

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
**Escuela de Salud Pública de México**  
**Maestría en Salud Pública**

Proyecto de mejora continua para la atención con calidad de los  
pacientes con Diabetes tipo 2 y Riesgo Cardiovascular  
en la Jurisdicción Sanitaria V Salamanca, Gto.

**Proyecto Terminal Profesional para obtener el grado de Maestro en Salud  
Pública con área de concentración en administración de servicios de Salud.**

César Guerra Vázquez

Director de proyecto

Mtro. Rodolfo Méndez Vargas

Asesor

Mtra. Rosaura Ramírez Ayala

## Resumen

**Objetivo:** Realizar un proyecto de mejora continua para mejorar la atención con calidad en pacientes con DM y RCV en las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria V Salamanca, Gto.

**Material y Métodos:** Se realizó un diagnóstico situacional del programa en finales del año 2009, con el cual se identificaron las áreas de oportunidad en el programa adulto mayor en las unidades de salud de esta jurisdicción. Mediante un análisis de las variables que afectaban de manera negativa al programa, se programaron capacitaciones en el personal médico y de enfermería para reforzar los conocimientos de las técnicas básicas de antropometría como la toma y registro correcto de la toma de presión arterial, circunferencia de cintura y cálculo del Índice de masa corporal, además de las metas de tratamiento de los pacientes con DM tipo 2, HTA, Obesidad, Dislipidemias y Síndrome Metabólico. De igual forma se refuerzan los conocimientos sobre el manejo del tarjetero, registro de la información en sistemas oficiales (Hoja diaria, tarjeta de control y seguimiento de pacientes con alguna Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT), concentrados intermedios, SIS, SUIVE). De igual forma, se capacito en la acreditación de grupos de ayuda mutua para lograr tener un mejor control metabólico y antropométrico de los pacientes con ECNT de las unidades de salud de esta Jurisdicción. Se diseñó un instrumento específico para las supervisiones y seguimiento del programa en los módulos de las unidades de salud.

**Resultados:** Con el diseño de la intervención de mejora, se logró incrementar los porcentajes de control de los pacientes con DM tipo 2 en un 7.8% en relación al año previo y para los pacientes con Riesgo Cardio Vascular (RCV) 6.3%, se acreditaron 7 Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y 2 re acreditados. Con esto, la jurisdicción logro el 2º lugar en el programa de RCV a nivel estatal. Se visitaron un poco más de la mitad de las unidades de salud para supervisión y seguimiento del programa con la guía de asesoría y detección de áreas de oportunidad del programa adulto mayor.

**Conclusiones:** Con un diagnóstico situacional de cualquier programa de salud, se pueden obtener muchos datos que nos permiten identificar 2 áreas de oportunidad básicas: Las propias de los pacientes y las de los servicios de salud, que es en donde hay más deficiencias y que para poder mejorar las primeras, es necesario que se corrijan las segundas. El personal de salud de cualquier unidad, debe de estar debidamente capacitado y conocer la parte administrativa de la operatividad de los programas, con el único fin de que se le dé seguimiento puntual a las metas, objetivos e indicadores que se manejan de cualquier nivel.

## *Agradecimientos*

*A todos los maestros que transmitieron sus conocimientos, en especial al Maestro José de Jesús Vértiz y al Mtro. Rodolfo Méndez Vargas por enseñarme otra forma de ver la salud.*

*Pero en especial quiero darle las gracias a mi esposa y mi hijo, que me dieron todo su apoyo, por los fines de semana sin estar con ellos, las horas que no pude estar a su lado, los partidos de fútbol a los que no lleve a mi hijo, pero que al final del día, valió la pena todo el esfuerzo, pues aprendí a hacer mi trabajo con mejores herramientas y que me han permitido ver la salud con otra visión.*

*A todos gracias.*

*Si no sabes a dónde vas, entonces para que caminas...*

## CONTENIDO

1.- Introducción	6
2.- Justificación	8
3.- Contexto Organizacional	13
4.- Marco de referencia	19
5.- Estudio de factibilidad	33
6.- Descripción de la Experiencia	38
7.- Aprendizajes	56
8.- Conclusiones	59
9.- Recomendaciones	60
10.- Referencias Bibliográficas y documentales	61

# Introducción

---

La diabetes y las enfermedades cardiovasculares son un reto creciente para nuestro sistema de salud, no solo por sus repercusiones epidemiológicas, sino también por sus consecuencias económicas y sociales. En la actualidad, millones de mexicanos sufren de alguno de estos padecimientos, generando un desembolso de fuertes sumas de dinero para su control y tratamiento, no solo familiar, sino también institucional, lo que representa un gran porcentaje de sus presupuestos. Se calcula que el gasto en estas enfermedades en el año 2006 fue de 39,911 millones de pesos, lo que equivale al 7% del gasto en salud total y a 0.4% del Producto Interno Bruto (PIB) nacional. El 73% fue financiado por el sector público principalmente por la seguridad social y el resto por el sector privado.<sup>1</sup>

Con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que inicia actividades en el año 2004, se han afiliado un gran porcentaje de Familias a este sistema, lo cual implica, que se le deba atender de manera oportuna, con calidad y sobre todo, con un enfoque preventivo de acuerdo a las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) 2008. Este sistema también dio mayor apoyo financiero a los programas de acción que actualmente llevamos en la Jurisdicción, dotando a las unidades de nuevos y mejores medicamentos para el control de estos padecimientos, así como del incremento de la plantilla del personal médico y de enfermería.

Al hablar de calidad de atención con calidad, existen 2 aspectos principales:

1) Contar con un equipo de salud con mejores conocimientos en los procesos de atención en la consulta externa para garantizar que las mediciones antropométricas que se realizan a los pacientes son exactas y precisas<sup>2</sup>, y

2) Al porcentaje de pacientes con Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad entre otras más, que han logrado alcanzar las metas de tratamiento de manera mensual como marca la normatividad, disminuyendo el riesgo de tener complicaciones a edades tempranas, incrementando su calidad de vida y disminuyendo los gastos en salud para la familia del paciente y de las instituciones.

En el mes de Abril del 2009, se cambio de responsable del programa del Adulto Mayor a nivel de la Jurisdicción; se realizo el Diagnostico situacional del programa, se diseñaron e implementaron instrumentos impresos y electrónicos, Guías de asesoría y supervisión, Verificadores Patrón de esfigmomanómetros aneroides, entre otras cosas más, que han permitido tener un mejor desempeño, mejorando los indicadores que se evalúan cada trimestre, así como también muchos otros procesos de otros programas. Toda esta información e instrumentos de apoyo comentados, no existían en la Jurisdicción antes del mes de Abril del 2009.

---

<sup>1</sup> Cuentas en DM, enfermedades cardiovasculares y obesidad, Leticia Ávila Burgos, INSP, 2006.

<sup>2</sup> **Exactitud** es la Capacidad para obtener una medición que corresponda a la realidad, y

**Precisión** es la capacidad de repetir la medición del mismo sujeto con la mínima variación.

En relación a la mejora de los procesos en la atención de los pacientes, se realizó una revisión de la forma en que están siendo aplicados por el personal médico y de enfermería, con el fin de detectar áreas de oportunidad para mejorar, y que adquieran más habilidades y destrezas en las técnicas básicas de mediciones antropométricas y en el manejo correcto de las fuentes de información primaria como son las hojas diarias y los tarjeteros, reconociendo cuáles son las metas de tratamiento para los pacientes y su manera correcta de reportarlos en el Sistema de Información en Salud (SIS).

El diseño y aplicación de la **Guía de asesoría y detección de áreas de oportunidad** dio como resultado las debilidades que tiene el personal de las unidades de salud en el programa de Adulto Mayor. La guía contiene reactivos que permiten verificar la estructura, los procesos y resultados, mediante una ponderación y análisis por metodología vectorial, identificando en qué componente del programa hay mayores áreas de mejora, en cuáles se tiene que reforzar y en cuáles otros se debe de continuar de acuerdo a los logros obtenidos. Dicha guía se diseñó para realizar el diagnóstico del programa y para el seguimiento de las visitas de asesoría, pues este instrumento no existía en la Jurisdicción. Una vez que se tiene la guía con los datos de la unidad, se captura en la computadora y de manera automática nos da el resultado de la visita de asesoría.

Se diseñó un programa informático (en Excel), para el análisis de la información mensual del Sistema de Información en Salud (SIS), el cual permite tener la evaluación de los Indicadores Caminando a la Excelencia (ICE) de cada una de las 57 unidades de salud así como los concentrados por municipio y de la Jurisdicción en un tiempo menor a 2 horas, permite identificar áreas de oportunidad mediante la semaforización de los mismos, y sus logros alcanzados de manera mensual y anual. Se cuenta además con los procesos específicos para realizar estas evaluaciones.

La capacitación es uno de los puntos más importantes para poder realizar las actividades del programa con un sustento firme, científico y con enfoque de riesgo. Estas se realizan en forma de taller, con una metodología participativa, donde los asistentes adquieren habilidades y destrezas para la realización de las actividades cotidianas de la consulta, garantizando un mejor conocimiento y que perdure.

Por último, la supervisión como mecanismo de control y vigilancia, ha permitido realizar ajustes en las actividades que se identifican aun con fallas, para poder alcanzar los objetivos planeados, hacer mejor el trabajo en las unidades operativas, evaluándolos y dándoles seguimiento oportuno. Para este fin, se propone el término de **Espirales de mejora**, como se explicará más adelante, el cual permitirá que el personal de las unidades de salud, entienda mejor los 4 puntos del ciclo de Deming.

Al realizar lo anteriormente descrito, y al lograr resultados positivos, no solo tendrá un impacto en el programa del adulto y adulto mayor, también mejorará otros procesos de la consulta externa relacionados con la toma de signos vitales y mediciones antropométricas (**Efecto Mariposa en Salud**<sup>3</sup>):

---

<sup>3</sup> El *efecto mariposa* dice que cualquier pequeña perturbación, o modificación en las condiciones iniciales del sistema puede tener una gran influencia sobre el resultado final. Edward Lorenz, 1960.

Mejor control y seguimiento de los pacientes con Obesidad, HTA y síndrome metabólico, diagnósticos más precisos y exactos de Hipertensión Arterial, obesidad y síndrome metabólico con una baja en la incidencia y mejorando el sobre registro, mejor seguimiento de los niños en control nutricional identificando a aquellos que realmente tengan desnutrición o talla baja, mejor control y seguimiento de las embarazadas captadas en la unidad, logrando identificar de manera oportuna datos de pre eclampsia para que puedan ser referidas a una unidad de mayor complejidad para su manejo oportuno, disminuyendo el riesgo de una muerte materna y/o perinatal, entre otros más.

## Justificación

---

“Caminando a la Excelencia” es una iniciativa de evaluación de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (SPPS), coordinada por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), cuyo objetivo es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes Programas para contribuir al logro de mejores condiciones de salud para la población disminuyendo los rezagos en salud, y así cumplir con las metas del Programa Nacional de Salud 2006 – 2012.

A través de esta metodología, se evalúa el desempeño del Programa de Salud del Adulto y del Anciano con indicadores diseñados de manera rigurosa, con fuentes de información formal, homogéneas, confiables y disponibles, de los componentes de Diabetes, Obesidad, Hipertensión Arterial, dislipidemias, síndrome metabólico y envejecimiento, y que permiten identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño del personal operativo y contribuir al logro de condiciones de salud positivas para la población.

Los Indicadores Caminando a la Excelencia por otro lado, **no evalúan la estructura y los procesos** que realizan el personal de salud en sus actividades de la consulta externa, como la toma de presión arterial, mediciones antropométricas y manejo adecuado de las fuentes de información oficial, lo que trae como consecuencia, un sub y sobre registro de los datos obtenidos durante la consulta del paciente.

Existen dos variables importantes que se deben de tomar en cuenta cuando hablamos de atención con calidad:

- a) Los propios del paciente y
- b) Los atribuibles a los servicios de salud.

En el primer caso se encuentran todas aquellas circunstancias en las que el paciente vive y que influyen para alcanzar las metas de tratamiento, como la edad, el nivel educativo, estrato social, ocupación, mitos y creencias, entorno social y familiar, contexto en el que se desenvuelve, las complicaciones que pueda tener o el tipo de tratamiento que se le esté administrando, entre otros.

De los atribuibles a los servicios de salud tenemos el acceso, grado académico del personal, las capacitaciones previas que han tenido, la habilidad para realizar las técnicas básicas de antropometría, el sistema de abasto, el conocimiento de la normatividad vigente y aunque no menos importante pero si de mucha trascendencia, la actitud y compromiso del personal de salud, en especial del de base.

Para poder contar con información de la estructura, los procesos y los resultados que realiza el personal operativo, se diseño la **Guía de asesoría y detección de áreas de oportunidad**, que es un instrumento de asesoría específico para el programa, evaluando mediante una ponderación por componente y un índice de desempeño total del programa. Los resultados obtenidos se envían a los directores municipales y se programan actividades específicas en la unidad de salud y/o todo el municipio, para ir mejorando los procesos y la atención con calidad.

De igual forma, y para garantizar lo anterior, se deberá de tener un programa de calibración y verificación de los equipos de antropometría semanal, mensual y semestral, en las básculas y esfigmomanómetros de todas las unidades de salud, para garantizar que los resultados obtenidos sean más exactos y con mayor precisión.

En la Jurisdicción Sanitaria V, por varios años el programa del adulto mayor no ha tenido impacto en las evaluaciones de los Indicadores Caminando a la Excelencia ni en el personal de salud, y esto tiene que ver con las actividades y compromiso tanto de las autoridades Jurisdiccionales y municipales, pero en especial de los anteriores responsables de programa. Por esto, se tiene la necesidad de analizar los procesos actuales, valorar su utilidad y su vigencia, para poder dar seguimiento con la metodología previamente establecida, o bien implementar otras acciones que permitan hacer con mayor eficiencia, eficacia y precisión, las actividades tanto en el Programa Operativo Anual (POA) como en el programa de trabajo.

Debido a esto, en los meses de Abril y Mayo del año 2009, se realizo un diagnostico situacional del programa en los 6 municipios de esta Jurisdicción, cuyo objetivo general fue identificar las áreas de oportunidad mediante la aplicación y análisis de las guías de asesoría, con el fin de implementar acciones que permitan mejorar los procesos que se realizan por parte del personal operativo y que se vean reflejados en una mejor atención a los pacientes y en las evaluaciones. Los resultados obtenidos se pueden ver en la tabla 1.

**Tabla 1: Resultados del Diagnostico situacional del programa 2009**

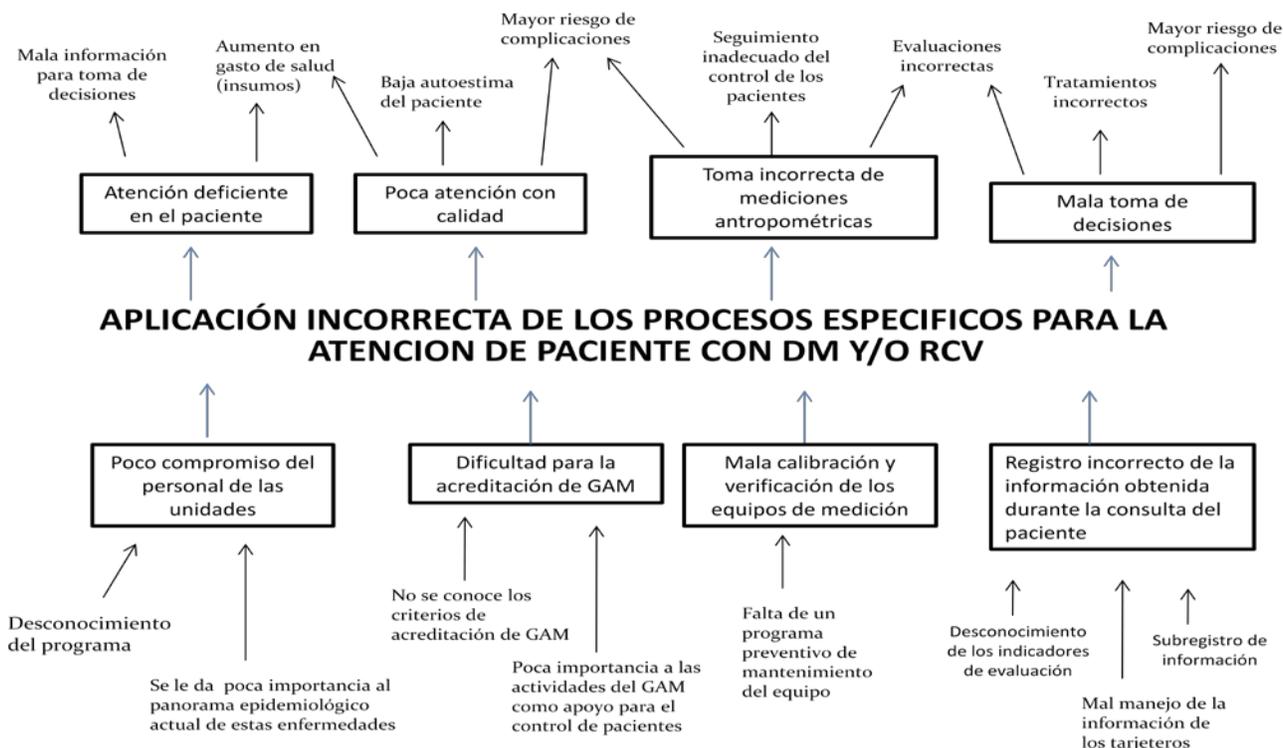
80 a 100	65 a 80	50 a 65	< 50
EXCELENTE	SATISFACTORIO	MINIMO	PRECARIO

COMPONTE	Valor máximo ponderado	DESEMPEÑO POR COMPONENTE						
		JARAL	MOROLEON	SALAMANCA	URIANGATO	VALLE	YURIRIA	Promedio Jurisdiccional
DIABETES	30	9.77	16.05	20.23	24.42	18.14	20.93	18.26
RIESGO CARDIO VASCULAR	30	16.25	18.75	20.00	22.50	12.50	22.50	18.75
PROSTATA	10	5.56	10.00	5.56	10.00	6.67	6.67	7.41
ENVEJECIMIENTO	10	3.00	0.00	6.00	10.00	0.00	7.00	4.33
MEDICAMENTOS	20	13.75	16.25	13.75	16.88	14.38	19.38	15.73
<b>INDICE DE DESEMPEÑO VECTORIAL GLOBAL DEL PROGRAMA</b>		<b>48.32</b>	<b>61.05</b>	<b>65.54</b>	<b>83.79</b>	<b>51.68</b>	<b>76.47</b>	<b>64.48</b>

Fuente: Resultados de las Guías de Asesoría aplicadas en los 6 municipios.

