



Instituto Nacional
de Salud Pública

ESTRATEGIA ORGANIZACIONAL PARA EL LOGRO DE LA CERTIFICACIÓN EN EL H.C.S.A.E. DE PEMEX

Juárez Parres Alejandro Federico

alejandro.federico.juarez@pemex.com

Teléfono: 044-55-24-38-28-54

Maestría en Salud Pública

Área de concentración en Administración en Salud

Generación: 2007-2009

Director: Mtro. Emanuel Orozco Núñez

Investigador en Ciencias Médicas D

Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Instituto Nacional de Salud Pública

Asesora: Mtra. Aurora Granillo Brito

Jefa del Servicio de Medicina Preventiva

Hospital Central Sur de Alta Especialidad

Servicios Médicos de PEMEX

Índice

1	Introducción	3
2	Antecedentes	4
3	La certificación de hospitales en el ámbito de los Servicios de Salud de PEMEX	8
4	Justificación	9
5	Cotexto organizacional de PEMEX	11
6	Contexto organizacional de los Servicios de salud de PEMEX	12
7	Hospital Central Sur de Alta Especialidad.....	15
8	Proyecto.....	17
9	Objetivo	18
10	Objetivos secundarios.....	18
11	Metodología	18
12	Análisis de la información general.....	18
	Análisis de la información Medicina Preventiva.....	22
13	Actividades propuestas	24
14	Resultados	26
15	Comité para la certificación.....	26
16	Fase de autoevaluación.....	27
17	Acciones realizadas por parte del servicio de Medicina Preventiva.....	29
18	Manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI).....	29
19	Imprevisto resuelto.....	32
20	Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.....	32
21	Resultados de los muestreos.....	37
22	Resultados de la auditoria.....	39
23	Apoyo	41
24	Obstáculos	42
25	Conclusiones	43
26	Aprendizajes	43
27	Recomendaciones	44
28	Anexos	45
29	Referencias	48

Introducción

La Organización Mundial de la Salud en la tercera edición de sus “Guías para la calidad del agua potable, define la certificación como: “... un proceso en el que una organización independiente comprueba si es cierto que los fabricantes y/o prestadores de servicios cumplen, según lo afirman, una norma o criterio formal o proporciona una evaluación independiente de los posibles riesgos asociados con sus procesos. El organismo de certificación puede tener las siguientes responsabilidades: obtener información, proporcionar resultados de análisis, realizar inspecciones y auditorías y, posiblemente, realizar recomendaciones acerca del desempeño de productos”.

El establecimiento de sistemas de certificación, como mecanismo mediante el cual un organismo autorizado gubernamental o no, evalúa y reconoce si un individuo u organización cumplen con ciertos criterios o requerimientos preestablecidos¹, ha sido la opción más utilizada para conseguir garantizar la calidad del desempeño empresarial, institucional y profesional, a través del fomento a la educación continua, la aplicación y/o creación de sistemas de mejoras continuas, generación y medición de indicadores, etc.

Por lo tanto el proceso de certificación se ha adoptado como el mecanismo por excelencia para fomentar la calidad de los productos y servicios, esto en el marco de gran competición entre los productores y prestadores en el que actualmente vivimos, ha generado beneficios importantes para las personas a los que estos bienes y servicios se dirigen.

Con la comprobación de que dicho proceso rendía tan buenos dividendos como promotor de la calidad, su ajuste y aplicación a los servicios de salud no se hizo esperar. En México se entiende dicho proceso en los términos en los que el propio Consejo de Salubridad General lo define: “El proceso mediante el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen con los estándares necesarios para brindar servicios de buena calidad en la atención médica y seguridad de los pacientes”².

Impulsados por instancias internacionales de salud (OMS/OPS) y con amplias expectativas en torno de las mejoras de la calidad, en México se generaron las estructuras para realizar este procedimiento tanto entre las instituciones educativas encargadas de la formación de los recursos humanos como entre el personal de salud y más recientemente esta tendencia alcanzó a las unidades encargadas de proporcionar estos servicios.

Varios factores han determinado que la certificación adquiera una nueva dimensión, particularmente en los países en desarrollo. Entre éstos destacan: el acelerado aumento en la generación de datos sobre el desempeño de los sistemas de salud a través de indicadores de calidad y seguridad; el notable incremento en el acceso a la información a través de internet por parte de la población, en especial aquellas que acuden a los servicios de salud; particularmente en México, el incremento en el grado de escolaridad y la penetración de los medios de comunicación. Todo ello ha producido un incremento en

la exigencia de la población hacia médicos y hospitales, sin precedentes³. Esto a su vez ha aumentado la difusión de la certificación como mecanismo para garantizar la calidad de la atención.

En el caso de los servicios de salud de Petróleos Mexicanos, estos conceptos han permeado hasta la alta dirección, en estos grupos se han incrementado las expectativas respecto a los alcances de los mismos en la atención prestada por los servicios médicos, una parte importante en los sistemas de monitoreo de dichas expectativas es dado por los servicios de medicina preventiva de las unidades quienes registran mucha de la información que se emplea para tal efecto, por lo tanto es de esperarse que las situaciones extraordinarias como las que representa el proceso de certificación se constituya en una de las piezas claves.

El presente trabajo plantea describir el proceso de certificación que se llevó a cabo en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, en gran medida visto con el enfoque de las contribuciones del Servicio de Medicina Preventiva.

Antecedentes

En nuestro país desde 1841 contábamos con órganos encargado de regular el ejercicio de las profesiones médicas en formas de colegios o sociedades de médicos, desde esa fecha y después un proceso de consolidación y mejoramiento de 66 años, para 1917 éstos habían alcanzado áreas de acción mucho mayores además de haber madurado en conceptos y herramientas.

La Acreditación como modelo de evaluación externa por pares se originó hacia 1910 en Estados Unidos, su propósito fundamental era estandarizar la práctica médica hospitalaria. A menudo, se realizaba como un proceso voluntario que podía ser requisito de algunos sistemas de aseguramiento. En los países de habla inglesa se ha generalizado gracias a las organizaciones no gubernamentales y al pago del servicio. Es un enfoque muy popular y actualmente se identifican 36 países con modelos similares a este¹.

Para 1918 el American College of Surgeons de Estados Unidos contaba con un programa de estándares voluntarios, diseñados por médicos, para evaluar la calidad de la atención. En 1951, teniendo como marco un acuerdo con el American College of Physicians, American Hospital Association y American Medical Association, crearon la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria, con el propósito de autorregularse³.

Es adecuado remitirnos a las definiciones que dan Ruelas y colaboradores respecto de ciertos términos que con frecuencia se aprecian como poco claros o confusos, como son:

- Certificación: Se define como el procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a las normas y lineamientos o recomendaciones de organismos dedicados a la normalización nacionales o internacionales¹.

- Acreditación: Es el acto por el cual una entidad de acreditación reconoce la competencia técnica y confiabilidad de los organismos de certificación, de los laboratorios de prueba, de los laboratorios de calibración y de las unidades de verificación para la evaluación de conformidad¹.

Es conveniente aclarar que a pesar de que acreditación y certificación aluden esencialmente al mismo proceso, la acreditación está orientada a la constatación de criterios con la finalidad de evaluar unidades de atención médica para que esta se considere para la atención de pacientes de un sistema de aseguramiento en particular; en el caso de México la acreditación opera para la designación de las unidades que prestarán servicios a los pacientes en el esquema de aseguramiento del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, en tanto que la certificación alude a un proceso similar de evaluación pero con la finalidad de obtener el reconocimiento del Consejo de Salubridad General, que da fe de la calidad de la atención de dicha unidad.

A principios de 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionales, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud, como resultado de esta convocatoria se publicaron en el Diario Oficial de la Federación los siguientes documentos:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
- Convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

Estos documentos establecieron las bases conceptuales y los procedimientos de la Certificación de Hospitales, con ello se respondía a la necesidad de Certificar Hospitales y de contar con un Organismo Certificador.

En la actualidad el Consejo de Salubridad General, representa un cuerpo colegiado con respaldo constitucional, de dependencia única y directa del Presidente de la República, que cuenta con capacidades y facultades amplias para generar e implementar acciones normativas en el campo de la Salud Pública Nacional; y es a través de la Comisión Nacional de Certificación que este se encarga de la certificación de los establecimientos que prestan servicios de salud, de acuerdo a los estándares que ésta comisión emita para obtener dicha certificación⁵.

Es pues, que este proceso de acreditación implica la evaluación de la estructura organizacional del hospital y la provisión de asistencia, en comparación con estándares profesionales contemporáneos, para determinar si el hospital cumple con un número suficiente de estándares para merecer el certificado de acreditación.

Con la finalidad de garantizar la calidad de los servicios prestados, ya que conocer la calidad con la que se otorga la atención médica, puede ser tomado como el primer paso para mejorar su prestación, lo cual es una necesidad inherente al acto médico mismo⁶ y,

tal como Ortún señala “la primer premisa de la gestión sanitaria y/o clínica encaminada a la calidad de los servicios, es contribuir a mejorar los niveles de bienestar de individuos y poblaciones en los aspectos relacionados con la salud. Además, asegura que no basta con hacer más gestora la clínica, es necesario hacer también más clínica la gestión”⁴.

Por otro lado la inclusión de la certificación de instituciones o prestadores de servicios de salud como política de salud se puede documentar en diversos países en el mundo, con lo que a pesar de que las iniciativas en pro de la calidad de la atención se gestaron inicialmente en organizaciones no gubernamentales y de manera un poco anárquica, con la participación del estado estas adquirirían nuevas dimensiones.

El desarrollo de programas de Acreditación Hospitalaria en América Latina, ha tenido una evolución tan heterogénea como la región misma. El proceso muestra diversas peculiaridades: se configuró como un fenómeno multifocal antes que como un plan ordenado. La tendencia al mejoramiento de la calidad en el campo de la salud, se expandió horizontalmente y no, como una iniciativa dirigida de arriba hacia abajo⁷.

Las influencias que recibió la Región, también fueron diversas. Por una parte, el significativo impulso dado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al promover la elaboración de un instrumento de evaluación adecuado a la realidad latinoamericana, a efectos de recomendar la iniciación de Programas de Acreditación en todos los países. Con esta finalidad, se llevaron a cabo reuniones regionales y subregionales, destinadas a lograr consensos entre los países, e intercambiar experiencias. Pero esta iniciativa regional y ordenada, no fue adoptada por todos los países⁶.

La segunda influencia provino de la resonancia internacional de la entidad creadora del método de Acreditación Hospitalaria: la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) de EE.UU. Inicialmente, desarrolló sus actividades en los hospitales de EE.UU. y Canadá⁸.

En Canadá se separó y formó su propia entidad acreditadora: el Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA). Por su parte, la JCAHO limitó sus evaluaciones al ámbito doméstico hasta comienzos de la década del 90. Después de un extenso proceso interno de revisión metodológica, denominado "Agenda para el Cambio" (JCAHO, 1989), procuró extender su experiencia y su asesoramiento a otros países y especialmente a la región latinoamericana. Para esta tarea, se creó una entidad subsidiaria, Joint Commission International (JCI). Actualmente, el CCHSA también está desarrollando tareas de asesoría, fuera de las fronteras canadienses⁷.

Otra influencia regional proviene del campo de la industria, a través del Sistema ISO (International Standardization Organization), dado que se trata de un modelo universal de estándares de calidad de procesos (Normas 9000), orientado tanto a la producción como a los servicios, diversas consultorías en gestión gerencial, han tratado de aplicar ISO a las instituciones de salud⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 decidió evaluar, con una propuesta conceptual y metodológica propia, el desempeño de los sistemas nacionales de salud de sus países miembros, en el cual consideraba el grado de cumplimiento de lo que consideró los tres objetivos fundamentales de todo sistema de salud¹⁰:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud
3. Garantizar un funcionamiento justo de la atención a la salud

En 1981 Donabedian, inició la evaluación sistémica de la calidad de la atención médica, con base en la teoría de sistemas, mediante el análisis de la estructura disponible para otorgar la atención, el proceso mismo de la atención y sus resultados⁷, con lo cual se le dio una nueva orientación a la evaluación de la calidad en diferentes dimensiones que mostraron más claramente las áreas de oportunidad¹².

Donabedian aporta un valioso enfoque conceptual al considerar que en la atención médica, la calidad es la resultante de dos fuerzas opuestas siempre presentes: los beneficios y los riesgos. Ninguna intervención en salud o enfermedad es inocua, por lo tanto los grados de calidad dependen de ese interjuego que tiene en cada circunstancia su relación y probabilidad.

De acuerdo con esta visión la calidad en lo referente a la atención en salud, es el resultado de la interacción de una serie de factores que mantienen relaciones complejas entre sí, pero que deben de contar con ciertos atributos para que puedan garantizar el mayor provecho para el paciente.

En la figura 1 se esquematizan los atributos que deben presentar los servicios prestados a los pacientes mediante los cuales se responde a las necesidades del mismo en las mejores circunstancias posibles, dado el entorno en el que se brindan estos.

Figura 1: Esquema de los atributos que le brindan soporte a la calidad de acuerdo al enfoque conceptual de Donabedian.



Fuente: Donabedian, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Quarterly, 2005; 83, 4:691-729.

Otra contribución que resulta útil para dimensionar adecuadamente la importancia del concepto de calidad de la atención es el proporcionado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos en el artículo titulado “Cruzando el abismo de la calidad” publicado en el año 2001, en el que se considera que la mejora de los cuidados de la salud debe incluir a

todos los implicados en el proceso mismo como son: los profesionales de la salud, las autoridades locales y federales, las unidades de atención tanto públicas como privadas, los directivos de las organizaciones, juntas de gobierno y por supuesto al propio consumidor de los servicios, los cuales deben comprometerse a proponer en conjunto un sistema de salud. Cada una de estos grupos debe aceptar el compromiso, así como las propuestas para que sea posible disminuir la carga de las enfermedades, lesiones y discapacidad entre la población.

Así mismo deben de tener una visión clara y compartida de que los objetivos para la mejora de la atención de la salud, están basados en las necesidades dichos cuidados y son:

- **Seguridad:** Evitando lesiones en los pacientes que llegan buscando asistencia
- **Eficaz:** Prestando los servicios basados en los conocimientos científicos a todo aquel que sea susceptible de beneficiarse con ellos y absteniéndose de darlos a aquellos en los que estos no les ofrezcan ningún beneficio
- **Centrados en el paciente:** Brindando cuidados responsables y respetuosos de las preferencias, necesidades y valores del paciente, que aseguren que estos valores guiarán toda decisión médica
- **Oportuna:** Reducir la espera y demoras que perjudican tanto a aquellos que la reciben como a los que proporcionan la atención
- **Eficiente:** Evitando pérdidas, incluyendo las de materiales, insumos, ideas y energías
- **Equitativa:** Suministrando cuidados que no tengan variaciones en su calidad motivados por características de la persona como pueden ser: género, origen étnico, lugar de origen o nivel socio-económico.

En ambos conceptos se puede percibir claramente el enfoque de elementos que garantizan la calidad de los servicios prestados por las unidades médicas, pero en el segundo se expresa de manera mucho más explícita la calidad enfocada a la prevención de daños y con el paciente en el centro de la misma.

La certificación de hospitales en el ámbito de los Servicios de Salud de PEMEX

Esta tendencia a la aplicación de la certificación como medida para promover las mejoras en la atención en las unidades médicas que en México fue tan bien recibida, no pasó inadvertida para la alta dirección de PEMEX y sus Servicios Médicos. Por el contrario, se identificó como beneficioso para el sistema de salud y para los trabajadores de PEMEX la certificación de las unidades médicas que lo conforman, a tal grado que se ha comprometido ante la alta dirección de la empresa lograr la certificación del 100% de sus unidades de atención médica.

