyecto bajo la guía y supervisión del servicio de epidemiología en Admisión Continua, permitieron emitir recomendaciones e intervenciones que son parte ya del proceso actual de reconstrucción del área física iniciada en diciembre de 2022.

Evaluar el impacto de esta intervención, mediante una segunda evaluación integral de la infraestructura, equipo, mobiliario, procesos clínico – administrativos y percepción de la calidad de la atención en el derechohabiente y el personal de salud, permitirá cimentar un modelo de atención dual estandarizado para la atención de enfermedades emergentes, reemergentes y aquellas que son de causa frecuente y prioritaria en nuestra población amparada.

Además permitirá emitir una evaluación al servicio de Admisión Continua del CMN “20 de Noviembre” para someterse a una certificación externa de calidad y posicionarse como un modelo de atención centrado que pueda ser un referente dentro y fuera de nuestra institución.

Desde el punto de vista costo beneficio es más redituable brindar una atención de calidad percibida y tangible por los derechohabientes mediante un monitero cíclico de mejora continua que un cúmulo de querellas por una percepción deficiente de la calidad o mala praxis que resulte en desenlaces no deseados para los pacientes y que como consecuencia implique acciones legales contra la institución y su personal.

Ejecutar este proyecto en el servicio de Admisión Continua, permitirá examinar la infraestructura, equipo y mobiliario intrahospitalario así como los procesos de atención clínico – administrativos, evaluar la percepción de la calidad en la atención en los derechohabientes y en el personal de salud, para emitir recomendaciones que posicionen al servicio como un modelo sostenido de atención de calidad, seguro y centrado en el paciente.

6. HIPÓTESIS

Las áreas de oportunidad en el servicio de Admisión Continua Adultos del CMN “20 de Noviembre”, para establecer un proyecto de mejora continua que permita transitar a un modelo dual de atención se centran en la renovación de la infraestructura, equipo, mobiliario y los procesos de atención del servicio.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Detectar las áreas de oportunidad y medir la percepción de la calidad de la atención médica en el Servicio de Admisión Continua Adultos del CMN “20 de Noviembre” para emitir recomendaciones que permitan plantear un proyecto de mejora continua como herramienta para transitar a un modelo dual de atención posterior a la pandemia de COVID-19 en dicho servicio.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Detectar** las áreas de oportunidad de mejora que contribuyen al proceso de atención médica de los derechohabientes en el servicio de Admisión Continua Adultos.
- 2.- Describir** la percepción de la calidad de la atención médica y la satisfacción de los derechohabientes en el servicio de Admisión Continua Adultos.
- 4.-Emitir** recomendaciones y medidas de intervención que impacten en la percepción de la calidad de la atención médica.
- 5.- Contribuir** a la “Calidad Total” mediante la comparación con otras instituciones.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Arquitectura metodológica del estudio de investigación.

8.1.1 Diseño y tipo de estudio.

Estudio Transversal Descriptivo de corte administrativo.

8.1.2 Población de estudio.

Derechohabientes pertenecientes al ISSSTE

8.1.3 Universo de trabajo.

Derechohabientes del ISSSTE que acudieron a solicitar atención médica al servicio de Admisión Continua Adultos del CMN "20 de Noviembre".

8.1.4 Tiempo de ejecución.

4 meses (agosto 2023 – noviembre 2023)

8.1.5 Definición del grupo a intervenir.

Derechohabientes del ISSSTE mayores de 18 años en todos los turnos (matutino, vespertino, nocturno, jornada acumulada) que acudan a solicitar atención médica al servicio de Admisión Continua Adultos que puedan y sean candidatos a responder la encuesta de "calidad de la atención médica" recibida.

8.1.6 Criterios de inclusión.

Derechohabientes del ISSSTE mayores de 18 años que soliciten atención médica en el servicio de Admisión Continua Adultos que puedan y sean candidatos a responder la encuesta de "calidad de la atención médica" recibida.

8.1.7 Criterios de exclusión.

Derechohabientes del ISSSTE que solicitaron atención médica en el servicio de Admisión Continua Adultos pero que por sus condiciones físicas y mentales no puedan contestar la encuesta de "calidad de la atención médica" y sea menor a 18 años.

8.1.8 Criterios de eliminación.

Todo aquel que no proporcione la información necesaria para el análisis requerido (al menos deba cumplir con el 80% de lo encuestado) y que cuente con criterios de exclusión identificados en el interrogatorio.

8.1.9 Tipo de muestreo.

Muestreo no probabilístico, asignado a conveniencia de acuerdo a los criterios de selección.

8.1.10 Metodología para el tamaño del cálculo de la muestra.

El número de casos necesarios para asegurar la representatividad, precisión y confianza de los datos obtenidos en este tipo de estudio acorde al manual “Métodos y Herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud” versión 2010 del Instituto Nacional de Salud Pública ^[2], el cual establecen en el capítulo 5 del apartado 8 página 110 un tamaño de muestra mínimo entre 50 a 60 casos y como máximo 100.

Para este estudio hemos fijado un tamaño de sujetos a sondeo de la percepción de la calidad de 60 casos totales dado el perfil de los derechohabientes de nuestro hospital. (60 casos en derechohabientes) más un total de 60 casos para el seguimiento en la caminata gembu (estudios de sombra del proceso de atención médica).

8.2 Descripción de variables.

Tabla 3. Caracterización de Variables.

Nombre de la Variable	Definición	Tipo de Variable	Unidad de Medida
Variable Dependiente			
Calidad de la Atención Médica.	Procesos de atención correctos, oportunos y en poco tiempo con infraestructura, equipo y mobiliario adecuado. Conformada por personal de salud, derechohabientes e infraestructura.	Cualitativa Ordinal	0 Deficiente 1 Adecuada 2 Excelente
Variables Independientes	Definición	Tipo de Variable	Unidad de Medida
Percepción de la Calidad de Atención Médica.	Caracterización de la atención que otorga un paciente tras su atención	Cualitativa Ordinal 0 Deficiente 1 Adecuada 2 Excelente	0 Deficiente 1 Adecuada 2 Excelente
Personal de Salud	Sujetos que laboran y participan en los procesos de atención de los derechohabientes	Cualitativa Policotómica	1 Médicos (adscritos y en formación) 2 Enfermería (adscritos y en formación) 3 Trabajo Social 4 Administrativos 5 Nutrición 6 Servicios Básicos 7 Personal de Traslado
Paciente	Sujeto que le aqueja una enfermedad que lo hace susceptible de solicitar atención médica	Cualitativa Nominal	1 Primera vez 2 Subsecuente
Familiar y/o Acompañante	Sujeto que acompaña a un paciente compartiendo o no un lazo sanguíneo	Cualitativa Nominal	1 Padre 2 Madre 3 Hija (o) 4 Herman (a) 5 Nieto 6 Amistad 7 otro
Infraestructura	Lugar donde se propicia la atención médica	Cualitativa Nominal	1 Deficiente 2 Adecuada
Nombre de la Variable	Definición	Tipo de Variable	Unidad de Medida

Equipo	Herramientas con las que se otorga la atención médica	Cualitativa Nominal	1 Completo 2 Incompleto
Mobiliario	Lugar donde se almacena o se utilizan insumos o equipos para la atención médica	Cualitativa Nominal	0 Deficiente 1 Deficiente 2 Adecuado
Proceso de Atención Médica	Acciones e intervenciones para la atención de un paciente que solicita atención médica	Cualitativa Nominal	1 Deficiente 2 Adecuado 3 Excelente
Tiempo de espera para la atención	Tiempo transcurrido entre la llegada al centro médico y la valoración por un médico	Cuantitativa de Razón	0 Minutos 1 Horas 2 Días
Causas de retraso en el tiempo de atención	Obstáculos que intrrumen la atención médica de forma oportuna	Cualitativa Policotómica	1 Inherentes al Proceso 2 Inherentes a la Infraestructura 3 Inherentes al Equipo 4 Inherentes al Mobiliario
Oportunidades en la Infraestructura	Áreas de susceptibles de mejora en la infraestructura	Cualitativa Dicotómica	0 No 1 Sí
Oportunidades en el Equipo	Áreas de susceptibles de mejora en el equipo	Cualitativa Dicotómica	0 No 1 Sí
Oportunidades en el Mobiliario	Áreas de susceptibles de mejora en el mobiliario	Cualitativa Dicotómica	0 No 1 Sí

8.3 Metodología desarrollada.

Una vez aprobado este protocolo por el comité de investigación, se acudio los días lunes a viernes de 9:00 h a 12:00 h y de 16:00h a 18:00h al servicio de Admisión Continua Adultos para aplicar los cuestionarios de percepción de la calidad de la atención médica en los derechohabientes y realizar estudios de sombra de procesos, hasta completar la muestra de 60 derechohabientes encuestados y 60 seguidos mediante la caminata gamba.

Para los turnos de fin de semana y jornada acumulada se visitó el servicio de Admisión Continua Adultos de 10:00h a 18:00h, para aplicar los estudios de sombra y sondeo.

La evaluación de infraestructura, equipo y mobiliario se realizó al finalizar la encuesta de la percepción de la calidad en 60 derechohabientes.

8.3.1 Instrumentos de medición.

Se seleccionaron los siguientes instrumentos validados de medición para determinar las áreas de oportunidad:

1.- Cédula de verificación “Guía de buenas prácticas para establecimientos de salud” COFEPRIS (Apartado Urgencias) apegada a la NOM-016-SSA3-2012, numeral 6.6 al 7.5. para evaluar infraestructura, equipo y mobiliario ^[5].

2.- Manual “Modelo de Seguridad del Paciente SiNaCEAM”, Estándares del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica; apartado: Sección 3, Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente, versión 2015 ^[9].

3.- NOM-016-SSA3-2012 Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada ^[4].

4.- Mapeo de procesos, estudio de sombra y caminata gemba para evaluar procesos de atención basados en tiempos y movimientos.

5.- Encuesta de satisfacción de la calidad de la atención, Instituto Mexicano del Seguro Social v 2019 (versión para paciente o familiar/acompañante) ^[10].

8.3.2 Actividades que se realizaron para evaluar la calidad de la atención médica.

A) Identificación de oportunidades de mejora.

Se identificaron las áreas de oportunidad de mejora mediante la elaboración de una matriz de selección de elementos de evaluación en el servicio de Admisión Continua del “CMN 20 de Noviembre ISSSTE” por rubro de la “Calidad de la Atención” propuesta por la OMS (Anexo 1).

-Se realizó un reconocimiento del área física mediante mapeo de instalaciones.

-Mediante la técnica de caminata Gemba y estudio de sombra, se realizó la observación de las actividades del Servicio de Admisión Continua mediante un mapeo de procesos para determinar las áreas de oportunidad en las acciones clínico – administrativas, una vez detectadas se procedió al análisis de las mismas para emitir las recomendaciones que mejoraran los procesos.

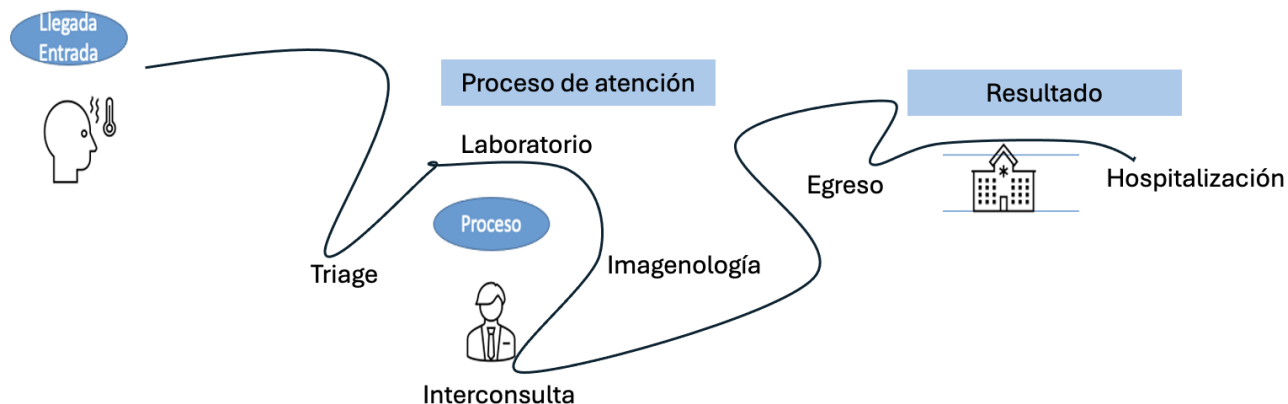


Figura 5. Mapeo de Procesos

-Evaluación de la Infraestructura, Equipo y Mobiliario basado en las cédulas de verificación “Guía de buenas prácticas para establecimientos de salud” COFEPRIS (Apartado Urgencias) apegada a la NOM-016-SSA3-2012, numeral 6.6 al 7.5. ^[5] para evaluar infraestructura, equipo y mobiliario.

-Se realizó la deconstrucción de la cédula de evaluación en Infraestructura, Equipo y Mobiliario para su evaluación en ítem’s, la cual se presenta en una tabla de puntajes y observaciones, para ello se otorgó el instrumento de medición a dos evaluadores extras al investigador, donde cada uno bajo su expertis y observancia, evaluó cada uno de los ítems descritos en la cédula, posteriormente mediante el índice de kappa se cuantificó la concordancia de las observaciones.

- Manual “Modelo de Seguridad del Paciente SiNaCEAM”, Estándares del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica; apartado: Mejora de la Calidad y Seguridad del paciente, versión 2015 ^[9] .

-Se deconstruyó en una tabla los puntos de evaluación vertidos en cédula de “lista de cotejo” acorde al documento, para analizar el cumplimiento de lo estipulado en el manual.

-Se realizó el seguimiento de tiempos y movimientos de la atención de pacientes, familiares y personal de salud, mediante el método “*Caminata gemba*” y se aplicó la encuesta de sondeo.

Se identificaron las áreas de oportunidad asociados a la atención médica, mediante la comunicación de incidencias: verbales y documentadas referidas por los derechohabientes y el personal de salud durante los sondeos de calidad.

Se consideraron métodos no numéricos en derechohabientes y personal de salud para identificar las áreas de oportunidad de mejora como los siguientes:

- Brainstorming* (Lluvia de ideas)
- Técnica de grupo nominal.
- Generación individual de ideas de mejora.

Se aplicó la encuesta de satisfacción y percepción de la calidad de la atención, con el instrumento validado del Instituto Mexicano del Seguro Social v 2019 (versión para paciente o familiar/acompañante) en 60 pacientes, en todos los turnos de atención en distintos días de la semana.

Previo a la aplicación de la encuesta se entregó y se explicó el aviso de privacidad de protección de datos personales, para su lectura y firma de autorización por parte de los derechohabientes encuestados.

B) Análisis del Problema.

- Análisis de Datos Basales, Estudio de Causas.
 - Diagnóstico Situacional
 - Análisis estadísticos: Prevalencia de necesidades de atención (10 motivos de ingreso, 10 motivos de hospitalización)

La selección de la problemática a abordar se realizó bajo la guía de orientación de la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO) ^[7] donde se seleccionaron los procesos comunes identificados como área de oportunidad, prioritarios, frecuentes, de alto riesgo y por grado de relevancia, para emitir las recomendaciones pertinentes tras el análisis de estos.

Se realizó una matriz decisional de criterios múltiples para la priorización de las áreas de oportunidad y jerarquización de problemáticas, para ser incluida en el mapeo de procesos de atención (Anexo 3).

-Se realizó un análisis de la situación mediante la identificación de los procesos críticos de atención en un diagrama de causa raíz.

-Se elaboró una Matriz de Selección de Procesos y de Riesgos Hospitalarios, para la emisión de recomendaciones.

C) Benchmarking.

Calidad total implica una referencia a la calidad del producto o servicio y también a la calidad de la organización y sus relaciones con otras organizaciones, bajo este concepto se visitó el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” como institución pública y el Hospital Médica Sur “Tlalpan” del ámbito privado, para realizar un estudio de sombra donde se observaron elementos como infraestructura, procesos y resultados de la atención médica, los cuales, posteriormente fueron comparados con el servicio de Admisión Continua Adultos del CMN “20 de Noviembre”, para contrastar las fortalezas de dichos hospitales y sugerir la implementación de estas.

Cabe resaltar que los hospitales seleccionados para el Benchmarking fueron considerados acorde al ranking de 2023 “Mejores Hospitales de México” ^[1], denominados por la red de certificación de hospitales y calidad de la atención y por su similitud con el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” dado el perfil de atención de sus derechohabientes y que cuentan con salas de Admisión Continua y/o urgencias.

D) Diseño de Estudio de Evaluación del Nivel de Calidad.

Se realizó el análisis y construcción de Indicadores de Calidad y Tiempo en el área de Atención Clínica de Emergencias (se utilizaron estos dado que son los más acordes para un servicio de Admisión continua, con sus respectivas adaptaciones), para compararse con los estándares internacionales de atención.