La información recolectada en el diagnóstico, se analizaron por medio de la técnica del árbol de problemas y del árbol de objetivos, con los siguientes datos:

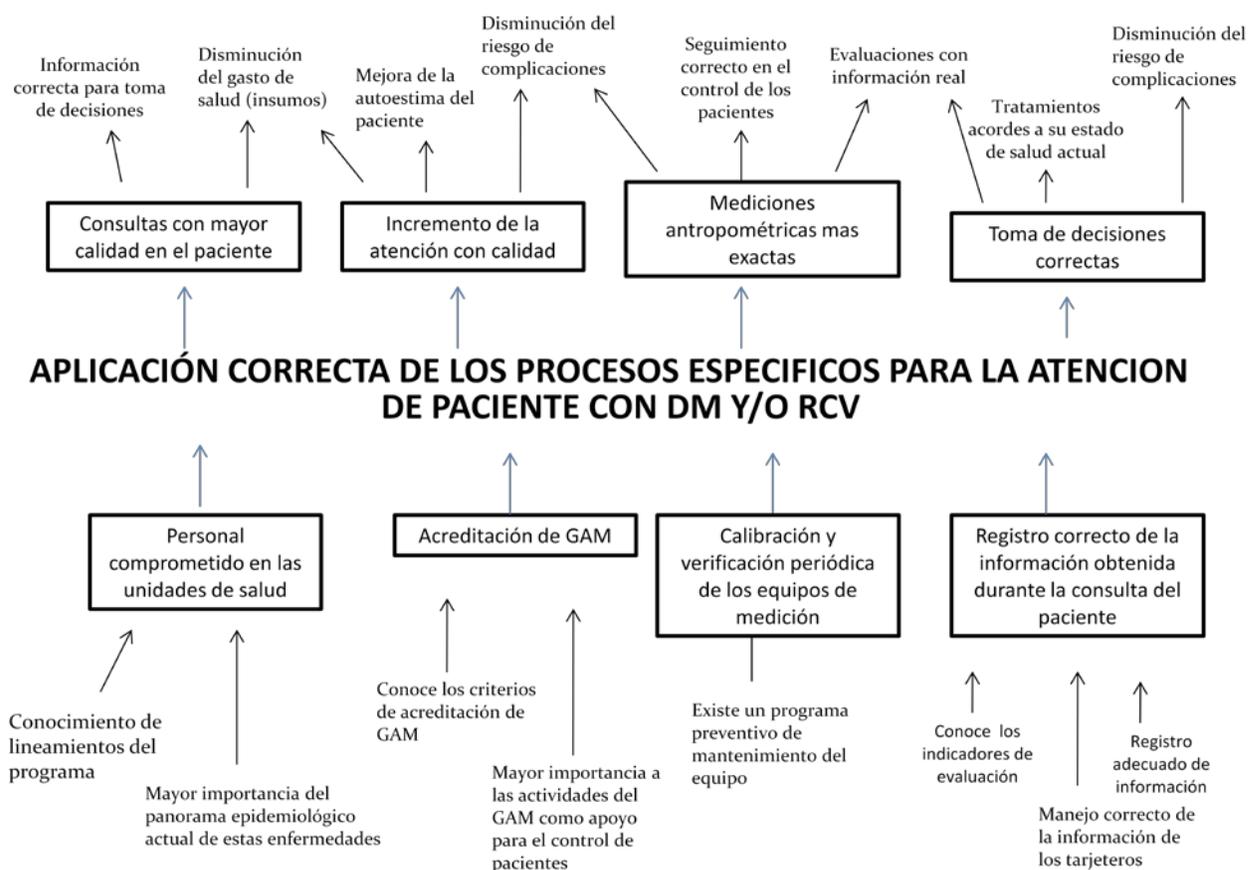
## ARBOL DE PROBLEMA



Al analizar las causas que originan una aplicación incorrecta a los procesos de atención en los pacientes con DM y/o RCV, con el apoyo de los responsables de programa de los municipios, se llegó a la conclusión que el mayor problema para el programa y en especial para lograr una mejor atención con calidad, es el conocimiento que el personal operativo debería de tener en los siguientes procesos:

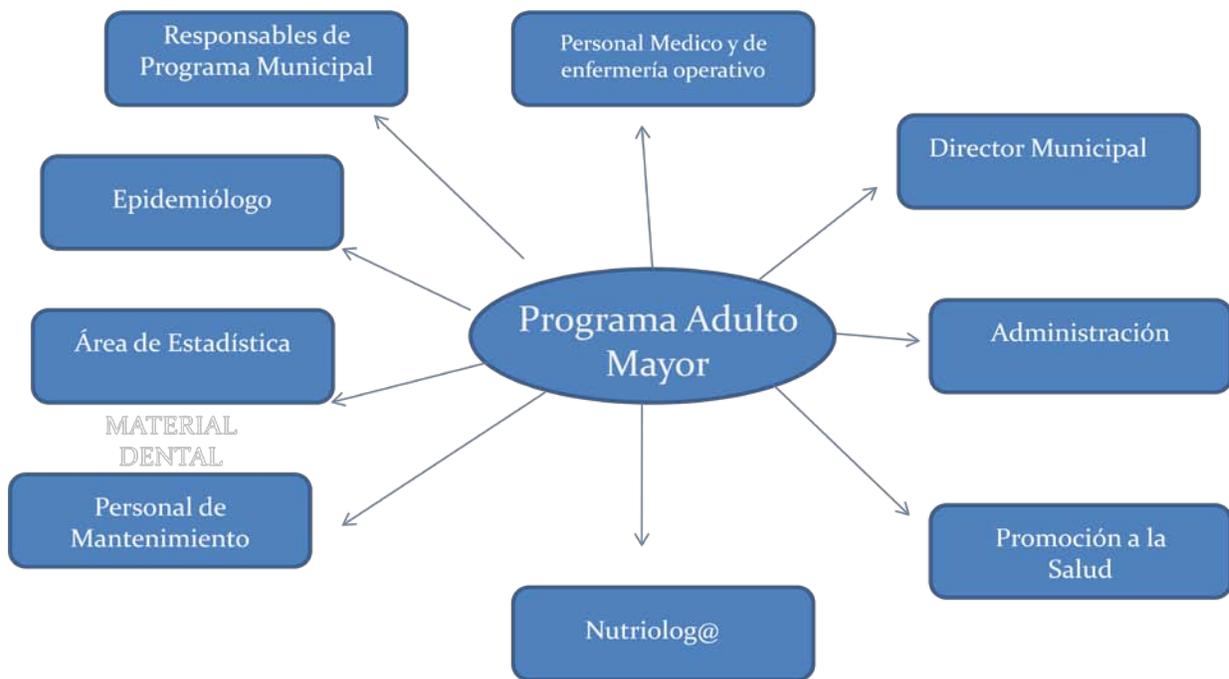
- Mantenimiento preventivo de los equipos de medición antropométrica
- Conocer las técnicas básicas y adquirir habilidades para realizar las mediciones antropométricas
- Conocimiento de los criterios para acreditar los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)
- Manejo adecuado del tarjetero del programa de crónico y los valores de las metas de tratamiento para su registro en el SIS
- Garantizar que en las unidades de salud se cuente con medicamentos suficientes que sirvan de apoyo para lograr alcanzar las metas de tratamiento así como insumos para determinar si el paciente se encuentra controlado, como tiras reactivas para glucosa, colesterol, triglicéridos, etc.

## ARBOL DE OBJETIVOS



En el árbol de objetivos se identifica que si se mejoran los procesos de los problemas antes mencionados, se puede llegar a tener un mejor control de los pacientes, pues como en el caso de las mediciones antropométricas que no se realizan de manera correcta, el impacto que se tiene en el control de los pacientes es malo, y si se suma el desconocimiento de los valores de corte para reportar en Sistema de Información en Salud (SIS) a un paciente como controlado, hay desmotivación en el paciente al no poder decirle con datos exactos ni precisos, que está en control de su padecimiento, y en las evaluaciones al subestimar los datos obtenidos con estas técnicas de medición incorrectas.

Para poder realizar los procesos de mejora, es necesario involucrar a los siguientes personajes:



Como conclusiones del diagnostico, se encontraron básicamente 4 áreas de oportunidad sobre las cuales se trabajaron con el personal operativo a partir del mes de Mayo de 2009:

- Técnicas antropométricas
- Certificación de GAM
- Atención con calidad (pacientes con mejor control metabólico)
- Calibración y verificación de esfigmomanómetros

## Contexto Organizacional

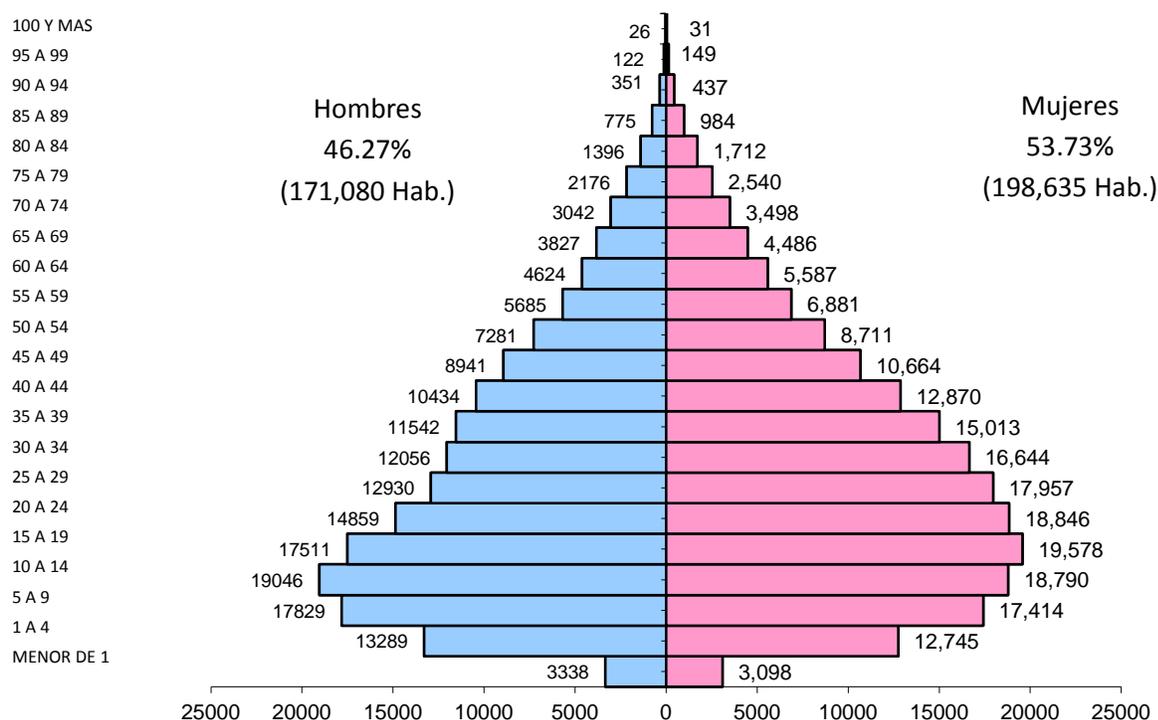
Para la atención y eficiente despacho de los asuntos de competencia del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG), este cuenta con órganos administrativos desconcentrados por territorio que le son jerárquicamente subordinados, tienen facultades que les otorga el Reglamento Interior del ISAPEG, y las específicas que les confiera el Director General del ISAPEG. Dichos órganos se denominan Jurisdicciones Sanitarias, que son Unidades de Coordinación de Servicios a las que se delegan no solo facultades, también responsabilidades y recursos para la atención de núcleos demográficos residentes en áreas geográficas determinadas, como en el caso de la Jurisdicción Sanitaria V, con sede en la Ciudad de Salamanca, Guanajuato, la que está dividida en 6 municipios: Salamanca, Valle de Santiago, Jaral del Progreso, Yuriria, Moroleón, Uriangato.

Figura 1: Mapa de la localización de la Jurisdicción Sanitaria V



La población total de los 6 municipios es de 542,650 habitantes<sup>4</sup>, con una cobertura de población sin derechohabiencia del 68.13% (369,715 habitantes), a la que se le da atención directa por parte de las 57 unidades de Salud de la Jurisdicción Sanitaria. La población está distribuida de la siguiente manera:

**Figura 2: Pirámide de Población 2010 Jurisdicción Sanitaria V Salamanca**



Fuente: Población CONAPO 2010 sin Derechohabiencia, Jurisdicción Sanitaria V Salamanca, Gto.

El área de influencia y responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria V representa una región densamente poblada, con predominio del sexo femenino que de acuerdo a la pirámide poblacional, se encuentran en edades productivas que oscilan entre los 14 y los 45 años, y en el caso de los hombres, con un índice importante de migración.

Esto adquiere mayor importancia si tomamos en cuenta la reciente reforma que en materia de salud vive nuestro país desde abril de 2003, consistente básicamente en la reforma a la Ley General de Salud donde se establece el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)<sup>5</sup>, el que entró en operación en enero de 2004 y que pretende cubrir a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional, junto con sus familias, en un lapso aproximado de 7 años.

<sup>4</sup> Fuente: Proyecciones CONAPO 2010.

<sup>5</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003

A la fecha, el total de intervenciones de salud del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) 2010 es de 275, que incluyen de forma explícita y pormenorizada una cobertura de 1,407 enfermedades de acuerdo a subcategorías de CIE – 10 con sus respectivos medicamentos, que cubren más del 90% de las causas de atención ambulatoria y hospitalaria de las instituciones públicas del país.

Sin duda entonces, el SPSS constituye hoy el eje rector de la política en la prestación de servicios de salud en nuestro estado de Guanajuato, lo que se traduce en una gran responsabilidad para la Secretaría de Salud Estatal y para la Jurisdicción Sanitaria V, respecto a la gestión, aplicación responsable, eficiente y eficaz de los recursos, a través de lo cual únicamente podremos traducir éste histórico beneficio para nuestra población afiliada, en servicios de salud y atención médica efectiva, otorgada con calidad, calidez, y profesionalismo, con infraestructura digna y acorde con las necesidades propias de cada región y con personal suficiente y profesionalizado, cumpliendo con las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud.

Para entender el alcance de las Jurisdicciones Sanitarias, a continuación se presentan las principales atribuciones que tienen relación con el programa del adulto mayor y que le confiere la ley para la prestación de los servicios, el manejo correcto y responsable de los recursos humanos, materiales y económicos, sin descuidar la parte técnica especificada en las normas oficiales de salud<sup>6</sup>:

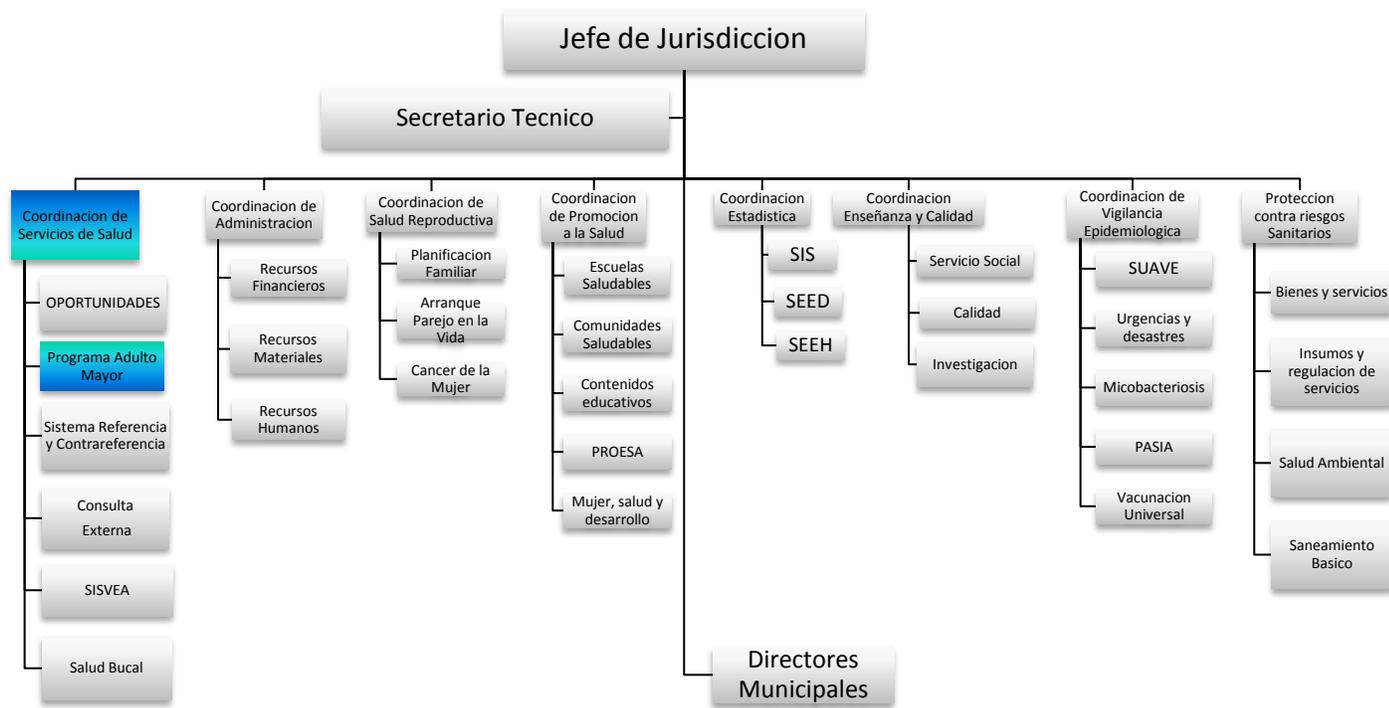
- I.- Organizar y supervisar conforme al modelo de atención a la salud, la prestación de servicios de atención médica para población abierta;
- IV.- Asesorar y apoyar técnicamente en el ejercicio de sus funciones a las unidades aplicativas;
- V.- Formular y ejecutar el programa anual de supervisión y evaluación de la operación de las unidades médicas de su área de influencia, así como informar a la Dirección General de Servicios de Salud sobre el avance, resultados y acciones correctivas adoptadas;
- VI.- Coordinar la ejecución de los Programas en materia de salud implementadas por el Estado y la Federación;
- XI.- Adquirir los bienes e insumos que se requieran, observando las normas aplicables;
- XV.- Participar en la actualización del Programa Estatal de Salud y el Programa Operativo Anual;
- XX- Desarrollar y operar el Sistema Estadístico en salud, en coordinación con las unidades de primer nivel, de conformidad con la normatividad aplicable;
- XXI.- Integrar la información en salud, conforme al Sistema Estatal de Información Básica;

---

<sup>6</sup> Modificación al Reglamento Interior del ISAPEG, decreto Gubernativo Numero 268, publicado en el DOF el 19 de Mayo del 2006

Dentro de la estructura orgánica de la Jurisdicción Sanitaria V, podemos señalar que está integrada por 6 direcciones municipales, 8 coordinaciones y un secretario técnico, quienes coordinan y operan los programas de acción con el apoyo de los responsables de programa, como se muestra en el siguiente organigrama:

Figura 3: Organigrama de la Jurisdicción Sanitaria V Salamanca



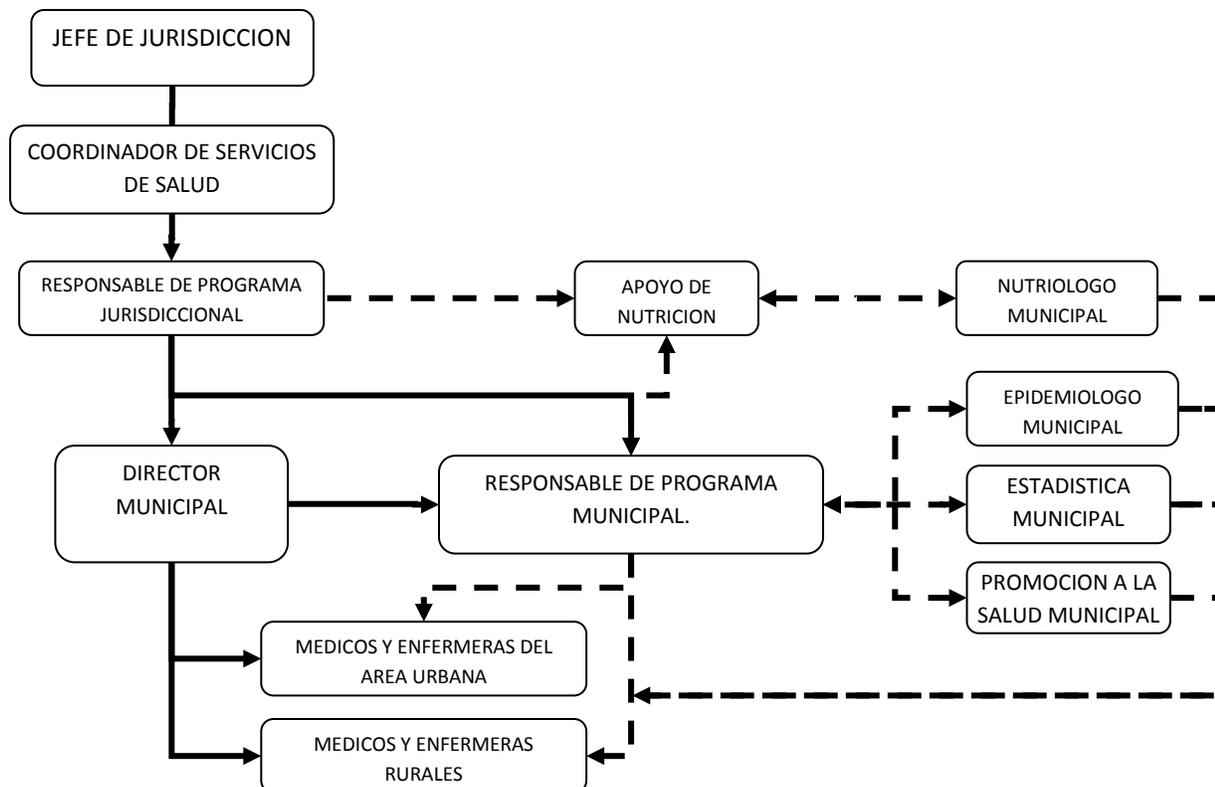
Como se observa en el organigrama, cada coordinación está subdividida en otras áreas, lo que permite que se haga la división del trabajo con una especialización del personal en el programa que está bajo su responsabilidad. Cada responsable de programa tiene homólogos en los municipios, pero solo en funciones, pues la estructura orgánica de la jurisdicción contempla un solo responsable de programa, el cual está debidamente validado y autorizado por Nivel estatal, con quien se coordina para el buen desempeño del programa.

El programa de atención a la salud del adulto y adulto mayor, se encuentra dentro de la coordinación de servicios de salud, con un responsable jurisdiccional quien depende directamente del coordinador de esta área, pero con autonomía para la toma de decisiones e implementación de estrategias que permitan alcanzar las metas y objetivos planteados.

A su vez, existen responsables de programa en los 6 municipios de esta jurisdicción, quienes apoyan en el cumplimiento del Programa Anual de Trabajo (POA) y tienen estrecha vinculación técnica con el responsable de programa jurisdiccional. Con ellos, se realiza el POA entre los meses de Mayo y Junio de cada año, y son validados por los directores municipales, el coordinador de servicios de salud y el Jefe de la Jurisdicción.

En esta programación se contempla la parte presupuestal de medicamentos, las actividades de asesoría, capacitación, seguimiento y supervisión, y que se complementa con el Plan de Trabajo que se realiza posterior a la realización del POA el que se adecua en base a la actualización del diagnóstico situacional del programa, de las evaluaciones mensuales y de las visitas de asesoría que se realizan en cada una de las unidades. Desde el punto de vista organizacional, el programa está estructurado como se observa en la figura 4, para el mejor funcionamiento y coordinación con los municipios:

**Figura 4: Estructura Orgánica del Programa del Adulto Mayor en la Jurisdicción Sanitaria V**



Dentro de la Jurisdicción Sanitaria V se tienen 56 unidades de salud de primer nivel de atención y una Unidad Móvil o Equipo de Salud Itinerante (ESI), distribuidas en los 6 municipios de responsabilidad. En cada una de estas unidades de salud, se cuenta por lo menos con un médico y una enfermera, aunque en más del 60% de estas los módulos están completos; mensualmente citan a los pacientes con Diabetes tipo 2, Hipertensión, Dislipidemias, Obesidad o síndrome metabólico, para valorar su estado de salud en base a las mediciones antropométricas y bioquímicas.

Así mismo, se cuenta con insumos necesarios para poder realizar la determinación de glucosa y la medición de las cifras de tensión arterial de estos pacientes, además que actualmente se tiene el apoyo de las pruebas de Hemoglobina Glicada (HbA1c) y de perfil de lípidos (Colesterol total, TGS, HDL y LDL), con equipos portátiles, laboratorios de referencia en las dos Redes de Servicios, y en algunos municipios laboratorios particulares que tiene convenios con el ISAPEG (Instituto de salud Pública del Estado de Guanajuato).

Las redes de servicios de esta Jurisdicción sanitaria están divididas en 2 zonas:

- a) En la zona Norte se localiza el Hospital Ancla de Salamanca, con una capacidad de 30 camas y las especialidades básicas, dando apoyo a los municipios de Salamanca, Valle y Jaral de Progreso.
- b) En la zona Sur se localiza el Hospital Ancla de Uriangato, con una capacidad de 30 camas y las especialidades básicas, dando apoyo a los municipios de Uriangato, Moroleón y Yuriria, pero por la colindancia con el estado de Michoacán, también da atención a pacientes de los municipios vecinos.

Estos Hospitales son insuficientes para atender la demanda de los pacientes con enfermedades crónicas, y durante el presente años se realizó la apertura de otro Hospital General en el municipio de Valle de Santiago, con capacidad de 30 camas y un Hospital Comunitario en el municipio de Jaral del Progreso, que desahogara las cargas de los 2 hospitales antes mencionados.

Bajo esta estructura organizacional, se ha logrado tener un mayor acercamiento con el personal de salud para realizar los procesos y actividades del programa, pues en las reuniones que se tiene programadas con ellos, tanto médicos, enfermeras y/o promotores, se han podido realizar capacitaciones en forma de taller, y han tenido mayor impacto comparándolas con las que se venían realizando de la manera tradicional, es decir, que el personal solo escuche al ponente sin que sea parte de la capacitación como tal.

## Marco de referencia

---

El programa de atención a la Salud del Adulto y Adulto mayor (PASAAM) está dividido en 3 componentes principales (Diabetes, Riesgo Cardiovascular y Envejecimiento), y de acuerdo a la metodología de los ICE<sup>7</sup> la evaluación se realiza como se explica a continuación:

### Diabetes:

- **Congruencia de la información (valor 30 pts.):** Se evalúa al comparar los casos nuevos que ingresen a tratamiento notificados en SIS entre los casos nuevos notificados en SUIVE.
- **Atención con calidad (valor 40 pts.):** Se evalúa en número de pacientes en control glucémico (con cifras menores a 126 mg/dl en ayunas o con una Hemoglobina glicada menor a 6.5%, entre el total de pacientes con diabetes en tratamiento
- **Promoción de la salud (valor 30 pts.):** Se evalúan dos aspectos: El número de grupos de ayuda mutua (GAM) activos notificados en SIS en relación a los GAM que están en el catalogo, y los GAM que están acreditados.

### Riesgo Cardio Vascular (RCV):

- **Cobertura de detección (valor 20 pts.):** Se evalúa el total de detecciones de factores de riesgo realizadas en el mes, entre la meta mensual programada.
- **Atención con calidad HTA (valor 20 pts.):** Se evalúa en número de pacientes en control de la presión arterial (con cifras menores a 140/90 mmHg) entre el total de pacientes con hipertensión arterial en tratamiento. En pacientes con HTA y otra patología agregada, la meta de tratamiento debe de ser menor a 130/85 mmHg.
- **Atención con calidad Obesidad (valor 20 pts.):** Se evalúa en número de pacientes en control de la obesidad (se considera en control si ha disminuido su circunferencia de cintura o ha bajado de peso en relación al valor registrado en expedientes y tarjeta de control cuando ingreso a tratamiento) entre el total de pacientes con obesidad en tratamiento.
- **Atención con calidad Dislipidemias (valor 20 pts.):** Se evalúa en número de pacientes en control de la dislipidemias (se considera en control si ha disminuido su colesterol total a menos de 200 mg y/o sus triglicéridos menor a 150 mg en una muestra de sangre con ayuno de 12 hrs) entre el total de pacientes con dislipidemias en tratamiento.

---

<sup>7</sup> Manual Metodológico de Caminando a la Excelencia 2008-2012, CENAVECE.

- **Atención con calidad Síndrome metabólico (valor 20 pts.):** Se evalúa en número de pacientes en control de síndrome metabólico (se considera en control si ha tenido control de por lo menos dos de sus patologías de diagnóstico), entre el total de pacientes con síndrome metabólico en tratamiento.

Se diseñó un instrumento para el seguimiento del programa en las unidades: **Guía de asesoría e identificación de áreas de oportunidad**<sup>8</sup> basada en la Cedula de Acreditación de nivel federal, está estructurada con criterios específicos para el programa del adulto mayor, y contiene reactivos que permiten evaluar la estructura, los procesos y resultados. Fue piloteada antes de su aplicación y consta de 5 partes divididos en las siguientes secciones:

- **Diabetes (19 reactivos, ponderación: 30 pts.)**
  - Detecciones: 9 reactivos (7 de estructura y 2 de procesos)
  - Promoción: 3 reactivos (1 de estructura y 2 de procesos)
  - Atención con calidad: 4 reactivos (3 de procesos y 1 de resultados)
  - Normatividad: 2 reactivos (2 de estructura)
  - Congruencia de información: 1 reactivo (1 de procesos)
- **RCV (12 reactivos, ponderación: 30 pts.)**
  - Línea de vida: 2 reactivos (2 de procesos)
  - Atención con calidad: 7 reactivos (7 de procesos)
  - Antropometría: 3 reactivos (3 de procesos)
- **Próstata (5 reactivos, ponderación: 10 pts.)**
  - Detecciones: 3 reactivos (2 de estructura y 1 de procesos)
  - Registro de información: 2 reactivos (2 de procesos)
- **Envejecimiento (4 reactivos, ponderación: 10 pts.)**
  - Detecciones: 2 reactivos (2 de estructura)
  - Registro de información: 2 reactivos (2 de procesos)
- **Medicamentos (15 reactivos de estructura, ponderación: 20 pts.)**
  - HTA: 8 reactivos
  - DM: 6 reactivos
  - Dislipidemias: 3 reactivos

Esta guía tiene una estructura, que permite identificar áreas de oportunidad de una manera sencilla y práctica. El cero, uno y el tres se refiere al valor que tiene cada reactivo, por ejemplo, el tener las metas desglosadas por mes vale tres puntos y el tener cuestionarios de detección solo uno. El cero es que no cumple el criterio.

---

<sup>8</sup> Actualmente se cuenta con la versión 3.0 (2011) de la Guía de asesoría.

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE GUANAJUATO**  
**JURISDICCION SANITARIA V SALAMANCA**  
**COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD**  
**PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR**  
**GUIA DE ASESORIA Y DETECCION DE AREAS DE OPORTUNIDAD**

Unidad/Modulo: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Cada criterio tiene un valor de 1 punto si cumple, ó cero si no cumple; **Los criterios en negritas tienen un valor de 3 puntos (celdas amarillas).** Versión 1.0

DIABETES (30 pts)					
COMPONENTE	CONCEPTO	CRITERIO		Calificación	
1	DETECCIONES	Metas de detección Integral	Verificar la existencia de sus metas del programa desglosadas por mes		
2		Cuestionario de Detección Integral	Verificar existencia de Cuestionarios de detección integral de acuerdo a su meta mensual		
3			Verificar que todo el personal de la unidad conozca el llenado correcto del cuestionario (en CAISES el personal del modulo supervisado)		
4		Química seca. Glucómetro en buenas condiciones.	Verificar: 1. Existencia y funcionamiento de glucómetro. 2. En su caso: dotación de baterías o glucómetro de repuesto.		
5		Tiras reactivas suficientes de acuerdo a su meta (mínimo el 40% de su meta mensual programada)	Verificar: 1. Existencia, suficiencia según demanda y vigencia (fecha de caducidad) de las tiras reactivas. 2. Sistema de abasto de tiras, lancetas, torundas y alcohol. 3. El 0% de diferimiento en la realización a pacientes diabéticos en control y en detecciones por factores de riesgo, verificación documental.		
6		Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio en cada consultorio.	Verificar: existencia, suficiencia y buenas condiciones; funcionalidad; dotación de baterías y foco, y registro de su uso en expediente clínico que se requiere.		
7		Esfigmomanómetro.	Verificar existencia de al menos uno por cada tres núcleos básicos.		
8		Estetoscopio biauricular.	Verificar existencia y condiciones en cada consultorio.		
9		Cinta métrica en cada consultorio o módulo de detección	Verificar: 1. Existencia y buenas condiciones. 2. Registros en el expediente de la medición de cintura y somatometría en todos los pacientes.		
11	PROMOCION	Se entrega la Cartilla Nacional de Salud a cada asegurado (Hombres y adultos mayores)	Verificar existencia, sistema de abasto y evidencias documentales de su entrega a la población.		
12		Grupo de Ayuda Mutua (GAM)	Verificar que su GAM este activo, sesionando cada mes, control de asistencias, formato mensual de metas de tratamiento (documentado)		
13		Grupo de Ayuda Mutua Acreditado o en proceso de acreditación	Verificar constancia de acreditación vigente (menos de 2 años); seguimiento de pacientes del GAM Acreditado en formato mensual de metas de tratamiento); En los casos de que el GAM este en proceso de acreditación, solicitar Basal y los seguimientos de los pacientes en el formato mensual de metas de tratamiento		
14	ATENCIÓN CON CALIDAD	Expediente clínico	Verificar en 3 expedientes (tomando como referencia las hojas diarias de la última semana) que en la última nota este registrado el valor de la glucemia en ayuno (capilar o por laboratorio) menor a 126 mg/dl		
15		Ajuste de dosis en el tratamiento	Verificar en 3 expedientes (tomando como referencia las hojas diarias de la última semana) que en la última nota este registrado el tratamiento que lleva el paciente y en caso de no haber control de sus cifras de glucemia en los últimos 3 meses (menor a 126 mg/dl), se realice ajuste de dosis o cambio de medicamentos para su mejor control metabólico		
16		Tarjeta de control	Verificar que exista congruencia de la información en 3 expedientes del mes actual y su respectiva tarjeta de control (tomando como referencia las hojas diarias de la última semana)		
17		SIS	Verificar que en el SIS del último mes estén registrados los casos en tratamiento y en control de los pacientes con diabetes (incluyendo los diabéticos mixtos)	Pacientes en tratamiento en tarjetero	Pacientes en control en tarjetero
18	NORMATIVIDAD	NORMAS	Verificar si cuenta con las NOM de DM, HTA, Obesidad, Dislipidemias y Manual de insulinas, en formato electrónico o impresas accesibles para todo el personal de la unidad		
19		PROTOCOLOS CLINICOS	Verificar si cuenta con los 7 protocolos clínicos ( DM, HTA, Alimentación, Ejercicios, Colesterol, Obesidad, Enfermería) en el modulo y que el personal conozca su contenido		
20	CONGRUENCIA DE INFORMACION	Casos registrados en SIS y SUIVE	Verificar el número total de ingresos a Tratamiento (SIS) y el número total de casos nuevos notificados en SUIVE y que el porcentaje este entre 0.71 y 0.95		

RIESGO CARDIOVASCULAR (30 pts)				
	COMPONENTE	CONCEPTO	CRITERIO	Calificación
21	LÍNEA DE VIDA	Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en hombres.	Verificar: 1. En los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida. 2. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 3. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 4. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.	
22		Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en el adulto mayor.	Verificar: 1. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 2. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 3. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.	
23	ATENCIÓN CON CALIDAD	HIPERTENSION ARTERIAL	Verificar que en el SIS del último mes estén registrados los casos en tratamiento y en control de los pacientes con Hipertensión Arterial (< 140/90) y los mixtos (< 135/85)	
24		OBESIDAD	Verificar que en el SIS del último mes estén registrados los casos en tratamiento y en control de los pacientes con Obesidad (incluyendo los mixtos) que hayan disminuido su IMC, peso, o circunferencia de cintura con relación a la medición de su última consulta	
25		DISLIPIDEMIAS	Verificar que en el SIS del último mes estén registrados los casos en tratamiento y en control de los pacientes con Dislipidemias (incluyendo los mixtos) con colesterol < 200 mg/dl (ayuno de 8 hrs mínimo) y triglicéridos < 150 mg/dl (ayuno de 12 hrs)	
26		SINDROME METABOLICO	Verificar que en el SIS del último mes estén registrados los casos en tratamiento y en control de los pacientes con Síndrome metabólico (considerar al menos dos padecimientos con los que se realice en diagnostico en control)	
27		Expediente clínico	Verificar en 3 expedientes (tomando como referencia las hojas diarias de la última semana) que en la última nota este registrado el valor de la presión arterial menor a 140/90 mmHg	
28		Ajuste de dosis en el tratamiento	Verificar en 3 expedientes (tomando como referencia las hojas diarias de la última semana) que en la última nota este registrado el tratamiento que lleva el paciente y en caso de no haber control de sus cifras de presión arterial menor a 140/90 mmHg, o en hipertensos mixtos menor a 135/85 mmHg, se realice ajuste de dosis o cambio de medicamentos.	
29		Tarjeta de control	Verificar que exista congruencia de la información en 3 expedientes del mes actual y su respectiva tarjeta de control (tomando como referencia las hojas diarias de la última semana)	
30	ANTROPO METRIA	Técnica de toma de Presión Arterial	Verificar que el personal de la unidad o modulo realice la técnica correcta de toma de presión arterial	
31		Técnica de medición de cintura	Verificar que el personal de la unidad o modulo realice la técnica correcta de medición de la cintura	
32		Técnica de toma de peso y talla	Verificar que el personal de la unidad o modulo realice la técnica correcta de toma de peso y talla	
PROSTATA (10 pts)				
33	DETECCIONES	Metas de detección Síntomas prostáticos	Verificar la existencia de sus metas del programa desglosadas por mes	
34		Cuestionario de Síntomas Prostáticos	Verificar existencia de Cuestionario de síntomas prostáticos	
35			Verificar que todo el personal de la unidad conozca el llenado correcto del cuestionario (en CAISES el personal del modulo supervisado)	
36	REGISTRO DE LA INFORMACION	Expediente clínico	Verificar en 3 expedientes (tomando como referencia las hojas diarias de la última semana) que en la última nota este registrado la detección de síntomas prostáticos o que este su cuestionario bien llenado	
37		SIS	Verificar que las detecciones realizadas en el mes estén registradas en el SIS del mes correspondiente	