Este compromiso atiende al reconocimiento de la calidad como una filosofía de vida, que se basa en que la calidad debe comenzar con la actitud y compromiso de todos los trabajadores de conocer y cumplir con la normatividad vigente, para mantenernos en la posibilidad de dar una respuesta adecuada a las necesidades de la población, cada vez con estándares más altos¹³, lo cual puede identificarse en múltiples programas vigentes en la empresa como el S.S.P.A (Sistema de Administración de la Seguridad, Salud y Protección Ambiental en Petróleos Mexicanos), es importante hacer notar, que las expectativas a las que da pie el proceso de certificación, continuarán marcando la pauta para que los responsables de las unidades de salud se mantengan enfocados en ella, con lo que se favorece la continuidad del proceso de mejora.

Aunque se identifica claramente que la mayor parte de las actividades dedicadas a garantizar la calidad de la atención son principalmente intramuros por parte de las propias unidades de salud, también se reconoce la existencia de requisitos establecidos por dificultades ajenas a la prestación de los servicios de las unidades que deben ser tomadas en cuenta¹⁴.

Jessee reconoce en la complejidad del proceso de atención varios principios que ayudan a garantizar la calidad, los cuales se enuncian a continuación¹⁴:

- Desempeño Profesional (Calidad Técnica).
- Empleo de recursos (Eficiencia).
- Riesgo del paciente (el riesgo de lesión o enfermedad en relación con los servicios administrados).
- Riesgo de infección del personal de salud (por accidentes con materiales contaminados, por ejemplo: objetos punzocortantes, secreciones de pacientes infectados, entre otros).
- Satisfacción del paciente con los servicios suministrados.

Estos enunciados son congruentes con la concepción de Donabedian respecto a la calidad en la atención a la salud como un atributo de ésta, que puede poseer diversos grados y cuya finalidad es el logro de los mayores beneficios posibles con respecto a la atención con los menores riesgos para el paciente, en el cual deben intervenir dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo¹⁵.

Al fijar metas de desempeño que deben ser alcanzadas para lograr la certificación, se busca garantizar niveles mínimos aceptables de servicio y atención que tiendan a elevar o por lo menos a mantener la calidad de los servicios prestados por las unidades de salud.

Justificación

La importancia que ha adquirido el tema de la certificación en relación con la calidad de la atención que brindan los servicios de salud es evidente, ahora la gran mayoría de los prestadores de servicios conocen y manejan consciente o inconscientemente conceptos relacionados con esta, ya que se encuentran inmersos en un medio en el cual constantemente son evaluados, ya sea por otros prestadores de servicios o por los

propios usuarios de los mismos; además el proceso de mejoramiento en la prestación de servicios no sólo se relaciona con la mejora en la prestación de dichos servicios, sino también con el cumplimiento de compromisos internacionales, así como con el seguimiento de la normatividad nacional, sin dejar de mencionar que ésta representa anticipos en el pago de la deuda histórica que los servicios médicos tienen con los mexicanos.

Considerando que el desarrollo de un programa de mejora de la calidad en un hospital es un proceso lento que supone necesariamente, un cambio en la forma de hacer las cosas, en el cual se ha de involucrar a todos los integrantes del equipo de trabajo de la unidad con miras a alcanzar metas comunes.

Las mejoras sustantivas que se han alcanzado, no sólo deben de supervisarse y evaluarse, para así continuar avanzando hacia la excelencia de nuestros servicios médicos, si no que, la aplicación sistemática de ponderadores y los recorridos de supervisión rutinarios a las diferentes áreas involucradas, orientadas a la verificación del desempeño de estas y basadas en la comprobación del cumplimiento de un número cada vez mayor de indicadores, que dan los elementos para ponderar el grado de calidad brindado, constituye una parte fundamental en el proceso de mejora.

Además el proceso de certificación de unidades es un componente esencial de la mejora de la calidad con respaldo institucional, con alto grado de complejidad, que busca que detrás de estos procesos se busca la excelencia a nivel institucional en la prestación de servicios de salud.

Las unidades que demuestran un nivel de desempeño adecuado de conformidad con la aplicación de los indicadores se convierten en acreedoras a un documento que certifica este hecho por parte de las instituciones facultadas para la expedición del mismo, es por esto que la obtención de esta certificación y el proceso que se lleva a cabo en cada una de nuestras unidades para su obtención, representa la suma de las actividades tanto administrativas como operativas de dicha unidad para conseguir que dicho desempeño se alcance y se mantenga.

Es por ello que la descripción de este proceso da muestra clara de las actividades de planeación, trabajo en equipo, gestión y supervisión realizados en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX para conseguir la certificación, por parte de la Comisión de Certificación del Consejo de Salubridad General.

Además, dado que el modelo de certificación con el cual se evaluó a la unidad se encuentra centrado en la atención proporcionada al paciente, por lo tanto el tema de brindar una atención segura para el mismo es uno de los puntos torales, no solo porque representa un porcentaje importante entre los criterios de evaluación, sino también por que representa uno de los indicadores más importantes de la calidad de la atención prestada por las unidades.

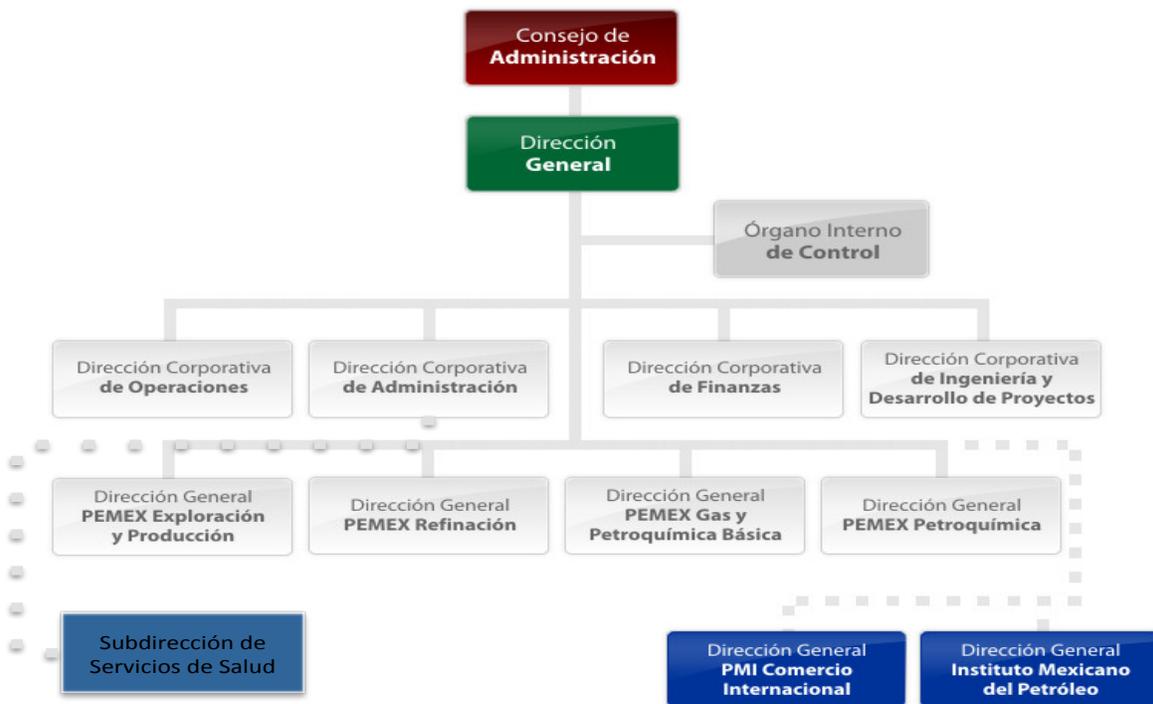
Cabe mencionar que para fines de este trabajo entenderemos seguridad del paciente en los términos en los que la Agency for Healthcare and Research de los Estados Unidos la define: “Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.

Contexto organizacional de PEMEX

En 1934 nace la industria petrolera en México como encargada de fomentar la inversión nacional en este sector. Años más tarde, como resultado de la implementación de la Ley de Expropiación de 1937 y de la aplicación del Artículo 27 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a las compañías petroleras por parte del Presidente de la República, General Lázaro Cárdenas del Río, el 18 de marzo de 1938 surge Petróleos Mexicanos (PEMEX), como única empresa en México facultada para la extracción y procesamiento de los recursos petroleros del país; a partir de ese momento comenzó el desarrollo que la ha llevado a constituirse como una de las empresas más grandes del país, e incluso como una de las petroleras más grandes del mundo, como se puede observar en lo reportado por la institución para mayo de 2010, donde se destacan los siguiente logros:

- El 3er productor de crudo en el mundo.
- La 11a compañía integrada a nivel mundial.
- La 12a en reservas de crudo.
- La 15a en producción de gas, y
- La 13a en capacidad de refinación.

Figura 2. Estructura orgánica del Petróleos Mexicanos. Muestra la disposición sistemática de los órganos que integran Petróleos Mexicanos, conforme a criterios de jerarquía y especialización, así como sus relaciones de dependencia.



Fuente: Subdirección de Servicios Médicos (PEMEX).

El Consejo de Administración es el órgano superior de la institución, constituido por un numeroso grupo que incluye al Director General de PEMEX, así como a los Secretarios de Energía, Hacienda y de la Función Pública, entre otros.

Los Servicios de Salud dependen de la Dirección Corporativa de Administración como Subdirección de Servicios de Salud.

Contexto organizacional de los Servicios de Salud de PEMEX

Los Servicios de Salud anteriormente llamados Servicios Médicos para los trabajadores de PEMEX, se crean para dar cumplimiento al Capítulo XIV del Contrato Colectivo de Trabajo así como al Capítulo X, Art. 67 del Reglamento de Trabajo del Personal de Confianza de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios, de que los trabajadores de la empresa cuenten con servicios médicos integrales para ellos y para sus familias.

Son responsables de cuidar la salud de los trabajadores activos, jubilados y sus familiares derechohabientes, proporcionando atención médica integral en cumplimiento con la normatividad vigente para la institución y cumpliendo con los elementos estratégicos señalados en los siguientes enunciados.

Misión:

Proporcionar Servicios Integrales de Salud con enfoque preventivo, de seguridad, protección al ambiente y oportunos, mediante una cultura de calidad y corresponsabilidad con los trabajadores y/o derechohabientes de Petróleos Mexicanos, que considere a la persona en el trabajo, en la familia, en la comunidad y en el medio ambiente, para contribuir a mantener y mejorar su bienestar y coadyuvar en la eficiencia operativa y rentabilidad de la Empresa.

Fuente: Subdirección de Servicios Médicos (PEMEX).

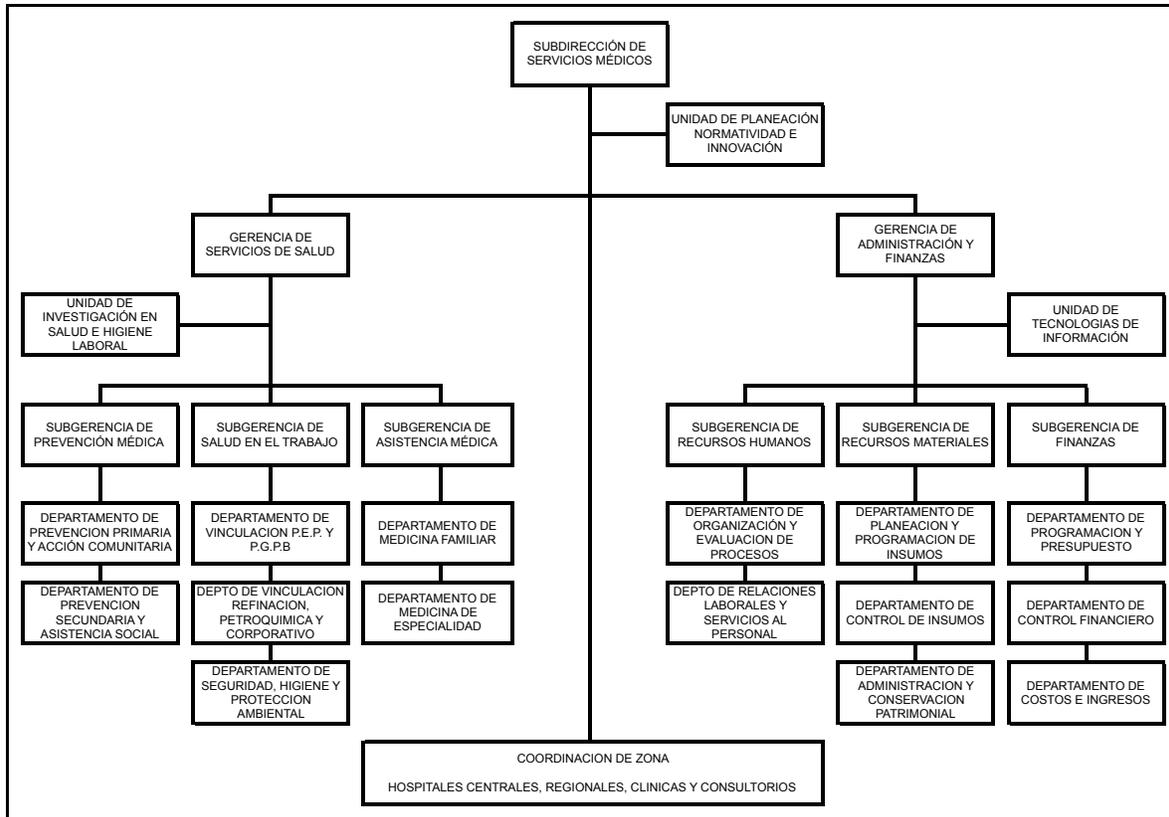
Visión:

Ser una organización de servicios de salud de clase mundial, que incursione en nuevos mercados e incorpore la tecnología de vanguardia al modelo de atención a la salud basado en la sustentabilidad, disciplina operativa, la predicción y una cultura empresarial coadyuvando con la competitividad y la responsabilidad social de Petróleos Mexicanos.

Fuente: Subdirección de Servicios Médicos (PEMEX).

Los Servicios de Salud que forman parte de la Dirección Corporativa de Administración de Petróleos Mexicanos, su organización y estructura funcional y jerárquica se presentan en la figura 3.

Figura 3. Estructura orgánica de la Subdirección Corporativa de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos. Muestra la estructura jerárquica e interdependencias de los diferentes componentes que hacen posible la prestación de servicios de salud en Petróleos Mexicanos.



Fuente: Subdirección de Servicios Médicos (PEMEX). Subdirección de Servicios de Salud.