E) Monitorización e Indicadores de Calidad.

Se realizó en esta segunda medición de la calidad una comparación de los resultados obtenidos respecto a la medición basal en abril de 2022, para concluir el seguimiento de las recomendaciones emitidas en 2022.

F) Conclusiones y Recomendaciones.

Emisión del Reporte de la Calidad de Mejora Continua en el Servicio de Admisión Continua del CMN "20 de Noviembre".

-Se elaborarán gráficos narrativos de las áreas de oportunidad detectadas acorde al proyecto latinoamericano de la garantía de la calidad ^[12] para emitir recomendaciones que puedan coadyuvar a la certificación del servicio de Admisión Continua bajo las normas nacionales e internacionales y permitan brindar una atención de calidad que sea percibida por los derechohabientes que acuden a solicitar atención médica.

8.4 Análisis estadístico.

En todas las variables de estudio se aplicó un análisis exploratorio de datos y se realizó correcciones en la captura. Se aplicó esta estadística descriptiva y se presentaron los resultados en medidas de resumen, medidas de tendencia central y de dispersión, tablas de frecuencias absolutas, relativas, y mapas de proceso de atención.

Estadística analítica:

Con la variable de interés se realizó análisis bivariado para explorar posibles asociaciones o correlaciones, una vez definida la distribución se aplicó la prueba de χ^2 para la comparación entre la hipótesis y los resultados obtenidos ante la percepción de la calidad por los derechohabientes en el servicio de Admisión Continua adultos.

Pruebas de Concordancia:

Se realizarán pruebas de concordancia mediante el índice de kappa de Cohen entre observadores para determinar el grado de concordancia tras la evaluación de la infraestructura, equipo y mobiliario entre los tres evaluadores que utilizaron la cédula de COFEPRIS.

8.5 Pruebas piloto e instrumentos de medición.

Los instrumentos de evaluación utilizados se sustentaron bajo el marco normativo vigente y aplicable y de observancia obligatoria para las instituciones de salud, publicadas en el diario oficial de la federación.

1.- NOM-016-SSA3-2012 Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

2.- Cédula de verificación “Guía de buenas prácticas para establecimientos de salud” COFEPRIS (Apartado Urgencias) apegada a la NOM-016-SSA3-2012, número 6.6 al 7.5. para evaluar infraestructura, equipo y mobiliario.

3- Manual “Modelo de Seguridad del Paciente SiNaCEAM”, Estándares del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica; apartado: Sección 3, Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente, versión 2015.

4.- Aplicación de la Encuesta de Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención. Instituto Mexicano del Seguro Social versión 2019 (versión para paciente o familiar/acompañante).

Este cuestionario de percepción de la calidad esta validado por el ENCAL, Transparencia Mexicana A.C y el Instituto Nacional de Salud Pública, utilizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en su departamento de calidad, consultado en el sitio web: <https://www.imss.gob.mx/encuesta-nacional/sistema-integral-de-medicación-de-la-satisfacción-de-usuarios> ^[10]

En 2019, En el estudio nacional de calidad de la atención y de los servicios de salud en el IMSS (ENCAL) diseño la siguiente encuesta por servicio de atención en las unidades de tercer nivel, además se encuestaron únicamente a personas que hicieron uso del servicio en ese día o fueron dadas de alta al día siguiente.

Se valido este instrumento en unidades de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social con una muestra de 29,699 usuarios atendidos en los servicios médicos (medicina familiar, consulta de especialidades, urgencias – admisión continua y hospitalización). La población objetivo fueron derechohabientes de 18 años o más y padres o responsables de menores de edad, o con limitación mental para contestar. Se levantaron los datos del 2-25 de noviembre de 2019. Se realizó un muestreo bietápico estratificado y se calcularon las siguientes estadísticas, error de estimación absoluto teórico bajo muestreo aleatorio simple de 0.6% a nivel nacional con un nivel de 95% de confianza, error de estimación obtenido menor del 1.3% a nivel nacional con un intervalo de confianza del 95%. La raíz del efecto de diseño estimado es de 1.1 y 2.1, la empresa privada que realizó y valido los datos fue pulso mercadológico S.C.

Dada la validez y bajo la metodología aplicada para este cuestionario, se concluyó mediante un grupo de expertos que esta encuesta fue la ideal para nuestra población y servicio a evaluar en este protocolo.

8.6 Aspectos éticos.

El presente proyecto es descriptivo, de corte administrativo, sin riesgo que estrictamente no ameritó del consentimiento informado, los investigadores confirmaron que la revisión de los antecedentes científicos del proyecto justifican su realización, se contó con la capacidad de llevarlo a buen término y nos comprometimos a mantener un estándar científico elevado, que permitió obtener información útil para la sociedad, se salvaguardó la confidencial de los datos personales de los pacientes en el estudio, se posiciono el bienestar y la seguridad de los sujetos de investigación por encima de cualquier otro objetivo, y se condujo bajo los estándares éticos nacionales e internacionales según lo establecido por las pautas éticas nacionales e intercacionales, para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos de la OMS, así como lo señalado por la declaración de Helsinki de 2013 y a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación.

Así mismo se sometio ante el Comité de Ética e Investigación del CMN "20 de Noviembre", el cual aprobó en agosto de 2023 con número de folio: 524.2023.

Se implementó un aviso de privacidad de los datos, acotando como beneficio al derechohabiente la detección de las áreas de oportunidad de mejora continua que se traducira en una atención médica de calidad para ellos.

Consentimiento Informado.

Por la naturaleza del estudio, no se realizó una intervención directa en los pacientes que ponga en riesgo su integridad, y que requiriera de dicho documento legal. Se notificó del aviso de privacidad y protección de los datos otorgados mediante los cuestionarios de percepción de la calidad.

Conflicto de interés.

Se declara no tener conflicto de interes en la investigación administrativa.

8.7 Recursos.

Este estudio fue financiado por los propios medios del investigador.

Recursos humanos.

Investigador (1)

Investigadores asociados (4)

Interobservadores (2)

Recursos materiales.

200 Hojas papel bond

10 plumas tinta negra

1 marcador

1 iPad

Internet inalámbrico

1 computadora

Paquete office

Transporte a los centros de investigación en los estudios de sombra.

Excel

Recursos financieros.

Propios del autor.

9. RESULTADOS

9.1 Segunda medición: agosto a septiembre de 2023.

Durante el mes de agosto y septiembre de 2023 se acudio al servicio de Admisión Continua Adultos del CMN "20 de Noviembre" para realizar la segunda evaluación en seguimiento a la medición basal efectuada en abril de 2022.

Esta evaluación cubrió el turno matutino, vespertino, nocturno y fines de semana, en los cuales se realizaron las tres acciones principales de este proyecto:

- 1.-** Evaluar la infraestructura, equipo y mobiliario tras la remodelación física del servicio de Admisión Continua Adultos.
- 2.-** Evaluación de los procesos de atención médico – administrativa.
- 3.-** Evaluar la percepción de calidad de la atención por parte de los derechohabientes.

Todas estas acciones tienen el objetivo de determinar las áreas de oportunidad de mejora, los cambios posteriores a la remodelación, el seguimiento de las recomendaciones emitidas en la investigación previa de abril 2022, el apego a las normas nacionales e internacionales de certificación y concluir con la evaluación de la calidad de la atención médica otorgada a los derechohabientes.

Para determinar los elementos a considerar se utilizó la matriz de evaluación de la calidad propuesta por la OMS para las instituciones de salud, donde se identificó lo siguiente mediante un mapa de calor tras observar la rutina del servicio mediante estudios sombra, caminata gemba y mapeo de procesos previa al uso de cédulas y aplicación de encuestas como una medida basal para toma de decisiones.

Los rubros evaluados consideran que tanto se integra la infraestructura, mobiliario, equipo, procesos, resultados y la calidad de la atención brindada acorde a los estándares de la OMS: efectividad, seguridad, atención centrada en el paciente, oportunidad y accesibilidad, integración, equidad, sustentabilidad y son representados mediante colores donde, el rojo indica la mayor área de oportunidad y una reingeniería, el amarillo donde se consideran áreas susceptibles a mejora y el verde donde debe mantenerse un monitoreo permanente para que siga funcionando acorde a las necesidades como hasta ahora.

Para ello se deben de considerar los principales motivos de atención por los que acuden los derechohabientes, al tratarse de un servicio de Admisión Continua los pacientes que acuden son propios del hospital atendidos por las distintas especialidades del CMN, que han sufrido una descompensación de su patología de base, ha evolucionado o bien presenta alguna alteración asociada al tratamiento, por otra parte el CMN también es un hospital de referencia nacional, por lo que se atiende a pacientes para complementación diagnóstica o inicio de tratamiento.

Tabla 4. Principales motivos de atención de los derechohabientes.

Principales Motivos de Solicitud de Atención del Servicio de Admisión Continua Adultos Periodo: enero a agosto de 2023, agrupado.
1.- Enfermedades Cardiovasculares
2.-Neoplasias (progresión de la enfermedad y citotoxicidad)
3.- Enfermedades Pulmonares (crónicas y agudas)

Cuadro 1.- Matriz de selección de elementos de evaluación en el servicio de Admisión Continua del “CMN 20 de Noviembre ISSSTE” por rubro de la “Calidad de la Atención” propuesta por la OMS 2022 (Anexo 1)

Objetivos	Efectividad	Seguridad	Atención Centrada en el Paciente	Oportunidad y Accesibilidad	Integración	Equidad	Sustentabilidad
Evaluación de la Infraestructura de Admisión Continua del “CMN 20 de noviembre, ISSSTE”							
Evaluación del Mobiliario de Admisión Continua del “CMN 20 de noviembre, ISSSTE”							
Evaluación del Equipo de Admisión Continua del “CMN 20 de noviembre, ISSSTE”							
Evaluación de la Calidad de Atención del Paciente en Admisión Continua							
Evaluación del Proceso de Atención del Paciente en Admisión Continua							
Evaluación de los Resultados del Proceso de Atención del Paciente en Admisión Continua							
Evaluación de la satisfacción de la atención del Proceso de Atención del Paciente en Admisión Continua							

Una vez detectadas los elementos de evaluación de calidad, se observó que las principales áreas de oportunidad de mejora se centran en garantizar la oportunidad y accesibilidad al servicio mediante la mejora de la infraestructura y los procesos de admisión al hospital, permitir el tránsito rápido y oportuno para recibir la atención médica basado en un triage e integrar el mobiliario a los procesos de atención médica, para garantizar los estándares de calidad.

Dichos elementos a intervenir se evaluarán mediante las distintas metodologías e instrumentos de evaluación, que se enlistan a continuación.

9.2 Evaluación de la Infraestructura, Equipo y Mobiliario: agosto a septiembre de 2023.

Para realizar esta valoración se aplicaron las cédulas de verificación “Guía de buenas prácticas para establecimientos de salud” COFEPRIS (Apartado Urgencias) apegada a la NOM-016-SSA3-2012, numeral 6.6 al 7.5. para evaluar infraestructura, equipo y mobiliario la cual consta de 22 ítems en forma de checklist, donde se califica: si , no y no aplica acorde al inmueble y lo estipulado en la NOM 016.

Los reponsables de la evaluación fue el investigador principal y dos médicos del servicio de epidemiología con el expertis y entrenamiento para su aplicación, los cuales fungieron como interobservadores.

Cada uno recorrió el servicio de Admisión Continua Adultos en un día y turno distinto con la finalidad de conocer las concordancias respecto a lo evaluado.

Una vez requisitadas las cédulas de evaluación se realizó una prueba estadística de concordancia entre los interobservadores mediante el coeficiente de kappa de Cohen, con un resultado positivo para la concordancia de 0.73 para los 22 ítems valorados, lo cual se concluye como una buen acuerdo en el 73% de los datos observados al momento de valorar la infraestructura, equipo y mobiliario del servicio de Admisión Continua Adultos.

Al concluir las evaluaciones, las cédulas se deconstruyeron en tres apartados: infraestructura, equipo y mobiliario tal cual se habia hecho en la medición basal de abril de 2021, con la finalidad de conocer el avance y cumplimiento de estas tras la remodelación.

Tabla 5. Deconstrucción de la Cédula de Evaluación COFEPRIS, evaluación septiembre 2023 (Anexo 2).

Ítems	Puntaje total	Puntaje obtenido abril 2022	Puntaje obtenido septiembre 2023
Infraestructura	11	7	9
Equipo	6	4.85	5
Mobiliario	5	4	4
	22	15.85	18.0
Porcentaje de cumplimiento		75.47%	81.81%

En comparativa con la medición basal en abril de 2021, aumentó un 6% el porcentaje de cumplimiento acorde a los ítems considerados en la NOM-016-SSA3-2012, numeral 6.6 al 7.5, los principales factores asociados a este aumento es la mejora en la señalización del acceso al servicio de Admisión Continua asi como los códigos de prioridad (código mater, código infarto, código cerebro), la instalación de un módulo de registro para pacientes y el establecimiento de la sala de espera.

Dichas mejoras en la infraestructura fueron instaladas tal cual se recomendaron en la evaluación previa de abril de 2021 por lo que, en cuanto al seguimiento de las medidas basales supone un avance significativo para la mejora de la calidad de la atención médica.

Las áreas de oportunidad en comparativa con la medición de abril de 2021, continua siendo garantizar el abastecimiento permanente del equipo y el adecuado mobiliario para la atención de los derechohabientes

9.3 Evaluación para la certificación de hospitales: agosto a septiembre de 2023.

Se aplicó la cédula de evaluación para la certificación de hospitales del Manual “Modelo de Seguridad del Paciente SiNaCEAM”, Estándares del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica; apartado: Sección 3, Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente, versión 2015 ^[9] del área de urgencias en un día determinado durante el turno de mayor afluencia, el matutino.

La cédula se constituye de diez apartados, de los cuales se describe lo siguiente: (Tabla 6).

Tabla 6. Apartados de evaluación para la certificación de hospitales. (Anexo 5)

Apartado	Elementos a evaluar	Cumplimiento (%)	Observaciones
QPS.1	Plan de Calidad y Seguridad del paciente	80%	Fomentar el monitoreo continuo de los indicadores de calidad y el rediseño de los procesos de atención
QPS.2	Comité de Calidad y Seguridad del paciente	50%	El comité deberá integrarse de forma multidisciplinaria para la toma de decisiones, agregar actores clave en el proceso, garantiza la mejora en la calidad de la atención.
QPS.3	Evaluación de los factores de riesgo para la seguridad y la calidad de la atención.	80%	Implementar el monitoreo de las medidas de corrección ante las áreas de oportunidad detectada, para evitar las futuras complicaciones derivadas de ello.

Apartado	Elementos a evaluar	Cumplimiento (%)	Observaciones
QPS 4.1	Análisis de causa raíz de los eventos de riesgo	80%	Implementar a la brevedad las acciones correctivas ante los resultados del análisis de causa – raíz frente a un evento de riesgo y retroalimentar a los actores involucrados.
QPS 4.2	Notificación y evaluación de eventos adversos.	80%	Fomentar el análisis de patrones y tendencias al menos dos veces al año ante un evento de riesgo.
QPS 4.3	Análisis de las cuasifallas	80%	Fomentar el análisis de patrones y tendencias al menos dos veces al año ante un evento de riesgo.
QPS. 5	Proceso de atención médica	70%	Anexar evidencia científica, guías, lineamientos nacionales e internacionales en cada actualización de los manuales de procedimientos. Estandarizar procesos de atención acorde a las necesidades detectadas y el análisis de patrones de eventos de riesgo.
QPS. 7	Análisis de los eventos de riesgo asociados al proceso de atención.	80%	Implementar el análisis de Modo y Efecto al menos una vez al año en los procesos identificados como riesgo prioritario.
QPS.9	Planificación de la mejora continua de las áreas de oportunidad	70%	Implementar el análisis de datos ante cada mejora para sustentar un cambio o sostener la mejora realizada.
QPS. 10	Capacitación y retroalimentación de los factores de riesgo detectados.	70%	Capacitar constantemente al personal en los procesos críticos que condicionan la calidad de la atención.