ENVEJECIMIENTO (10 pts)				
	COMPONENTE	CONCEPTO	CRITERIO	Calificación
38	DETECCIONES	Metas de detección de Alteraciones de la memoria y depresión	Verificar la existencia de sus metas del programa desglosadas por mes	
39		Cuestionarios de depresión y alteraciones de la memoria	Verificar existencia de Cuestionario de detección de alteraciones de memoria y depresión	
40	REGISTRO DE INFORMACION	SIS	Verificar que las detecciones realizadas durante el mes estén registradas en el SIS del mes correspondiente	
41		EXPEDIENTE CLINICO	Verificar que las detecciones realizadas en el mes estén registradas en el expediente clínico o que exista su cuestionario bien llenado	
MEDICAMENTOS (20 pts)				
42		Refrigerador para guarda de medicamentos.	Verificar existencia y funcionamiento.	
43	574	Captopril, tabletas 25 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación.	
44	561	Clortalidona, tabletas 50 mg.	Ídem.	
45	2304	Espironolactona, tabletas 25 mg.	Ídem.	
46	2307	Furosemida, tabletas 40 mg.	Ídem.	
47	1042	Glibenclamida, tabletas 5 mg.	Ídem.	
48	1051	Insulina humana de acción rápida regular, solución inyectable 100 UI / ml (mínimo 1 frasco).	Ídem.	
49	1050	Insulina humana acción intermedia NPH, solución inyectable 3.64 UI / ml (en presencia de casos).	Ídem.	
50	4158	Insulina humana acción lenta (Glargina), solución inyectable 100 UI / ml (en presencia de casos).	Ídem.	
51	4095	Irbersartan, tabletas 150 mg	Ídem.	
52	4096	Irbersartan, tabletas 300 mg	Ídem.	
54	5165	Metformina, Tabletas 850 mg	Ídem.	
55	597	Nifedipino, comprimidos de liberación prolongada 30 mg.	Ídem.	
56	2540	Telmisartan, tabletas 40 mg	Ídem.	
57	657	Pravastatina, tabletas 10 mg	Ídem.	
58	4265	Ciprofibrato 100 mg	Ídem.	

## Presentación de los resultados de la Guía de Asesoría

COMPONTE	CRITERIO	RESULTADO	PUNTUACION MAXIMA	PONDERACION	SUBTOTAL	PORCENTAJE POR CRITERIO	DESEMPEÑO POR COMPONENTE	MAGNITUD VECTORIAL	INDICE DE DESEMPEÑO VECTORIAL	INDICE DE DESEMPEÑO VECTORIAL LA VISITA A LA UNIDAD
DIABETES	DETECCIONES	19	19	3	3.00	100.00	30.00	14.70	100.00	100.00
	PROMOCION	7	7	3	3.00	100.00				
	ATENCION CON CALIDAD	8	8	10	10.00	100.00				
	CONGRUENCIA	3	3	10	10.00	100.00				
	NORMATIVIDAD	6	6	4	4.00	100.00				
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>30</b>	<b>30.00</b>	<b>100.00</b>				
RIESGO CARDIO VASCULAR	LINEA DE VIDA	2	2	5	5.00	100.00	30.00	14.70	100.00	
	ATENCION CON CALIDAD	17	17	15	15.00	100.00				
	ANTROPOMETRIA	7	7	10	10.00	100.00				
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>30.00</b>	<b>100.00</b>				
PROSTATA	DETECCIONES	5	5	5	5.00	100.00	10.00	4.90	100.00	
	REGISTRO DE INFORMACION	4	4	5	5.00	100.00				
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10.00</b>	<b>100.00</b>				
ENVEJECIMIENTO	DETECCIONES	6	6	5	5.00	100.00	10.00	4.90	100.00	
	REGISTRO DE INFORMACION	4	4	5	5.00	100.00				
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10.00</b>	<b>100.00</b>				
MEDICAMENTOS	DIABETES	12	12	8	8.00	100.00	20.00	9.80	100.00	
	HIPERTENSION	20	20	8	8.00	100.00				
	DISLIPIDEMIAS	6	6	4	4.00	100.00				
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>20</b>	<b>20.00</b>	<b>100.00</b>				
<b>TOTAL</b>		<b>126</b>	<b>126</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>		<b>100.00</b>			

La calidad tiene su origen en el latín y significa: *atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y/o servicios*. En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas, según la sociedad americana para el control de calidad (ASQC): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”<sup>9</sup>.

Para la implementación de las estrategias y líneas de acción, en el presente trabajo se tomo como base algunos aspectos importantes de los diferentes modelos de calidad, pero no se utilizo uno en especial. Se selecciono uno que de acuerdo a los resultados del diagnostico, se adaptara a las necesidades de nuestra organización, una vez que se conoció a mayor profundidad la problemática. Uno de los modelos que nos sirvió de apoyo para diseñar el proyecto de mejora, fue el de Administración por Calidad Total, pues el modelo menciona que los objetivos de Calidad en toda la organización tienen su base en:

<sup>9</sup> Yanira Chandia Vidal, Introducción a la Calidad en Salud, 2006

- Enfoque sistémico para diseñar los objetivos de calidad, teniendo en cuenta el conocimiento del usuario, sus necesidades y expectativas presentes y de mediano plazo.
- Diseño y operación de características en productos/servicios que respondan a los requerimientos del usuario.
- Desarrollo de procesos capaces de producir esas características diferenciadoras, que convierten a la unidad de salud en una organización con ventajas competitivas.

La esencia de la Gestión Total de Calidad consiste en involucrar y motivar a todos los empleados de la organización para mejorar continuamente los procesos de trabajo por medio de la evaluación de los resultados y el establecimiento de planes de mejora que cumplan o excedan las expectativas de los usuarios.

Las prácticas operativas para hacer realidad estos principios son:

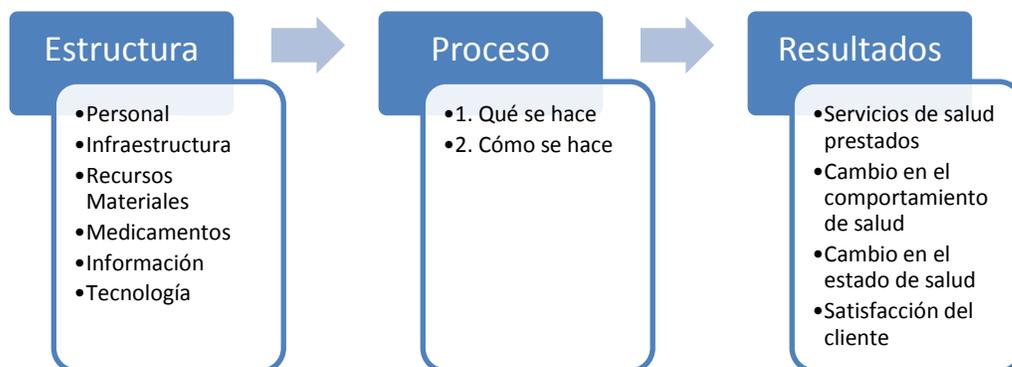
- Identificar quién es su *Usuario*, conocer sus necesidades y lo que espera recibir del servicio.
- Garantizar que toda la unidad se oriente a la satisfacción de esas necesidades y expectativas.
- Dirigir mediante el ejercicio de un liderazgo participativo que respalde el proceso de calidad.
- Planificar estratégicamente las acciones mediante la instrumentación a corto y mediano plazo, a partir de los objetivos de calidad.
- Proveer recursos adecuados, capacitación para el desempeño y reconocimiento a los empleados, a fin de otorgarles los impulsores de valor para el cumplimiento de sus tareas, reforzando sus actitudes, involucramiento y compromiso con la calidad.
- Fortalecer a los empleados y facultarlos para tomar decisiones y promover el crecimiento de los equipos de trabajo.
- Desarrollar sistemas para asegurar que la calidad sea construida desde el inicio y en todas las actividades de la organización, identificando las causas de la “no calidad”.
- La creación de valor percibida con niveles altos de satisfacción por sus usuarios, internos externos y por los grupos de interés.

Para Donabedian, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud. También reconoce que la calidad de la atención médica presenta dos dimensiones. La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación del conocimiento médico, y de las disciplinas relacionadas, para resolver los problemas de salud de los pacientes, y la dimensión interpersonal, que es la interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente al momento de proporcionar la atención. Ambas dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud<sup>10</sup>. También propone la clasificación de las características de los servicios de salud en tres categorías, o desde tres enfoques: la estructura, el proceso y el resultado<sup>11</sup>, como se observa en la Figura 5.

<sup>10</sup> Avedis Donabedian, Garantía y Monitoria de Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio

<sup>11</sup> Conferencia Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

**Figura 5: Diagrama de la Estructura, Procesos y Resultados**



Por **estructura** debemos entender todos los recursos con los que cuenta una unidad de salud para proporcionar la atención: las personas, la tecnología, las instalaciones, los materiales, etc. La estructura también consiste en la forma en que los recursos disponibles están organizados, de modo que podríamos identificar unidades que, aun estando bien equipadas y contando con una plantilla completa, sean menos productivas y su trabajo sea de menor calidad que el de otras menos afortunadas. Es decir, la estructura es aquello con lo que se cuenta para trabajar y la forma en que se utiliza.

El **proceso** en cambio, se refiere al trabajo propiamente dicho, sobre todo cuando éste involucra el contacto entre el profesional de la salud y el paciente (como el otorgamiento de una consulta, la realización de una cirugía o la aplicación de un biológico). Aunque también podemos considerar como parte del proceso a las actividades que el paciente realiza siguiendo las indicaciones del médico (una dieta, hacer ejercicio, tomarse puntualmente los medicamentos, por ejemplo).

Finalmente, el **resultado** es el producto de la atención. En otras palabras, es el cambio de salud en los pacientes siempre y cuando pueda ser atribuido a la atención recibida. Es decir, es probable que muchos de nosotros sepamos de pacientes que se hayan “curado” aun a pesar del tratamiento recibido. En estos casos la recuperación del paciente no puede ser atribuida a la atención, por lo que no se considera como un resultado de la misma.

La **satisfacción** del paciente constituye un elemento particularmente importante. En primer lugar es un “resultado” de un valor incuestionable ya que la satisfacción es un aspecto de bienestar que la atención a la salud intenta promover. En segundo lugar, la satisfacción del paciente contribuye a la atención porque es más probable que el paciente participe en la atención de una manera más efectiva. En tercer lugar, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados.

Es posible contar con tres enfoques de evaluación porque entre ellos existe una relación demostrada o supuesta, de tal manera que una “buena” estructura aumenta las posibilidades de un “buen” proceso y un “buen” proceso incrementa las posibilidades de un “buen” resultado. De manera similar, si los resultados son aceptables, es posible inferir con un alto grado de probabilidad que el proceso que los antecedió fue bueno. Si estas relaciones no existieran, o si no fuera posible suponerlas, la calidad no podría evaluarse haciendo uso del enfoque en cuestión. De aquí que la evaluación de la calidad tenga que construirse sobre un cuerpo de conocimientos sobre las relaciones que existen entre estructura, proceso y resultados.

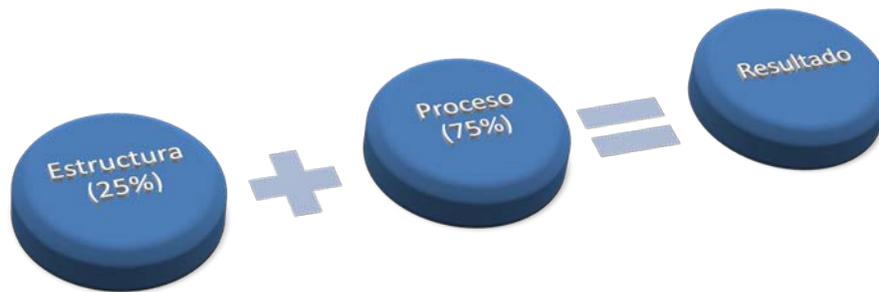
También debemos reconocer que hay pacientes que, aún después de recibir atención que podría ser calificada como excelente, no se recuperan o incluso fallecen. En estos casos, el deterioro no podría ser atribuido a la atención proporcionada, por lo que tampoco podría considerarse un resultado. Cualquier cambio en la salud de los pacientes, sea para bien o para mal, que sea una clara consecuencia de la atención que se le proporcionó (o que, debiendo habérsela proporcionado, no se hizo).

En este sentido, por supuesto que hay muchos casos en los que la labor del equipo de salud rinde buenos resultados: pacientes que se alivian después de tomar el tratamiento, cirugías realizadas con éxito, enfermedades que se previnieron gracias a los programas de vacunación, etc. Pero también hay ejemplos en sentido contrario. Es decir, las iatrogenias que son también, resultado de la atención.

Cuando se investiga en el personal de las unidades médicas y se les pide que mencione los principales problemas de calidad, suele identificar la falta de recursos (la estructura deficiente) como el problema más importante. Sin embargo, en los resultados del diagnóstico se concluyó que los problemas relacionados con el proceso, es decir, con la forma en que hacemos nuestro trabajo, tienen dos veces más peso que los problemas de estructura para determinar el nivel de calidad de los resultados de la atención.

Si bien es cierto que a todos nos faltan recursos, también es cierto que quizá no estemos aprovechando los recursos disponibles de la mejor manera posible al realizar nuestras actividades cotidianas. La siguiente figura muestra los factores que afectan la calidad de atención y que nos ayuda a comprender mejor lo anteriormente mencionado.

**Figura 6: Peso de la Estructura y los Procesos para obtener Resultados**



En la figura anterior, se puede observar que los procesos tienen una carga importante para el logro de los resultados; es cierto que podemos carecer de algunos componentes de la estructura en las unidades médicas, pero si se hace un análisis completo y detallado de los procesos que en estas se realizan, es muy posible que se identifique el origen de nuestro problema, y una vez que se ha encontrado la parte del proceso en que se está teniendo más inconsistencias, se podrán implementar estrategias y líneas de acción que permitan obtener un mejor resultado, al modificar todo el proceso o solo la parte donde se encuentra la falla.

Una lección clave es que en muchos casos es posible mejorar la calidad haciendo cambios en los sistemas de atención de salud sin que necesariamente se aumenten los recursos. Es interesante destacar que al mejorar los procesos de atención de salud no sólo se generan mejores resultados, sino que además se reducen los costos de la prestación de salud al eliminar las pérdidas, el trabajo innecesario y la duplicación de los esfuerzos. Otra forma que la administración ha aplicado para identificar y solucionar problemas es inspeccionar las principales actividades o procesos.

Donabedian propuso una guía para clasificar las características de los servicios de salud que determinan su nivel de calidad (recordemos que la calidad no es más que un conjunto de características), de modo que su análisis y la identificación de posibles acciones, son los puntos clave para mejorar.

De este modo, se puede construir una matriz en la que, por un lado, consideremos las dimensiones técnica e interpersonal y, por otro, la estructura, el proceso y el resultado. En las celdas que se forman, podemos identificar características de los servicios que relacionan cada una de las dimensiones con cada uno de los factores de evaluación (estructura, proceso y resultado), como se observa en la figura 7.

**Figura 7: Matriz de Análisis de las dimensiones técnica e interpersonal**

	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
<b>Dimensión técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de equipo e instrumental completo y en buen estado.</li> <li>• Personal certificado para realizar determinados procedimientos.</li> <li>• Material de curación esterilizado y suficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad en la atención.</li> <li>• Apego a la normatividad.</li> <li>• Duración en la realización de los procedimientos.</li> <li>• Congruencia clínico - diagnóstica - terapéutica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones hospitalarias</li> <li>• Infecciones quirúrgicas</li> <li>• Reingresos hospitalarios (por el mismo padecimiento)</li> <li>• Problemas no detectados de manera oportuna en el primer nivel</li> <li>• Impacto en la salud</li> </ul>
<b>Dimensión interpersonal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de instalaciones limpias, cómodas, ventiladas y bien iluminadas.</li> <li>• Las instalaciones permiten el respeto a la intimidad de los pacientes.</li> <li>• Los trámites que deben realizar los pacientes o sus acompañantes son sencillos y se efectúan en una sola ventanilla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El trato que el personal proporciona a los pacientes.</li> <li>• En la unidad se cuenta con un sistema para ofrecer detalles orientados a hacer más placentera (menos difícil) la permanencia de las pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La satisfacción de los pacientes y sus acompañantes con el trato proporcionado por todo el personal.</li> <li>• Las quejas por diversos motivos (trato, limpieza, falta de medicamentos).</li> </ul>

Estas categorías son sólo un modelo para ayudarnos a analizar y comprender mejor el complejo problema de la calidad en la ya de por sí enredada realidad de nuestros servicios de salud. Como todo modelo, resulta a veces limitado o insuficiente, de modo que es probable que enfrentemos dificultades para ubicar alguna característica de calidad en alguna de las categorías propuestas, pero que nos permiten identificar problemas más específicos en la calidad de la atención, y con ello proponer acciones de mejora.

Los círculos de control de calidad (CCC) son una herramienta institucional hecha en Japón para el desarrollo laboral de los empleados y la mejora continua de su trabajo que generalmente funciona como parte de la Administración de la Calidad Total (ACT).

En términos generales, los CCC pueden servir para incrementar la habilidad de la gente para resolver problemas en organizaciones de todo tipo hayan o no introducido una ACT como principal directriz gerencial además, no sólo en las organizaciones que persiguen fines de lucro, sino también en las no lucrativas, de administración pública, asociaciones y grupos de voluntarios.