Las labores de los servicios de salud están dirigidas a preservar, mejorar y en su defecto restaurar la salud de los petroleros y sus familias, para ello se cuenta con:

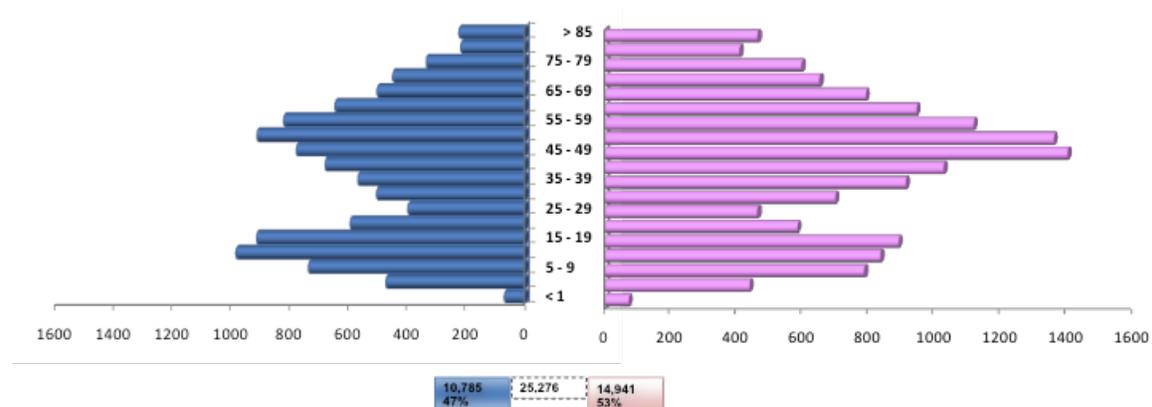
- 10,903 trabajadores de la salud
 - 3,490 médicos
 - 3,741 paramédicos
 - 526 personas como auxiliares para el diagnóstico y el tratamiento
 - 4,156 administrativos
- 2 hospitales centrales
- 6 hospitales regionales
- 12 hospitales generales
- 3 clínicas-hospital
- 4 clínicas
- 33 consultorios
- 115 unidades de servicios preventivos de medicina del trabajo en centros laborales
- 102 unidades de Servicios Preventivos de Medicina del Trabajo, ubicados en las plataformas de explotación marítima

Hospital Central Sur de Alta Especialidad

Dentro del sistema de salud de PEMEX el Hospital Central Sur, es de suma importancia, no sólo por ser la sede en la que se llevó a cabo el presente trabajo, sino porque desempeña un papel fundamental dentro del sistema de atención médica de la empresa. Proporciona atención en 53 diferentes especialidades, destinadas a pacientes que una vez valorados en las unidades de primer y segundo nivel, requieran de la atención de alguna de ellas, cubriendo las necesidades de atención de alta especialidad prácticamente para todas las unidades del sistema.

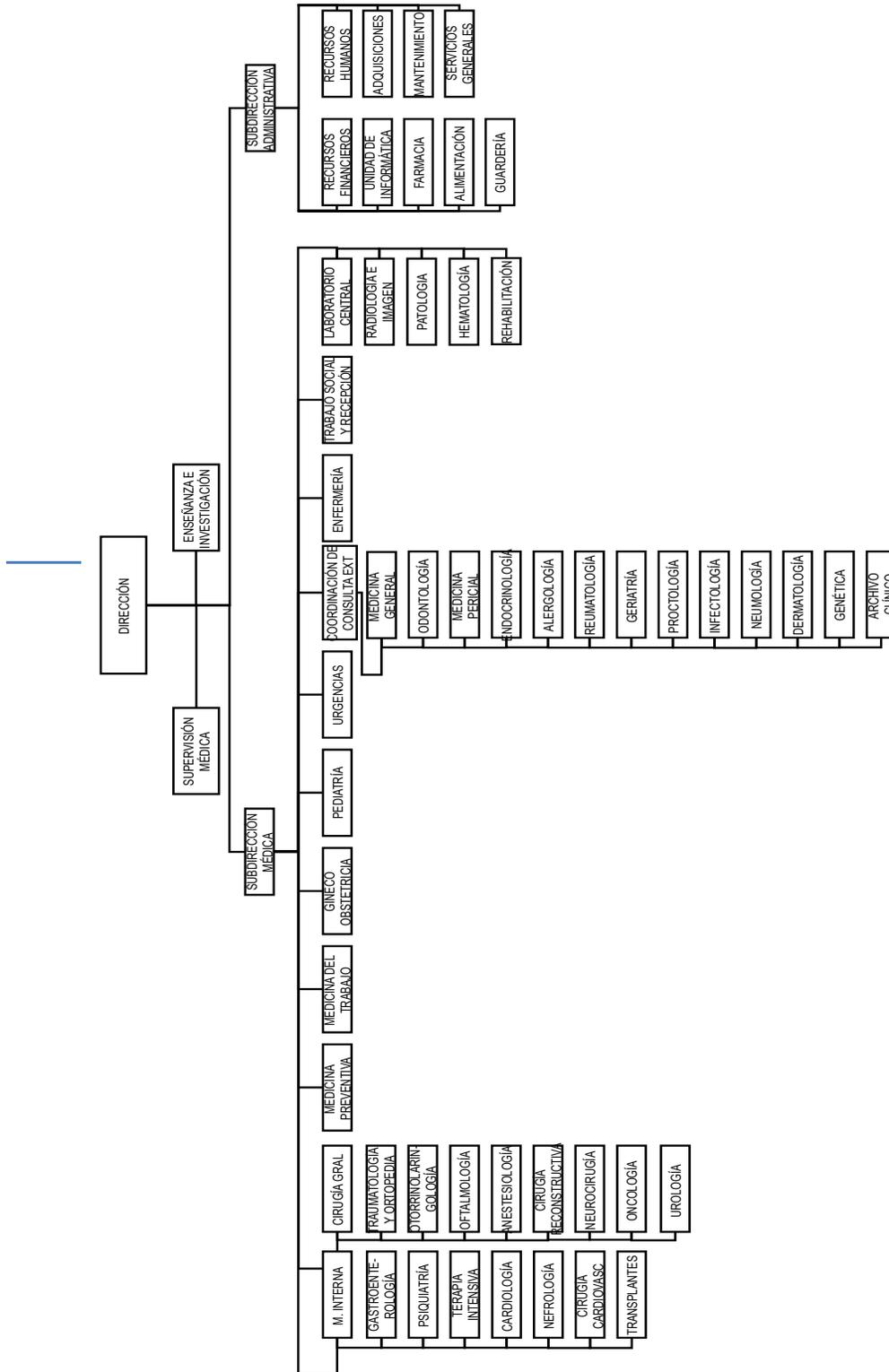
La población derechohabiente directa de este hospital para junio del año 2008 era de 25,276 personas, el 53% de ellas son mujeres y presentaba la siguiente distribución por edad en grupos.

Figura 5. Pirámide poblacional, derechohabientes Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Muestra la distribución de acuerdo al género y grupo de edad de la población derechohabiente censada en esta unidad.



Como ya se había mencionado el Hospital Central Sur de Alta Especialidad, es la unidad de referencia nacional para el resto de las unidades del sistema. Asumiendo la función de tercer nivel de atención, la manera en la que cada una de las especialidades interacciona con el resto de las mismas y con los otros subsistemas le brinda una gran complejidad organizacional. Ello implica que debemos tomar en cuenta que así como el contexto influye activamente sobre la organización y puede condicionarla, a su vez esta complejidad influye activamente sobre el comportamiento de la organización¹⁶.

Figura 6. Estructura orgánica del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX. Muestra la distribución jerárquica, así como las interrelaciones que se dan en la unidad para la operación del mismo.



Fuente: Subdirección de Servicios Médicos (PEMEX).

Proyecto

El objetivo del proyecto fue colaborar activamente en la obtención de la certificación del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de los Servicios Médicos de PEMEX, participando en las labores de diagnóstico, planeación y ejecución de estrategias, así como en el proceso de capacitación, como parte del equipo global de respuesta, pero específicamente atendiendo las tareas propias del servicio de medicina preventiva de esta unidad, todos estos esfuerzos se encaminaron a:

- Reiterar la importancia de la certificación entre el personal de la unidad.
- Estimular la participación del personal en todo el proceso de certificación.
- Servir de enlace entre los diferentes servicios de la unidad.
- Liderar los equipos de trabajo en las áreas de responsabilidad de medicina preventiva.
- Identificar áreas de oportunidad para la mejora continua.
- Realizar las acciones preventivas o correctivas necesarias en la infraestructura del hospital en pro de la calidad de la atención y la obtención de la certificación.
- Gestionar los recursos para promover las condiciones necesarias para fomentar la calidad en cada una de las áreas del hospital.
- Implementar actividades permanentes de supervisión.

Hay que destacar que el proceso de certificación se llevó a cabo en dos etapas, la primera consistente en una auto-evaluación antes de la auditoria para la certificación, en esta etapa se construyó un diagnóstico general del cumplimiento de los estándares para la certificación en el cual se identifican áreas de oportunidad, para mejorar el cumplimiento de esos estándares. Posteriormente se realiza una segunda autoevaluación por parte de un equipo formado por compañeros de otras unidades médicas de PEMEX, para estar seguros de que se están cumpliendo con los porcentajes que se establecen para la certificación y constar que ya se encuentran las condiciones para solicitar la auditoria por parte del órgano evaluador.

Los elementos metodológicos empleados para la determinación de las líneas de trabajo se establecieron con base tanto en los criterios de certificación a cumplir como en los datos obtenidos del diagnóstico situacional practicado en el unidad, que se empleó como paso inicial para definir las áreas de oportunidad y la implementación de mediciones subsecuentes de algunos parámetros con lo que se pudo corroborar el logro de los objetivos del proyecto.

Mi contribución en el proyecto va implícita en las descripciones que se redactan a continuación, ya que por la dinámica que tomó el equipo en el servicio de medicina preventiva, tanto el trabajo como la responsabilidad se distribuyeron de manera homogénea.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es describir el proceso que se siguió para el logro de la certificación del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX, durante el periodo de agosto a diciembre del 2009.

Objetivos secundarios

- Identificar las necesidades o desviaciones que presentan los procesos de atención brindados en el hospital.
- Caracterizar las estrategias y soluciones con las que se consiguió cumplir con los criterios a evaluar de conformidad con el esquema de certificación vigente durante dicho proceso, en el ámbito de competencia y responsabilidad del Servicio de Medicina Preventiva de esta unidad.

Metodología

Se gestionó la integración y operación de un comité presidido por el director de la unidad e integrado por los jefes de servicio y áreas no médicas, con la finalidad de delinear los pasos a seguir, que permitirían contar lo más prontamente posible con un diagnóstico situacional que permitiera identificar las áreas de oportunidad, para así poder diseñar las propuestas de intervención para cada una de las mismas.

Dentro de la estructuración del comité se incluyeron a las diferentes fracciones que conforman la porción de trabajadores sindicalizados de la unidad, que incluyen al personal de enfermería, vigilancia, mantenimiento e intendencia, con lo que se consiguió una buena respuesta de este importante grupo de trabajadores ya que se les dio voz y voto al interior del comité, y por lo tanto participación en la toma de decisiones.

Así se llegó al acuerdo de que cada uno de los integrantes del comité responsables de las diferentes áreas del hospital, realizarían un diagnóstico de sus áreas y así posteriormente estar en posibilidad de conformar un diagnóstico integral con base en los trabajos parciales, lo cual brindaría un panorama general en el menor tiempo posible.

De la integración del diagnóstico se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a la situación general de la unidad.

Análisis de información Proceso General

Los resultados del diagnóstico se enfocaron a los requerimientos derivados de los criterios de evaluación con la finalidad de que éste se constituyera en la evaluación basal de las necesidades de la unidad con respecto a dichos criterios.

El esquema de los criterios de evaluación se muestra a continuación, mencionando cada uno de los capítulos, temas y criterios a valorados. En lo correspondiente a las especificaciones para cada criterio se mencionan únicamente el número de ellas ya que solo se pretende mostrar la visión general de los parámetros a evaluar.

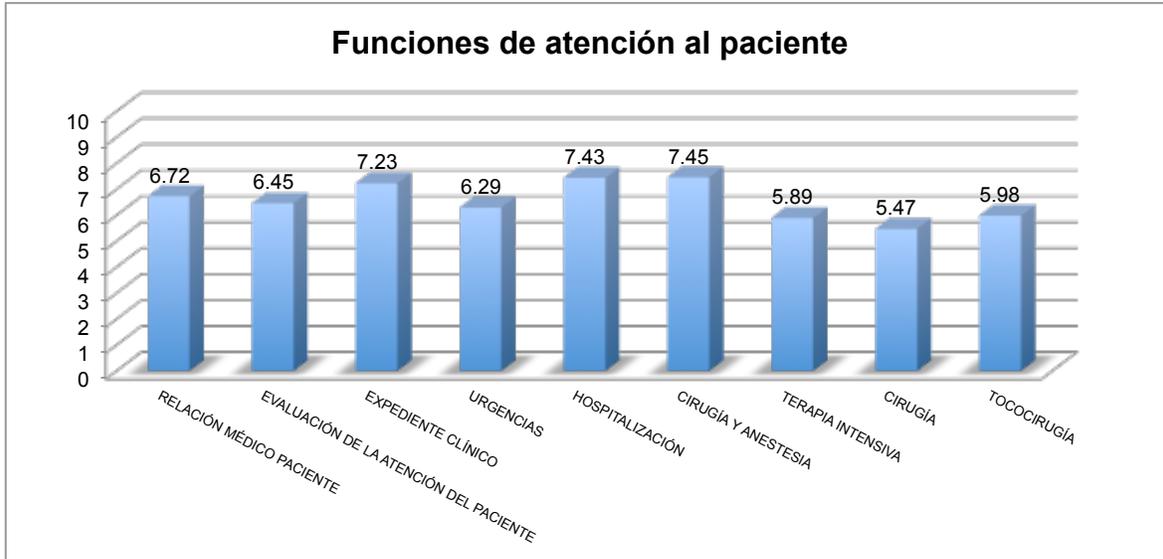
Cuadro I. Resumen de los criterios de evaluación. En el siguiente cuadro se muestra de manera resumida los temas, criterios y número de las especificaciones que se verificaron durante el proceso de certificación del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de los Servicios Médicos de PEMEX.

CAPÍTULO	TEMA	CRITERIO A EVALUAR	Especificaciones
FUNCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	CONSENTIMIENTO INFORMADO	2
		TRATO DIGNO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	10
		INFORMACIÓN AL EGRESO DE LA UNIDAD	2
	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE	CAPACIDAD DE ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD	12
		SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PERMANENTEMENTE	4
		CONTROLES DE CALIDAD EN AREAS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	3
		SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN	7
		SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO	7
		SERVICIO DE URGENCIAS	3
		EXPEDIENTE CLÍNICO	9
	URGENCIAS	EXPEDIENTE PERSONAL DE ACUERDO A NOM-168	2
		FORMATO DE EVALUACIÓN	2
	HOSPITALIZACIÓN	ATENCIÓN PROCEDIMIENTOS Y REFERENCIAS	8
		ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y COORDINADA	4
		PROCEDIMIENTO SEGUROS, ADECUADOS LEGAL Y ETICAMENTE	5
	CIRUGÍA Y ANESTESIA	MECANISMOS DE MEJORA CONTINUA	7
		PROCEDIMIENTOS SEGUROS Y OPORTUNOS	8
		LOS PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA CUMPLEN CON LA NORMATIVIDAD	7
	TERAPIA INTENSIVA	VIGILANCIA Y ATENCIÓN OPORTUNA EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN	3
		CARACTERÍSTICAS IDONEAS PARA EL MONITORE Y ATENCIÓN DEL PACIENTE	7
CIRUGÍA	MECANISMOS DE MEJORA CONTINUA	6	
	MECANISMOS DE MEJORA CONTINUA	5	
TOCOCIRUGÍA	MECANISMOS DE MEJORA CONTINUA	5	
	PROCEDIMIENTOS SEGUROS Y ESTANDARIZADOS, GARANTIZAN LA PRIVACIDAD	3	
	PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO DE ACUERDO A NORMATIVIDAD	7	
FUNCIONES DE APOYO A LA ATENCIÓN	GERENCIA ENFOCADA EN CALIDAD	CUERPO DE GOBIERNO FACILITA Y SE INVOLUCRA EN CRECIMIENTO ESTRATÉGICO	10
	PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO	MANUALES DE PROCEDIMIENTOS EN LAS ÁREAS	3
	RESIDUOS HOSPITALARIOS	CUMPLEN CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD	3
	SEGURIDAD HOSPITALARIA	COMITES EN LAS ÁREAS FORMADOS Y FUNCIONANDO	8
	LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO	ACCIONES COMO UNIDAD LIBRE DE HUMO DE TABACO	3
	PROGRAMAS DE MEJORA CONTINUA	FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE CALIDAD	7
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	REGISTRO DE INFORMACIÓN MENSUAL	
RESPONSABLES DEL MANEJO Y PROCESO ESTADÍSTICO			5
USO DE INDICADORES			4

La estimación inicial del cumplimiento de las especificaciones marcadas por cada criterio de los diferentes temas a evaluar durante el proceso de certificación, se realizó con base en la información integrada en el diagnóstico situacional realizado con la colaboración de los integrantes del comité para la certificación del hospital. Para la presentación de la información derivada de ellos, se consideraron únicamente los promedios obtenidos para cada uno de dicho temas de acuerdo a la medición de los criterios, que incluyen la información agrupada de las especificaciones marcadas en cada uno de los ellos.