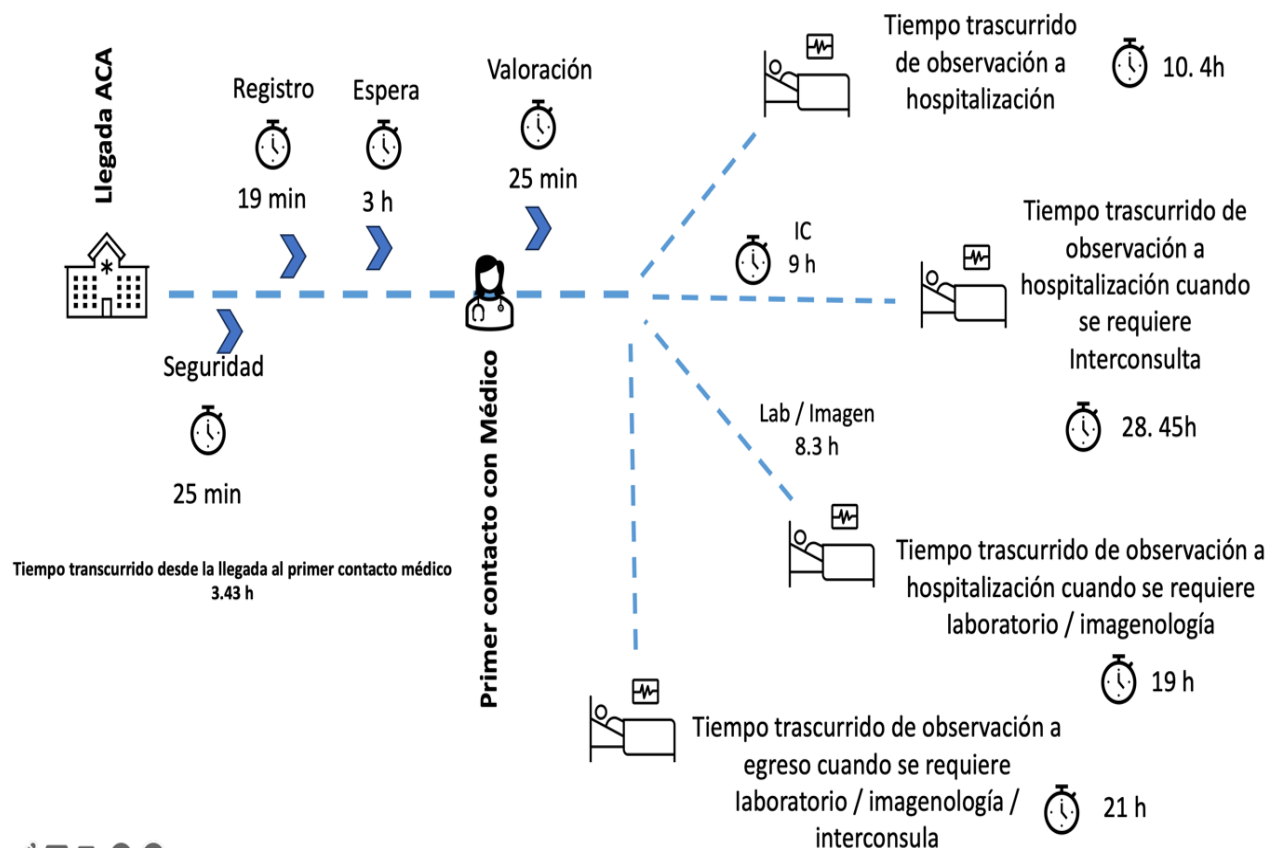
9.4 “Caminata Gemba” y estudios de sombra del proceso de atención, medición de tiempos y movimientos: agosto a septiembre de 2023.

Se realizó el seguimiento de sesenta pacientes que solicitaron atención al servicio de Admisión Continua Adultos de este hospital con distintos diagnósticos, durante el mes de agosto a septiembre de 2023 para hacer un acompañamiento durante el proceso de atención e identificar los puntos críticos de este.

Mediante un estudio de sombra, “Caminata Gemba” e interrogatorio directo a los pacientes y familiares se siguió a cada uno de ellos desde su entrada al hospital, la llegada al módulo de registro, el tiempo transcurrido hasta la primera valoración médica y su destino final (observación, hospitalización, egreso), para determinar tiempos y movimientos de atención, lo cual permitió identificar las áreas de oportunidad susceptibles a mejora para agilizar los procesos médico - administrativos de atención a los derechohabientes.

Durante este seguimiento se observó lo siguiente: (Figura 6).

Figura 6. Caminata “Gemba” en el Servicio de Admisión Continua Adultos.



Durante la camina se detectaron cuatro puntos importantes que retardan el tiempo de atención en el servicio de Admisión Continua Adultos y que impactan directamente en la percepción de la calidad de la atención médica.

1.- El acceso al CMN “20 de Noviembre”: el personal de vigilancia de los accesos principales del hospital podría permitir la entrada al servicio de Admisión Continua Adultos lo más pronto posible para evitar el retraso en el registro y valoración por parte del triage para calificar el estado de gravedad del paciente (Figura 6).

En las mediciones previas del mes de abril de 2022, se detectó esta misma área de oportunidad, lo cual nos indica que debe haber una intervención puntal para lograr la accesibilidad y oportunidad de atención como lo marca la OMS.



Recomendación: Capacitar y sensibilizar a los elementos de seguridad ante las necesidades de los derechohabientes, abordar en que consiste el triage, informarles de los principales motivos de atención de los derechohabientes para que bajo ese contexto ellos permitan que la atención en un área prioritaria como lo es el servicio de Admisión Continua sea ágil, concientizarlos que ellos son el primer eslabón en los procesos de atención.

2.- Sistema de Interconsultas de Especialidad: el promedio de tiempo de espera una vez en la sala de observación de los derechohabientes es de 9 horas. Las valoraciones del estado de salud de los pacientes por las diversas especialidades del hospital son un pilar para la toma de decisiones en cuanto a la terapéutica y abordaje. Contar con un sistema eficiente de interconsultas que brinde una valoración al paciente en un lapso no mayor a 2 horas transcurridas desde su ingreso al área de observación permitirá reducir hasta en un 70% el tiempo de espera para tomar una decisión en cuanto al abordaje del paciente, desahogando así las salas de atención, lo que permitirá valorar a más pacientes en menos tiempo, además de permitir un diagnóstico más preciso y oportuno para decidir si el paciente debe hospitalizarse o egresar.



Recomendación: Basado en el benchmarking realizado en el Hospital Médica Sur y Hospital Centro Médico Nacional “La Raza”, establecer un sistema de interconsultas mediante notificaciones por medios electrónicos (dispositivos), telefónico (llamada servicio al que se solicita la interconsulta) o la creación de un centro de notificación de solicitud de valoraciones que tenga contacto inmediato con cualquier servicio de las distintas especialidades del CMN, permitirá que mediante una notificación oportuna los servicios solicitados establezcan flujogramas de atención para las interconsultas y valoraciones que deben ser resueltas en un plazo máximo de 2h como lo estipulan los manuales y lineamiento de la atención de calidad.

3.- Emisión de resultados de laboratorio e interpretación de estudios de imagen:

Agilizar la toma de muestras para laboratorio y emitir reportes preliminares de la interpretación de estudios de imagen, permitirán reducir el tiempo de estancia de los pacientes en el área de observación y apoyar a la toma de decisiones en cuanto al abordaje del paciente.



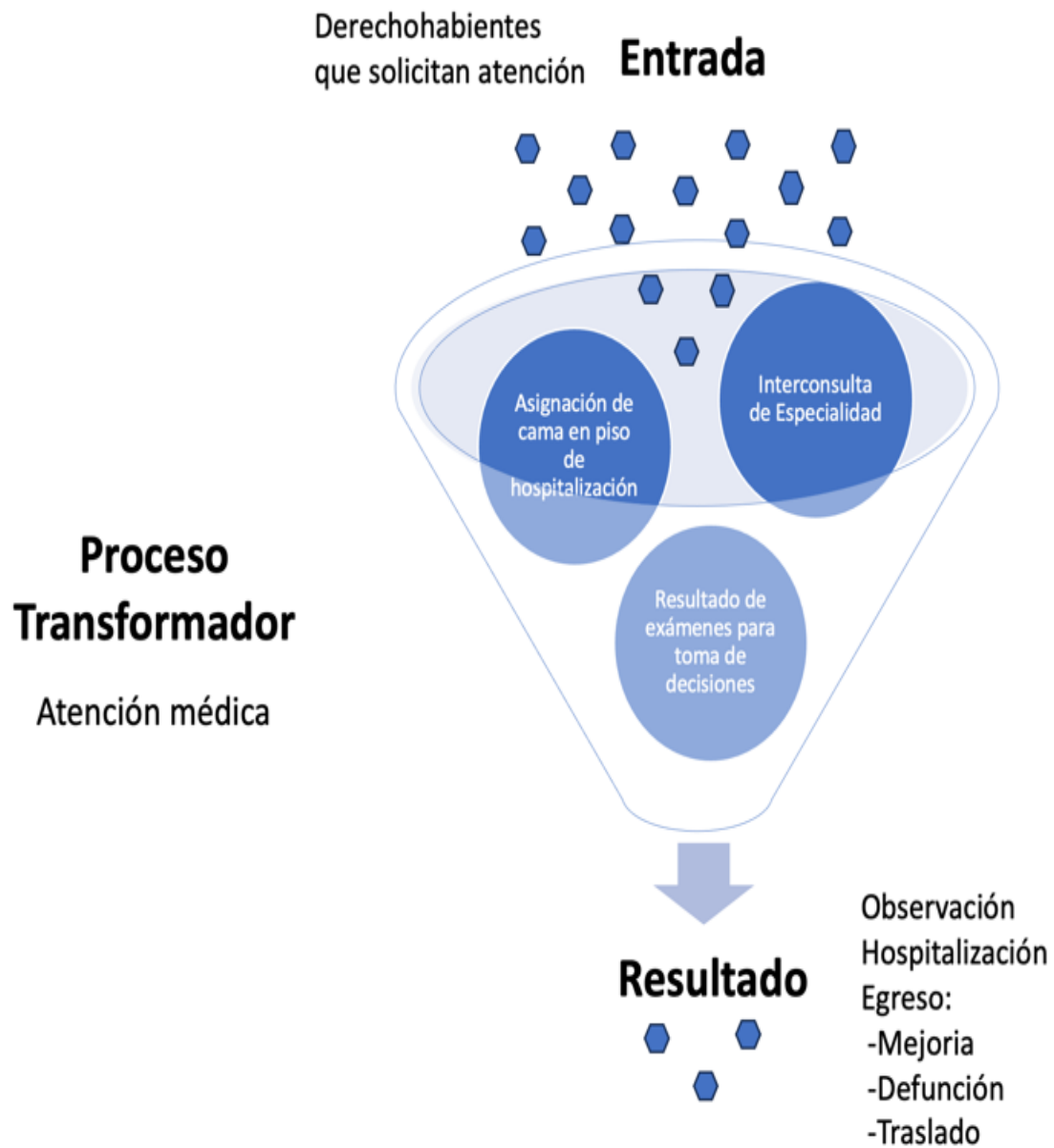
Recomendación: Basado en el benchmarking realizado en el Hospital Médica Sur y Hospital Centro Médico Nacional “La Raza”, establecer un sistema de “priorización de procesamiento y emisión de resultados de laboratorio e imagen” mediante una codificación basada en la clasificación del estado de salud del paciente, jerarquizar prioridades para el procesamiento de muestras de laboratorio y para la emisión de los reportes de imagenología con el fin de brindar al tomador de decisiones la más certera y oportuna para la atención del derechohabiente.

4.- Asignación de camas en pisos de hospitalización: contar un sistema eficiente de notificación de egresos en piso de hospitalización permitirá planear con mejor precisión la rotación de camas. Las valoraciones de egreso de pacientes realizadas en cada turno de atención podrían prever la ocupación hospitalaria con mayor precisión.



Recomendación: Basado en el benchmarking realizado en el Hospital Médica Sur y Hospital Centro Médico Nacional “La Raza”, establecer un sistema de porcentaje de ocupación por turno, el cual cada jefe de enfermería de piso comunique al servicio de Admisión Continua Adultos, permitirá saber la ocupación hospitalaria y apoyar al médico tratante para la toma de decisiones del ingreso o egreso del paciente, esto ligado a un sistema eficiente de interconsultas propuesto en el punto dos.

Figura 7. Áreas de oportunidad detectadas para agilizar los procesos de atención.



9.5 Encuesta de Percepción de la Calidad de la Atención Médica aplicada a los Derechohabientes: septiembre y octubre de 2023.

Se realizó una encuesta de percepción de calidad en 60 derechohabientes durante los meses de septiembre y octubre de 2023, que solicitaron atención en los distintos turnos del servicio de Admisión Continua Adultos, dichos datos se recolectaron en pacientes al azar a lo largo de cinco semanas durante la hora de visita de cada turno, en todos los días de la semana.

Se incluyeron a todos aquellos que cumplieran los criterios de inclusión para el estudio.

La encuesta se integró por 23 ítems relacionados con la percepción de la calidad, los primeros ítems están dirigidos a conocer las variables sociodemográficas del entrevistado, las subsecuentes evalúan los procesos de atención incluidos los administrativos, médicos, servicios de laboratorio e imagenología, mediante interrogantes dirigidas a la percepción de la calidad.

El entrevistador dio lectura a cada ítem al entrevistado, registrando las respuestas espontáneas que brindaron los derechohabientes para su posterior análisis, observándose los siguientes resultados expresados en porcentaje para cada una de las preguntas.

Cabe destacar el análisis estadístico para el ítem dirigido a la satisfacción de la atención recibida, ya que este está diseñado para evidenciar el grado de percepción de la calidad de atención médica recibida por los derechohabientes desde el punto de vista del paciente y los familiares.

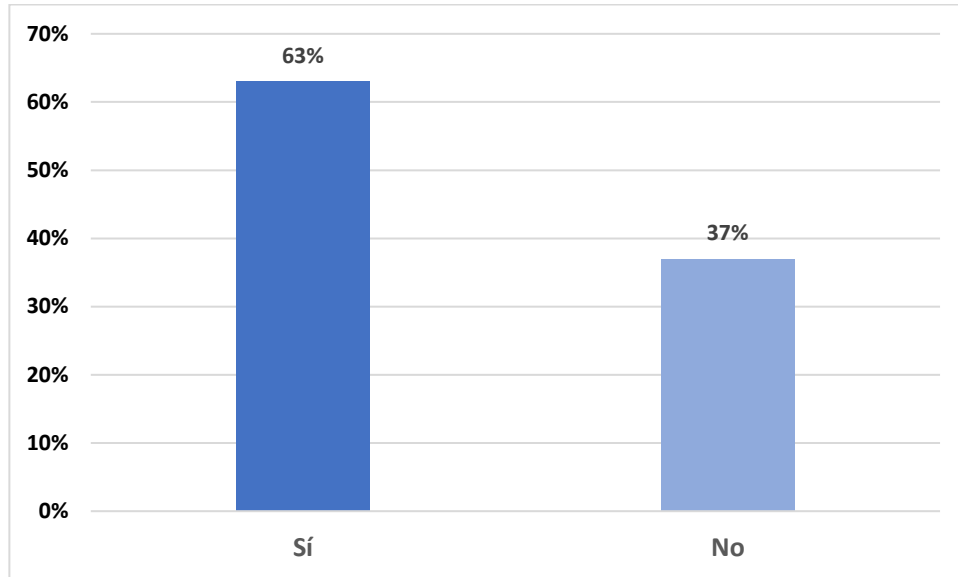
**Tabla 7. Variables demográficas de los derechohabientes que participaron en la encuesta de la percepción de la calidad de la atención:
Periodo de agosto a septiembre de 2023
N=60**

Variable	Medidas Descriptivas (n=)	Rango / (=DE)
Sexo		
Hombres	35% (21)	
Mujeres	65% (39)	
Edad		
	55.5	(DE=39,6) (18 – 86)
Estado Civil		
Soltero	49% (30)	
Casado	32% (19)	
Divorciado	15% (9)	
Viudo	4% (2)	
Escolaridad		
Secundaria	5% (3)	
Preparatoria	33% (20)	
Universidad	62% (37)	
Ocupación		
Ama de casa	11% (7)	
Maestro	26% (15)	
Jubilado	18% (11)	
Sector Público	45% (27)	

A continuación, se describen las respuestas a los ítems de la encuesta, expresados en proporciones para cada uno.