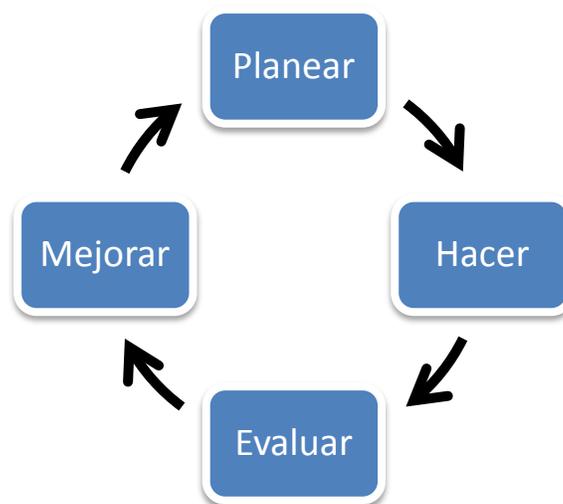
Sin embargo, los CCC funcionan mejor como parte de la ACT ya que la administración de la calidad en toda la compañía es el modo más eficaz para sustentar las actividades de los CCC en una organización<sup>12</sup>. Estos círculos de calidad fueron ideados por Deming a finales de los años 30, y su propuesta no fue bien aceptada en los EUA. Después de la 2ª Guerra mundial, Japón fue el ejemplo de lo que esta técnica podía aportar para el desarrollo industrial.

La filosofía que encierran los círculos de calidad es responsabilidad primordial de aquellos que directamente producen el bien o el servicio, y son ellos quienes mejor conocen el proceso de producción, por lo tanto, son ellos también quienes mejor pueden controlar ese proceso, corregirlo o mejorarlo si así se requiere. Esto no invalida de ninguna manera la necesidad de supervisión, pero si la hace más sencilla y participativa.

Los círculos de calidad como estrategia de control de calidad han tenido muy poca difusión entre los servicios de salud. A pesar de que esta ha sido una técnica que se ha popularizado en la industria, son contados los casos conocidos de círculos de calidad en hospitales. En México, unos de los Hospitales que han desarrollado los círculos de calidad son el Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE y el Instituto Nacional de Perinatología, ambos de la Ciudad de México.

Estos últimos conceptos comentados, son importantes para nuestra organización, pues sin tratar de estar en desacuerdo con los grandes Maestros de la Calidad como Donabedian, Deming, Fukui o Vértiz entre muchos otros más, la idea de tener círculos nos obliga a pensar en que partimos de un punto y regresamos al mismo, lo cual no nos lleva a la mejora, desde cierto punto de vista.

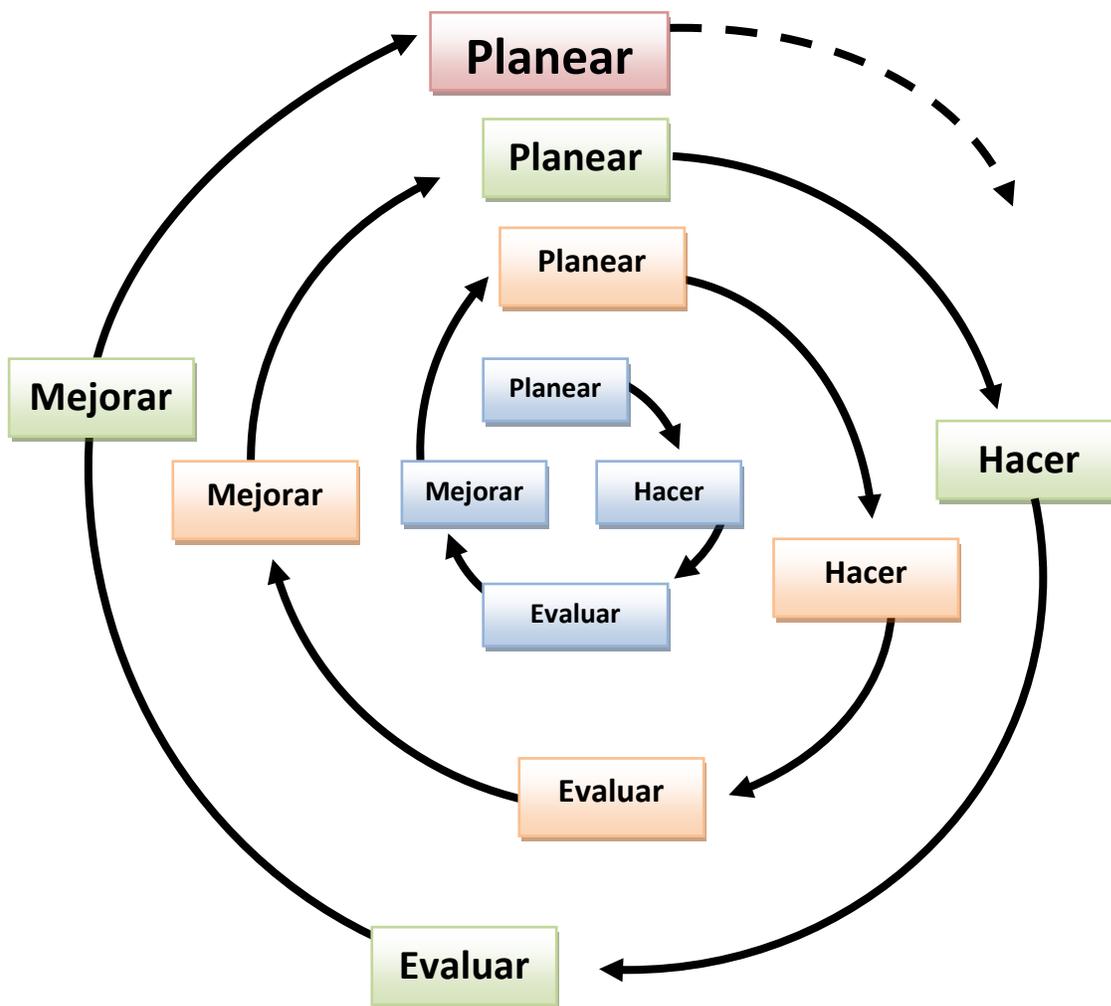
**Figura 7: Círculo de Mejora de Deming**



<sup>12</sup> Ryu Fukui, Manual de Administración de la Calidad Total y Círculos de Control de Calidad, Volumen II

Por lo tanto, se propone el concepto de **Espiral de mejora**, en donde se parte del punto de la Planeación y se regresa al mismo pero en otro nivel de la espiral, de tal forma, que trazando una línea imaginaria se unan los puntos de Actuar con el siguiente de Planear pero en otro nivel, como se muestra en la siguiente figura.

**Figura 8: Propuesta de Espirales de Mejora**  
(Modificado de los Círculos de mejora de Deming)

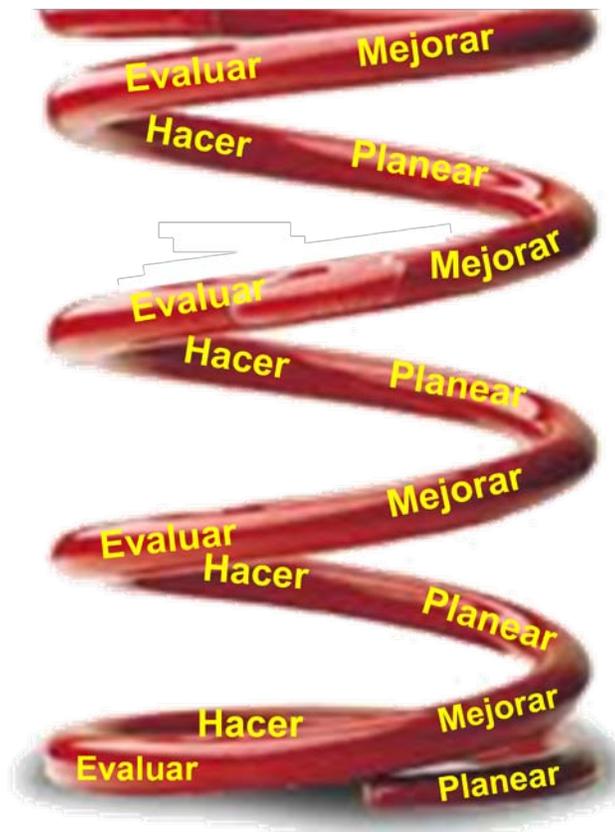


Desde esta nueva perspectiva, los “círculos” de mejora continua no tendrían razón de ser. Las espirales nos darían una mayor dimensión para comprender el proceso de mejora continua, y una mejor proyección de nuestros planes de trabajo.

Si logramos que el personal de salud de las unidades o los involucrados en todo el proceso, identifiquen que esto es dinámico y que por lo tanto, regresar al mismo punto de partida llevaría a pensar que ya logramos las metas y los objetivos, y que después de haber evaluado todo el proceso, iniciaríamos de nuevo el mismo proceso, y se podrían cometer los mismos errores sin tener esa mejora continua.

En cambio, si esto lo podemos reiniciar desde el punto de salida (*Mejorar*) nos llevaría al siguiente eslabón de la espiral (*Planeación*), pero con otro enfoque y propuestas de mejora con un enfoque de riesgo.

Desde este punto de vista, con esta nueva visión de **MEJORA CONTINUA**, se lograría impactar en los procesos con personal con mayor conciencia para lograr las metas y objetivos, y ayudaría a estar siempre en constante movimiento y siempre mejorando e implementando nuevas acciones.



Espiral de Mejora continua

## Estudio de factibilidad

Para poder iniciar el proyecto, fue necesario realizar el estudio de factibilidad, identificando las causas del problema central y secundario, así como sus consecuencias. El impacto del proyecto es contribuir al desarrollo de un personal de salud más capacitado sobre las mediciones antropométricas y metas de tratamiento, para realizar un mejor diagnóstico, seguimiento y ofrecer el mejor tratamiento al paciente, e incrementar en un 10% los logros de los Indicadores Caminando a la Excelencia en los programas de Diabetes y Riesgo Cardiovascular para Diciembre del 2009.

El problema central identificado fue la mala técnica para las medidas antropométricas realizadas por parte del personal de salud, como a continuación se explica:

Causas del Problema	Factores determinantes			
	Endógenos	Exógenos o ambientales	Derivados del estilo de vida	Propios de los sistemas y servicios de salud
Mala técnica de mediciones antropométricas	Pacientes que no logran alcanzar las metas de tratamiento por la aplicación incorrecta de las técnicas de medición	No existe un área especial para la toma de las mediciones	Pacientes que acuden a consulta con ropa inadecuada para la toma correcta de las mediciones	No hay conocimiento del personal de salud sobre las técnicas correctas para realizar las mediciones en los pacientes

Las consecuencias del problema central se describen a continuación:

Problema	Consecuencias		
	Individuales	Poblacionales	A nivel de sistemas y servicios de salud
Mala técnica de mediciones antropométricas	Pacientes desmotivados, con mal apego a su tratamiento	Incremento en la incidencia de pacientes con HTA, Obesidad y Síndrome Metabólico	Sub registro de los pacientes en control; sobre registro de las estadísticas de incidencia; mala programación de insumos

FACTIBILIDAD POLITICA				
FACTORES	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS
Posición respecto al proyecto	Que no lo consideran un proyecto prioritario	Apoyo de Directivos y encargados a nivel jurisdiccional para convencer al personal.	Existe sustento legal en la constitución Art. 4; ley general de salud; es una intervención del CAUSES; Normas Oficiales, manuales y Guías de Asesoría	Que el personal de salud considere que es un problema que debe de resolver solo el paciente y no quiera participar.
Percepción con respecto al proyecto	No es un proyecto urgente por ser padecimientos de larga evolución	Se cuenta con responsables de programa municipales consientes del problema	Se cuenta con un programa a nivel Jurisdiccional, las normas oficiales, el proyecto de mejora.	La poca importancia que le da el personal de salud a las enfermedades crónicas en relación a otras.
Nivel de dependencia del proyecto	La alta dependencia de los actores políticos (directivos para permitir al personal la asistencia al curso y del Municipio los recursos financieros.	Realizar una adecuada gestión con las diversas autoridades para facilitar las salidas del personal a capacitaciones y seguimiento de recomendaciones	Se cuenta con los conocimientos necesarios para la implementación del proyecto	La renuencia de los actores políticos para con el proyecto.
Lo que ofrece para el proyecto	El apoyo es muy escaso o nulo	Realizar una adecuada gestión con directivo y autoridades de la unidad de salud	Se cuenta con apoyo de directivos y de personal de Municipio.	Desvío de recursos para otros programas considerados prioritarios o más importantes.
Lo que demanda el proyecto	Demanda recursos de diversa índole (personal, financiero, materiales).	Se cuenta con vehículos, gasolina, servicio de copias y material de oficina, personal de enfermería con disponibilidad para capacitación	Existe personal capacitado a nivel estatal y jurisdiccional que puede servir de apoyo.	No contar con fuentes de financiamiento para cubrir las necesidades del proyecto

<b>FACTIBILIDAD TECNICA</b>				
<b>FACTORES</b>	<b>DEBILIDADES</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>FORTALEZAS</b>	<b>AMENAZAS</b>
Capacitador	Existe un solo capacitador	Puede capacitar a 6 personas más para disminuir tiempos y costos	Disponibilidad del personal para capacitarse y ser capacitados	Que los conocimientos adquiridos no se difundan en tiempo y forma al personal de las unidades de salud
Instalaciones	Existe 1 municipio que no cuenta con un aula para reunir al personal	Se puede citar al personal de 2 municipios cercanos en un lugar adecuado para capacitar	Buena disposición de los directores municipales para facilitar sus instalaciones	Que se le cancele las reuniones de trabajo por darle prioridad a otros programas
Material didáctico	La mayoría del material con el que se cuenta es en formato electrónico	Se puede entregar el material didáctico en un disco para su posterior consulta	Material aprobado por nivel estatal y federal en base a las Normas Oficiales	Que no todos los participantes tengan una computadora disponible en sus unidades para darle continuidad a las capacitaciones o seguimiento de acuerdos
Seguimiento del proyecto	Tiempo de seguimiento mayores a un mes en las unidades rurales	Se puede enviar los resultados de las asesorías y supervisiones a los directivos vía internet y/o oficial	Cada 8 días se reúnen las unidades rurales en los CAISES y se puede dar la información de las mejoras en las unidades visitadas	Que el personal no asista o el responsable de programa no pueda entregar la información que se le envía para el avance del proyecto

<b>FACTIBILIDAD DE MERCADO</b>			
<b>Producto o Servicio que vamos a producir</b>	<b>Síntesis descriptiva</b>	<b>Elementos obstaculizadores</b>	<b>Elementos para crear factibilidad</b>
Producto principal: Taller de mediciones antropométricas	<p>La capacitación al personal por parte de un especialista en los temas</p> <p>Personal de Salud con habilidades y destrezas para realizar las principales mediciones de somatometría, para poder realizar mejores diagnósticos, dar un mejor seguimiento a los pacientes y hacer ajustes de dosis en los tratamientos</p>	<p>No contar con el especialista adecuado a los temas y con métodos de enseñanza requeridos.</p> <p>Renuencia del directivo a participar por la carga de trabajo que se tiene.</p> <p>La no aceptación del personal de salud a la intervención</p> <p>Bajo desempeño del personal de salud durante la intervención</p>	<p>Capacitar a los especialistas en el tema sobre técnicas y métodos didácticos.</p> <p>Resaltar los beneficios de la adquisición de habilidades y destrezas al personal de salud y que no le vean como mas trabajo.</p> <p>Correcta planeación de las actividades de la intervención.</p> <p>Adecuada gestión con autoridades y directivos de la unidad de salud</p> <p>Adecuada demanda de la Intervención por parte del personal de salud</p> <p>Adecuada capacitación con técnicas y métodos educativos (constructivismo)</p>
Producto complementario	Responsables de programa municipal que sean los capacitadores y líderes del proyecto en los municipios.	Que el responsable de programa no quiera participar en el proyecto como líder del mismo	<p>Darles las herramientas y materiales para facilitar la replicación del curso.</p> <p>Incentivarlos para que apoyen al proyecto</p>
Producto sustituto	Que el equipo de supervisión de seguimiento al proyecto de manera individual en las unidades de salud que visite de manera regular.	Que los integrantes del equipo de supervisión jurisdiccional no dispongan de tiempo suficiente para la realización el proyecto.	Darles los conocimientos y material de apoyo, para que adquieran habilidades y destrezas, y se facilite la aplicación del proyecto.
Caracterizar a la población	Médicos y enfermeras del 100% de los módulos de las unidades de salud, en contacto con la población.	Tiempo laboral del personal de salud inadecuado para la realización de la intervención	Adecuada gestión con directivo y autoridades de la unidad de salud

FACTIBILIDAD ECONOMICA			
		BENEFICIOS	COSTOS
DIRECTOS	TANGIBLES	Los principales beneficiados con el proyecto serian el personal de salud. (Médicos, enfermeras)	\$93,650
	INTANGIBLES	Se beneficia con el proyecto los tomadores de decisiones de todos los niveles como son el director de la unidad, el coordinador de servicios de salud, Jefe de Jurisdicción y a nivel estatal el Jefe de Área de Medicina Preventiva.	\$66,500
INDIRECTOS	TANGIBLES	Se podrá disminuir la incidencia de HTA, Obesidad y Síndrome metabólico, al hacer un diagnostico exacto en los pacientes,  Mejorar el registro de la información en los Sistemas de salud oficiales.	\$85,000
	INTANGIBLES	<b>Efecto Mariposa en Salud:</b> Se beneficia indirectamente la población en general, ya que las acciones a realizar no solo tendrán impacto en el programa (control del crecimiento de los menores de 5 años, seguimiento de las embarazadas, etc).	----

Factibilidad Financiera									
Concepto	Papelería y servicio de copiado	Traslado de personal	Personal a capacitar	Ponentes	Material didáctico	Servicio de Café	Reproducción de material didáctico	Aula y auxiliares para capacitar	Sub Total
Planeación	\$1,000	\$2,550	\$5,200	\$5,000	\$1,000	\$1,000	\$2,000	\$2,500	<b>\$20,250</b>
Implementación del proyecto	\$2,000	\$17,000	\$10,400	\$20,000	\$5,000	\$4,000	\$5,000	\$10,000	<b>\$73,400</b>
Evaluación	\$3,000	\$17,000	\$38,000	\$5,000		\$1,000		\$2,500	<b>\$66,500</b>
Seguimiento	\$3,000	\$34,000	\$38,000	\$5,000				\$5,000	<b>\$85,000</b>
Fuente de Financiamiento (POA 2009)	Subcapítulo 3600	Subcapítulo 3700	Subcapítulo 1100	Subcapítulo 1100	Subcapítulo 2100	Apoyo de Empresas particulares	Subcapítulo 3600	Ya existe la infraestructura en CAISES	
<b>Total</b>	<b>\$9,000</b>	<b>\$70,550</b>	<b>\$91,600</b>	<b>\$35,000</b>	<b>\$6,000</b>	<b>\$6,000</b>	<b>\$7,000</b>	<b>\$20,000</b>	<b>\$245,150</b>

## Descripción de la experiencia

Al hacer el análisis de las evaluaciones de los años 2007 y 2008, los logros en atención con calidad fueron precarios para Diabetes y mínimo para Hipertensión Arterial, como se observa en la tabla 2.