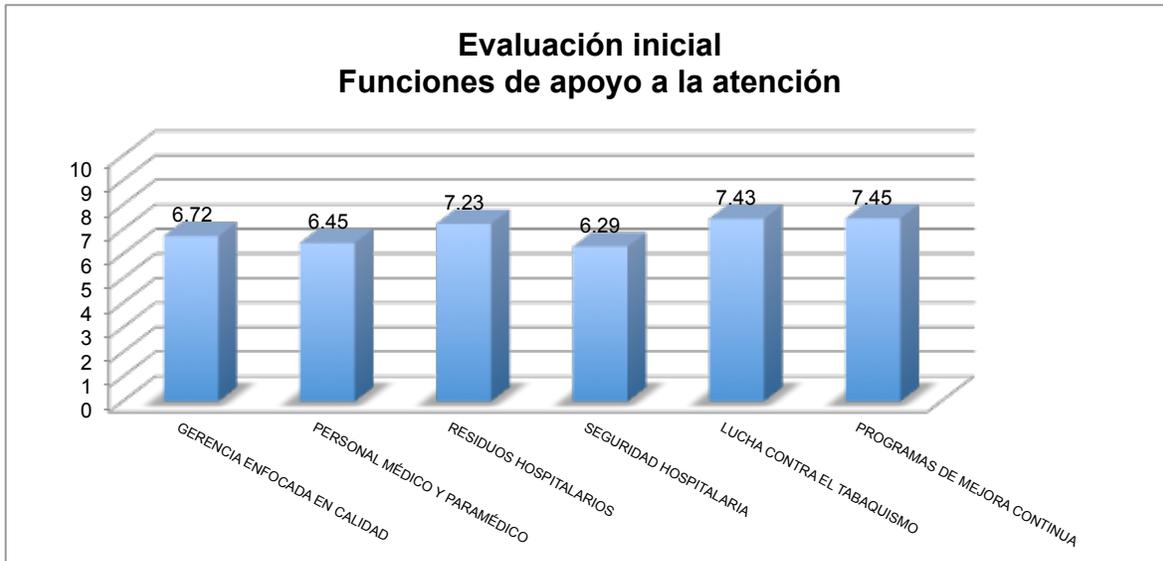
Para su presentación la información se desglosó por temas. Cada gráfico desglosa cada uno de los temas por capítulo y a su vez éstos reflejan el promedio de las ponderaciones que se obtuvieron para cada uno de los criterios y especificaciones incluidos en ellos. Lo anterior se plantea buscando mostrar el mayor detalle en lo que a los criterios de certificación, pero sin llegar a ser exhaustivos y caer en la sobresaturación de los gráficos.

Figura 7. Resultados de la primera evolución de criterios incluidos en el tema de atención al paciente. La gráfica presenta el promedio de las ponderaciones de los criterios con base en información obtenida en el diagnóstico inicial, integrado por el comité de certificación.



Como puede observarse en el gráfico el promedio más alto fue el que se alcanzó con los criterios relacionados al tema de cirugía y anestesia muy relacionados con la seguridad y calidad de atención del paciente quirúrgico. En cambio, los promedios más bajos se relacionaron con temas en los que se evaluaba con mayor énfasis los mecanismos de mejora continua, el conocimiento y aplicación de la normatividad vigente, referentes a los cuidados de los pacientes críticamente enfermos y a la atención ginecoobstétrica. En estos temas se encontraron deficiencias en cuanto al apego a la normatividad y la estandarización de procedimientos.

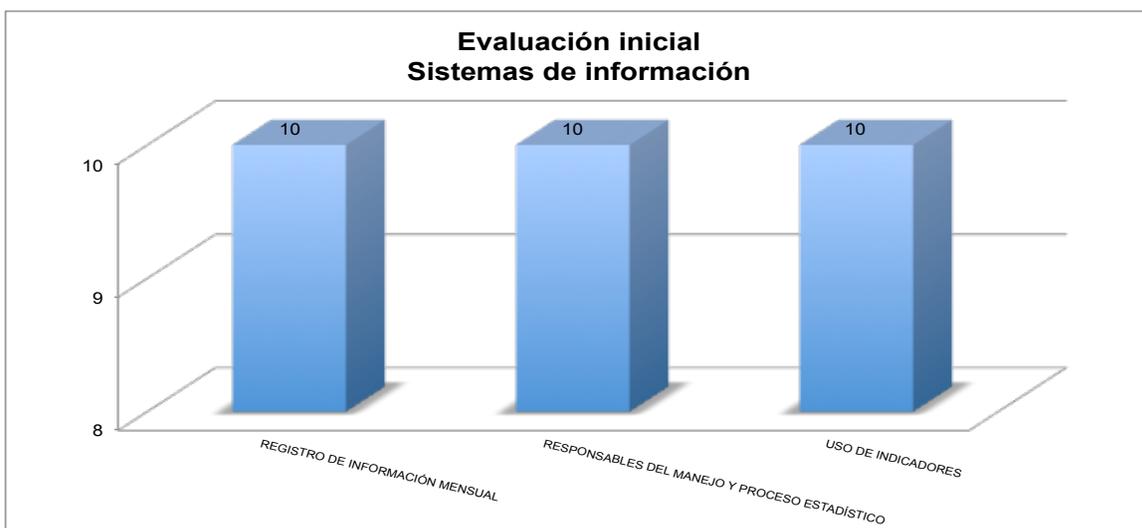
Figura 8. Resultados de la primera evaluación de criterios incluidos en el tema de apoyo a la atención al paciente. La gráfica presenta el promedio de las ponderaciones de los criterios con base en la información obtenida en el diagnóstico inicial, integrado por el comité de certificación.



Es importante destacar que si bien es cierto que la alta dirección de PEMEX se encontraba convencida de los beneficios de la certificación, lo cual se manifestaba en la mejor de las disposiciones para obtenerla, existían características específicas en el tema de gerencia enfocada a la calidad en las que se detectó la necesidad de intervenir para su ajuste a dichas especificaciones, y es por esto que en el gráfico podemos observar que dicho tema no se encuentra dentro de los promedios más altos de las ponderaciones.

En este gráfico no se observan promedios tan bajos como en el anterior debido a que la existencia de programas de aplicación permanente en la unidad mantenía condiciones regularmente aceptables de acuerdo a las especificaciones de los criterios.

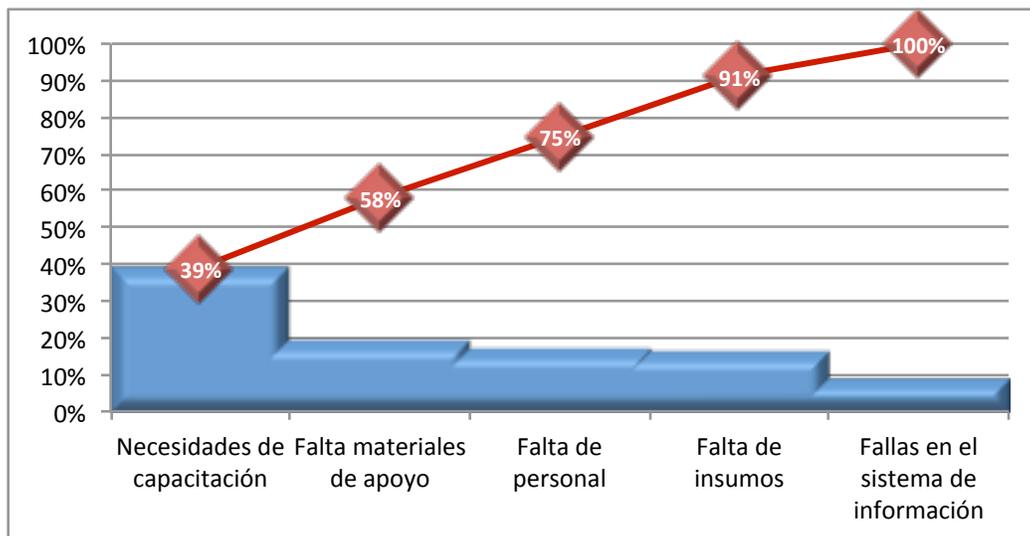
Figura 9. Resultados de la primera evaluación de criterios incluidos en el tema de sistemas de información. La gráfica presenta el promedio de las ponderaciones de los criterios con base en la información obtenida en el diagnóstico inicial, integrado por el comité de certificación.



El gráfico es elocuente en lo referente al tema de los sistemas de información de los Servicios Médicos de PEMEX, en donde el expediente clínico electrónico es una realidad. Es operado desde las áreas centrales de la institución, permite un control permanente y casi en tiempo real de la información generada por los responsables de la atención de los derechohabientes, por lo tanto no se tuvo ningún problema para cubrir las especificaciones marcadas en cada uno de los criterios, ya que el sistema tiene la capacidad de proporcionar toda la información requerida para dar cumplimiento cabal a éstas.

Para el análisis de la información y la implementación de estrategias derivadas de las perspectivas generadas durante el procesamiento de la misma, se optó por la herramienta de gestión derivada del principio propuesto por Vilfredo Pareto para la priorización de las actividades a desarrollar en las áreas de oportunidad que se identificaron.

Figura 10. Diagrama de Pareto de los problemas identificados en el diagnóstico general. Presenta gráficamente los datos obtenidos sobre las áreas de oportunidad que se ubicaron mediante el análisis de la información brindada por el diagnóstico situacional.



En el caso de medicina preventiva la recopilación de los datos para el diagnóstico se realizó de la revisión de los sistemas de información y registros de actividades que se realizan por el servicio cotidianamente y de manera complementaria con la aplicación de diversos instrumentos como estudios de tiempos y movimientos, encuestas y cuestionarios que se emplearon de acuerdo a la necesidad que se buscaba resolver y en diferentes etapas del proceso.

Análisis de la información Medicina preventiva

Las actividades a realizar consensuadas dentro del comité quedaban a cargo de los servicios en cuya áreas de responsabilidad caían las mismas. Las encomendadas al servicio de medicina preventiva dada su injerencia en estas áreas de oportunidad, requirieron de intervenir para mejorar los procesos con apego a las demandas de los criterios de certificación. Como parte inicial del proceso en este servicio se organizó la

información agrupándola para su manejo y distribución entre los grupos de trabajo interesados. En el cuadro II se presenta la información agrupada.

Cuadro II. Agrupación de la información del diagnóstico. Para su análisis la información fue agrupada en los diferentes rubros que se presentan a continuación:

Necesidades de capacitación que incluyó

- Informar sobre el manejo adecuado de los temas a evaluar durante el proceso de certificación por parte del personal que labora en las diferentes áreas del hospital.
- Conocer los antecedentes de capacitaciones y la aplicación de los conocimientos adquiridos durante las mismas.

Necesidades de personal donde se consideraron

- Análisis de cargas de trabajo en todas las áreas y con especial énfasis en las áreas destinadas a la atención de pacientes críticamente enfermos.
- Distribución del personal para los diferentes servicios.

Falta de materiales de apoyo para las labores del personal en los servicios

- Verificación de la presencia física de los manuales de procedimientos, de organización, normas que competan al servicio, además de las NOM 168 (del expediente clínico) y NOM 093 (del manejo de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos), así como las Guías Clínicas pertinentes.

Falta de insumos, dentro de este rubro se consideró

- Existencia en cada uno de los servicios, de los materiales necesarios para actividades sustantivas de las labores, además de los insumos para el lavado de manos, protección personal, manejo de RPBI.

Fallas en el sistema de información

- Verificación de las notas electrónicas y físicas de los pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- Congruencia de la información con lo inscrito en la NOM 168.

El instrumento seleccionado para la asignación de prioridades y orientación de estrategias, fue el principio de Pareto el cual permite su utilización como herramienta de gestión, y que es también ampliamente empleado en temas de control de calidad. Este principio que postula que el 80% de los defectos radican en el 20% de los procesos, por lo que podríamos asegurar que la corrección de una gran parte del problema se lograría

consiguiendo la rectificación de un número relativamente pequeño de desviaciones en los procesos.

Dentro de las actividades que mayor compromiso representaban tanto para la certificación como para el servicio de medicina preventiva de la unidad, destacan la previsión de eventos adversos asociados a la atención prestada, por lo que se le prestó especial atención a la vigilancia de los aspectos relacionados con este objetivo.

Actividades propuestas

La planificación de las actividades se realizó de acuerdo a los criterios de certificación emitidos por el Consejo de Salubridad General que se encontraban vigentes al momento de su realización en el Hospital Central Sur de PEMEX, a través del comité para la certificación de la unidad, estos derivan del siguiente esquema, todos los capítulos y cada uno de sus criterios fueron tomados en cuenta.

Cuadro III. Esquema de los criterios de evaluación. Se esquematiza la agrupación de los diferentes criterios de evaluación de acuerdo al capítulo al que pertenecen¹⁷.



El esquema general de evaluación para todo el hospital, ponderó 193 criterios, cada uno de los cuales era evaluado de acuerdo a 5 niveles, cada uno de estos se determinaron de acuerdo a la relación que mantenían con la seguridad y la vida del paciente, así como con el resto de sus derechos, incluido el trato digno¹⁷.

Dentro de los criterios de **atención al paciente** se evaluaron los siguientes rubros.

- Información suficiente respecto al motivo de internamiento y plan de atención al paciente y/o familiares.
- Empleo del formato de “Consentimiento informado”, aun en condiciones especiales (pacientes psiquiátricos, pediátricos, etc.).
- Conocimiento del código de ética de la institución para la atención del paciente, por parte del personal médico y paramédico del hospital.
- Procedimientos en pro de la seguridad del paciente.
 - Procedimientos de identificación del paciente.

- Procedimiento para el resguardo de los objetos personales de los pacientes.
- Procedimientos para la respuesta en caso de maltrato a pacientes o familiares.
- La carta de derechos generales de los pacientes debe encontrarse accesible para todo el público.
- La carta de derechos de los médicos.
- Información adecuada y suficiente para los pacientes y/o familiares al momento del egreso.
- Prestación de servicios oportunos y de calidad en consulta externa.
- Características de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento.
- Cumplimiento de la NOM 168.
- Monitoreo de servicios críticos (urgencias, quirófanos, terapias intensivas, banco de sangre, etc.).
- Acciones de mejora continua de la calidad en los servicios.