Gráfico 1. Porcentaje de entrevistados durante la encuesta respecto a quien proporcionó la información
Periodo: agosto a septiembre de 2023
N=60

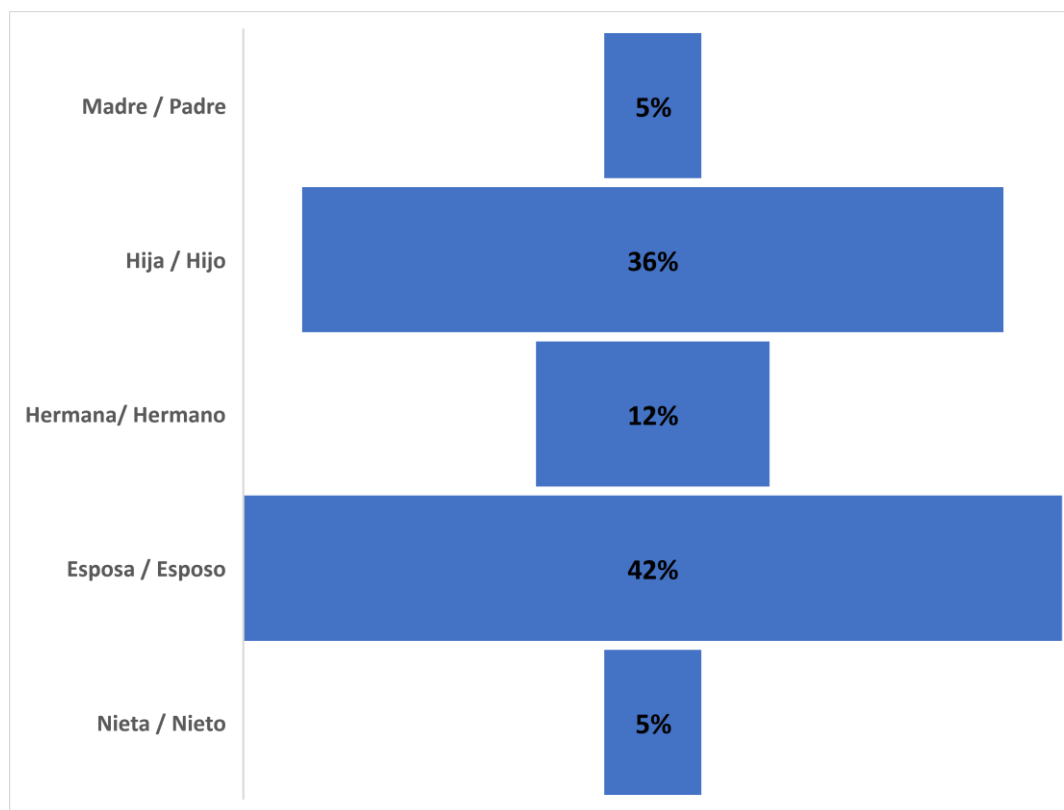
¿Es usted quien recibe la atención médica en el servicio de Admisión Continua Adultos?



La encuesta fue contestada por el 63% de los pacientes directamente y un 37% por parte de los familiares, quienes de forma libre expresaron su opinión y evaluación de la calidad de la atención en el servicio de Admisión Continua Adultos.

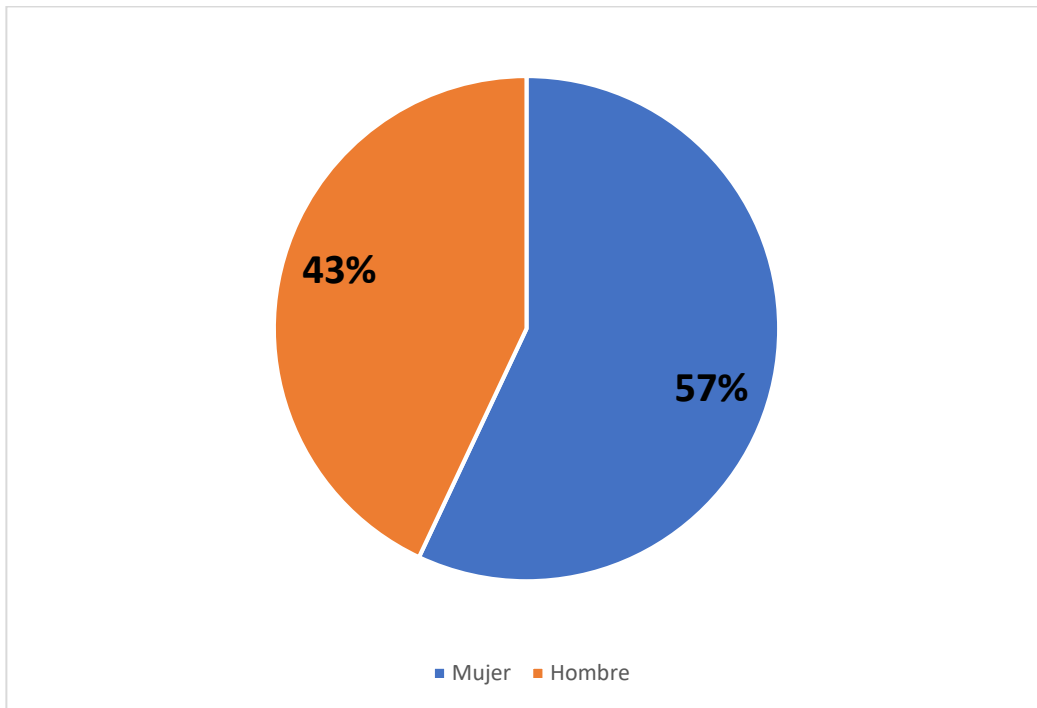
La proporción de pacientes encuestados nos permite conocer dos opiniones de la percepción de la calidad, una desde aquel que padece la enfermedad y otra de la persona que observa el proceso de atención. Esto nos permite tener una visión integral desde todos los puntos del proceso (Gráfico 1).

Gráfico 2. Proporción por tipo de parentesco respecto al paciente, que fueron entrevistados
Periodo: agosto a septiembre de 2023
N=60



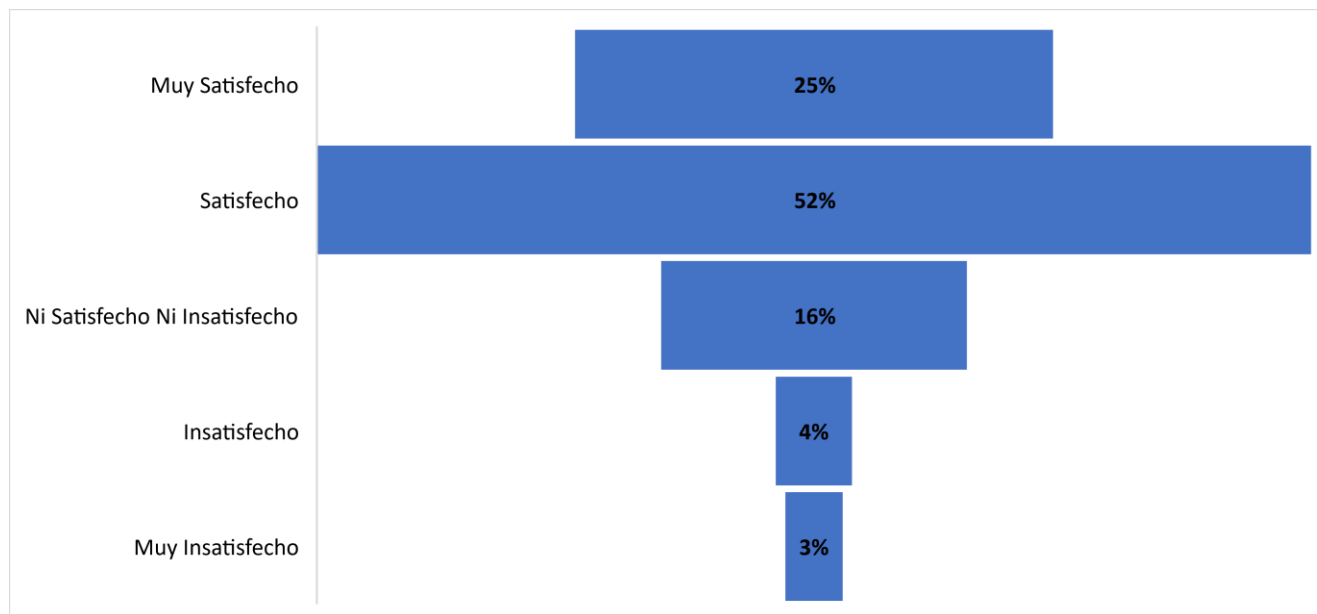
Con relación a los encuestados que acompañaban a los pacientes, el 42% de ellos fueron su esposo o esposa, seguido de los hijos o hijas, quienes representaron un 36% (Gráfico 2).

Gráfico 3. Proporción de encuestados por sexo.
Periodo: agosto a septiembre de 2023
N=60



En cuanto a la proporción de encuestados por sexo, el 57% fueron mujeres y 43% hombres (Gráfico 3).

Gráfico 4. Evaluación de la satisfacción de la calidad de la atención médica al momento de la entrevista.
Periodo: agosto a septiembre de 2023
N=60



La pregunta total de la encuesta que evalúa la satisfacción de la calidad de la atención médica recibida por parte del personal de salud del CMN “20 de Noviembre” en el servicio de Admisión Continua Adultos está estructurada en respuestas de opción múltiple, en una escala de Likert de cinco valores: muy satisfecho, satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho, la valoración del cuestionario arrojó un Alfa de Cronbach de 0.819 por lo que puede asumirse consistente (Gráfico 4).

Al momento de la entrevista, cuando se les pregunto a los encuestados el nivel de satisfacción que tenían al ser atendidos en el servicio el 52% refería sentirse satisfecho con la atención.

Si se agrupan las opiniones positivas muy satisfecho y satisfecho, puede observarse que el 77% de los derechohabientes que acuden a solicitar atención al servicio de Admisión Continua Adultos del CMN “20 de Noviembre” tienen una buena percepción de la calidad de la atención y consideran satisfechas sus necesidades a la demanda de atención.

Al análisis estadístico la prueba de χ^2 ($p < 0.05$) no se demostró significancia estadística respecto a una correlación entre la percepción de la calidad y el tipo de encuestado: paciente o familiar, dado que la enfermedad, la urgencia y las necesidades no son percibidas de la misma manera para estos actores (Tabla 8).

Tabla 8. De contingencia de los ítems analizados.

ENTREVISTADO	PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD		TOTAL
	BUENA	MALA	
PACIENTE	29	9	38
FAMILIAR	17	5	22
TOTAL	46	14	60

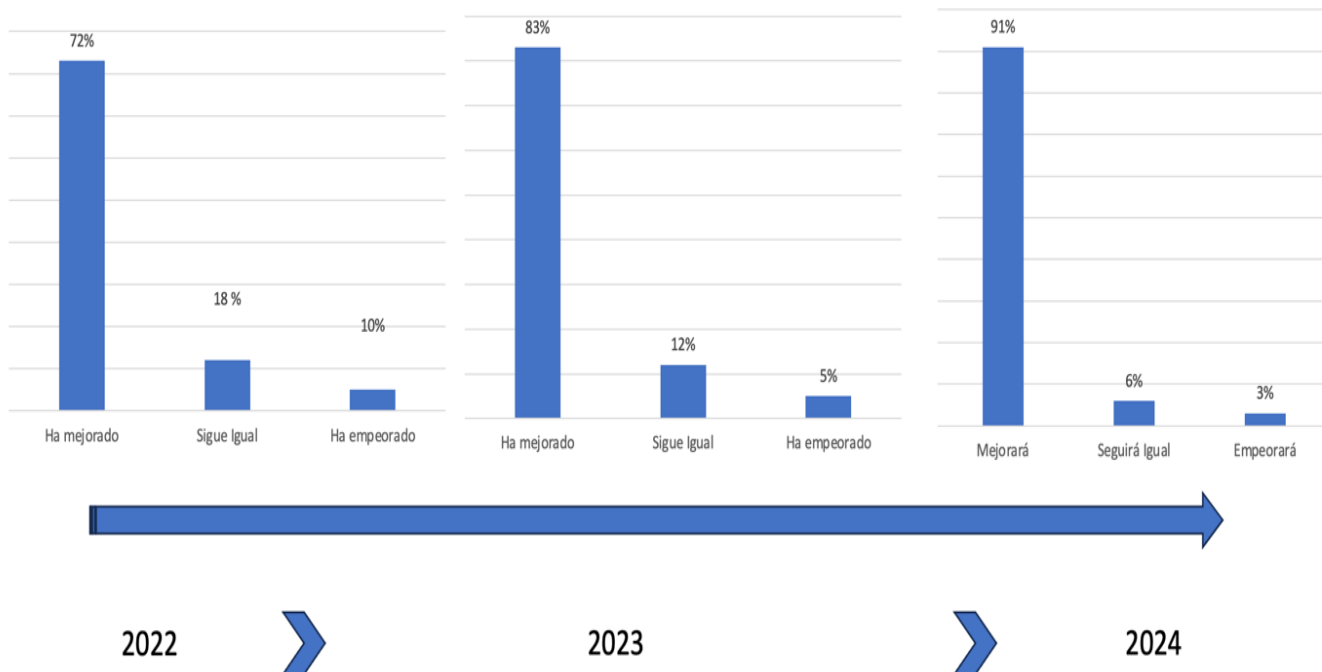
La prueba de χ^2 ($p < 0.05$) para la significancia estadística al momento de correlacionar la percepción de la calidad de la atención respecto a la procedencia del encuestado: paciente atendido en el CMN "20 de Noviembre" o referido por cualquier otro hospital del ISSSTE, tampoco mostro una significancia estadística, lo cual permite concluir que la percepción de la calidad de la atención no está relacionada con la procedencia del paciente.

Tabla 9. De contingencia de los ítems analizados.

PROCEDENCIA	PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD		TOTAL
	BUENA	MALA	
CMN "20 DE NOVIEMBRE"	39	11	50
REFERENCIA ISSSTE	7	3	10
TOTAL	46	14	60

La relación de la calidad de la atención y la satisfacción de los derechohabientes es la principal unidad de evaluación y medición del avance o rezago en los procesos de atención, en la infraestructura, equipo y mobiliario de una institución de salud. En el caso del servicio de Admisión Continua Adultos del CMN "20 de Noviembre", podemos concluir que esta relación se ha cumplido en 77 de cada 100 pacientes que solicitan atención médica en dicho servicio.

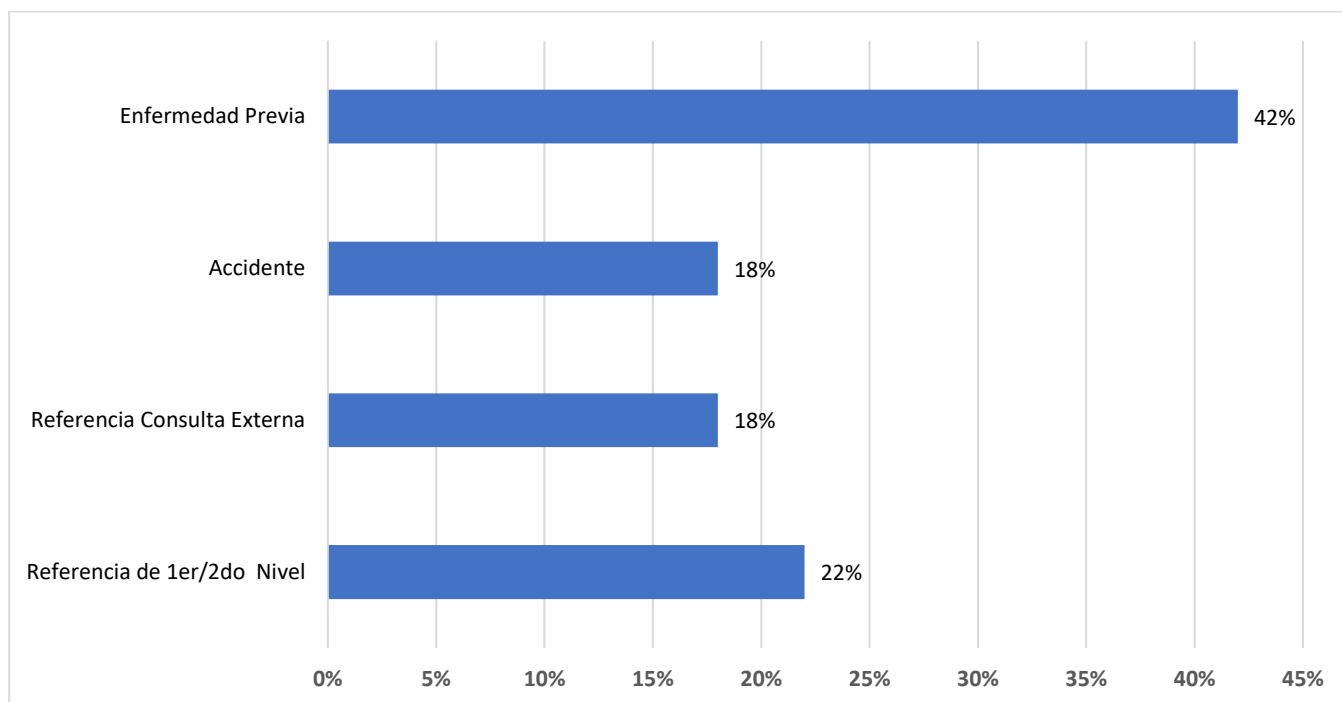
**Gráfico 5. Proyección del porcentaje de satisfacción durante los años 2022, 2023, 2024.
¿Cómo calificaría la atención médica recibida hace un año?**



Cabe destacar que el 74% de los encuestados ya habían sido atendidos en las instalaciones del hospital previo a la conversión hospitalaria. Es así como este ítem evaluado nos permite proyectar la percepción de la calidad a través de tres etapas de tiempo distintas: prepandemia, durante la pandemia y posterior a ella y de la reconversión.