**Tabla 2: Comparativo de porcentaje de atención con calidad 2007 y 2008**

DIABETES	PORCENTAJE DE CONTROL	
	2007	2008
JARAL	62.30	45.64
MOROLEON	48.47	51.84
SALAMANCA	37.07	53.83
URIANGATO	45.14	39.28
VALLE	38.16	53.47
YURIRIA	43.82	58.16
JURISDICCION	44.48	52.41

Fuente SIS 2007, 2008, cierre definitivo

HTA	PORCENTAJE DE CONTROL	
	2007	2008
JARAL	81.21	68.85
MOROLEON	49.10	78.86
SALAMANCA	56.12	74.60
URIANGATO	76.00	63.09
VALLE	52.23	63.78
YURIRIA	47.96	73.28
JURISDICCION	58.95	68.89

Fuente SIS 2007, 2008, cierre definitivo

En la tabla 3 se muestra como se encontraban los municipios en las evaluaciones de los ICE al cierre del año 2008, los que nos ubicaban en los últimos lugares a nivel estatal y con logros en precario y mínimo<sup>13</sup>:

**Tabla 3: Resultados ICE cierre 2008**

CIERRE ICE 2008	DM	RCV
JARAL DEL PROGRESO	69.33	53.53
MOROLEON	65.91	48.04
SALAMANCA	66.81	72.98
URIANGATO	65.39	45.81
VALLE DE SANTIAGO	63.77	61.7
YURIRIA	71.19	68.95
JURISDICCION	66.45	60.82

Fuente: Cierre 2008, evaluación estatal.

<sup>13</sup> Los resultados obtenidos por medio de los ICE se presentan en porcentaje de cada uno de los componentes evaluados y por metodología de análisis vectorial, se obtiene un índice de desempeño global del programa, para finalmente presentarse en forma de semaforización, siendo el color gris el precario <60%, rojo mínimo de 60% a 79.9%, amarillo satisfactorio de 80% a 89.9%, y verde excelente >90%.

Con estos resultados de años previos, se tomo la decisión de implementar un **proyecto de mejora continua** en todas las unidades de la Jurisdicción, iniciando con los responsables de programa municipal, quienes son el vínculo entre el responsable de programa de jurisdicción y las unidades operativas. La necesidad de incrementar los logros en las evaluaciones de los ICE y mejorar el registro de la información generada en las unidades durante la consulta del paciente con diabetes y/o RCV, fueron determinantes para implementar este programa de mejora, cuyo objetivo general es estandarizar las mediciones antropométricas y contar con personal más capacitado en el registro correcto de la información.

Esto permite que todos los involucrados en estos procesos, tengan un mayor conocimiento y apego a la normatividad vigente, disminuyendo la incidencia de casos de Hipertensión arterial al realizar mejor la detección mediante la toma correcta de la presión arterial y su registro. Además, en las tarjetas de control y seguimiento así como en los expedientes, se identificaran de manera correcta los pacientes que están en control con cifras menores a 140/90 mmHg, pues al mejorar la técnica de toma de presión arterial y su registro, ya no se redondearan los resultados a un numero entero próximo decimal, (140/90, 130/80, 120/80, etc.), y se registrarán las cifras en número pares, de acuerdo a la TA de cada paciente.

Otro aspecto que de igual manera se tiene que mejorar, es el control de los pacientes con obesidad. Al tener más habilidades para la toma correcta de la circunferencia de cintura (CC), se identificara si el paciente ha bajado uno o más centímetros de su CC, y de acuerdo a normatividad, se registrara como paciente controlado para Obesidad. Si estas dos técnicas se logran mejorar, consecuentemente los pacientes con síndrome metabólico (SM) se podrán registrar como controlados en los Sistemas de Información en Salud (SIS); de acuerdo a la norma el paciente con SM tiene tres o más padecimientos, pero si se demuestra que en dos de ellos está controlado (por ejemplo TA <140/90 y < 1 cm de CC en relación a su última consulta), se registrara como paciente controlado.

Como se comento en la parte metodológica, Donabedian propuso una matriz para realizar evaluaciones de la calidad de atención médica, la que adecuamos para identificar cual o cuales problemas estaban afectando al proceso de atención en nuestras unidades, y se concluye que en los 6 municipios fue la falta de conocimiento en las técnicas antropométrica, el manejo inadecuado del tarjetero y el seguimiento de los pacientes en las notas medicas de los expedientes, como se observa en el cuadro 1.

Los problemas detectados están básicamente en la falta de habilidades en las técnicas de medición de talla, peso, circunferencia de cintura y toma y registro correcto de la presión arterial, sobre todo en el personal de primer contacto con la población y que es el pilar de nuestras instituciones: El personal de enfermería.

**Cuadro 1: Matriz de evaluación del Programa Adulto Mayor**

	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
<b>Dimensión técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con cintas métricas de fibra de vidrio</li> <li>• Las basculas y esfigmomanómetros no están calibrados ni verificados</li> <li>• Hay módulos completos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe el apego a la normatividad, pues se desconocen las técnicas de antropometría</li> <li>• No hay congruencia clínico diagnóstico – terapéutica en los expedientes de los pacientes.</li> <li>• Hay muchos pacientes en tarjetero con cifras de TA iguales a 140/90, lo que los ubica como pacientes en descontrol</li> <li>• Hay subregistro de incidencia de pacientes con HTA debido a la mala toma de TA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeteros mal ordenados y sin congruencia con los expedientes</li> <li>• No hay ajustes dosis en los tratamientos de los pacientes</li> <li>• Registros de Información en SIS con inconsistencias</li> <li>• Baja cobertura de pacientes en control metabólico o de sus cifras de TA</li> <li>• Incremento de Casos de HTA en personas clínicamente sanas</li> </ul>
<b>Dimensión interpersonal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las instalaciones limpias, algunas poco ventiladas.</li> <li>• Las instalaciones no permiten el respeto a la intimidad de los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El trato que el personal proporciona a los pacientes es adecuado</li> <li>• La estancia de los pacientes en las unidades no es cómoda, debido a la saturación de las consultas en toda la unidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pesar de esto, la satisfacción de los pacientes y sus acompañantes con el trato proporcionado por todo el personal lo refieren como adecuado</li> <li>• No se detectaron quejas de los pacientes durante las visitas a las unidades.</li> </ul>

Otro punto importante donde se debe trabajar es con el seguimiento de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), pues en los últimos 2 años no se logro cubrir la meta programada para acreditación. Esta estrategia no solo se debe de tomar en cuenta para mejorar los ICE, también le da la oportunidad al paciente de tener mejores controles de su(s) padecimiento(s), evitando o retardando las complicaciones que estas puedan presentarse, con la disminución del gasto en salud tanto familiar como institucional, así como de las cargas sociales que esto pueda generar, pero sobre todo, de darles una oportunidad de tener una mejor calidad de vida y un envejecimiento más digno y saludable.

El manejo incorrecto del tarjetero del programa del adulto mayor, implica que aunque muchos de los pacientes que acuden a nuestras unidades pueden estar en control de su o sus padecimientos (*factores atribuibles al paciente*), esto no se ve reflejado en los indicadores de evaluación debido a que los médicos desconocen los valores de las metas de tratamiento así como la manera correcta de reportar esta información en SIS (*factores atribuibles a los servicios de salud*).

De igual forma, el conocimiento de las metas de tratamiento, va a favorecer que el personal médico valore los esquemas de tratamiento en los pacientes que no están controlados, haciendo ajustes de medicamentos, incrementando dosis, sumando fármacos que permita tener un efecto sinérgico o bien utilizar nuevos medicamentos que den mejores resultados en el manejo farmacológico del paciente, sin descuidar el manejo no farmacológico.

Con la información obtenida en el análisis de la dimensión técnica e interpersonal, se han encontrado básicamente 4 áreas de oportunidad sobre las cuales se realizaron actividades específicas y que permitieron mejorar la calidad de la atención en salud:

- Aplicación correcta de Técnicas antropométricas
- Acreditación de GAM
- Elaboración de procesos específicos para la validación y el registro correcto de la información en los sistemas oficiales
- Conocimiento de la normatividad para el registro adecuado de la información obtenida durante la consulta medica

Para el logro de las acciones antes mencionadas, se establecieron 3 líneas de acción bien definidas:

**Figura 9: Líneas de Acción para el incremento de los Índices de desempeño**



Se programo un curso taller en cuatro sesiones semanales, enfocado en la estandarización de las mediciones antropométricas, dirigido en un inicio a los responsables municipales del programa, basado en las cartas descriptivas como a continuación se exponen. Posteriormente se evaluaron nuevamente los municipios con la guía de asesoría, y se determino iniciar la capacitación en aquellos municipios que de acuerdo los resultados de la guía, sus logros fueron bajos.

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE GUANAJUATO**  
**JURISDICCIÓN SANITARIA "V" SALAMANCA**  
**Coordinación de Servicios de Salud**  
**Programa de la Salud del Adulto y del Adulto Mayor**

**CARTA DESCRIPTIVA.**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN:** Curso Taller para Facilitadores en acreditación de GAM **Cupo: 30 personas** **Duración: 20 hrs Clase y 20 hrs de trabajo en sus Unidades de Salud**

**COORDINADOR:** Dr. César Guerra Vázquez.

**OBJETIVO DEL CURSO TALLER:** Que los participantes adquieran habilidades y destrezas para la acreditación de sus grupos de ayuda mutua (GAM)

**FECHA :** Junio 2009 **SEDE:** CAISES Moreleón

**DIRIGIDO A:** Responsables municipales de Programa Adulto Mayor, responsables de GAM, Nutriolog@, personal de enfermería.

Fecha	TEMA / ACTIVIDAD	OBJETIVOS	TECNICA DE ENSEÑANZA	AUXILIARES PARA LAS DIDACTICAS	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
	Sesión 1	Que los participantes adquieran habilidades para la toma correcta de presión arterial, cintura, peso, talla y estandarización de medidas antropométricas	Expositiva, devolutiva, ejercicios prácticos	Lap top, proyector electrónico de diapositivas, bascula con estadiómetro, esfigmomanómetro, cinta métrica, lápiz, hojas, glucómetro, tiras reactivas, cuaderno, formato de metas de tratamiento	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez</b> , Responsable de PSAAM	NOM DM, HTA, Manejo de Insulina, Guías para pacientes, Protocolos Clínicos y de Enfermería (UNEMES)
	Sesión 2	Que los participantes conozcan la importancia del manejo de los GAM y las herramientas de apoyo	Expositiva, devolutiva, ejercicios prácticos	Lap top, proyector electrónico de diapositivas, internet	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez</b> , Responsable de PSAAM	NOM DM, HTA, Manejo de Insulina, Guías para pacientes, Protocolos Clínicos y de Enfermería (UNEMES); SUAVE, SIS,
	Sesión 3	Que los participantes adquieran habilidades para dar consejería sobre orientación alimentaria, ejercicios y en educación en Diabetes	Expositiva, devolutiva, ejercicios prácticos	Lap top, proyector electrónico de diapositivas, esfigmomanómetros de mercurio y/o aneroides, estetoscopio	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez</b> , Responsable de PSAAM; <b>Lic. Ma. Fernanda Elorza Tena</b> , Apoyo al PSAAM nivel estatal	NOM DM, HTA, Manejo de Insulina, Guías para pacientes, Protocolos Clínicos y de Enfermería (UNEMES)
	Sesión 4	Que los participantes realicen el proceso de acreditación con los integrantes de un GAM invitado	Expositiva, devolutiva, ejercicios prácticos	Lap top, proyector electrónico de diapositivas, bascula con estadiómetro, esfigmomanómetro, cinta métrica, lápiz, hojas, glucómetro, tiras reactivas, cuaderno, formato de metas de tratamiento	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez</b> , Responsable de PSAAM	Temas vistos durante el curso taller

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE GUANAJUATO**  
**JURISDICCIÓN SANITARIA "V" SALAMANCA**  
**Coordinación de Servicios de Salud**  
**Programa de la Salud del Adulto y del Adulto Mayor**

**CARTA DESCRIPTIVA.**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN:** Curso Taller para Facilitadores en acreditación de GAM

**Cupo: 30**  
**personas**

**COORDINADOR:** Dr. César Guerra Vázquez.

**Sesión 1**  
**Duración: 5 hrs**  
**Clase y 5 hrs**  
**de trabajo en sus**  
**Unidades de Salud**

**OBJETIVO DE LA SESION:** Que los participantes adquieran habilidades para la toma correcta de presión arterial, cintura, peso, talla y estandarización de medidas antropométricas

**FECHA :** Junio 2009

**SEDE:** CAISES Moroleón

**DIRIGIDO A:** Responsables municipales de Programa Adulto Mayor, responsables de GAM, Nutriolog@, personal de enfermería.

HORARIO Y FECHA	TEMA / ACTIVIDAD	OBJETIVOS	TECNICA DE ENSEÑANZA	AUXILIARES PARA LAS DIDACTICAS	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
8:45 A 9:00	Registro de asistentes	Contar con una lista del personal que acudió al curso Taller	-	Lista de asistencia	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez,</b> Responsable de PSAAM	-
9:00 A 9:10	<b>BIENVENIDA</b>				<b>Dr. Antonio Orozco López,</b> Director CAISES Moroleón	-
9:10 A 9:30	Pre evaluación de sesión 1 y sesión 2	Identificar el grado de conocimientos previos al taller en los asistentes	Examen escrito	Copias de examen	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez,</b> Responsable de PSAAM	NOM DM, HTA, Manejo de Insulina, Guías para pacientes, Protocolos Clínicos y de Enfermería (UNEMES)
9:30 A 10:30	Toma correcta de peso y talla	Conocer la técnica correcta de peso y talla	Expositiva, devolutiva, ejercicios prácticos	Lap top, proyector electrónico de diapositivas, balanza con estadiómetro	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez,</b> Responsable de PSAAM	NOM DM, HTA, Protocolos Clínicos y de Enfermería (UNEMES)
10:30 A 11:30	Toma correcta de cintura	Conocer la técnica correcta de cintura	Expositiva, devolutiva, ejercicios prácticos	Lap top, proyector electrónico de diapositivas, cinta métrica de fibra de vidrio	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez,</b> Responsable de PSAAM	NOM DM, HTA, Protocolos Clínicos y de Enfermería (UNEMES)
11:30 a 12:00	Pausa por la salud	Promover la actividad física en el personal de salud	Video	Actividad Física dentro de la sede del curso Taller	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez,</b> Responsable de PSAAM	-
12:30 a 13:00	<b>R E C E S O</b>					
13:00 A 14:30	Toma correcta de presión arterial y verificación de equipos	Conocer la técnica correcta de toma de presión arterial y las actividades a realizar para verificar el buen estado de los esfigmomanómetros	Expositiva, devolutiva, ejercicios prácticos	Lap top, proyector electrónico de diapositivas, video, esfigmomanómetros de mercurio y/o aneroides, estetoscopio	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez,</b> Responsable de PSAAM	NOM DM, HTA, Protocolos Clínicos y de Enfermería (UNEMES), Video del registro adecuado de la presión arterial
14:30 a 15:00	Examen de fin de Sesión	identificar el grado de conocimientos adquiridos en la sesión del curso taller	Examen escrito	Copias de examen	<b>Dr. Cesar Guerra Vázquez,</b> Responsable de PSAAM	Temas vistos en la sesión 1

En estas capacitaciones, se incluyo el manejo correcto del tarjetero del programa y de manera paralela, se trabajo con los responsables municipales en el tema de cómo hacer las validaciones de la información generada en las unidades de salud y su registro correcto en las bases de datos oficiales, que evalúa tanto nivel estatal como nivel federal.

Además, se diseñaron las cartas de procesos y se difundieron a los responsables de programa municipal, para hacer la validación de la información y de las visitas de asesoría a las unidades, como se observa a continuación:

### Cartas de Procesos del Programa Adulto Mayor

CARTA DE ESPECIFICACIONES DE LOS PROCESOS DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR		
ENTRADAS	ESPECIFICACIONES DEL PROCESO	SALIDAS
<b>Información del SIS</b>	<p><b>Información completa:</b> Se realiza la validación de las variables del programa adulto mayor para identificar si en alguna de ellas hay falta de información.</p> <p><b>Información congruente:</b> Se analizan las variables y se comparan con el mes anterior para identificar si hay congruencia en el seguimiento de los pacientes o de los grupos de ayuda mutua.</p>	<b>Base de datos con información completa y congruente</b>
<b>Información de SUAVE</b>	<p><b>Casos nuevos de Diabetes tipo 1:</b> Se verifica que los casos nuevos sean reportado de acuerdo a su grupo de edad (&lt; 20 años) y en caso de que sea un adulto, este deberá de tener un resumen clínico de su padecimiento para poderlo ingresas al SUAVE.</p> <p><b>Casos nuevos de Diabetes tipo 2:</b> Se verifica que los casos nuevos sean reportado de acuerdo a su grupo de edad (&gt; 20 años) y en caso de que sea un menor, este deberá de tener un resumen clínico de su padecimiento para poderlo ingresas al SUAVE</p>	<b>Información epidemiológica validada de acuerdo a su diagnostico y grupo de edad</b>
<b>Información SIS/SUAVE validada</b>	<b>Indicadores Caminando a la Excelencia:</b> Con la información validada de SIS y SUAVE, se realiza la evaluación de los indicadores por unidad operativa y por municipio, con la finalidad de poder hacer una priorización para las visitas de asesoría y seguimiento, en aquellas con logros menores de 80%, en cada uno de los componentes del programa (Diabetes, Riesgo Cardiovascular, Próstata, Depresión y alteraciones de la memoria)	<b>Evaluaciones de Indicadores Caminando a la Excelencia por unidad y municipio</b>
<b>Información de cedula de Asesoría</b>	<b>Supervisión:</b> Se visitan las unidades de salud de la Jurisdicción y se aplica la Guía de Asesoría y detección de áreas de oportunidad, al final, se obtiene información sobre el grado de conocimiento de los procesos y de la estructura con la que cuenta la unidad, se capturan en un formato electrónico el cual esta programado para que por medio de semáforos, se identifiquen los componentes de cada programa en los cuales hay áreas de mejora.	<b>Matriz de Priorización de los componentes del programa</b>

NOMBRE DEL PROCESO: VALIDACION DE SIS (SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD)			
PROPIETARIO DEL PROCESO: RESPONSABLE DE PROGRAMA ADULTO MAYOR JURISDICCIONAL			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Contar con la información en base de datos</p> <p>Iniciar la verificación de la totalidad de la información</p> <p>Verificar que todas las unidades estén reportando información congruente con el mes anterior</p> <p>Identificar que variables no están acordes con lo reportado en el mes anterior</p> <p>Iniciar la elaboración de los Indicadores Caminando a la Excelencia</p>	<pre> graph TD     A([Solicitud de la base de datos de SIS del área de Estadística]) --&gt; B[Ingresar al Programa electrónico de validación]     B --&gt; C{Información Completa?}     C -- No --&gt; A     C -- Si --&gt; D[Analizar la congruencia de la información]     D --&gt; E{Es Congruente?}     E -- No --&gt; F((1))     E -- Si --&gt; G[Realización de Indicadores Caminando a la Excelencia]     G --&gt; H((4))             </pre>	<p>Responsable de programa</p>	<p>Tener la información en formato electrónico para iniciar la validación</p> <p>Verificar que la información este completa</p> <p>Que la información obtenida sea congruente con lo que se notifica de manera mensual</p> <p>Informar a las unidades que las variables no son congruentes con lo notificado el mes anterior</p> <p>Contar con información que permita hacer priorización para planear visitas de asesoría a las unidades</p>