Dentro de los criterios de **funciones de apoyo a la atención** se evaluaron los siguientes rubros¹⁷.

- Participación del cuerpo de gobierno en el crecimiento estratégico del hospital.
- Estandarización de las actividades clínicas (manuales, reglamentos, etc.) del personal médico y paramédico.
- Manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos de conformidad con la normatividad.
- Funcionamiento de los comités en pro de la seguridad y la calidad de la atención a los pacientes.
- Acciones establecidas para mantener las áreas libres de humo de tabaco.

Dentro de los criterios de **sistemas de información** se evaluaron los siguientes rubros¹⁷.

- Registros dinámicos de la actividad hospitalaria.
- Manejo adecuado de la información estadística.
- Empleo y evaluación de indicadores.

Cada uno de los criterios se calificaba según el grado de cumplimiento con la siguiente escala¹⁷:

0. No existe documentado el proceso.

1. El proceso existe documentado, pero su ejecución es poco sistémica y desarticulada, porque el personal no conoce, ni sabe donde se encuentra descrito. Se aplica básicamente de forma reactiva, no preventiva ni controlada. No se registra información sobre la ejecución ni de sus resultados.

2. El proceso existe documentado, pero su aplicación no es sistémica y aun hay personal que no lo conoce y tiende a ser aplicado de forma reactiva. No se registra información sobre la ejecución ni de sus resultados.

3. El proceso existe documentado, tiene un responsable asignado, el personal lo conoce y aplica de manera casi consistente y se aplica proactivamente. El responsable ha iniciado algún registro de su ejecución y resultados para el establecimiento de controles.

4. El proceso existe documentado, tiene un responsable asignado, el personal lo conoce y aplica sistémicamente. Se registra información de su ejecución, resultados y se han establecido controles de calidad, mejorándose gracias a la evaluación del mismo. Existe evidencia documental de la evaluación y los procesos de mejora.

Este esquema es el esquema general de los criterios a evaluar durante todo el proceso y es aplicable a los resultados globales de la atención, sin embargo, cabe hacer mención de que en lo referente a las funciones de apoyo a la atención se encuentra el grueso de las actividades que caen dentro del ámbito de responsabilidad del servicio de medicina preventiva.

Resultados

Durante el desarrollo de las diferentes etapas en las que se llevó a cabo el proceso, se pueden identificar elementos organizacionales y administrativos que hicieron posible alcanzar la meta planteada.

Organizacionalmente la constitución del equipo multidisciplinario de trabajo fue un contundente acierto, ya que este se constituyó en el escenario para la planeación y toma de estrategias generales, así como de monitoreo de las actividades encomendadas a cada una de las áreas.

La multidisciplinariedad del equipo incluyó subgrupos de los dos regímenes contractuales existentes en la institución, entre los cuales se encontraban desde el director de la unidad hasta el responsable del personal encargado de la limpieza y vigilancia de la misma, con lo que fue posible que se constituyera en un equipo altamente resolutivo puesto que cualquiera que fuera el punto a evaluar, se encontraba dentro de la sala el representante del personal encargado de su realización.

Comité para la certificación

Este comité nació con la misión de realizar las acciones conducentes para conseguir que la unidad se mantuviera trabajando de conformidad con los estándares a evaluar durante el proceso de certificación, por lo que sus sesiones se constituyeron en el escenario de toma de decisiones, acuerdos y establecimiento de compromisos durante todo el proceso, sirvió además como escenario para la negociación con las autoridades sindicales de la unidad lo cual fue de gran importancia para contar con su colaboración en el marco de un equipo multidisciplinario de trabajo.

La coordinación y puesta en marcha del comité para la certificación es uno de los elementos que tanto organizacional como administrativamente permitieron:

- La integración del diagnóstico situacional.

- Diseñar y poner en operación los procesos para la corrección de las actividades que se desarrollaban en el hospital con alguna desviación, en relación a lo que marcaban los indicadores que habrían de aplicarse durante el proceso de certificación.

Personalmente participé en las actividades de este comité desde la recopilación y procesamiento de la información hasta la planeación, propuesta e implementación de actividades.

Entre las acciones generales que se tomaron, la primera fue corroborar la existencia y conocimiento por parte del personal de los materiales de apoyo a la operación con los cuales cada uno de los servicios debería de contar, por ejemplo:

- Manuales de procedimientos.
- Manuales de organización.
- Normas relacionadas con las labores de cada uno de los servicios.
- Guías clínicas.
- Señalizaciones y apoyos visuales, etc.

Estos documentos representan una herramienta valiosa en el sentido de que su finalidad es la de apoyar en dichas áreas para la estandarización de conocimientos y procedimientos.

Además esto nos ayudó a dar cumplimiento al criterio relacionado con el conocimiento y congruencia de la planeación estratégica del Hospital y en relación con la atención brindada en él, para lo cual se realizaron entrevistas y recorridos para verificar el conocimiento del documento que ahora se tenía la certeza que tenían a la mano en sus áreas de trabajo en los cuales entre otras cosas se consignaba la organización y procedimientos realizados en estas áreas.

Esta actividad mostró la necesidad de implementar actividades de reforzamiento a estos conocimientos. Además se llegó al acuerdo de asegurar la existencia de los carteles con la misión, visión y valores en los lugares más adecuados para cada una de las áreas.

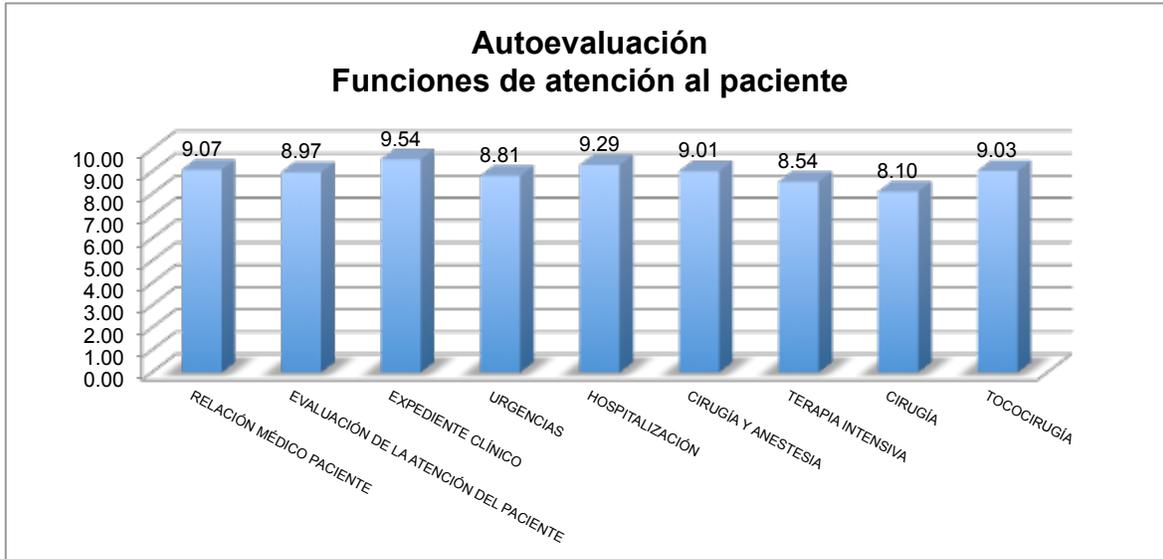
Fase de autoevaluación

Como parte del procedimiento para la certificación de la unidad consistió en una pre evaluación por parte de un grupo de evaluadores conformado por personal de diferentes unidades de los Servicios Médicos de PEMEX, que realizó una evaluación previa proceso de auditoría por parte de la comisión evaluadores del Consejo de Salubridad General.

Para ese momento ya se contaba con algunos avances en ciertas áreas, sin embargo, las recomendaciones emanadas de la pre evaluación ayudó a consolidar acciones de frente a la auditoría próxima. Las condiciones en las que se encontraba la unidad respecto a los criterios de evaluación se presentan y comentan a continuación, utilizando con fines de comparación, gráficas similares a las empleadas para la presentación de la información de la evaluación inicial.

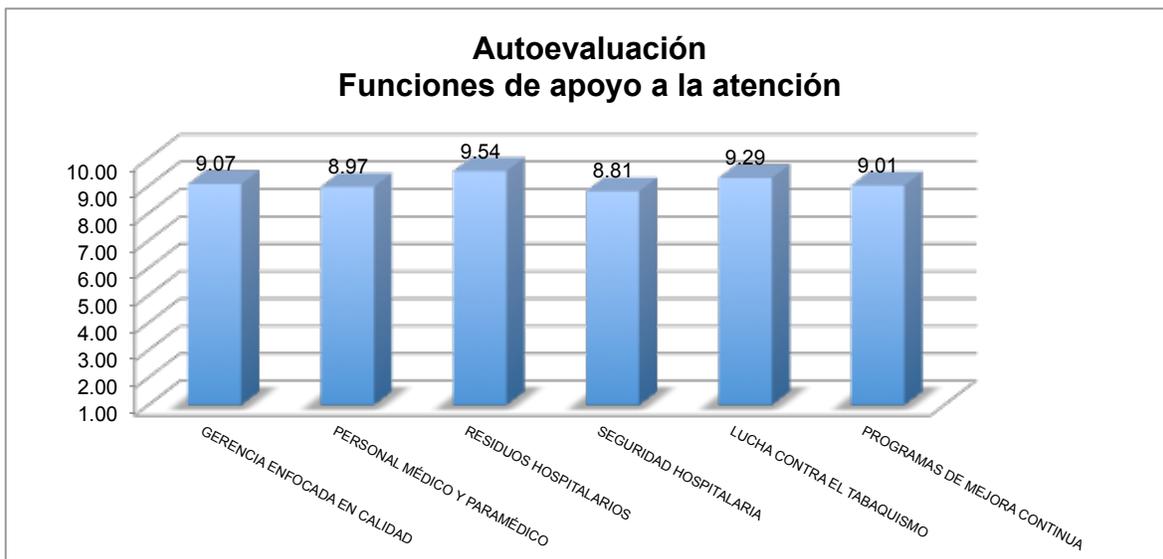
Figura 11. Resultados de la autoevaluación de criterios incluidos en el tema atención al paciente. La gráfica presenta el promedio de las ponderaciones de los

critérios en base a la información obtenida en el proceso de evaluación realizado por el grupo de evaluadores interno.



Con las actividades que ya se encontraban en proceso y las que se concretaron con las observaciones por parte del grupo interno de evaluación, se puede observar mejoras importantes en el cumplimiento general de los procesos de atención al paciente y de apoyo a la atención los cuales evidenciaban mayor apego a las especificaciones de los criterios a evaluar.

Figura 12. Resultados de la autoevaluación de criterios incluidos en el tema apoyo a la atención. La gráfica presenta el promedio de las ponderaciones de los criterios en base a la información obtenida en el proceso de evaluación realizado por el grupo de evaluadores interno.



El evidente avance en los criterios incluidos en el tema de apoyo a la atención toman mayor relevancia para este trabajo dado que un porcentaje alto de las mejoras que los motivan se relacionan con la actividades desarrolladas por el servicio de medicina preventiva, que ya mostraban progresos importantes al momento de la autoevaluación y que se concluyeron y adecuaron a las nuevas circunstancias generadas por esta y que se describen a continuación.

Acciones realizadas por parte del Servicio de Medicina Preventiva

Dentro de la funciones del servicio de medicina preventiva, se encuentran la de recopilar la información para la vigilancia epidemiológica tanto de las enfermedades sujetas a vigilancia como de las infecciones intrahospitalarias ambas estrechamente relacionadas con la seguridad del paciente y con criterios importantes para la certificación, por lo que es conveniente abordar estos temas entre algunos otros para que sea posible dimensionar adecuadamente la labor con la que dicho servicio contribuyó al cumplimiento de los criterios de certificación.

Dentro del cumplimiento de estas y otras actividades que igualmente iban encaminadas a documentar las buenas prácticas en las diferentes áreas, se encontraron argumentos que enfatizaban la necesidad de capacitación para el personal, entre estas podemos mencionar: manejo inadecuado del RPBI, técnica inadecuada del lavado de manos, entre otras.

Las iniciativas y planteamientos respecto a las labores sustantivas del servicio de medicina preventiva dentro de la unidad, de ordinario eran llevadas al seno del comité, sin embargo, la planeación y ejecución fueron responsabilidad de este servicio.

Por lo cual es importante hacer mención de las actividades en las que el servicio tuvo una participación destacada por encontrarse dentro de dicho ámbito de competencia, como las que mencionaremos a continuación.

Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI)

Este rubro tiene múltiples factores por los cuales debió considerarse como de gran importancia dentro de los criterios que pueden mermar de manera sustancial la calidad de atención y seguridad prestada por una unidad médica, ya que el adecuado manejo de éstos es tema tanto de seguridad para el paciente como para el trabajador e incluso ambiental.

De acuerdo a la normatividad vigente este tipo de residuos son definidos como: aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente¹⁸.

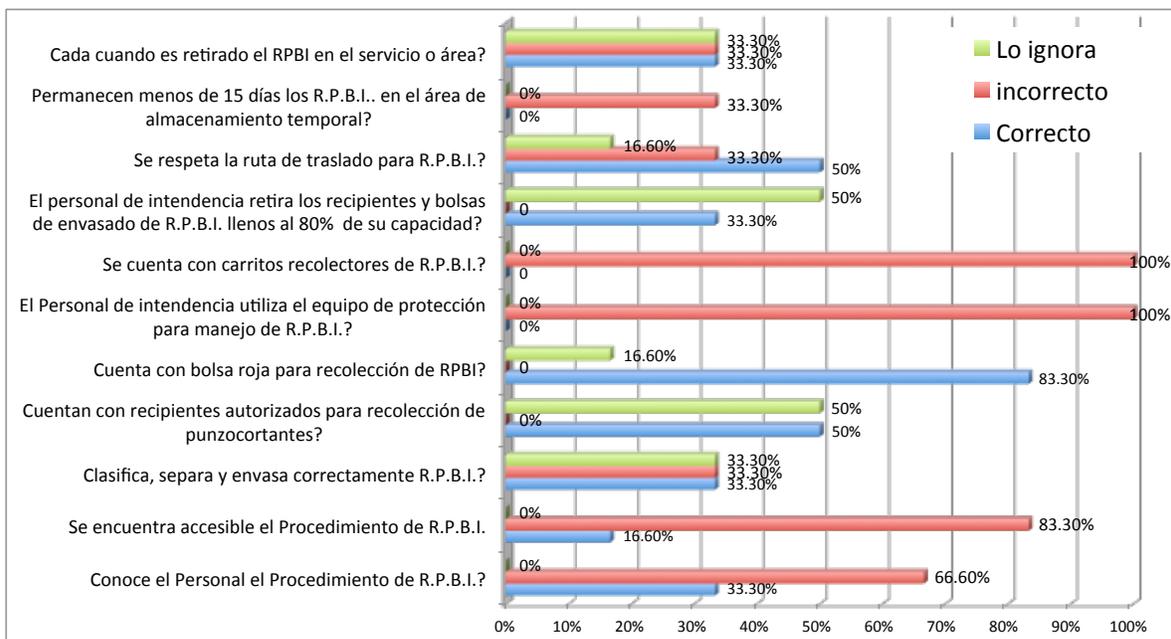
De acuerdo a lo inscrito en la NOM 087-ECOL-SSA1-2002, estos materiales se agrupan de la siguiente manera:

- La sangre
 - La sangre y los componentes de ésta, sólo en su forma líquida, así como los derivados no comerciales, incluyendo las células progenitoras, hematopoyéticas y las fracciones celulares o acelulares de la sangre

- resultante (hemoderivados).
- Los cultivos y cepas de agentes biológico-infecciosos.
 - Los cultivos generados en los procedimientos de diagnóstico e investigación, así como los generados en la producción y control de agentes biológico-infecciosos.
 - Utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológico-infecciosos.
- Los patológicos
 - Los tejidos, órganos y partes que se extirpan o remueven durante las necropsias, la cirugía o algún otro tipo de intervención quirúrgica, que no se encuentren en formol.
 - Las muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico e histológico, excluyendo orina y excremento.
 - Los cadáveres y partes de animales que fueron inoculados con agentes enteropatógenos en centros de investigación y bioterios.
 - Los residuos no anatómicos: son residuos no anatómicos los siguientes:
 - Los recipientes desechables que contengan sangre líquida.
 - Los materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido Céfal-Raquideo o líquido peritoneal.
 - Los materiales desechables que contengan esputo, secreciones pulmonares y cualquier material usado para contener éstos, de pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis o de otra enfermedad infecciosa según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.
 - Los materiales desechables que estén empapados, saturados o goteando sangre, o secreciones de pacientes con sospecha o diagnóstico de fiebres hemorrágicas, así como otras enfermedades infecciosas emergentes según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.
 - Materiales absorbentes utilizados en las jaulas de animales que hayan sido expuestos a agentes enteropatógenos.
 - Los objetos punzocortantes
 - Los que han estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento, únicamente: tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal.