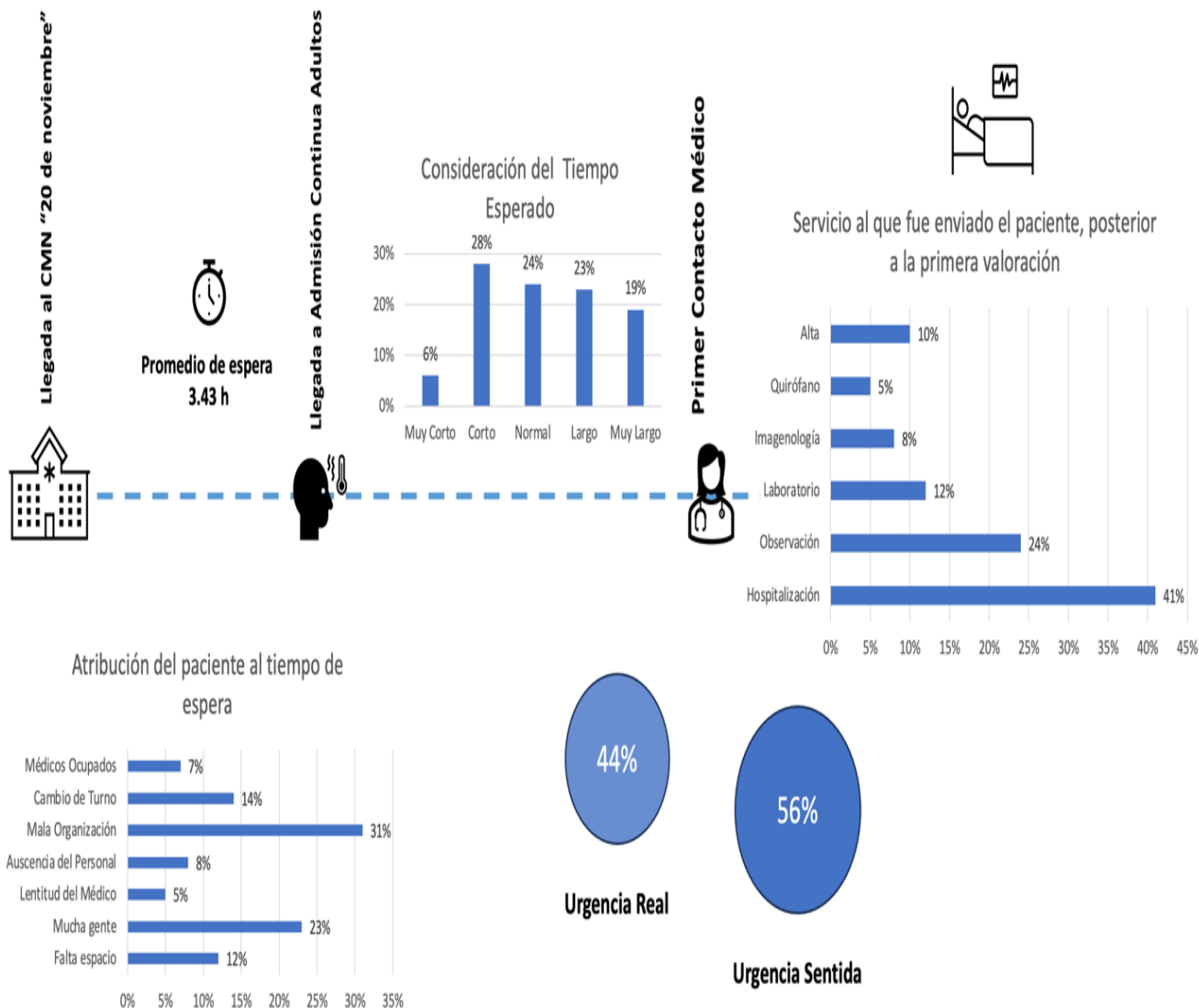
Como podemos observar en el gráfico 5, existe un crecimiento positivo cercano al 10% en la percepción de la calidad de la atención médica, logrando este su máximo posterior a la remodelación que se llevó a cabo aunado al ajuste de procesos de atención en el año 2023 y con la estimación de que el próximo año continuará mejorando, para alcanzar así un 91% de percepción en la mejoría de la calidad de la atención.

Gráfico 6. Principales motivos de atención en el Servicio de Admisión Continua Adultos en el periodo enero a agosto de 2023



El motivo de solicitud de atención más frecuente es aquel relacionado con la descompensación de las enfermedades de base de las derechohabientes tratadas en el hospital por las diversas especialidades, alcanzando este motivo hasta un 42%, seguido de la referencia de pacientes de otros hospitales pertenecientes al ISSSTE para un abordaje de alta especialidad (Gráfico 6).

Figura 8. Trazabilidad de los procesos de atención medidos a través del tiempo



El tiempo promedio desde la llegada al CMN "20 de Noviembre" hasta la primera evaluación del personal médico es de 3.43 horas, dicho tiempo de espera los derechohabientes lo atribuyen en un 31% a la mala organización de los procesos de atención, seguido de la percepción de que hay una gran cantidad de derechohabientes que solicitan atención con un 23%.

Una vez realizada la primera evaluación médica los derechohabientes consideran en un 28% que este tiempo es corto comparado con ocasiones anteriores que solicitaron la atención previa a la remodelación de la infraestructura o comparando con otros hospitales.

Durante la valoración médica se pudo observar que el 44% de los derechohabientes presentaba una urgencia real y un 56% era una urgencia sentida.

La principal toma de decisiones del proceso de atención respecto a los pacientes que solicitaron atención es la hospitalización con un 41%, seguido de la estancia de observación en un 24% (Figura 8).

Cuadro 2. Tiempo de espera transcurrido para la primera evaluación médica.

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
Tiempo transcurrido desde la llegada hasta la primera revisión médica	3.43 h	4.95	1 h	8 h

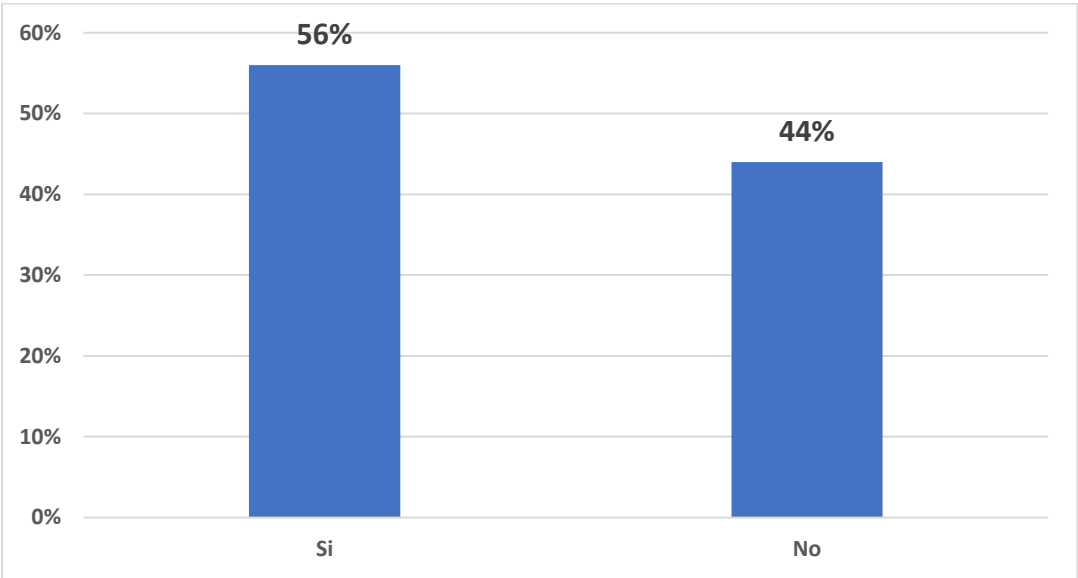
Variable	Muy Corto	Corto	Normal	Largo	Muy Largo
Consideración del tiempo esperado	6%	28%	24%	23%	19%

Cuadro 3. Tiempo transcurrido del área de observación a la asignación de una cama en hospitalización.

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
Tiempo transcurrido de Observación a Cama Hospitalización	10.4 h	48.79	3	72

El promedio de espera para la asignación de una cama en hospitalización proviniendo del área de observación es de 10.4 horas, con un máximo de 72h y un mínimo de 3 horas, las principales causas en la variación del tiempo son los procesos relacionados a las interconsultas, reporte de resultados de laboratorio e interpretación de imágenes (Cuadro 2, 3).

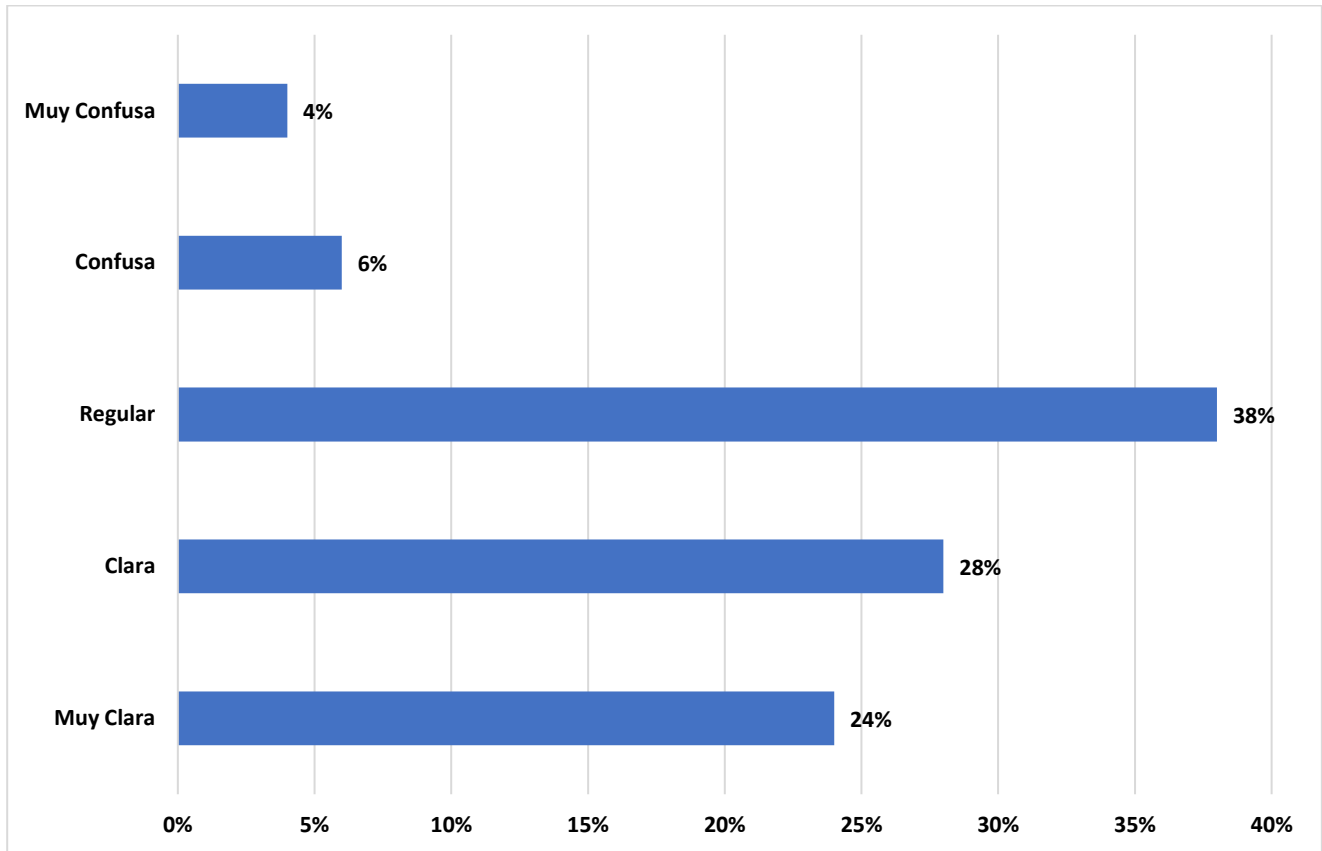
Gráfico 7. Proporción de familiares informados sobre la salud del paciente ingresado en Admisión Continua
Periodo: agosto a septiembre de 2023
N=60



Al momento de la encuesta, el 56% de los familiares refirieron estar informados sobre el estado de salud sus pacientes, en contraparte el 44% refirió no estar informado sobre el estado de salud de estos (Gráfico 7).

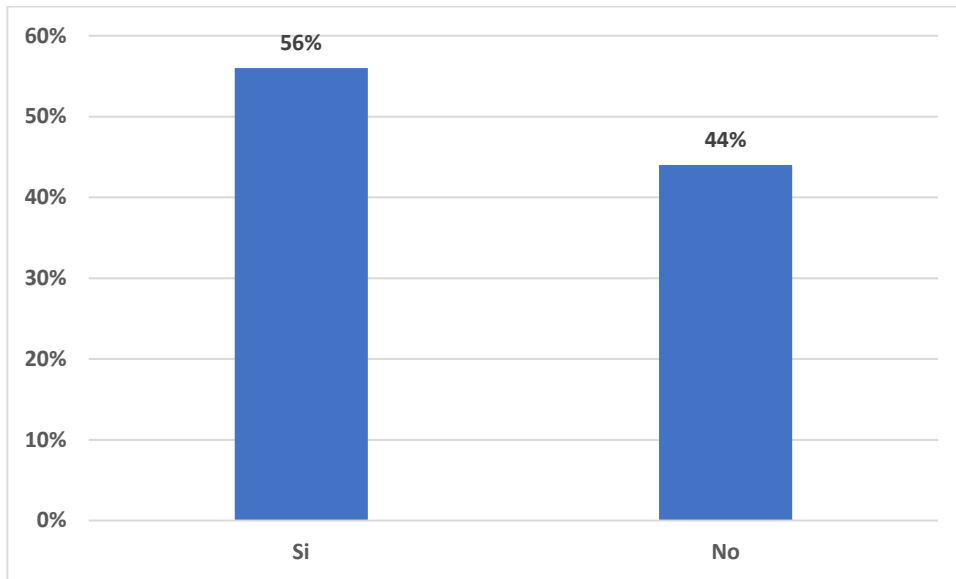
Dichos resultados los atribuyeron a que los médicos comparten la información durante el tiempo asignado para la visita, el cual lo califican como “corto”.

Gráfico 8. Claridad de la información emitida por parte del personal médico hacia los familiares del paciente
Periodo: agosto a septiembre de 2023
N=60



El 38% de los pacientes refiere haber recibido una información “regular” acerca del estado de salud de sus familiares, un 28% la calificó como “clara” y un 24% como “muy clara”, en general podemos concluir que al sumar las dos opciones de mayor positividad: muy clara y clara, el entendimiento de la información otorgada es del 52% respecto al estado de salud de los pacientes (Gráfico 9).

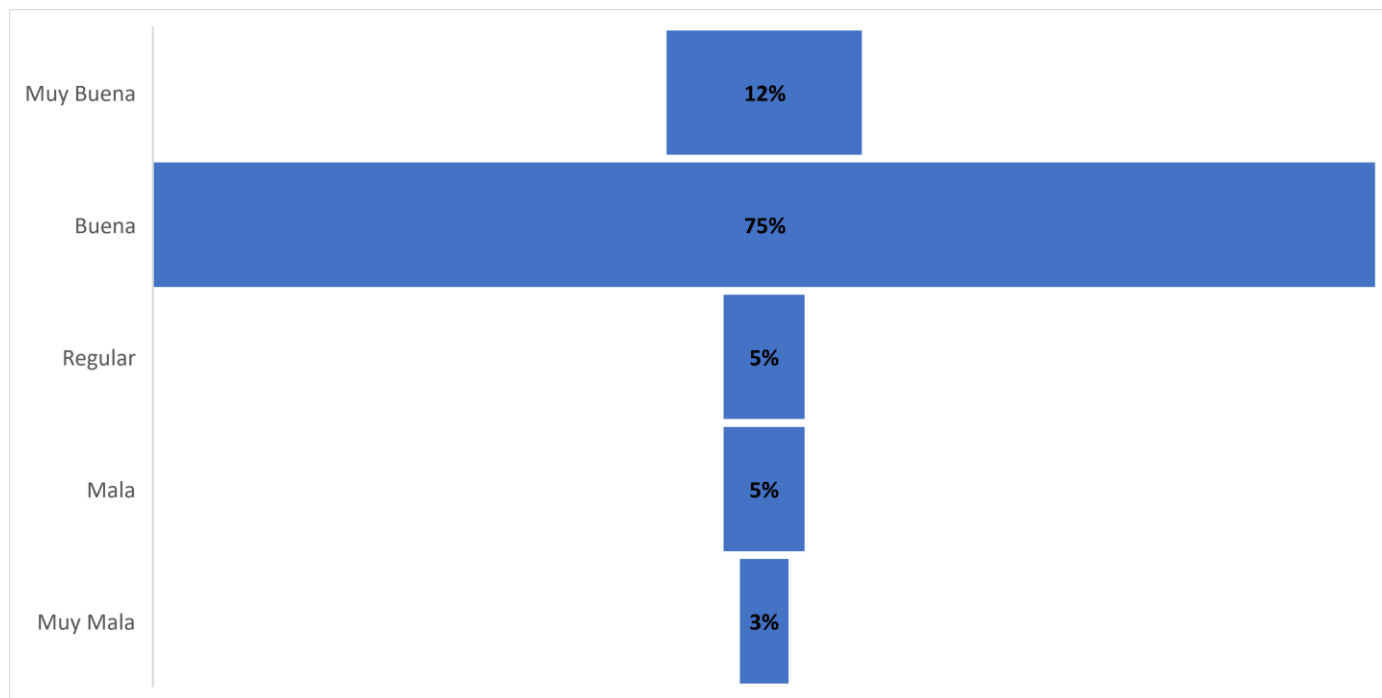
Gráfico 9. Proporción de familiares informados sobre su estado de salud
Periodo: agosto a septiembre de 2023
N=60



Al momento de la encuesta el 44% de los familiares refirieron no contar con información sobre el estado de salud de sus pacientes, esta situación es una de las principales causas de la baja del porcentaje de evaluación sobre la calidad de la atención del servicio.