2/7

NOMBRE DEL PROCESO: VERIFICACION DE LA CONGRUENCIA DE LA INFORMACION DE SIS			
PROPIETARIO DEL PROCESO: RESPONSABLE DE PROGRAMA ADULTO MAYOR JURISDICCIONAL			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Identificar que variables no están acordes con lo reportado en el mes anterior</p> <p>Hacer la corrección de las variables en el SIS</p> <p>Verificar que todas las unidades estén reportando información congruente con el mes anterior</p> <p>Tener la base de datos congruente</p> <p>Base de datos validada en congruencia y sin omisiones de variables</p>	<pre> graph TD     A((1)) --&gt; B[Se notifica a estadística de municipios que no hay congruencia de la información]     B --&gt; C((2))     C --&gt; D[Solicitar la base de datos a Estadística de Jurisdicción para validar la congruencia de la información]     D --&gt; E{Información Congruente?}     E -- No --&gt; A     E -- Si --&gt; F[Información validada para realizar la evaluación de Indicadores Caminando a la Excelencia]     F --&gt; G((4))             </pre>	<p>Responsable de programa</p> <p>Estadística de Municipio</p> <p>Responsable de programa</p> <p>Responsable de programa</p> <p>Responsable de programa</p>	<p>Que se realicen los ajustes en las bases de datos de acuerdo a los resultados de la validación</p> <p>El municipio realiza los ajustes en su base y la envía a estadística de Jurisdicción</p> <p>Contar con base de datos para realizar nuevamente su validación</p> <p>Validación de la información</p> <p>Base de datos sin errores</p>

3/7

NOMBRE DEL PROCESO: REALIZACION DE EVALUACION DE LOS INDICADORES CAMINANDO A LA EXCELENCIA			
PROPIETARIO DEL PROCESO: RESPONSABLE DE PROGRAMA ADULTO MAYOR JURISDICCIONAL			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Base de datos de SIS con información completa</p> <p>Contar con información epidemiológica para realizar la Evaluación de la congruencia de SIS/SUIVE</p> <p>Identificar que los casos nuevos estén reportados de acuerdo a su edad y diagnostico</p> <p>Tener información epidemiológica con datos congruentes</p> <p>Actualización de los casos nuevos notificados en SUAVE</p> <p>Verificar los resultados obtenidos por unidad y municipio y compararlos con el mes anterior</p>	<pre> graph TD     Start((4)) --&gt; A[Analizar las variables de SIS]     A --&gt; B[Solicitar Información de SUAVE de las claves 49 y 127 a Epidemiología]     B --&gt; C[Validar la Información de SUAVE de las claves 49 y 127]     C --&gt; D{Información Validada?}     D -- No --&gt; E((5))     D -- Si --&gt; F[Captura de Información de SUAVE en programa electrónico para realizar la Evaluación de los Indicadores Caminando a la Excelencia]     F --&gt; G[Análisis de la Evaluación de Indicadores Caminando a la Excelencia]     G --&gt; H([Envío de Evaluación a Directivos de Jurisdicción y Municipios])                     </pre>	<p>Responsable de programa</p>	<p>Contar con información sin errores ni omisiones</p> <p>Información semanal de casos nuevos de enfermedades (SUIVE)</p> <p>Tener información epidemiológica acorde al diagnostico y grupo de edad</p> <p>Notificar al área de epidemiología las inconsistencias encontradas para sus ajustes en base de datos</p> <p>Tener en formato electrónico la información epidemiológica por semana</p> <p>Contar con evaluaciones por unidad operativa para la planeación de visitas de asesoría y mejora continua</p>

4/7

NOMBRE DEL PROCESO: VALIDACION DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA (SUAVE)			
PROPIETARIO DEL PROCESO: RESPONSABLE DE PROGRAMA ADULTO MAYOR JURISDICCIONAL			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Información epidemiológica congruente</p> <p>Contar con información epidemiológica para realizar la Evaluación de la congruencia de SIS/SUIVE</p> <p>Verificar la congruencia de la información de acuerdo a su edad y diagnostico</p> <p>Contar con información epidemiológica para realizar la Evaluación de la congruencia de SIS/SUIVE</p> <p>Verificar la congruencia de la información de acuerdo a su edad y diagnostico</p> <p>Actualización de los casos nuevos notificados en SUAVE</p>	<pre> graph TD     Start((5)) --&gt; A[Solicitar la Información de SUAVE de las claves 49 y 127]     A --&gt; B[Validar la Información de clave 49]     B --&gt; C{Información Congruente?}     C -- No --&gt; D((6))     C -- Si --&gt; E[Validar la Información de clave 127]     E --&gt; F{Información Congruente?}     F -- No --&gt; D     F -- Si --&gt; G[Captura de Información de SUAVE en programa electrónico para realizar la Evaluación de los Indicadores Caminando a la Excelencia]     G --&gt; End((4))                     </pre>	<p>Responsable de programa</p> <p>Responsable de programa</p> <p>Epidemiólogo Jurisdiccional</p> <p>Responsable de programa</p> <p>Epidemiólogo Jurisdiccional</p> <p>Responsable de programa</p>	<p>Contar con información de los casos con Diabetes tipo 1 y 2 acorde a su grupo de edad</p> <p>Verificar que la información reportada de Diabetes tipo 2 sea de acuerdo a su grupo de edad</p> <p>Realizar los ajustes en base de datos de SUAVE en el Área de Epidemiología</p> <p>Verificar que la información reportada de Diabetes tipo 1 sea de acuerdo a su grupo de edad</p> <p>Realizar los ajustes en base de datos de SUAVE en el Área de Epidemiología</p> <p>Tener en formato electrónico la información epidemiológica por semana</p>

5/7

NOMBRE DEL PROCESO: ANALISIS DE RESULTADOS DE GUIAS DE ASESORIA Y DETECCION DE AREAS DE OPORTUNIDAD			
PROPIETARIO DEL PROCESO: RESPONSABLE DE PROGRAMA ADULTO MAYOR JURISDICCIONAL			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Contar con la información sobre los lineamientos de los componentes del programa</p> <p>Iniciar la verificación de la totalidad de la información</p> <p>Verificar el nivel de conocimientos del personal operativo</p> <p>Asegurar que el personal tenga el conocimiento en las áreas de oportunidad detectadas</p> <p>Valorar si el Equipo este calibrado y verificado para realizar detecciones</p> <p>Que el personal de salud tenga un equipo para somatometría calibrado</p>	<pre> graph TD     Start((7)) --&gt; A[Se aplica el cuestionario al personal operativo]     A --&gt; B{Responde correctamente?}     B -- Sí --&gt; C[Se registra en el cuestionario]     B -- No --&gt; D[Se da asesoría en servicio]     D --&gt; E[Verificar que el equipo para realizar detecciones este calibrado y verificado]     E --&gt; F{Esta Calibrado y verificado?}     F -- No --&gt; D     F -- Sí --&gt; G[Se calibran los equipos en el momento y se asesora sobre el mantenimiento preventivo del mismo]     G --&gt; End((7))             </pre>	<p>Responsable de programa</p> <p>Responsable de programa</p> <p>Personal Operativo</p> <p>Responsable de programa y personal de la unidad</p> <p>Responsable de programa</p> <p>Responsable de programa y personal de la unidad</p>	<p>Diagnostico situacional en el conocimiento de la aplicación del programa en los módulos de las unidades de salud</p> <p>Que el personal de la unidad conozca la normatividad del programa</p> <p>Identificar las áreas de oportunidad en el personal operativo</p> <p>Que el personal este capacitado para realizar mejor su trabajo de acuerdo a normatividad</p> <p>Identificar que equipo requiere calibración y cual debe ser repuesto</p> <p>Tener un equipo útil para la realización de las detecciones y seguimiento de pacientes</p>

NOMBRE DEL PROCESO: ANALISIS DE RESULTADOS DE GUIAS DE ASESORIA Y DETECCION DE AREAS DE OPORTUNIDAD			
PROPIETARIO DEL PROCESO: RESPONSABLE DE PROGRAMA ADULTO MAYOR JURISDICCIONAL			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Existencia de medicamento para prescribir al paciente</p> <p>Evitar en lo subsecuente falta o exceso de medicamentos</p> <p>Contar con un mejor sistema de Abasto en la unidad de Salud</p> <p>Contar con la información obtenida con la guía en un formato electrónico</p>	<pre> graph TD     Start((7)) --&gt; A[Se visita la Farmacia para verificar existencias]     A --&gt; B{Hay desabasto o sobre abasto?}     B -- No --&gt; C[Se registra en el cuestionario]     B -- Sí --&gt; D[Se verifica el sistema de Abasto]     D --&gt; E{Sistema de abasto con inconsistencias?}     E -- No --&gt; C     E -- Sí --&gt; F[Se asesora al personal sobre el Sistema de Abasto en base a sus máximos, mínimos y su panorama epidemiológico (Canales Endémicos)]     F --&gt; G[Se captura y analiza la información obtenida durante la visita a la unidad de salud]     G --&gt; H([Envío de Guía y recomendaciones a Directivos de Jurisdicción y Municipios])             </pre>	<p>Responsable de programa</p> <p>Responsable de programa</p> <p>Responsable de programa y personal de la unidad</p> <p>Responsable de programa</p>	<p>Que la unidad cuente con el medicamento suficiente de acuerdo a sus sistema de abasto</p> <p>Identificar las fallas en el sistema de abasto</p> <p>Hacer las correcciones necesarias para que se cuente con un mejor sistema de Abasto</p> <p>Hacer un análisis de los resultados y darlos a conocer a las autoridades de Jurisdicción de y de los municipios para hacer los ajustes necesarios</p>

El límite de tiempo previsto para lograr resultados positivos, fue el mes de Diciembre de 2009, y se programaron las actividades como se observa en el siguiente cronograma de actividades:

**Gráfica de Grantt**

Actividades	Mes	Abril 2009					Mayo 2009					Junio 2009					Julio 2009					Agosto 2009			
	Semana	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	
Levantamiento de Dx del programa			x	x	x	x	x	x	x	x															
Evaluación del Dx									x	x	x														
Entrega de resultados del Dx a Autoridades												x													
Elaboración de procesos para la validación de información										x	x														
Elaboración de cartas descriptivas para las capacitaciones												x													
Capacitación en técnicas antropométricas y acreditación de GAM a responsables de programa municipales													x	x	x	x									
Capacitación del manejo del tarjetero a responsables de programa																	x								
Capacitación de validación de la información a responsables de programa																		x	x						
Validación de información mensual						x				x					x					x					x
Retroalimentación de la validación de la información a responsables municipales						x				x					x					x					x
Correcciones de la información en bases de datos oficiales							x				x						x						x		
Supervisión a unidades de salud con la guía de asesoría								x			x	x						x			x	x			

**Gráfica de Grantt**

Actividades	Mes	Septiembre 2009					Octubre 2009				Noviembre 2009					diciembre 2009				
	Semana	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Capacitación en técnicas antropométricas a personal operativo de unidades de salud						x				x					x					x
Capacitación del manejo del tarjetero a responsables de unidades de salud								x												x
Taller de depuración de tarjeteros a responsables de programa municipales																			x	x
Validación de información mensual										x										x
Retroalimentación de la validación de la información a responsables municipales										x										x
Correcciones de la información en bases de datos oficiales								x												x
Supervisión a unidades de salud con la guía de asesoría			x			x			x											x
Envío de Resultados de supervisiones a autoridades municipales									x											x

Al ser un programa de mejora continua (*espirales de mejora*), se establecieron nuevas fechas para seguimiento del mismo en las unidades y municipios de esta Jurisdicción, como se observa en este cronograma del presente año.

**Gráfica de Grantt**

Actividades	Mes	Enero 2010				Febrero 2010				Marzo 2010					Abril 2010				Mayo 2010				
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5
Capacitacion en tecnicas antropometricas a personal operativo de unidades de salud				x				x				x					x				x		
Capacitacion del manejo del tarjetero a responsables de unidades de salud					x							x					x				x		
Taller de depuracion de tarjeteros a responsables de programa municipales							x				x					x					x		
Evaluacion del Programa de Mejora con resultados oficiales de nivel estatal							x																
Validacion de informacion mensual				x					x					x									x
Retroalimentacion de la validacion de la informacion a responsables municipales				x					x					x									x
Correcciones de la informacion en bases de datos oficiales					x						x					x					x		
Supervision a unidades de salud con la guia de asesoria		x		x		x		x				x					x				x		
Envio de Resultados de supervisiones a autoridades municipales							x		x			x					x				x		
Envio de Propuesta de PTP al INSP									x														
Revision de propuesta de PTP por maestros de INSP									x					x									x
Integracion del PTP para revision																				x	x	x	x
Envio del PTP para revision																							x

Las actividades antes señaladas se lograron cubrir en más del 90%, aunque se programaron salidas de supervisión a las unidades, en algunas ocasiones esto no fue posible, debido que se tuvo que apoyar a otras áreas de la jurisdicción en otro tipo de supervisiones. Las capacitaciones no sufrieron cambios y se respeto las sedes, fechas y horarios establecidos. La entrega de resultados a las autoridades se entrego en tiempo y forma, y aunque no fue posible hacer una presentación de manera gerencial, se enviaron los resultados impresos para su análisis y comentarios a las autoridades de la Jurisdicción y los municipios.

Las validaciones de la información mensual están programadas por el área de estadística, por lo que hay que adaptarse a sus calendarios de entrega de información, pero de igual forma, no se presentaron cambios para este fin. Posterior a la visita de supervisión a la unidad, se capturan los resultados, se imprime el informe y se hace un oficio dirigido al director municipal, con las situaciones encontradas en la unidad y con alternativas de solución propuestas por el responsable de programa de la Jurisdicción, con acuerdos y compromisos por parte del personal que se asesoro en la visita.

De acuerdo a las evaluaciones de nivel estatal, enviadas en el mes de Febrero del 2010 como cierre oficial, la jurisdicción avanzo en los programas de Diabetes 10.27 % y en Riesgo Cardiovascular (RCV) 11.08% de enero a diciembre del 2009, como se observa en la siguiente tabla:

**Tabla 4: Resultados ICE cierre 2009 por trimestre**

DM	ID1er	ID2do	ID3er	Anual
Jaral	60.80	68.90	79.77	80.08
Moroleón	79.90	84.20	80.32	86.64
Salamanca	61.80	57.80	74.35	76.11
Uriangato	45.40	41.20	55.37	72.69
Valle	82.60	60.20	74.68	72.57
Yuriria	75.20	65.00	79.50	84.53
Jurisdicción	67.60	62.90	77.93	77.87

Fuente: Cierre 2009, evaluación estatal.

RCV	ID1er	ID2do	ID3er	Anual
Jaral	60.64	64.51	73.13	73.93
Moroleón	44.12	52.51	50.64	69.07
Salamanca	74.73	81.45	81.40	82.81
Uriangato	64.48	63.61	66.26	76.64
Valle	62.25	67.83	65.82	70.21
Yuriria	74.88	76.96	79.57	88.72
Jurisdicción	66.77	69.92	72.11	77.85

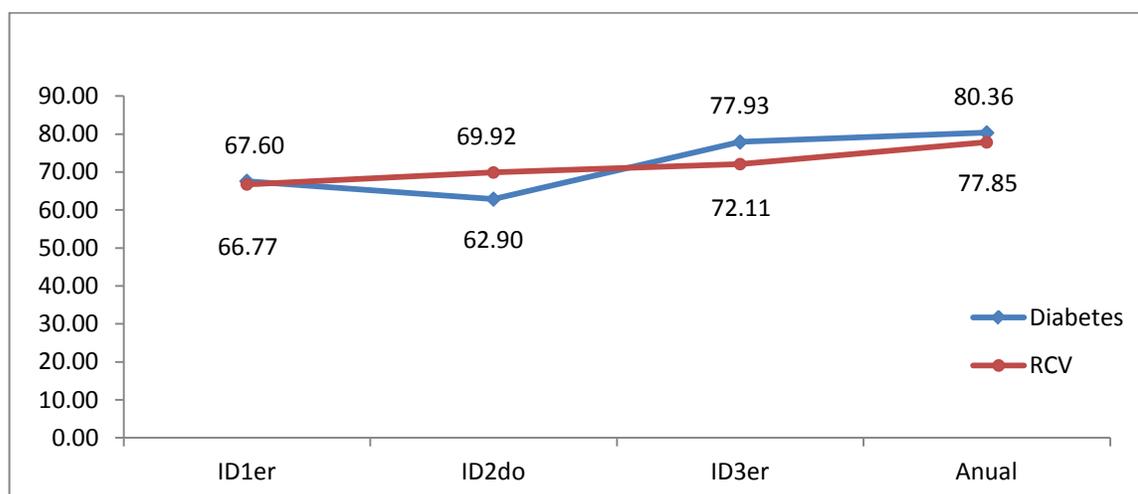
Fuente: Cierre 2009, evaluación estatal.

> 90 Sobresaliente
80 a 89.99 Satisfactorio
60 a 79.99 Mínimo
<60 Precario

> 80 Sobresaliente
65 a 79.99 Satisfactorio
50 a 64.99 Mínimo
<50 Precario

En el siguiente grafico se puede observar el incremento de los Índices de desempeño por trimestre a nivel de la Jurisdicción, en los programas de Diabetes y Riesgo cardiovascular:

**Grafico 1: Resultados ICE cierre 2009 por trimestre**

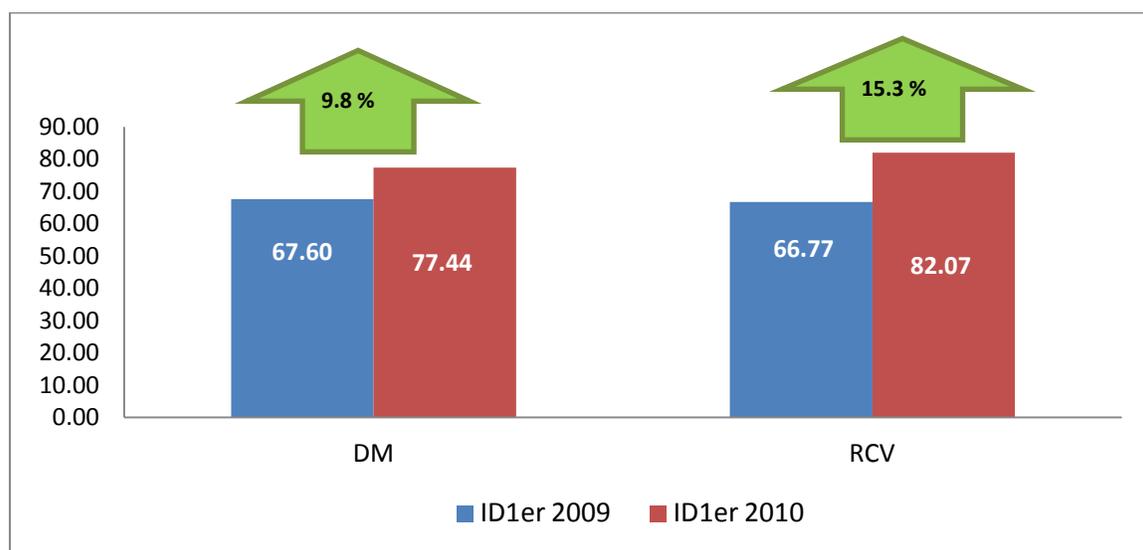


Fuente: Cierre 2009, evaluación estatal.