Tomando en cuenta estos conceptos y los criterios de evaluación, se realizaron supervisiones con evaluaciones de los conocimientos de los trabajadores de las diferentes áreas respecto estos conceptos y al manejo de estos residuos en los diferentes turnos mediante las cuales se pudo recolectar la información necesaria para presentar los siguientes resultados y así mantener este punto en la agenda del comité.

Figura 13. Resultado de la evaluación de conocimientos del manejo de los RPBI entre el personal del hospital. Presenta de manera gráfica los resultados de los instrumentos aplicados.



Como puede observarse, un porcentaje muy alto de personas no poseían los conocimientos o poseían conocimientos erróneos, y por si fuera poco todos consideraron que el equipo de protección y los insumos necesarios para la realización de estas actividades era escaso o inexistente.

Esta información se evaluó detalladamente en el seno del comité y se generaron las siguientes propuestas de mejora, para su implementación como máximo entre el primero de enero y 29 de febrero del año en curso:

1. Designar un responsable del proceso de recolección y almacenamiento de los RPBI, que se encargue además de vigilar el cumplimiento de la normatividad en los diferentes niveles de mando.
2. Elaboración de diagnósticos por áreas, en la que se destaque la evaluación, identificación y ponderación de puntos críticos en este rubro, para el proceso de certificación.
3. Evaluación de funciones y cargas de trabajo de los encargados del área de almacenamiento temporal.
4. Elaboración de programa de evaluación específico para los perfiles de las personas que se encargarían del manejo del RPBI.
5. Difusión de los perfiles, responsabilidades y actividades para los manejadores de RPBI a recursos humanos para la correcta selección del dicho personal.
6. Elaboración de un manual de procedimientos para el manejo y disposición de los RPBI que responda a la complejidad del mismo en esta unidad.
7. Elaboración e implementación de un programa anual de capacitación para todo el personal que participe en el proceso de producción, recolección y disposición final de los RPBI.

8. Difusión de la normatividad vigente y documentos afines manteniendo comunicación constante con el personal operativo.
9. Reconocimiento de la prioridad de los insumos necesarios en este proceso que garantice contar con la suficiencia presupuestal para los mismos.
10. Elaboración de un programa de supervisión del proceso, para su aplicación por parte del encargado del mismo.
11. Interesar a las autoridades sindicales en este proceso para establecer los acuerdos de desempeño operativo del proceso así como los ajustes necesarios de conformidad con los resultados de las supervisiones.
12. Establecer lineamientos para identificar y reconocer el desempeño del personal con participación sobresaliente en el proceso.
13. Iniciar el proceso de verificación de las condiciones arquitectónicas del área de almacenamiento temporal, así como la realización de las gestiones correspondientes para la realización de las modificaciones en caso de que estas resulten oportunas.

Con lo que se consiguió reducir los riesgos en el manejo de dichos residuos, así como ajustar dicho proceso al estándar para la certificación.

Imprevisto resuelto

Durante el proceso se presentaron situaciones inesperadas a las cuales desde el propio comité se les dio resolución, un ejemplo de esto es:

Cuando se capacitó a las personas encargadas de la recolección de residuos del hospital respecto a los lineamientos para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI), marcados en la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos– Clasificación y especificaciones de manejo, la cual marca en los apartados 6.2.1 inciso a y en el 6.2.2 inciso b, especifica que tanto las bolsas como los contenedores usados para este tipo de residuos se retirarán para ser llevados al área de almacenamiento temporal de la unidad en cuanto el contenido alcance el 80% de su capacidad, surgió el siguiente problema.

La capacidad de las bolsas y los recipientes con los que contaba el hospital eran demasiado grandes dada la producción de estos residuos para la mayoría de los servicios, por lo que si los recolectores acataban lo escrito en la norma y los retiraban hasta que estos estuvieran al 80% de su capacidad¹⁹, los residuos permanecerían demasiado tiempo en los servicios y por lo tanto en contacto con los trabajadores y probablemente también con los pacientes, por lo que se gestionó con el proveedor de servicios que se encargaba de la recolección y disposición final de estos residuos, la adquisición de estos insumos de capacidades acordes a las necesidades de los productores de los mismos en los servicios para evitar contactos prolongados con los mismos.

Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

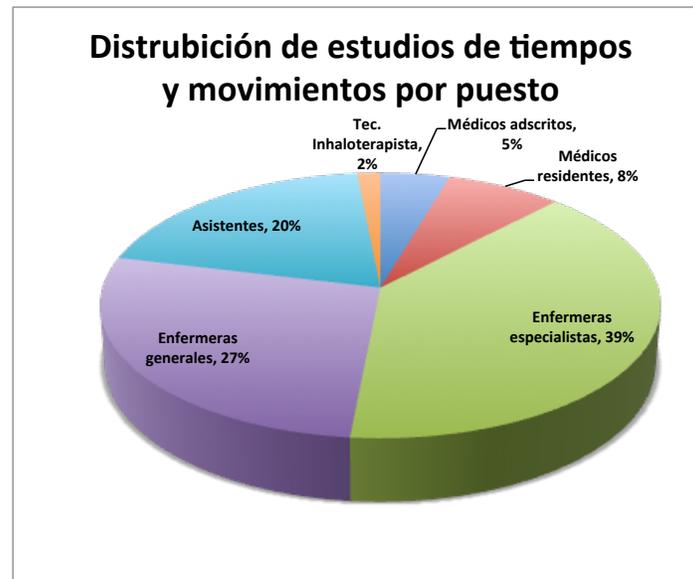
En la Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, se consigna la obligatoriedad de la

existencia de la unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria que es la instancia operativa a nivel local, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria²⁰, así con la organización y coordinación del Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales, que es el organismo conformado en las unidades de los servicios de salud que coordinan las actividades de detección, investigación, registro, notificación y análisis de información, además de la capacitación para la detección, manejo y control de las infecciones nosocomiales¹⁸, se encuentran dentro del servicio de medicina preventiva, por lo tanto ésta es una de las funciones sustantivas del servicio.

Dentro de las labores de esta unidad que contribuyeron para el logro de la certificación se encuentra la supervisión del procedimiento del lavado de manos, así como algunas otras supervisiones que se realizan de ordinario en áreas consideradas de alta prioridad dentro de la unidad como es la supervisión periódica del estado de salud e instalaciones donde se manejan los alimentos que se distribuyen tanto a los pacientes en sus cuartos como a los trabajadores y médicos en formación en el comedor de la unidad.

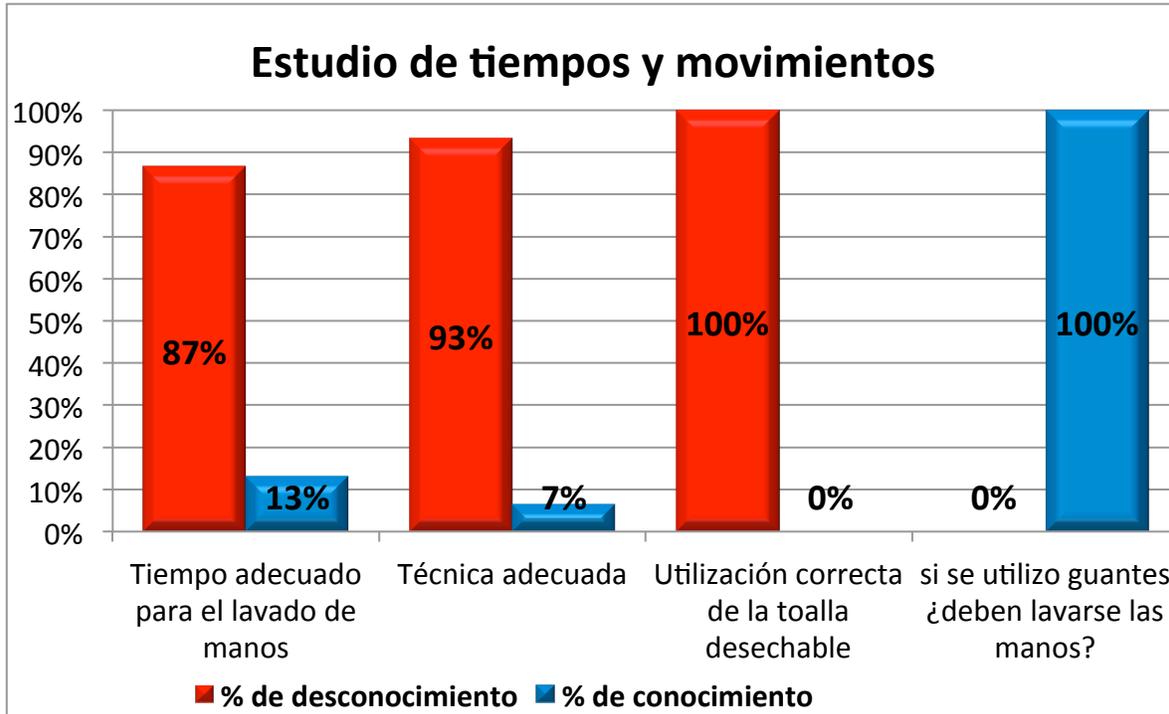
Como parte de dichas supervisiones se realizó un estudio de tiempos y movimientos, en seis de los servicios estratégicos del hospital, en los cuales se evaluaron a 45 personas entre el personal médico y paramédico de los mismos.

Figura 14. Distribución del personal en los estudios de tiempos y movimientos. Muestra la distribución del las personas observadas en los estudios de acuerdo al puesto que desempeñaba en el servicio donde laboraba.



El cálculo del número de estudios ha aplicarse por área del hospital se realizó en base a la distribución del personal asignada para cada una de ellas, considerando además la frecuencia y trascendencia del procedimiento, así por ejemplo, se programaron más estudios para las áreas quirúrgicas que para las de consulta externa.

Figura 15. Resultados del estudio de tiempos y movimientos. Muestra los resultados del estudio de tiempos y movimientos realizados en las diferentes áreas del hospital.



Se constató el desconocimiento de los criterios vigentes para el manejo del lavado de manos, y aunque todo el personal que se incluyó en el estudio reconocía que el empleo de guantes no sustituía al lavado de manos, manejaban de manera incorrecta la técnica tanto de lavado como de secado, así como el tiempo de debían emplear en las mismas.

El desconocimiento de la técnica para el adecuado lavado de manos ratificó la necesidad de refrendar los conocimientos del personal.

Como parte de las actividades de reforzamiento se programó por parte de medicina preventiva pláticas y talleres, pensando en cubrir al 100% de los trabajadores de la unidad, para lo cual se programaron 147 sesiones de capacitación con sus respectivos talleres en horarios que permitieran ofrecer flexibilidad para los trabajadores de los diferentes turnos.

En la capacitación se organizaron sesiones de aproximadamente dos horas, durante las cuales se abordaban temas como el lavado de manos, edificio libre de humo de tabaco, manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos e infecciones intrahospitalarias, para los temas de lavado de manos y manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos se contaba con talleres que aumentaban el interés haciendo más dinámicas las sesiones.

Se empleó la técnica de evaluación pre y post capacitación como mecanismo tanto para contar con la evidencia de la asistencia a las capacitaciones por parte del personal, como para constatar que la asimilación de la información proporcionada durante la misma fue

buena, ya que los asistentes mejoraron entre un 60% y 79% sus conocimientos en la evaluación final con respecto al resultado obtenido en la previa.

Estos instrumentos resultaron de gran utilidad ya que además se incluyeron en ellos ítems relacionados con otros temas de interés como la misión y visión de los servicios, lo que dio pie para orientar nuevas estrategias.

Se contrataron los servicios de un laboratorio externo para la realización de muestreos que ayudaron a reforzar la documentación de acciones encaminadas a brindar la mayor seguridad posible a los pacientes y trabajadores de la unidad.

Se programó con ayuda del personal de la empresa contratada, para la realización de los estudios en tres rubros 1) muestreos bacteriológicos de áreas inertes, 2) muestreos bacteriológicos ambientales y 3) muestreo bacteriológico en personal de salud.

Cuadro IV. Programación de muestreos para superficies inertes. Muestra el sitio y número de muestreos programados para cada una de las áreas del hospital.

No.	AREA	PUNTOS DE MUESTREO	TOTAL DE MUESTRAS
1	HOSPITALIZACIÓN PISO 8	1.- Mostrador de recepción	5
		2.-Tollas uso multiple	
		3.- Mesa Movil de Acero Inoxidable	
		4.- Lavabo de cuarto de Hospitalización	
		5.- Valvula de Oxigeno	
2	HOSPITALIZACION PISO 4	1.- Mostrador de recepción	5
		2.-Tollas uso múltiple	
		3.- Mesa Móvil de Acero Inoxidable	
		4.- Lavabo de cuarto de Hospitalización	
		5.- Válvula de Oxígeno	
3	AREA DE TERAPIA INTENSIVA	1.- Pared	4
		2.- Lavabo	
		3.- Mesa móvil de acero inoxidable	
		4.- Picaporte de puerta de acceso	
4	SALAS DE QUIRÓFANOS (3)	1.- Pared	15
		2.- Piso	
		3.- Plancha de quirófano	
		4.- Válvula de oxígeno	
		5.- Manguera de oxígeno	
5	ÁREA DE INHALO TERAPIA	1.- Pared	5
		2.- Piso	
		3.- Válvula de oxígeno	
		4.- Manguera	
		5.- Mascarilla	
6	ÁREA DE CUNERO	1.- Pared	5
		2.- Piso	
		3.- Válvula de oxígeno	
		4.- Cunero	
		5.- Mesa móvil	
7	ÁREA DE NEONATOS	1.- Pared	5
		2.- Piso	
		3.- Válvula de oxígeno	
		4.- Cunero	
		5.- Mesa móvil	

Tanto la selección de las áreas como la de los sitios para la toma de muestras respondió a la dinámica de cada una de las áreas, como la ponderación del riesgo que cada uno de los sitios representaba en su caso para trabajadores y pacientes.