Por otra parte, el 56% de los familiares refiere que el personal médico le brindo información sobre el estado de salud de su paciente, pero la califican como regular en un 38% (Gráfico 9).

Gráfico 10. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en el Servicio de Admisión Continua Adultos del CMN “20 de Noviembre”
Periodo: agosto a septiembre de 2023
N=60



La entrevista concluye con una evaluación global de la calidad de la atención médica proporcionada por el servicio de Admisión Continua Adultos, mediante una pregunta directa, el 72% de los derechohabientes califica como buena la calidad de la atención médica recibida (Gráfico 10).

9.6 Indicadores de Calidad de la Atención Médica.

Se evaluaron los principales indicadores de calidad propuestos por el consejo de calidad de evaluación de hospitales, el proyecto latinoamericano de la garantía de la calidad y los propuestos por Celis Et.al 2018 en el artículo “Indicadores de la calidad para evaluar el área de emergencias” ^[3] publicado por la universidad de Piura.

Mediante los datos obtenidos de la coordinación de planeación y evaluación, y el Sistema de Información Hospitalaria del CMN “20 de Noviembre” se calculo el cumplimiento de los indicadores en el periodo enero a agosto de 2023, resultando en lo siguiente: (Tabla 8).

Tabla 8. Indicadores de Calidad de la Atención en el Servicio de Admisión Continua Adultos: periodo enero a agosto de 2023.

Nombre del Indicador	Dimensión	Porcentaje de cumplimiento del indicador de calidad
Higiene en personal médico y de asistencia	Atención	HPMA = 70 (%)
Tasa de satisfacción por infraestructura y equipamiento	Comodidad	TSIE= 75 (%)
Tiempo medio de espera para primera atención facultativa	Tiempo	TMEPAF= 90 (%)
Tasa de satisfacción por accesibilidad por Admisión Continua Adultos	Comodidad / Accesibilidad	TSAE= 75 (%)
Presencia de protocolo médico y asistencial	Atención	PPMA= 70 (%)
Tasa de mortalidad en Admisión Continua Adultos	Diagnóstico	12 (%)
Tasa de retorno a admisión continua (Tasa de reingresos)	Diagnóstico	9 (%)

Los porcentajes observados al cálculo de los indicadores que dimensionan la comodidad, tiempo y atención guardan una estrecha relación con los detectados en la encuesta de percepción de la calidad y los determinados en las evaluaciones por las cédulas de COFEPRIS en cuanto a la infraestructura, equipo y mobiliario.

Los indicadores pertenecientes a la dimensión de diagnóstico, refuerza la recomendación emitida en el mapeo y “Caminata Gemba”, hacia la estandarización y rediseño de los procesos médicos de atención acorde a las necesidades de los derechohabientes.

Dichos indicadores, señalan las principales áreas de oportunidad para el ciclo de la mejora continua en la atención médica.

9.7 Emisión de Recomendaciones de Mejora Continua en el Servicio de Admisión Continua del CMN “20 de Noviembre”, obtenidos en la evaluación: agosto a octubre de 2023.

Tras la aplicación y análisis en esta segunda evaluación en los meses de agosto a octubre de 2023, mediante los distintos instrumentos de evaluación cuantitativos y cualitativos, los métodos de libre opinión de los derechohabientes y las encuestas de percepción de la calidad al ser contrastados con los lineamientos, manuales y normas nacionales e internacionales se emiten las siguientes recomendaciones para lograr una sostenida calidad de la atención médica, las cuales deben resolverse, monitorearse y medir su impacto en la mejora de la calidad de la atención.

Áreas de oportunidad para el proyecto de mejora continua:

7 acciones para mejorar la calidad de la atención médica tras la evaluación realizada en el servicio de Admisión Continua Adultos del CMN “20 de Noviembre”.

1



1.- Personal sensible e Infraestructura Accesible.

Para cumplir con los estándares de calidad de la OMS se debe garantizar la oportunidad y accesibilidad a la atención médica garantizando la correcta infraestructura, y contar con personal capacitado y sensible que permita el acceso oportuno al servicio de Admisión Continua Adultos.

2



Disponibilidad 24/7

Para lograr un porcentaje de cumplimiento mayor o igual al 90% de la “Guía de buenas prácticas para establecimientos de salud” COFEPRIS (Apartado Urgencias) apegada a la NOM-016-SSA3-2012, numeral 6.6 al 7.5 se deberá garantizar el abasto y disponibilidad del equipo y mobiliario para la atención de los pacientes en el servicio de Admisión Continua Adultos.

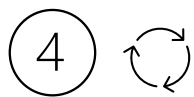
3



Concientización del riesgo

Para cumplir un porcentaje mayor o igual al 90% de los requerimientos establecidos en la cédula de evaluación para la certificación de hospitales del Manual “Modelo

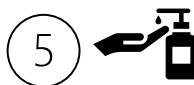
de Seguridad del Paciente SiNaCEAM, se deberá priorizar el análisis de los eventos de riesgo, el patrón de ocurrencia y la retroalimentación de los mismos mediante la capacitación por personal experto en el tema.



Reducir tiempos y aumentar la satisfacción

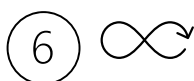
Para aumentar el porcentaje de satisfacción y percepción de la calidad, se deberá rediseñar y ajustar el proceso de atención en los siguientes puntos:

- A) Establecer un sistema eficiente de interconsultas para la valoración de los derechohabientes, esto reducirá el tiempo de espera para la toma de decisiones del médico tratante en el área de Admisión Continua Adultos.
- B) Implementar un sistema de jerarquización acorde al estado de salud de los pacientes para determinar la prioridad del procesamiento de muestras por parte del laboratorio y la interpretación de los exámenes de gabinete.
- C) Estandarizar los procesos de egreso y su notificación oportuna, con el fin de dar a conocer al servicio de Admisión Continua Adultos el porcentaje de ocupación hospitalaria y las camas disponibles para la toma de decisiones respecto al resultado del proceso de atención de los pacientes.



Siempre limpio

Fortalecer la higiene del personal y las instalaciones durante todo el proceso de atención, una buena higiene y limpieza es percibida por los derechohabientes como un componente primordial de la calidad.



Evaluar para mejorar

Fomentar la evaluación continua de los indicadores de calidad de la atención, hacerlo permitirá sostener la calidad y detectar aquellos procesos susceptibles a mejora.



Comunicar para atender

Comunicar los resultados de las evaluaciones a todo el personal del servicio de Admisión Continua Adultos, para conocer nuevas necesidades y su atención.

10. DISCUSIÓN.

Evaluar la calidad de la atención en una institución siempre supone un reto ya que la percepción de esta tiene múltiples determinantes, aún más cuando la institución de salud es pública, ya que tanto el personal de salud y los derechohabientes se encuentran en un entorno condicionado por la saturación de servicios y ciertas limitantes en cuanto a infraestructura, equipo y mobiliario.

Realizar una evaluación de calidad en un servicio de Admisión Continua, supone un reto aún más marcado, dado el perfil de pacientes y los procesos mismos de atención, donde todo se aprecia como una urgencia real y donde el tiempo es el principal elemento calificativo de la calidad para los derechohabientes, y que en algunas ocasiones puede ensombrecer otros elementos que se evalúan en la percepción de la calidad.

Ejecutar un proyecto de mejora continua en el servicio de Admisión Continua adultos del CMN "20 de Noviembre" fue una herramienta muy útil e innovadora para la toma de decisiones ante una reingeniería de procesos y espacios físicos que fue condicionada por la emergencia sanitaria de la COVID-19, ya que la visión no solo fue implementar un modelo dual, sino que este se centrara en el paciente con todos los elementos que conlleva la calidad de la atención.

Este proyecto es el primero en llevarse a cabo en este hospital, es por ello que los resultados obtenidos son de sumo interés para futuros abordajes en las distintas áreas del CMN donde se quiera lograr una calidad total.

Las principales limitantes que se presentaron durante y previo al estudio fue la poca cultura a la evaluación de la calidad, desde los comités que aprueban este tipo de investigaciones hasta el personal evaluado.

Derivado de ello es importante transmitir que la evaluación de nuestros procesos es vital para mejorar continuamente y abrir las puertas para alcanzar cada uno de los estándares relacionados a la atención médica integral y de calidad.

Cuando esto se logra, los procesos se vuelven más eficientes, disminuyen las complicaciones, el error médico y se alcanza el éxito terapéutico en la mayoría de los pacientes.

Desde el ámbito administrativo y financiero, también tiene un alcance positivo, reduce costos de atención asociados al error médico y de los procesos, disminuye tiempos de estancia hospitalaria, permite una mayor rotación de camas y disminuye drásticamente las infecciones asociadas a la atención de la salud.

Para llevar a cabo un proyecto de mejora continua es necesario conocer el perfil de pacientes que son atendidos y la infraestructura donde se brinda dicho servicio: en este estudio los resultados mostraron que el mayor porcentaje de encuestados fueron mujeres (65%), en segundo lugar hombres (35%), con una media de edad de 55 años, el 49% se refería soltero, con un grado de estudios a nivel licenciatura y postgrado del 62%, su ocupación principal se encontraba en puestos del ámbito público (45%).

En la muestra de 60 pacientes estudiados, no se encontraron diferencias en la calidad de atención en cuanto a las variables demográficas como sexo, edad, lugar de procedencia, grado de estudios, turno o día de atención significativos, esto nos habla de una población homogénea que nos da una validez interna para extrapolar los hallazgos.

Datos de la OMS ^[14] señalan que existe una disparidad en la atención médica acorde al sexo, el lugar de origen, la edad y la situación socioeconómica, en este estudio realizado en el CMN “20 de Noviembre” no se encontraron diferencias en cuanto al proceso de atención tomando en cuenta las estas variables sociodemográficas referidas por la OMS.

Otro dato importante a destacar es que los encuestados fueron principalmente pacientes (63%) y familiares (37%), lo que permitió analizar una percepción de la calidad en dos aristas: una por parte del paciente que vive la enfermedad, y otra del familiar que la padece y acompaña, ambas aristas comparten también una opinión muy similar respecto a la percepción de la calidad de la atención recibida en el servicio de Admisión Continua Adultos del CMN.

De acuerdo al estudio de Padilla y cols. ^[15] publicado en 2014 menciona que la percepción de pacientes y familiares sobre la enfermedad es distinta pero que confluye en las mismas necesidades de la búsqueda de la recuperación del estado de salud y funcionalidad.

Este proceso se ve influenciado por la comunicación que los profesionales de la salud transmiten durante el proceso de atención médica, bajo este entendido la encuesta de la percepción de calidad que se aplicó en este estudio compila estos tres puntos de vista: que tan satisfecho se siente el paciente con la atención recibida, que tan satisfechos están los familiares y que tan efectiva fue la comunicación de los procesos de atención para su enfermedad. Estos tres puntos definieron en la pregunta toral la percepción de la calidad en los derechohabientes que fueron atendidos en el servicio de Admisión Continua, la cual fue considerada como buena.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre la satisfacción y la percepción de la calidad tras aplicar la encuesta, cabe destacar que pese a la emergencia sanitaria por la COVID-19 los derechohabientes se sienten satisfechos con la atención recibida en un 77% y tienen una buena percepción de la calidad de la atención.

Estos datos están basados en la opinión de los propios pacientes que son atendidos en el CMN (78%) y una opinión externa del grupo de pacientes encuestados que son referidos de otros hospitales del ISSSTE (22%), por lo que consideramos existe una doble visión ante la percepción de la calidad, una basada en visitas consecutivas y otra en visitas de primera vez.

Al momento de hacer la pregunta más importante de la encuesta sobre la satisfacción y la percepción de la calidad de la atención médica recibida en el servicio de Admisión Continua en contraste con sus necesidades, se aseguró que los pacientes y familiares fueran cuestionados en distintos momentos del proceso de atención, turnos, y días, para evitar sesgos asociados a ello y a la vez poder detectar un área de oportunidad asociada a esa variación, a lo cual concluimos que no hubo diferencias significativas.

En todos estos escenarios, al sumar las opiniones positivas, los pacientes afirman que se sienten satisfechos en un 77% respecto a la atención de sus necesidades reforzando así la relación entre la satisfacción y la percepción de la calidad de la atención.

Los datos obtenidos concuerdan con el estudio publicado por Vizcaíno y cols. de 2019 ^[6] donde se realizó un análisis de la satisfacción de pacientes en el servicio de urgencias de un hospital público en Jalisco, México, donde la satisfacción fue del 78%

Se destaca que dicho estudio utilizó la escala SERVPERF, la cual mide las percepciones del desempeño (satisfacción) eliminando las expectativas (lo que se espera recibir del servicio), probablemente aplicar esta escala en este estudio realizado en el CMN pudo haber arrojado aún más datos, ya que al eliminar las expectativas que genera el ser atendido en un tercer nivel de atención, pudo haber evaluado con mayor precisión en la medición de la satisfacción de los derechohabientes.

En el ámbito internacional, cuando comparamos los datos con países latinoamericanos podemos apreciar que el porcentaje de satisfacción y la percepción de la calidad, aún es bajo para nuestro hospital.

En el análisis publicado por Dávila y cols. en 2017 ^[7] se comparó el porcentaje de satisfacción en un servicio de urgencias de un hospital público colombiano que refiere un 84,4% de satisfacción, además ese mismo hospital es comparado con un hospital privado, el cual reporta un porcentaje de satisfacción del 86.8%. Concluyendo así que la diferencia de los porcentajes en la satisfacción no es significativa entre el sistema público y privado.

El hospital analizado en el estudio de Dávila y cols. de 2017 es comparable con el CMN, ya que ambos son un centro de referencia y sus principales demandas de atención son las enfermedades cardiovasculares, y ambos de ámbito público.

Ellos concluyen que la satisfacción y la percepción de la calidad depende de varios factores pero enlista los principales: tiempos de atención, manejo adecuado del triage, información por parte del personal de salud y administrativo para los pacientes, categorías que también concuerdan con el análisis de las áreas de oportunidad de nuestro CMN.

Otro estudio que nos permite comparar el porcentaje de satisfacción en el ámbito internacional es el publicado por Burillo y cols. en 2013 ^[18] quien refiere que para 8 de cada 10 encuestados la calidad de la atención recibida en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias y el Hospital Reina Sofía en España es del 77.8%, porcentaje más cercano al obtenido en el servicio de Admisión Continua del CMN "20 de noviembre".

En cuanto a los hospitales seleccionados en el benchmarking, el Hospital de Especialidades Centro Médico "la Raza", fue puntuado mediante la encuesta de satisfacción a usuarios del IMSS con 83%, mientras que el Hospital Médica Sur Tlalpan fue posicionado por el ranking de FUNSALUD ^[11] como el mejor hospital de México en 2023, por lograr un 100% en la percepción de la calidad, y una evaluación de sus procesos de atención de un 100%, (20) además es considerado uno de los tres mejores de Latinoamérica.

La medición inicial en abril de 2021 (72%) estuvo condicionada por la pandemia de COVID-19, para agosto de 2023 tras la remodelación de espacios físicos y la reingeniería de procesos los derechohabientes opinaron que mejoró en hasta un 83% y que probablemente para 2024 según las proyecciones este podría alcanzar hasta un 91%.

En la revisión histórica, la mejora en la percepción de la calidad de la atención ha ido en aumento en el servicio de Admisión Continua adultos.