En la grafica numero 2, se observa la diferencia que existe entre los logros obtenidos en el 1er trimestre del 2009, comparados con los del mismo periodo del 2010 a nivel de la Jurisdicción. En el caso del programa de Diabetes, se incremento en un 9.8% y el de RCV en un 15.3%.

En el caso de Diabetes, el incremento fue menor en relación a los de RCV, debido a que en el trimestre del 2009 la mayoría de las tarjetas de control de las unidades de salud no estaban depuradas, y se notificaban casos en control con cifras de glucosa postprandial (< 140 mg/dl), y no como lo marca la normatividad (< 126 mg/dl estrictamente en ayunas), o por medio de una hemoglobina Glicada con valor menor a 6.5%.

**Grafico 2: Comparativo ICE Jurisdiccional 1er trimestre 2009 y 1er trimestre 2010**



Fuente: ICE 2009 cierre oficial, evaluación estatal.

## Resultados 2010

En los siguientes cuadros, se puede observar los avances que se han tenido dentro del programa del adulto mayor, y que son consecuencia de la implementación del presente proyecto de mejora. Dichos logros se fueron incrementando de manera gradual como estaba programado.

Todo programa que de un mes a otro tenga un incremento en sus logros de manera súbita, es una falacia, pues las actividades se programan de manera mensual y sería ilógico pensar que el personal de las unidades de salud trabajó a marchas forzadas para incrementar los logros.

**Tabla 5: Comparativo de resultados ICE cierre 2009-2010**

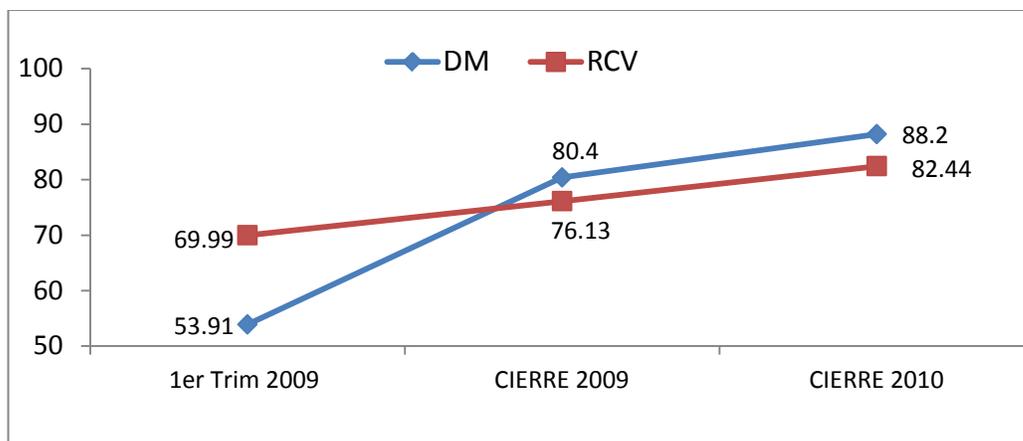
<b>DM</b>	<b>1er Trim 2009</b>	<b>CIERRE 2009</b>	<b>CIERRE 2010</b>	<b>Diferencia 09-10</b>
JARAL	43.56	80.1	76.1	-3.99
MOROLEON	48.47	86.6	85.1	-1.53
SALAMANCA	58.87	76.1	90.0	13.92
URIANGATO	39.66	72.7	84.0	11.35
VALLE	57.05	72.6	86.4	13.85
YURIRIA	56.74	84.5	91.5	6.95
JURISDICCION	53.91	80.4	88.2	7.88

Fuente: Cierre 2009-2010, evaluación estatal.

<b>RCV</b>	<b>1er Trim 2009</b>	<b>CIERRE 2009</b>	<b>CIERRE 2010</b>	<b>Diferencia 09-10</b>
JARAL	64.07	73.93	79.85	5.91
MOROLEON	71.97	69.07	76.06	6.99
SALAMANCA	75.50	82.81	87.31	4.50
URIANGATO	70.28	76.64	77.96	1.32
VALLE	68.00	70.21	76.46	6.25
YURIRIA	70.09	88.72	87.60	-1.11
JURISDICCION	69.99	76.13	82.44	6.31

Fuente: Cierre 2009-2010, evaluación estatal.

**Gráfico 3: Comparativo de resultados ICE cierre 2009-2010**



Fuente: Cierre 2009-2010, evaluación estatal.



Contigo Vamos

## La Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato

*Se complace en otorgar el presente:*

# Reconocimiento

a:

## la JURISDICCIÓN SANITARIA V

Por haber logrado en

2010

el 2<sup>do</sup> lugar

en **Riesgo**  
**Cardiovascular**

CAMINANDO  
A EXCELENCIA

*Dr. Jorge Aguirre Torres*  
Secretario de Salud del Estado de Guanajuato

Guanajuato, Gto. Febrero de 2011

### **Innovaciones: Equipos verificado patrón**

Como es sabido, los presupuestos asignados a las Jurisdicciones son limitados, y la mayor parte está destinada al pago de nomina. El resto, se utiliza para servicios básicos, con lo cual no podría existir ninguna institución, además de la compra de medicamentos, material de promoción, prevención e insumos para la atención del paciente. Pero no contamos en las jurisdicciones con presupuesto para la compra de equipos Verificadores Patrón para los esfigmomanómetros aneroides, lo que afecta de manera importante a la atención con calidad debido al mal registro que esto puede generar.

Estos equipos son automáticos, tiene una columna de mercurio igual que un esfigmomanómetro y no requieren de calibración ni verificación. Trabajan con un motor eléctrico que acciona un abomba de aire para que este sea ingresado al equipo y eleve la columna de mercurio en aproximadamente a 200 mmHg (fotografía 1). Tienen un costo aproximado entre \$8,000 y \$10,000 pesos, y no están incluidos en los presupuestos del POA. En el estado solo hay 3 equipos automatizados, distribuidos en las UNEME de Irapuato, Celaya y León. Las Jurisdicciones y municipios no tenemos este tipo de apoyo.



**Fotografía 1: Equipo verificador automático**

Siguiendo el funcionamiento anteriormente descrito, se fabrico con un esfigmomanómetro de mercurio normal un equipo verificador, con el cual se están realizando las verificaciones de todos los equipos aneroides de las unidades de salud que se visitan para supervisión y asesoría.

Actualmente se cuenta en la Jurisdicción Sanitaria con 9 Verificadores Patrón manuales en los 6 municipios de esta Jurisdicción, así como el que está a cargo del Responsable de programa de en la Jurisdicción y es utilizado en las visitas de asesoría de las unidades de salud.

Además de verificarlos, se calibran durante estas vistas. Esta actividad la está realizando actualmente el responsable de programa de Jurisdicción. A nivel estatal esta jurisdicción es la única que cuenta con este tipo de verificadores manuales, y que han venido a ser un apoyo muy importante para confiar más en los registros de las tomas adecuadas de la presión arterial en las unidades de salud.



**Fotografías 2, 3 y 4: Equipo verificador manual realizado en la Jurisdicción Sanitaria V Salamanca**

## Aprendizajes

---

Este espacio es para expresar algo que aprendimos del personal operativo, pues es muy importante y que fue un factor que ayudo a la mejora de los procesos.

Los maestros y asesores dan las herramientas para poder realizar este tipo de trabajo e implementar actividades de mejora. El enfoque administrativo no solo debe de estar basado en la estructura, los procesos y los resultados, y como menciona Donabedian, la dimensión interpersonal que existe en esta parte es importante, por lo que debemos de interactuar con el personal y el paciente. Aunque hay materias donde enseñan la parte cualitativa y como se puede relacionar con los pacientes, esto es difícil de llevarlo a la práctica si no se cuenta con la experiencia suficiente o un buen dominio de las técnicas de manejo de personal, sobre todo en el manejo del conflicto.

Muchas veces pensamos que nosotros los médicos *sabemos todo* y no necesitamos más del conocimiento ya adquirido. La enfermera a pesar de que está subordinada al médico de acuerdo la nuestra estructura orgánica, es pieza fundamental en la atención del paciente, y en general, no se le toma en cuenta para las capacitaciones tanto para el desempeño como para el desarrollo, cosa en la que debemos de mejorar.

Con este trabajo se logro obtener como conclusión, que **la enfermera** es la parte medular de muchos procesos de la consulta en el 1er nivel de atención, pues aunque el médico sea el que implemente los tratamientos de acuerdo a la patología que el paciente refiera, la compañera del modulo es quien recibe al paciente y le da la bienvenida, localiza o solicita su expediente y tarjeta de control, verifica sus signos vitales (y en esta parte es donde se trabajo para la mejora), los registra y pasa al médico para que el haga la valoración, le explique al paciente la terapéutica a iniciar o bien la modifique.

Aunque el diagnostico que se realizo y el presente proyecto de mejora continua tiene enfoque administrativo, no debemos de dejar a un lado la parte humana de los procesos. Al estar realizando tanto el diagnostico como las asesorías en las unidades de salud de esta jurisdicción, se tuvo la gran oportunidad de acercarnos más al personal, conocerlos, vincularnos más con ellos, saber sus necesidades laborales y en otras cuando hubo mayor confianza, cosas personales, y entender un poco porque su actitud ha sido modificada con el paso del tiempo, y que las ha llevado a ya no tener ese ímpetu con el que iniciaron su labores hace ya varios años.

Si no tenemos este tipo de acercamiento como gerentes de los servicios de salud, todo esfuerzo será en vano. Cuando se ha logrado alcanzar un grado académico mas, hay que ser más humildes y tratar de transmitir los conocimientos adquiridos, ya que esto facilitara aun más el trabajo en las unidades, se cometerán menos errores, habrá un ahorro de tiempo, dinero y esfuerzo, se mejorara la relación medico paciente y de alguna manera la relación laboral. Con todo esto, la imagen de la institución también se verá beneficiada, pues la población recibirá una mejor atención.

Con todo respeto para los compañeros médicos, se necesita estar más de cerca con el personal que está en el modulo, para formar un verdadero equipo de trabajo, conocerlos no solo como trabajadores sino también como personas, para poder entender porque en algún momento de nuestro trabajo está en “stand by”, y no solo decir que es por una mala actitud lo que no favorece el buen desempeño en el trabajo de la unidad, aunque esto sería motivo de otro tipo estudio y de intervención.

Todos los comentarios que nos regalaron (y que por desgracia no se pudieron registrar en algún medio de almacenamiento), por parte del personal de enfermería, de los médicos de base, de los becarios y de los directivos, fueron muy valiosos para entender aun mas, el porqué no se hacen bien las cosas, porque no se pueden hacer mas actividades de prevención con calidad. Si les damos herramientas como la capacitación continua (y no solo en las semanas de vacunación), tendremos personal más preparado y de alguna manera, más motivados para realizar sus actividades al saberse que son tomadas y tomados en cuenta en todo este proceso de salud enfermedad y de la relación medico paciente.

Si se llega a las unidades de salud como “jefes”, “supervisores”, “expertos”, el personal se vera de algún modo intimidado. Pero si antes de iniciar las asesorías se les explica los motivos de la visita, y se les hace ver que no es una “supervisión”, habrá más confianza tanto para poder transmitir un poco de los conocimientos y por parte del personal el aceptar que las actividades que vienen realizando desde varios años, no son las adecuadas y que se tienen que modificar. De no haber tenido este tipo de acercamiento, los resultados que se presentaron no habrían tenido esa puntuación.

Por último, la salud pública no solo debe contemplar los datos crudos, estadísticas, graficas, y todo lo que esto implica. Por generaciones la población ha venido realizando diversas actividades que de acuerdo a sus mitos y creencias, justifican su actuar en las comunidades donde viven; pero cuando los servicios de salud identifican algún riesgo que pueda afectar su salud, se inician acciones para realizar cambios sustanciales que permitan mejorar su calidad de vida y su salud. Pero, ¿hasta dónde la salud pública tiene el derecho de cambiar o modificar las costumbres de una comunidad, si esta no lo ve como un problema afecte su salud?

Es aquí en donde la parte humana y social debe de ser incluida en cualquier tipo de intervención administrativa, y no solamente a la población, sino a las personas que realizan la parte operativa: Los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, becarios, y todos los que de alguna manera tienen parte en los procesos de salud enfermedad.

Aun falta mucho por hacer y por muchos más por mejorar, pero poco a poco se lograra que estemos mejor preparados para enfrentar no solo este tipo de problemas, sino otros más que pudieran presentarse.

Sin el compromiso de nuestros Directivos, cualquier programa por muy buen planteamiento y estrategias implementadas, que haya demostrado mejoría en corto o mediano plazo, no tendrá el mismo impacto, pues la visión de unos no es la misma que tienen los otros.

Cuando se deje la parte personal a un lado, y se valore todo el aspecto laboral, cualquier organización alcanzara algún grado de madurez y se verá beneficiada por la implementación de nuevas formas de trabajo, que darán un mayor desempeño con menor esfuerzo, teniendo en mente la salud de la población antes que las necesidades personales.

## Conclusiones

---

Con la realización del diagnóstico situacional del programa, se demostró que hay muchas áreas de oportunidad sobre las cuales hay que realizar algún tipo de intervención, ya sea administrativa o educativa, solo por mencionar algunos ejemplos. Al analizar los problemas en su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad para la mejora, nos da un abanico de oportunidades, pero al hacer la priorización, se llegó a definir que el principal problema es que no se están realizando las labores cotidianas de acuerdo a la normatividad, y que no se cuenta con procesos específicos para poder hacer análisis y validación de la información.

Los problemas identificados que se han mejorado, han permitido medir fuerzas y alcances para la aplicación de las acciones de mejora. También se llegó a conocer cuál es el compromiso que se tiene para con la institución en todos los niveles de esta Jurisdicción. Queda claro que es necesario el apoyo y compromiso de todos para lograr las metas y objetivos. Sin un diagnóstico previo de cualquier programa o fenómeno de salud, no se podrán realizar las actividades pertinentes que permitan a corto, mediano o largo plazo, mejorar los indicadores de salud.

El haber podido estudiar esta maestría, ha permitido tener un mejor desempeño en las funciones, identificar de manera oportuna algún problema y buscar la solución más factible de acuerdo al nivel y magnitud que se encuentre este.

No podemos decir que porque se lograron las metas y objetivos planteados en este proyecto, ya se terminó. Al contrario, esto es la parte inicial de toda una espiral de mejora.

Si involucramos al personal operativo en los procesos y los hacemos partícipes de los logros, habrá un mayor compromiso por parte de ellos y se alcanzaran de manera más sencilla nuestras metas. Lo que se identificó con la ejecución de este plan de mejora, fue que aun se requiere continuar con las capacitaciones, pero con un enfoque menos tradicionalista. La administración de los servicios de salud no es tarea fácil, pero a medida de que se adquiera más experiencia y se tengan más logros, por pocos que estos sean, se podrán identificar situaciones que puedan alterar la funcionalidad de los programas antes de que estén con mayores problemas.

Espero que esto no sea el final del camino, pues fue muy interesante el haber realizado este tipo de trabajo, me sentí bien cuando termine de evaluarlo, y lo pienso compartir con mis compañeros, pues aunque aún no sé la opinión de mis maestros y asesores, creo que hice un buen trabajo gracias a los conocimientos transmitidos por todos ustedes.

## Recomendaciones

---

Si se pretende iniciar con cualquier plan de mejora o alguna intervención, lo primero es conocer nuestra situación, es decir, tener un diagnóstico del programa que pretendemos mejorar, pues sin esto, no sabremos hacia dirigir nuestras acciones. Si identificamos el problema principal, sus causas y que otros problemas está generando, estaremos en condiciones de iniciar un análisis para la aplicación de acciones que permitan mejorarlo y en consecuencia, los demás que este genera.

También es importante que se identifique con que metodología se pretende hacer el análisis del diagnóstico, ya que de no hacerlo, se cometerán muchos errores durante el planteamiento de la intervención y consecuentemente, en el desarrollo y aplicación de las estrategias de mejora.

Los procesos que ya están definidos por niveles superiores, como los de nivel federal o estatal, pueden ser adaptados de acuerdo a nuestra capacidad técnica y humana, pero sin perder la esencia para lo que fueron diseñados.

No todos sabemos todo. Hay que reconocer también cuales son nuestros alcances y conocimientos. Si pensamos que algún problema necesita de una persona más competente que nosotros o algún especialista para obtener un mejor resultado, hay que pedirle ayuda, pues trabajando en equipo y siendo más humilde, es como lograremos alcanzar nuestras metas.

Al final del día, el que se verá más beneficiado con todo lo que hacemos, será la población por la cual estamos aquí, y aunque nunca nos lo agradecerán, nos queda la sensación de que estamos haciendo todo lo que está en nuestras manos para que el proceso salud enfermedad se vea favorecido, y la población tenga cada vez mayor bienestar y salud, hasta el infinito y mas allá.

## Referencias bibliográficas y documentales.

---

- 1.- Modificación a la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial 2007.
- 2.- Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica
- 3.- Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes
- 4.- Manual ICE 2009
- 5.- CAUSES 2009
- 6.- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, 2000.
- 7.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- 8.- NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad
- 9.- NOM- 037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias
- 10.- Avedis Donabedian, Garantía y Monitoria de Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio
- 11.- Conferencia Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
- 12.- Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud, Rashad Massoud,
- 13.- Cuentas en DM, enfermedades cardiovasculares y obesidad, Leticia Ávila Burgos, INSP, 2006
- 14.- Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2003
- 15.- Modificación al Reglamento Interior del ISAPEG, decreto Gubernativo Número 268, publicado en el DOF el 19 de Mayo del 2006
- 16.- Manual Metodológico de Caminando a la Excelencia 2008-2012, SS
- 17.- Yanira Chandia Vidal, Introducción a la Calidad en Salud, 2006
- 18.- Lineamientos para la elaboración de los reportes del Modelo de Administración por calidad total, Subsecretaria de Innovación y Calidad, SS, 2008
- 19.- Modelo Nacional para la competitividad, Instituto para el Fomento a la Calidad Total, A.C, 2008