Cuadro V. Programación de muestreos bacteriológico ambientales. Muestra las áreas, así como la ubicación para la colocación de los dispositivos para el muestreo ambiental programados en el hospital.

No.	AREA	PUNTOS DE MUESTREO	TOTAL DE MUESTRAS
1	HOSPITALIZACION PISO 8	1.- Cuarto de Hospitalización	2
		2.- Salida de ducto, pasillo	
2	HOSPITALIZACION PISO 4	1.- Cuarto de Hospitalización	2
		2.- Salida de ducto, pasillo	
3	ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA	1.- Recorrido por el área	2
		2.- Salida de ducto	
4	SALAS DE QUIRÓFANOS (3)	1.- Recorrido por el área	2
		2.- Salida de ducto	
5	ÁREA DE INHALO TERAPIA	1.- Recorrido por el área	2
		2.- Salida de ducto	
6	ÁREA DE CUNEROS	1.- Recorrido por el área	2
		2.- Salida de ducto	
7	ÁREA DE NEONATOS	1.- Recorrido por el área	2
		2.- Salida de ducto	
8	ÁREA DE CORONARIOS	1.- Recorrido por el área	2
		2.- Salida de ducto	
9	ÁREA DE QUEMADOS	1.- Cuarto de Hospitalización	2
		2.- Salida de ducto, pasillo	
10	ÁREA DE TRASPLANTES	1.- Cuarto de Hospitalización	2
		2.- Salida de ducto, pasillo	
11	ELEVADORES (3)	1.- Recorrido por el área	2
		2.- Salida de ducto	

Si bien es cierto que la toma de este tipo de muestras puede prestarse a controversias, también es cierto que la caracterización de un sitio, implica actividades de muestreo y análisis que tienen como finalidad determinar la existencia de contaminación en el ambiente, así como determinar la extensión y naturaleza en su caso. Por ende nuevamente se consideraron para este muestreo áreas que se consideraron estratégicas para el funcionamiento del hospital y/o con mayor riesgo de contaminación.

Cuadro VI. Programación de muestreos bacteriológicos para personal del hospital.
Muestra la cantidad de personas y tipos de estudios a realizar por área del hospital.

No.	AREA	PUNTOS DE MUESTREO	Total de muestras
1	COCINA	1.- EXUDADO FARINGEO 2.- COPROPARASITOSCOPICO 3.- COPROCULTIVO CON ANTIBIOGRAMA	100% del personal
2	PEDIATRIA	1.- EXUDADO FARINGEO 2.- COPROPARASITOSCOPICO 3.- COPROCULTIVO CON ANTIBIOGRAMA	80% del personal
3	HOSPITALIZACIÓN Y QUIROFANOS	1.- EXUDADO FARINGEO 2.- COPROPARASITOSCOPICO 3.- COPROCULTIVO CON ANTIBIOGRAMA	90% del personal

El valor como indicador de calidad de los controles bacteriológicos en el personal que labora en áreas en las que el manejo aséptico de los procedimientos es de vital importancia, ya sea por el alto grado de vulnerabilidad al que se encuentra expuesto el paciente en dichas áreas o por ser servicios que atienden a muchas áreas del hospital como la cocina, está muy bien documentado.

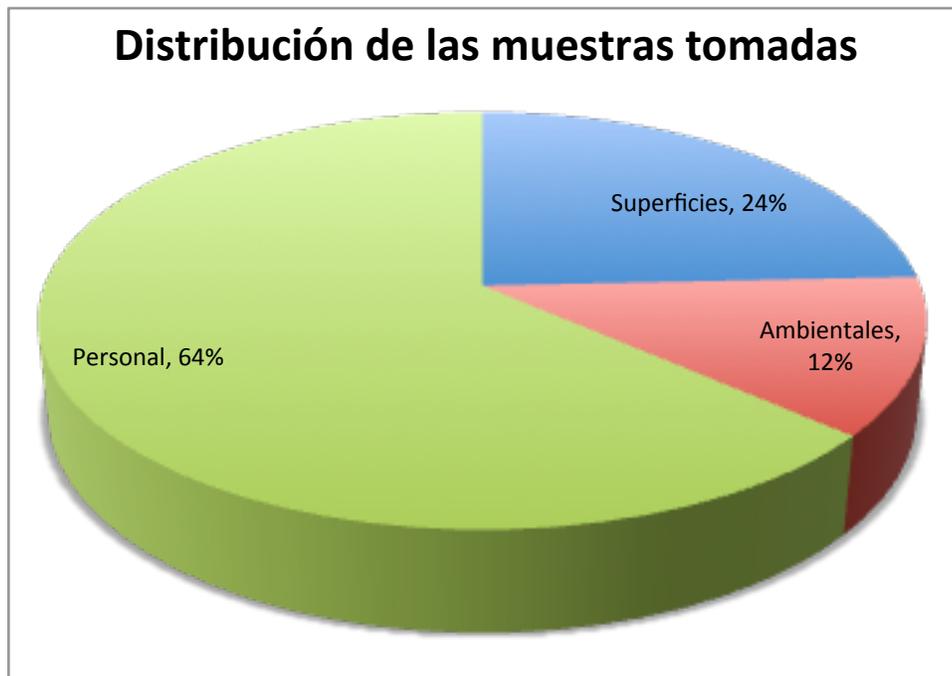
Los resultados de los estudios practicados ayudaron a constatar la necesidad de preservar como práctica cotidiana este tipo de controles bacteriológicos, que aportaban además de su eminente valor técnico, reforzamiento a las labores de supervisión y control sobre todo en las áreas más críticas del hospital como son las unidades de terapia intensiva, las áreas quirúrgicas y la cocina.

Lo anterior propició el planteamiento de que se debería de realizar la programación anual de los estudios bacteriológicos, que serían integrados a las actividades de supervisión y control rutinarias del hospital.

RESULTADOS DE LOS MUESTREOS

En total se tomaron 181 muestras, entre ambientales, de superficies inertes y al personal de áreas críticas del hospital, su distribución se muestra a continuación.

Figura 16. Distribución porcentual del muestreo. En la gráfica se muestra la distribución porcentual del muestreo de acuerdo al número de tomas realizado.



De las 44 tomas realizadas en las diferentes superficies inertes, se encontró que el 43% (19 muestras) resultaron positivas a *Pseudomona aeruginosa*, estas muestras fueron tomadas de los diferentes servicios que se incluyeron, la superficie de la que con mayor frecuencia se aisló este microorganismo fueron las tarjetas de dichos servicios. En el 48% (21 muestras) de las muestras se aislaron diferentes cepas de *Staphylococcus* y *Cándida*. En el resto de las muestras (8%, 4 muestras) no se realizó ningún aislamiento.

En el caso de las 22 muestras ambientales recolectadas, el 50% (11 muestras), resultaron positivas a algún microorganismo y el 50% (11 muestras) se reportó como sin desarrollo.

Entre los organismos aislados se encontraron diferentes variedades de *Klebsiella* que correspondieron al 19% de los microorganismos aislados, diferentes tipos de *Staphylococcus* los cuales representaron el 36% de los aislamientos y finalmente algunas especies de *Pseudomonas* que representaron el mayor número de los aislamientos alcanzando el 45% de los mismos.

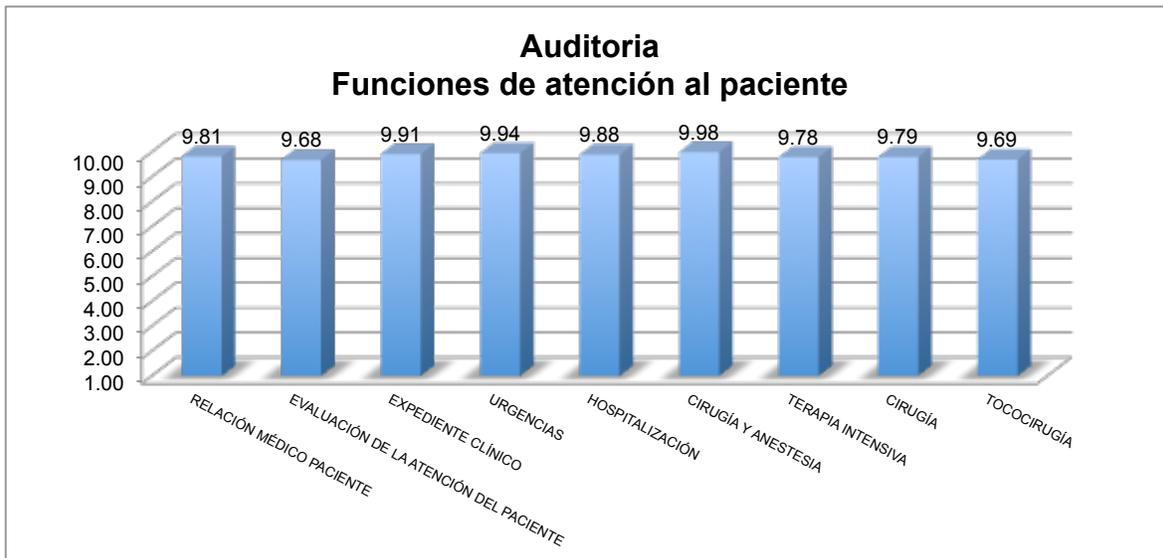
De los 115 trabajadores a los que se les tomaron muestras para cultivos, únicamente en el 23% (26 muestras), hubo desarrollo de algún microorganismo, de estas muestras el 58% (15 muestras) provenían de trabajadores de la cocina del hospital, y el porcentaje restante (42%, 11 muestras) se distribuyó de manera heterogénea entre el personal de las demás áreas seleccionadas para este muestreo.

Una de las actividades importantes que realizó el servicio de medicina preventiva en respuesta a los resultados de los muestreos fue que se emitieron recomendaciones para cada una de las áreas en la que se reportaron aislamientos positivos; además en el caso particular de los muestreos al personal no solo se entrevistó a cada una de las personas con cultivos positivos, se capacito y se le dio seguimiento de acuerdo al tipo de microorganismo aislado.

RESULTADOS DE LA AUDITORIA

Los resultados que se muestran a continuación corresponden a los análisis de las condiciones pos auditoria y también posterior a haber dado cumplimiento a las observaciones emitidas por el grupo de evaluación.

Figura 17. Resultados de la auditoria de criterios incluidos en el tema la atención al paciente. La gráfica presenta el promedio de las ponderaciones de los criterios en base a la información obtenida en el proceso de auditoria realizado por el grupo de evaluadores de la comisión de certificación.



Como puede observarse en la gráfica para el momento de la auditoria, se habían alcanzado niveles adecuados en cuanto a los criterios de atención del paciente, que permitieron lograr promedios aceptables para cada uno de los temas que se incluían en este capítulo.

Dentro de los criterios incluidos en este tema se consideraban para varias de las áreas interesadas en los mismo, elementos que hablaban de la puesta en operación y mantenimiento de mecanismos que permitieran procesos de mejora continua, por lo que las ponderaciones altas en lo referente a este capítulo en particular evidencian la eficiencia de las acciones realizadas para la implementación de estrategias de supervisión y capacitación.

Figura 18. Resultados comparativos en el capítulo de atención del paciente. La gráfica presenta el promedio de las ponderaciones realizadas en las diferentes evaluaciones realizadas durante el proceso de certificación.

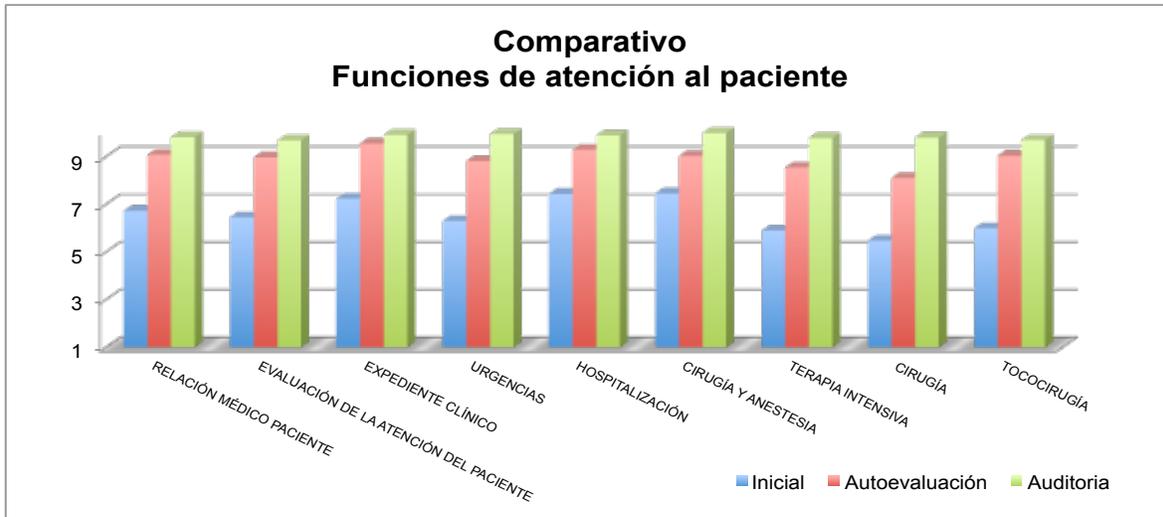


Figura 19. Resultados de la auditoría de criterios incluidos en el tema apoyo a la atención. La gráfica presenta el promedio de las ponderaciones de los criterios en base a la información obtenida en el proceso de auditoría realizado por el grupo de evaluadores de la comisión de certificación.