La emergencia por COVID-19 motivo sin duda alguna la mejora de las áreas de oportunidad tanto en los procesos de atención como en la infraestructura del servicio, para lograr un aumento porcentual en percepción de la calidad de la atención.

Los datos obtenidos en la evaluación de la infraestructura, equipo y mobiliario señalan la necesidad de ser adaptados a las necesidades y padecimientos de los pacientes constantemente. La remodelación del espacio físico no solo mejora la percepción de la calidad sino los procesos y resultados de la atención, mantener disponibles y en excelentes condiciones los equipos y mobiliarios, garantizan la resolución estas necesidades.

Cuando los resultados de opinión de la percepción de la calidad son comparados con las evaluaciones tangibles de la infraestructura, equipo, mobiliario y procesos mediante las cédulas de evaluación de las distintas normas, lineamientos y manuales de calidad, encontramos una gran similitud y concordancia, lo que refuerza que la calidad debe mirarse y evaluarse desde un conjunto de recursos físicos y humanos que entrelazan funciones para lograr los objetivos de atención.

Un servicio de Admisión Continua difiere a un servicio de urgencias, basado en los procedimientos y los motivos de atención, otra gran limitante para este estudio fue encontrar encuestas y cédulas de evaluación que estuvieran diseñadas para una Admisión Continua y no un servicio de urgencias, esta limitante se subsana tomando los ítems que aplicarían para nuestra unidad, y enfocándolos a los procesos que se realizan ante los principales motivos de atención por los que acuden los derechohabientes.

En cuanto a los motivos de atención, estos concuerdan con las enfermedades de mayor prevalencia en México, la mayoría de los pacientes fueron atendidos por enfermedades cardiovasculares, una de las principales causas de muerte en el mundo y que acorde a los datos de la secretaria de salud para 2023 en México, la prevalencia de estas enfermedades ronda el 4.9% (ENSANUT 2022).

El segundo motivo de atención al ser este un hospital de alta especialidad, es la atención de pacientes oncológicos: tumores sólidos y hematológicos. Acorde a los datos de la OMS ^[19] la presencia de estas enfermedades están ligadas con el aumento en la edad, y el riesgo de padecerla incrementa a partir de los 50 años.

Bajo este contexto los pacientes entrevistados en este estudio tenían una media de edad de 55 años, con un rango de hasta 86 años, lo cual concuerda con el grupo de mayor riesgo descrito por la OMS.

Los datos publicados por el INEGI en 2021 (estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer 2023) ^[20] sitúan a la Ciudad de México como la entidad con mayor número de casos, lo que sustenta porque es uno de los principales motivos de atención del CMN, pese a ser un centro de referencia nacional.

Estos datos de los padecimientos que propician los motivos de atención también explican la tasa de mortalidad del 9% en el servicio de Admisión Continua adultos, ya que para las enfermedades cardiovasculares esta es de 19% (INEGI, 2023) y para las enfermedades neoplásicas es de 7.06% (INEGI, 2023), los padecimientos atendidos en el servicio son las principales causas de mortalidad en México.

Los derechohabientes que solicitan atención en el servicio de Admisión Continua son aquellos que ya contaban con una enfermedad previa diagnosticada y tratada en este hospital (42%) seguidos de aquellos que venían referidos por un primer o segundo nivel de atención del ISSSTE (22%). Estos datos reflejan no solo que el hospital es un centro de referencia, sino que esta población encuestada nos permitió saber cuál es la percepción de la calidad en los nuevos pacientes (referidos) y la evolución de esta en aquellos que han solicitado el servicio más de una vez (pacientes propios del CMN).

Las principales áreas de oportunidad detectadas son aquellas referentes al proceso de atención, si bien el 56% de los derechohabientes presentó una urgencia sentida frente al 44% que se calificó como una urgencia real, la mayor parte de los encuestados coincidió que el tiempo, uno de los principales elementos a considerar en la calidad de la atención fue calificado de corto (28%) a normal (24%), y aquellos que lo consideraron largo (23%) y muy largo (19%) lo atribuyeron en un 31% a la mala organización de los procesos y en un 23% a la alta demanda de derechohabientes.

Retomando el estudio de Vizcaíno y cols ^[6], refieren que el 64% de sus encuestados calificaron como rápido el ingreso y egreso al hospital, si agrupamos las variables corto y muy corto en nuestro estudio logramos un 52%, con una diferencia significativa al hacer la comparación, lo que nos indica que agilizar el tiempo de ingreso y egreso de los pacientes del servicio de Admisión Continua es un área de oportunidad prioritaria para elevar el porcentaje de calidad.

Como se describió en el apartado de las recomendaciones de esta investigación, la principal área de oportunidad para acortar estos tiempos de atención es contar con un sistema eficiente de interconsultas y una jerarquización de la interpretación de los estudios de imagen y procesamiento de las muestras de laboratorio acorde al estado salud de los pacientes.

Dichas acciones han mostrado un gran impacto en el tiempo de estancia en los servicios de urgencias y Admisión Continua del Hospital Médica Sur y del Hospital de Especialidades del CMN “La Raza” como se analizó durante el benchmarking.

Evaluando todos los elementos, podemos comprobar la hipótesis de este estudio: las áreas de oportunidad para mejorar la calidad de la atención médica de los derechohabientes que acuden al servicio de Admisión Continua adultos se encuentran en la renovación de los procesos de atención que brinda el personal, acorde a la nueva infraestructura y modelo de atención dual del servicio.

Aplicar este modelo de proyecto de mejora continua en otras áreas del hospital permitirá reconocer las áreas de oportunidad donde sea aplicado y podrán generarse nuevas líneas de investigación que resulten en una buena percepción de la calidad de la atención por parte de los derechohabientes.

En conclusión fomentar la cultura de la calidad y ejecutar proyectos de mejora continua permite consolidar, innovar y detectar áreas de mejora en los servicios de salud que tienen un impacto significativo en su salud, además reduce la incertidumbre y el error médico asociado a la evaluación constante de los procesos, todo esto plasmado en una percepción positiva de la calidad de la atención y un alto cumplimiento de las necesidades de los derechohabientes, además aminorar los errores en los procesos de atención conlleva un impacto positivo en las finanzas de los establecimientos de salud y en el presupuesto nacional.

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. (2022, 26 de diciembre). Calidad de la atención médica. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1 .
- 2.- Saturno-Hernández, P.J. (2015). *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- 3.- Torres Samuel, M., & Vásquez Stanescu, C. L. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 18 (35), p.p. 57-76. Universidad Centroccidental Lisandro. Venezuela. <https://www.redalyc.org/pdf/880/88043199005.pdf>
- 4.-NOM-016-SSA3-2012 *Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*. Secretaria de Salud. 2012 (México).
- 5.- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (2017). Guía de buenas prácticas para establecimientos de atención médica hospitalaria. México. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/235312/Buenas_Practicas_Atencion_Hospitalaria-13-06-2017.pdf.
- 6.- Lucas-Imbernón, F.J., García-Fernández, C. (2006). Proyecto de mejora continua en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, Volúmen (4)*, 271-292. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-proyecto-mejora-continua-el-complejo-13091837>
- 7.- The Joint Commission. (2023, diciembre). Standards. <https://www.jointcommission.org/standards/>
- 8.- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, Volúmen (30)*, 864. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011
- 9.- Narro-Robles, J., & Ancer-Rodríguez, J. (2015). Manual “Modelo de Seguridad del Paciente SiNaCEAM”, Estándares del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Dirección General Adjunta de Articulación.
- 10.- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022, 28 de diciembre). *Encuesta de Calidad de la Atención Médica*. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENSAT/2010/ENSAT_10Dic_Cuestionario_2doNivel.pdf

- 11.-** Condey, R. P. (s. f.). *Ranking-Nacional*. Blutitude. <https://www.blutitude.com/resultados-ranking-2023/ranking-nacional-2023/>
- 12.-** Batalden, P., & Gillen T. (1989). *Hospitalwide Quality Improvement Storytelling*. Hospital Corporation of America.
- 13.-** Celis., Frías, C. Girón., Guerrero, D. (2017). Indicadores de calidad para evaluar el área de emergencias de una clínica. I Congreso Internacional de Ingeniería y Dirección de Proyectos III Congreso Regional IPMA- LATNET, (pp.119-130). Lima: Universidad de Piura.
- 14.-** World Health Organization: WHO. (2018, 23 agosto). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- 15.-** Padilla, E. M., Sarmiento-Medina, P., & Ramirez-Jaramillo, A. (2014). Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud. *Revista de salud pública*, 16(4), 585-596. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40556>
- 16.-** De Jesús Vizcaíno, A., Del Pilar Vizcaíno Marín, V., & Jasso, G. S. F. (2018). Análisis de la satisfacción de pacientes del servicio de urgencias en un hospital público de Jalisco. *Horizonte sanitario*, 18(1). <https://doi.org/10.19136/hs.a18n1.2103>
- 17.-** Dávila, F. A., Herrera, J., Yasnó, D., Forero, L., & Alvarado, M. (2017). Satisfacción en un servicio de urgencias según el Sistema de Aseguramiento en Salud. *Revista De Calidad Asistencial*, 32(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.010>
- 18.-** Burillo-Putze, G., Expósito-Rodríguez, M., Cinesi-Gómez, C., & Piñera-Salmerón, P. (2013). Satisfacción de los usuarios de las urgencias hospitalarias. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 185. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.004>
- 19.-** OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud. (2023, octubre). Cáncer. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- 20.-** INEGI. (2023, febrero). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Cancer.pdf
- 21.-** Robbins, S.P. (1989). *Organizational behavior: Concepts, controversies and applications*. Englewood Cliffs.
- 22.-** Saturno Hernández, P.J., & Imperatori, E., & Corbella, A. (1990). *Evaluación de la calidad asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

23.- Organización Mundial de la Salud. (2022, 20 de diciembre) *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.

24.- Secretaria de Hacienda y Crédito Público. (2023, 23 de enero). *Cuenta pública*. <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2018/tomo/VII/Print.GYN.01.INTRO>.

25.- Centro Médico Nacional «20 de Noviembre». (2023, 20 de enero). *Misión y visión*. <http://issste-cmn20n.gob.mx/quienes.ht>.

26.- Ipinza Riveros M. Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. *CuadMédSoc* (Chile) 2007; 47 (1):5-17.

12. ANEXOS.

Anexo 1.- Matriz de selección de elementos de evaluación en el servicio de Admisión Continua del “CMN 20 de Noviembre ISSSTE” por rubro de la “Calidad de la Atención” propuesta por la OMS

Tomado de Organización Mundial de la Salud. (2022, 26 de diciembre). Calidad de la atención médica. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1.

Objetivos	Efectividad	Seguridad	Atención Centrada en el Paciente	Oportunidad y Accesibilidad	Integración	Equidad	Sustentabilidad
Evaluación de la Infraestructura de Admisión Continua del “CMN 20 de noviembre, ISSSTE”							
Evaluación del Mobiliario de Admisión Continua del “CMN 20 de noviembre, ISSSTE”							
Evaluación del Equipo de Admisión Continua del “CMN 20 de noviembre, ISSSTE”							
Evaluación de la Calidad de Atención del Paciente en Admisión Continua							
Evaluación del Proceso de Atención del Paciente en Admisión Continua							
Evaluación de los Resultados del Proceso de Atención del Paciente en Admisión Continua							
Evaluación de la satisfacción de la atención del Proceso de Atención del Paciente en Admisión Continua							

Anexo 2.- Deconstrucción en Infraestructura, Equipo y Mobiliario para su evaluación en ítems presentado en tabla de puntajes y observaciones.

Tomado de NOM-016-SSA3-2012 *Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.* Secretaria de Salud. 2012 (México).

Ítems	Puntaje total	Puntaje obtenido
Infraestructura	11	
Equipo	6	
Mobiliario	5	
Total	22	

Evaluación

Observaciones

Infraestructura

*Ítem 242.
 NOM-016-SSA-2012
 Numeral 6.6.9.1.1

Mobiliario

*Ítem 255
 NOM-016-SSA-2012
 Numeral 6.6.9.1.2.13

Equipo

*Ítem 262
 NOM-016-SSA-2012
 Numeral 6.6.9.1.2.13

Anexo 3.- Ficha Técnica: Definición del abordaje del problema identificado en el proceso.

Tomado de Saturno-Hernández, P.J. (2015). *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Proceso									
Problema									
1 Causa Raíz	Soluciones Propuestas	Actividad	Responsable	Tiempo de Acción					

Proceso	Fuente de Datos	Instrumento de Recolección	Tipo de Muestra
Indicador			
Objetivo del Indicador	Nombre del Indicador		
	Estándar		
	Origen		
	Enfoque		
	Dimensión		
	Ámbito de aplicación		
	Presentación de los datos		
Fórmula	Actividades para la medición	Periodicidad	Responsable

Anexo 4.- Encuesta de Calidad en la Atención Médica para Unidad de Tercer Nivel, versión2019 Paciente / Familiar.

Tomado de Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022, 28 de diciembre). *Encuesta de Calidad de la Atención Médica*. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENSAT/2010/ENSat_10Dic_Cuestionario_2doNivel.pdf.

Folio:

Nombre de la Unidad Médica:

Fecha|_|_|-|_|_|

Hora de inicio: |_|_|:|_|_|

Hora de término: |_|_|:|_|_|

(día) (mes) (año) (formato de 24 h)

Nombre del encuestador:

Lugar de la aplicación de la encuesta:

Buenos días/tardes/noches, mi nombre es:

Entrevisto a personas que, como usted, utilizaron servicios de este hospital. El objetivo de la entrevista es preguntarle su opinión sobre el personal que lo atendió, su nivel de satisfacción con los servicios médicos y el trato recibido. La información que proporcione será confidencial. Ningún resultado del estudio hará referencia a personas en particular.

Sección 1. Datos de la persona encuestada o del informante

¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Edad: _____	_ _
Sexo	01 Mujer	_ _
Entrevistador: anote sin preguntar	02 Hombre	
¿Cuál es su estado civil?	1. 01 Soltera(o) 2. 02 Casada(o)/Unión libre 3. 03 Divorciada(o) 4. 04 Viuda(o) 5. 05 Separada(o) 99 NO SABE/NO RESPONDE	_ _

<p>¿Cuál es su último grado terminado de estudios?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 01 Ninguno 2. 02 Primaria incompleta 3. 03 Primaria terminada 4. 04 Secundaria 5. 05 Preparatoria, bachillerato o carrera técnica 6. 06 Universidad o más <p>99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p> _ _ </p>
<p>¿Cuál es su principal ocupación?</p> <p>Entrevistador: Anotar la respuesta textual y, en el momento de la codificación, reclasificar la respuesta en las opciones dadas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 01 Trabajador por cuenta propia 2. 02 Sector privado (no maestro) 3. 03 Sector agropecuario 4. 04 Obrero 5. 05 Ama de casa 6. 06 Estudiante 7. 07 Maestro 8. 08 Desempleado 9. 09 Pensionado o jubilado 10. 10 Sector público (no maestro) <p>98. 98 Otro _____ (Especifique)</p> <p>99. 99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p>_ _ _ </p>
<p>¿Fue usted la persona que recibió atención médica en el servicio de Admisión Continua Adultos del CMN "20 de Noviembre"?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Sí 2.- No 	<p> _ _ _ </p>
<p>¿Qué parentesco tiene con la persona a la que acompaña el día de hoy para recibir atención médica?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 01 Madre o padre 02 Hija o hijo 03 Hermana o hermano 04 Prima , tía, tío 05 Amigo (a) 06 Esposa, esposo, concubino, pareja 07 Nieta (o) 	<p> _ _ _ </p>

	98 Especifique	
Sexo del paciente	01 Mujer 02 Hombre	_ _
En general, ¿qué tan satisfecho o insatisfecho está con la atención médica que recibe en el servicio de Admisión Continua Adultos del CMN “20 de Noviembre” ?	1. 1 Muy satisfecho 2. 02 Satisfecho 3. 03 Ni satisfecho ni insatisfecho (ESPONTÁNEA) 4. 04 Insatisfecho 5. 05 Muy insatisfecho 99 NO SABE/NO RESPONDE	_ _

2.- Sección de Entrevista del Histórico y Evento Actual de Calidad en la Atención Médica

<p>En relación a la atención que recibía en el CMN "20 de Noviembre" en el servicio de Admisión Continua Adultos hace un año, ¿Usted cree que la atención ha mejorado, que ha empeorado o que sigue igual?</p>	<p>1. 01 Ha mejorado 2. 02 Sigue igual 3. 03 Ha empeorado 4. 04 No aplica</p> <p>99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>Pensando dentro de un año, ¿usted considera que la atención que recibirá mejorará, empeorará o seguirá igual?</p>	<p>1. 01 Mejorará 2. 02 Seguirá igual 3. 03 Empeorará</p> <p>99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>¿Es la primera vez que acude al servicio de Admisión Continua Adultos del CMN "20 de noviembre" ?</p>	<p>01 02 99</p> <p>Sí</p> <p>No</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>¿Cuál es el principal motivo por el que vino a atención?</p> <p>Encuestador: marque sólo la primera mención</p>	<p>1. 01 Por referencia del servicio de medicina familiar 2. 02 Por accidente 3. 03 Por enfermedad previa 4. 04 Por revisión o chequeo periódico</p> <p>98 Otra _____ (Especifique)</p> <p>99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>Desde su llegada al servicio de Admisión Continua hasta que la(o) atendió el médico, ¿cuánto tiempo pasó?</p>	<p>____ minutos ____ horas</p> <p>99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p> _ _ _ min. _ _ _ hr. _ _ _ </p>
<p>¿Cómo considera el tiempo que esperó?</p>	<p>1. 01 Muy corto 2. 02 Corto 3. 03 Normal (ESPONTÁNEA) 4. 04 Largo</p>	<p> _ _ _ </p>

	<p>5. 05 Muy largo</p> <p>99 NO SABE / NO RESPONDE</p>	
¿A qué atribuye esa espera?	<p>01 Falta de espacio en el área de 1er contacto</p> <p>02 Hay mucha gente 03 Lentitud del médico 04 Ausencias del personal/ no están en su lugar 05 Están mal organizados</p> <p>06 Cambio de turno 07 Los médicos estaban ocupados 08 Otro _____ (Especifique) 99 NO SABE / NO RESPONDE</p>	___ ___
Una vez que lo atendió el médico, ¿a qué servicio pasó?	<p>1 Hospitalización (cama) 02 Observación 03 Laboratorio 04 Otros estudios 05 Quirófano (cirugía) 06 Alta/medicina familiar 99 NO SABE / NO RESPONDE</p>	___ ___
¿Cuánto tiempo tardó en pasar de observación a cama (de hospitalización)?	<p>_____ minutos _____ horas _____ días 99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p>___ ___ min. ___ ___ hr. ___ ___ días ___ ___ </p>
El médico de urgencias que le atendió ¿le hizo preguntas sobre su estado de salud o padecimiento?	<p>01 Sí</p> <p>02 NO</p> <p>99 NO SABE / NO RESPONDE</p>	
¿El médico de urgencias le dio una explicación de su estado de salud o padecimiento?	<p>01 Sí</p> <p>02 No PASE A P45</p> <p>99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	· ___ ___

<p>¿Qué tan clara, o confusa fue la explicación del médico?</p>	<p>1. 01 Muy clara 2. 02 Clara 3. 03 Regular (ESPONTÁNEA) 4. 04 Confusa 5. 05 Muy confusa</p> <p>99 NO SABE / NO RESPONDE</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>Durante su estancia en este servicio, ¿le brindaron información a sus familiares acerca de su estado de salud, o no?</p>	<p>01 Sí 02 No</p> <p>99 NO SABE/NO RESPONDE</p>	<p> _ _ _ </p>
<p>¿Cómo calificaría la atención que le dieron en el servicio de Admisión Continua Adultos?</p>	<p>1. 01 Muy buena 2. 02 Buena 3. 03 Regular (ESPONTÁNEA) 4. 04 Mala 5. 05 Muy mala</p> <p>99 NO SABE / NO RESPONDE</p>	<p> _ _ _ </p>

Anexo 5. Evaluación para la certificación de Hospitales.

Tomado de Narro-Robles, J., & Ancer-Rodríguez, J. (2015). Manual "Modelo de Seguridad del Paciente SiNaCEAM", Estándares del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Dirección General Adjunta de Articulación.

Elementos a Evaluar	Observaciones
QPS.1	
¿Se ha elaborado un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente a partir del análisis de la información generada?	
¿ El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de toda la organización. ?	
¿Existen protocolos de atención estandarizados?	
¿Se implementan indicadores de seguridad y calidad?	
¿Se rediseñan procesos de riesgo para los pacientes?	
QPS.2	
¿Se ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del paciente de manera multidisciplinaria?	
¿El comité: sesiona periódicamente, define objetivos, funciones y es encabezado por el director?	
QPS.3	
¿La organización define prioridades para la calidad y la seguridad del paciente?	
¿La definición de las prioridades se fundamenta en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de la organización?	
¿ La identificación de riesgos y problemas incluye todos los riesgos y problemas de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones?	
¿ Se utilizan fuentes de información como evaluaciones de desempeño, información de quejas, notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas entre otros, para identificar riesgos y problemas?	
¿La identificación de los riesgos y problemas se lleva a cabo con la	

participación del personal involucrado en los procesos?	
¿ Los riesgos y los problemas se priorizan con la metodología definida por la organización?	
¿ Los riesgos y los problemas se analizan y se gestionan como base del desarrollo del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente?	
¿ Se implementan mejoras como resultado de este análisis?	
QPS 4.1	
<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente? 	
¿Existe Muerte materna ?	
<ul style="list-style-type: none"> ¿ Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre? 	
¿Se presenta un suicidio?	
<ul style="list-style-type: none"> ¿ Se presenta Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente? 	
Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados.	
El análisis del evento centinela no debe exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación del mismo.	
Como resultado del análisis causa-raíz se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.	

QPS 4.2	
Se ha establecido una definición operativa de evento adverso.4	
Se analizan los eventos adversos y se implementan acciones correctivas inmediatas.	
Se realiza un análisis de patrones y tendencias, al menos, dos veces por año.	
Como resultado de cada análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.	
<p>Se analizan los siguientes eventos y si corresponde se implementan mejoras:</p> <p>Todas las reacciones adversas relacionados a las transfusiones.</p> <p>Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios.</p> <p>Todas las reacciones adversas relacionadas a la sedación o anestesia.</p> <p>Todas las infecciones relacionadas a la atención médica.</p> <p>Todas las reacciones adversas a medicamentos.</p>	
QPS 4.3	
Las cuasifallas se notifican y analizan acorde al proceso que ha definido la organización.	

<p>Se realiza un análisis de patrones y tendencias de las cuasifallas, al menos, dos veces por año.</p>	
<p>QPS.5</p>	
<p>A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, la organización selecciona un proceso de atención clínica con alta variabilidad.</p>	
<p>Para estandarizar el proceso seleccionado se implementó una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, siguiendo los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar su aplicabilidad y respaldo científico. -Adaptar cuando es preciso, a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la legislación aplicable vigente. <p>Aprobar o adoptar formalmente por parte del establecimiento.</p> <p>Implementar para que su uso sea constante y efectivo.</p>	
<p>Se evalúa el apego mediante el uso de una herramienta</p>	
<p>Los resultados de la medición del apego se analizan para tomar decisiones.</p>	
<p>QPS. 7.</p>	
<p>Se identifican al menos, una vez por año, los procesos de riesgo relacionados con la seguridad del paciente, personal e instalaciones.</p>	

Se priorizan estos procesos de riesgo, acorde a la metodología elegida por la organización.	
Se realiza un Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF), al menos, una vez por año, sobre uno de los procesos identificados como de riesgo prioritario	
Se rediseña el proceso riesgo basándose en el análisis.	
Se implementa el proceso rediseñado y se da seguimiento.	
QPS.9.	
El establecimiento planifica e implementa mejoras utilizando un proceso coherente seleccionado por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.	
El establecimiento documenta las mejoras logradas y sostenidas.	
Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.	
Los cambios se planean y se prueban.	
Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.	
Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.	

Se hacen cambios a la política a fin de planear, llevar a cabo y sostener la mejora.	
Se documentan y difunden en todo el establecimiento las mejoras exitosas.	
QPS. 10	
Se ha definido un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	
Una persona capacitada con experiencia, conocimientos y nivel profesional pertinente, imparte la capacitación.	
El personal participa en la capacitación como parte de sus tareas laborales habituales.	
Cuando la capacitación es impartida por personal externo se demuestra conocimiento técnico, experiencia profesional, habilidades docentes.	
La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	
La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos, centinela y cuasifallas	

Elementos a Evaluar	Observaciones
QPS.1	
¿Se ha elaborado un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente a partir del análisis de la información generada?	
¿ El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de toda la organización. ?	
¿Existen protocolos de atención estandarizados?	
¿Se implementan indicadores de seguridad y calidad?	
¿Se rediseñan procesos de riesgo para los pacientes?	
QPS.2	
¿Se ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del paciente de manera multidisciplinaria?	
¿El comité: sesiona periódicamente, define objetivos, funciones y es encabezado por el director?	
QPS.3	
¿La organización define prioridades para la calidad y la seguridad del paciente?	
¿La definición de las prioridades se fundamenta en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas de la organización?	
¿ La identificación de riesgos y problemas incluye todos los riesgos y problemas de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones?	
¿ Se utilizan fuentes de información como evaluaciones de desempeño, información de quejas, notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas entre otros, para identificar riesgos y problemas?	
¿La identificación de los riesgos y problemas se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los procesos?	
¿ Los riesgos y los problemas se priorizan con la metodología definida por la organización?	

¿ Los riesgos y los problemas se analizan y se gestionan como base del desarrollo del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente?	
¿ Se implementan mejoras como resultado de este análisis?	
QPS 4.1	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente? 	
¿Existe Muerte materna ?	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿ Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre? 	
¿Se presenta un suicidio?	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿ Se presenta Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente? 	
Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados.	
El análisis del evento centinela no debe exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación del mismo.	
Como resultado del análisis causa-raíz se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.	
QPS 4.2	
Se ha establecido una definición operativa de evento adverso.4	

<p>Se analizan los eventos adversos y se implementan acciones correctivas inmediatas.</p>	
<p>Se realiza un análisis de patrones y tendencias, al menos, dos veces por año.</p>	
<p>Como resultado de cada análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.</p>	
<p>Se analizan los siguientes eventos y si corresponde se implementan mejoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todas las reacciones adversas relacionados a las transfusiones. Toda discrepancia importante entre los diagnósticos pre y postoperatorios. Todas las reacciones adversas relacionadas a la sedación o anestesia. Todas las infecciones relacionadas a la atención médica. Todas las reacciones adversas a medicamentos. 	
<p>QPS 4.3</p>	
<p>Las cuasifallas se notifican y analizan acorde al proceso que ha definido la organización.</p>	
<p>Se realiza un análisis de patrones y tendencias de las cuasifallas, al menos, dos veces por año.</p>	

QPS.5	
A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, la organización selecciona un proceso de atención clínica con alta variabilidad.	
<p>Para estandarizar el proceso seleccionado se implementó una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, siguiendo los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar su aplicabilidad y respaldo científico. -Adaptar cuando es preciso, a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la legislación aplicable vigente. <p>Aprobar o adoptar formalmente por parte del establecimiento.</p> <p>Implementar para que su uso sea constante y efectivo.</p>	
Se evalúa el apego mediante el uso de una herramienta	
Los resultados de la medición del apego se analizan para tomar decisiones.	
QPS. 7.	
Se identifican al menos, una vez por año, los procesos de riesgo relacionados con la seguridad del paciente, personal e instalaciones.	
Se priorizan estos procesos de riesgo, acorde a la metodología elegida por la organización.	

Se realiza un Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF), al menos, una vez por año, sobre uno de los procesos identificados como de riesgo prioritario	
Se rediseña el proceso riesgo basándose en el análisis.	
Se implementa el proceso rediseñado y se da seguimiento.	
QPS.9.	
El establecimiento planifica e implementa mejoras utilizando un proceso coherente seleccionado por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.	
El establecimiento documenta las mejoras logradas y sostenidas.	
Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.	
Los cambios se planean y se prueban.	
Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.	
Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.	
Se hacen cambios a la política a fin de planear, llevar a cabo y sostener la mejora.	

Se documentan y difunden en todo el establecimiento las mejoras exitosas.	
QPS. 10	
Se ha definido un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	
Una persona capacitada con experiencia, conocimientos y nivel profesional pertinente, imparte la capacitación.	
El personal participa en la capacitación como parte de sus tareas laborales habituales.	
Cuando la capacitación es impartida por personal externo se demuestra conocimiento técnico, experiencia profesional, habilidades docentes.	
La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	
La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos, centinela y cuasifallas	

Anexo 7. Indicadores de Calidad y Tiempo, propuesto por Celis Et.al 2018.

Nombre del Indicador	Definición	Cálculo
Higiene en personal médico y de asistencia	Hace referencia al grado de compromiso con la conservación de la salud y prevención de las enfermedades por parte del personal médico y asistencial, mediante el cumplimiento de las medidas de bioseguridad establecidas por la Organización Mundial de la Salud en sus manuales (Alfa 2010).	HPMA = Pcmb/Tpr (%)
Tasa de satisfacción por infraestructura y equipamiento	Hace referencia al grado de satisfacción que poseen los usuarios en base a la comodidad percibida con respecto al mobiliario, equipo e infraestructura. Pacientes satisfechos con la infraestructura y equipamiento (Psie)	TSIE= Psie/Tpe (%)
Tiempo medio de espera para primera atención facultativa	Hace referencia al tiempo promedio transcurrido desde la hora de llegada del paciente al área de Admisión Continua, hasta que se realiza el primer contacto personal con un médico. Total de Servicios (Ts)	TMEPAF= Δ Taf/Ts (%)
Tasa de satisfacción por accesibilidad por Admisión Continua	Evalúa que existan todas las condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, considera aspectos tales como: ubicación de la clínica, presencia de ambulancias, escaleras, ascensores, puertas con acceso a la planta baja. Pacientes satisfechos con la accesibilidad a Admisión Continua (Psae)	TSAE= Psae/Tpe (%)
Presencia de protocolo médico y asistencial	Bajo este indicador, se incluyen dos indicadores	PPMA= Nppf/ Tnpe (%)

	<p>que muestran la existencia de atención tanto en el personal médico y en el asistencial. Este indicador puede ser medido:</p> <p>Bajo enfoque físico: Número de protocolos presentes físicamente en el área de emergencias (Nppf).</p> <p>Bajo un enfoque intelectual: Número de profesionales que conocen el protocolo (Npcp).</p>	
Tasa de mortalidad en Admisión Continua	<p>Mide la proporción de pacientes fallecidos en las instalaciones de Admisión continua, con respecto al total de pacientes con prioridad I (Npp1) que fueron atendidos durante un mismo periodo, es decir aquellos pacientes que con riesgo vital inminente que necesitaban de atención médica urgente y cuya demora puede ocasionar graves consecuencias cuanto a su mortalidad.</p>	$TME = Nd / Npp1 (\%)$
Tasa de retorno a Admisión Continua (Tasa de reingresos)	<p>Se basa en el retorno de los pacientes con los mismos síntomas dentro de las 48h desde que fue atendido y dado de alta por el personal médico de Admisión Continua del centro médico nacional.</p>	$RSF = Npief / Nptef (\%)$

Anexo 8. Carta de aviso de privacidad



GOBIERNO DE
MÉXICO



ISSSTE
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
Dirección
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMBIOÉTICA 09-CEI-001-20210303

AVISO DE PRIVACIDAD

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Mejora de la Calidad en la Atención Médica en el Servicio de Admisión Continua del Centro Médico Nacional "20 de noviembre" ISSSTE.

Número de registro: _____

El presente Aviso de Privacidad tiene como objeto informarles sobre el tratamiento que se le dará a sus datos personales cuando los mismos son recabados, utilizados y almacenados.

Investigador responsable de recabar sus datos personales, de su uso y protección:

Nombre: Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruiz

Domicilio: Av. Félix Cuevas 540 Col. Del Valle CP 03100 alcaldía Benito Juárez Ciudad del México.

Teléfono: 5552005003 Ext 86852

Correo electrónico: ignaciofvr@yahoo.com

Su información personal será utilizada con la finalidad de *Evaluar la calidad del servicio brindado*, para lo cual requerimos obtener los siguientes datos personales: *fecha de nacimiento, sexo, tipo de derechohabiente* estos datos son considerados como sensibles de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted serán tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomaran para ello serán: utilizar siglas y códigos numéricos y se almacenaran en *Archivo electrónico a cargo del investigador principal, para su posterior análisis estadístico*.

Los datos que usted nos proporcione no serán compartidos con otras instancias o instituciones y únicamente serán usados por el equipo de investigadores para este proyecto.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida al investigador responsable Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruiz o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación del CMN "20 de Noviembre", Dr. Ricardo Ortega Pineda. Tel. 52003544.

DECLARACION DE CONFORMIDAD: Manifiesto estar de acuerdo con el tratamiento que se dará a mis datos personales

Nombre y firma del paciente:

Fecha:

C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE
COMITÉ DE ÉTICA



1/1



Presidente del Comité de Ética en Investigación: Dr. Ricardo Ortega Pineda
Av. Félix Cuevas 540 Col. Del Valle. C.P. 03100 Alcaldía Benito Juárez. Ciudad de México.
Tel (55) 52005003 www.gob.mx/issste



2023
Francisco
VILLA