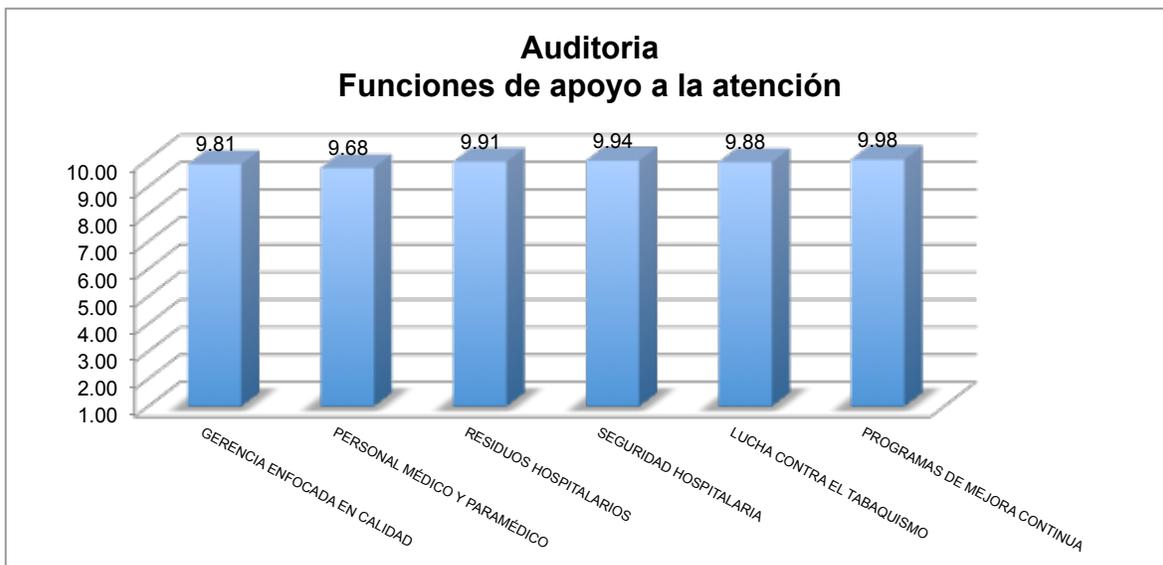
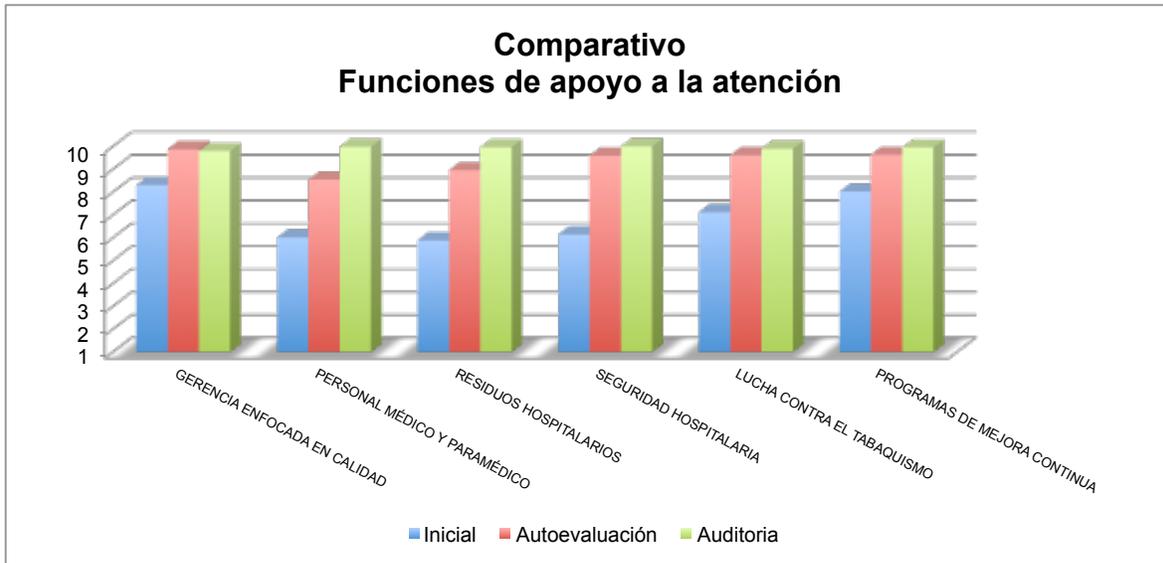


Figura 20. Resultados comparativos en el capítulo de apoyo a la atención. La gráfica presenta el promedio de las ponderaciones realizadas en las diferentes evaluaciones realizadas durante el proceso de certificación.



De conformidad con el Acuerdo 089.06.09.2005 de la Sesión Ordinaria de la comisión para la certificación de establecimientos de atención médica del sistema nacional de certificación de establecimientos de atención médica del 6 de septiembre de 2005, Para obtener la Certificación, el Establecimiento de Atención Médica en lo referente a los estándares de Procesos y Resultados deberá haber obtenido una calificación global igual o mayor a 60%; y en forma particular, para el sub-capítulo de “Funciones de atención al paciente” una calificación igual o mayor a 60%, para los sub- capítulos de “Funciones de apoyo a la atención” y “Sistemas de información” una calificación igual o mayor a 50%, así como ningún criterio de ponderación cinco calificado con cero.

Apoyo

Los servicios médicos de PEMEX desde sus inicios se fundamentaron en las necesidades de atención asistencial y preventiva de los trabajadores de la empresa, pero también en la visión de que la atención prestada en ellos, contara con características superiores a las que se podrían obtener como derechohabientes de otros servicios institucionales de salud.

Desde entonces la alta dirección ha mostrado una postura de franco apoyo a las iniciativas tendientes a incrementar la calidad de estos servicios, por lo que el interés en el proceso de certificación, así como los beneficios que esto representa para los trabajadores en términos de calidad en la atención, que con ello se logra, han captado la atención a grado tal, que se llegó a la resolución de que el 100% de las unidades del sistema debería de contar con esta certificación.

El apoyo y aceptación de la certificación como mecanismo para mejorar la calidad de la atención en las unidades del sistema de salud de PEMEX, por parte de la alta dirección de la institución hizo factible tener acceso a mayores recursos financieros que se liberaron de manera extraordinaria para subsanar las deficiencias tanto estructurales como de distribución de insumos, que se identificaron como de mayor prioridad.

En la institución se cuenta con múltiples manuales de procedimientos tanto externos como internos que norman y facilitan las actividades relevantes de toda las áreas de la empresa, incluidos los servicios de salud.

El trabajo realizado en el comité formado para la atención del proceso de certificación de la unidad contó en todas sus sesiones con la asistencia y participación puntual de los coordinadores de las diferentes áreas, los cuales mostraron su compromiso hacia el proyecto cumpliendo en tiempo y forma con las actividades y proyectos encomendados.

El hecho de que la unidad albergue una cantidad importante de médicos en proceso de especialización facilita la implementación de estrategias con el apoyo de las áreas de coordinación académica.

La existencia en la institución de un gran acervo de normatividad interna respaldaron el proyecto, entre ellas se encuentran, los manuales y guías clínicas, pero además la cédula de acuerdo de mejora que fue de mucha utilidad para dar adecuado seguimiento a los acuerdos alcanzados y las actividades derivadas de los mismos, además de contar con el invaluable apoyo de la normatividad nacional.

Entre las condiciones que definitivamente favorecieron cumplir con los requisitos necesarios para la obtención de la certificación, encontramos la buena voluntad de las diferentes áreas involucradas en el mismo, lo que favoreció el trabajo en equipo y su coordinación, esta fue la piedra angular durante el mismo. En particular en lo que respecta a la colaboración del personal sindicalizado, mostraron alto grado de compromiso con las nuevas labores asignadas o para cumplir con las modificaciones a las que ya realizaban.

Otro factor clave en el proceso lo constituyó el apoyo decidido de la alta dirección de la institución, lo que favoreció grandemente la labor del grupo en cuánto a coordinación y gestión ya que se contaba con un objetivo claramente definido por ellos mismos.

Respecto a los grandes subgrupos dentro de la unidad como lo son las enfermeras, las trabajadoras sociales, el equipo administrativo, el personal de vigilancia, etc., mostraron una gran capacidad de respuesta en su trabajo e incluso en algunas labores adicionales que les fueron asignadas, como la supervisión y vigilancia del cumplimiento de las normas por parte de los pacientes, los familiares y hasta entre sus compañeros de trabajo.

Obstáculos

En el proceso de certificación nos encontramos con diferentes factores que dificultaron el alcanzar las metas planeadas, que pueden potencializarse y generar las condiciones que promuevan el status quo al que se llega debido a la relajación de las medidas tomadas entre una certificación y la siguiente.

Gran rotación de personal aun en labores en las que se reconoce la necesidad de capacitación y experiencia para la realización de las mismas en forma eficiente y segura.

Recursos materiales insuficientes para garantizar el íntegro abasto de insumos en las diferentes áreas del hospital.

Participación parcial de parte de algunos grupos del personal operativo del hospital.

Cambios de actividades de acuerdo a los niveles académicos de los médicos en proceso de especialización, así como rotaciones externas anuales.

Conclusiones

Definitivamente el participar en un proceso como el vivido es sumamente enriquecedor y desafiante, ya que se ponen en juego muchos más elementos teóricos que se deben de operacionalizar de los que se pueden percibir si solo se intenta analizar el proceso desde fuera del mismo.

Además esta estrategia es claramente una buena forma de hacer partícipes a los coordinadores y autoridades de una institución de salud en los procesos de mejora continua de las instituciones de las cuales son responsables, pero sobre todo concientizar al personal operativo de las mejoras en la atención y la reducción de los riesgos para los pacientes que se atienden dentro de las mismas, incluyendo al personal de salud, además ayuda a fortalecer el apego a la normatividad nacional y las buenas prácticas.

Es importante reconocer que en una unidad en la que se operan debidamente los programas existentes, se cuenta con una fuerte estructura de apoyo para que las actividades en pro de realizar los ajustes necesarios para lograr la conformidad con los estándares de las certificaciones y, por lo tanto las acciones finales se constituyen en tareas menos complicadas, dado el orden que le otorgan a las unidades dichos programas.

Aunque actualmente nos encontramos aun en proceso de implementación de mecanismos que llevarán a hacer de la certificación un distintivo que signifique prestigio y alta calidad obligado para todas las unidades que brindan atención médica, actualmente podemos afirmar que este mecanismo en su carácter de voluntario enfatiza el interés de mejorar el desempeño de su labores con el suficiente compromiso para someterse a la evaluación requerida y obtenerla.

Aprendizajes

- Hablando en términos de experiencia personal, vivir de cerca el proceso de certificación del Hospital Central Sur de Alta Especialidad me dio la oportunidad de consolidar los conocimientos adquiridos durante mi formación, ya que pude constatar que los principios teóricos son fundamentales para la planeación, conducción y conclusión de encomiendas tan complicadas como esta.
- Conceptos como: trabajo en equipo, planeación estratégica, generación, aplicación y monitoreo de indicadores, conducción de estrategias, gestión, liderazgo, mejora continua, ambiente organizacional, etc., etc. quedan mucho más claros para mí ahora, ya que pude durante este proceso ubicarlos claramente a lo largo de las

diferentes etapas del mismo; esto además me llevó a constatar su importancia y utilidad.

- Queda muy claro que los ejes de todo proyecto son la planeación, el trabajo en equipo y una visión clara de la necesidad que el proceso presente y que no importa que tan bien se complete el proyecto siempre se deben incluir elementos de mejora continua.
- Es muy importante contar con los mecanismos de evaluación continua que permitan la identificación de decrementos en los logros conseguidos o el surgimiento de nuevas necesidades.
- La constitución de un grupo de coordinadores y la asignación de responsabilidades claramente definidas facilitan y agilizan el alcance de las metas establecidas.
- Mantener el compromiso e interés del personal respecto a los estándares de servicio alcanzados durante el proceso de certificación, facilita la implementación de mecanismos de mejora continua.
- La gestión exitosa de proyectos depende del buen planteamiento de las premisas del mismo y de la clara exposición de los resultados que se conseguirán con el mismo.
- Fomentar la colaboración del mayor número posible de personas que integran el proceso en cuestión y promoviendo el bien común a través de las actividades planteadas, es una estrategia que acelera y da mayor posibilidad de éxito a los proyectos emprendidos.

Recomendaciones

Concretar la implementación de supervisiones que mantengan los estándares alcanzados durante el proceso de certificación, así como integrar en la planeación presupuestaria los insumos necesarios, con la finalidad de brindar las condiciones adecuadas para lograr integrar las buenas prácticas a las rutinas diarias del personal.

Se identificó que el relajamiento de las condiciones alcanzadas durante el proceso de certificación anterior, determinó que las condiciones en las que se encontraba la unidad en vías a la recertificación no fueran las adecuadas. Por lo que vigilar el cumplimiento de los estándares entre una certificación y la siguiente, es de vital importancia para que el nivel de calidad logrado durante esta no refresca durante este período.

Tomando en cuenta las características demográfico-epidemiológicas a las que nos enfrentamos y que los servicios de salud están orientados para la resolución de problemas asistenciales y en algunos casos extremadamente particularizados, es necesario re direccionar los esfuerzos hacia la atención preventiva y dar un enfoque poblacional ya que, esta reorientación representa necesariamente el camino a seguir.

Es de suma importancia mantener las vías de comunicación, colaboración y hasta de negociación si el caso lo amerita, con los diferentes actores que deben o pueden participar en el abordaje de las metas u objetivos comunes, con la finalidad de consolidar equipos de trabajo estables y resolutivos y haciendo énfasis en el beneficio mutuo que con ello se consigue.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de cédula de supervisión de manejo de R.P.B.I



*Dirección Corporativa de Administración
Subdirección Corporativa de Servicios de Salud
Hospital Central Sur de Alta Especialidad
Medicina Preventiva*

CEDULA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE R.P.B.I

AREA:

FECHA:

No.	CRITERIO	RESULTADO		
		SI	NO	OBSERVACIONES
1	Conoce el Personal el Procedimiento de R.P.B.I.?			
2	Se encuentra accesible el Procedimiento de R.P.B.I.			
3	Clasifica, separa y envasa correctamente los R.P.B.I.?			
4	Cuentan con recipientes autorizados para recolección de punzocortantes?			
5	Cuentan con bolsas rojas para recolección de R.P.B.I.?			
6	El Personal de intendencia utiliza el equipo de protección para manejo de R.P.B.I.?			
7	Se cuenta con carritos recolectores de R.P.B.I.?			
8	El personal de intendencia retira los recipientes y bolsas de envasado de R.P.B.I. llenos al 80% de su capacidad?			
9	Se respeta la ruta de traslado para R.P.B.I.?			
10	Permanecen menos de 15 días los R.P.B.I. en el área de almacenamiento temporal?			

Anexo 2. Cédula para estudio de tiempos y movimientos en el procedimiento de lavado de manos



*Dirección Corporativa de Administración
Subdirección Corporativa de Servicios de Salud
Hospital Central Sur de Alta Especialidad
Medicina Preventiva*

CÉDULA PARA EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS

	Criterio a evaluar	Tiempo (seg)	
		REGLA	MEDIDO
1	Quitarse todas las joyas (deben quitarse los relojes ya que deben lavarse las manos y los antebrazos no solo los dedos. Los microorganismos pueden alojarse en las hendiduras de las joyas o alrededor de las piedras).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2	Abrir el agua.- Mantener el agua corriendo continuamente durante todo el procedimiento de lavado de manos.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	3
4	Mójese las manos con agua	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	2
5	Deposite en la palma de lá mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
6	Frotese las palmas de las manos entre si	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
7	Frotese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano iaquierda entrelazando los dedos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
8	Frótese la palma de la mano izquierda contra el dorso de la mano derecha entrelazando los dedos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
9	Frótese las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
10	Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
11	Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
12	Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
13	Enjuáguese las manos con agua	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
14	Séquelas con toalla de un solo uso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
15	Cerrar el agua.- Utilizar la misma toalla de papel para cerrar la llave del agua.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5
16	¿Conoce los momento en que recomienda la O.M.S. para el lavado de manos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17	¿Es necesario el lavado de manos cuando se va ha realizar un procedimiento en el que se usaran guantes?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Referencias

- 1 Ruelas-Barajas E. Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica, Ed 2, INSP, Méx. 2007
- 2 D.O.F., Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación De Establecimientos de Atención Médica, Mex, D.F. 2008
- 3 Ruelas-Barajas E. Calidad, productividad y costos. Salud Pública de México 1993;35:298-304.
- 4 Ortún-Rubio V, Gestión clínica y sanitaria. 3ª edición. Barcelona: Masson, 2003:
- 5 Ruelas-Barajas E. Una nueva era de la certificación de hospitales en México. Cirugía y cirujanos 2010;78:201-202.
- 6 Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad médica. Expectativas del paciente y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública de México, 1990;32:170-180
- 7 Arce H.: Revista El papel de la Acreditación Hospitalaria en la era de la “Globalización” de la Economía. Revista del ITAES, Vol. 3, N° 4: 14-18, Buenos Aires, 1997.
- 8 Roberts J, Coale J, Redman R. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. JAMA 1987; 258: 936-940.
- 9 Schyve P. Editorial. Accreditation and globalization. International Journal for Quality in Health Care 1998;
- 10 Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿una tarea para médicos. Cirugía y cirujanos 2007;75:149-150
- 11 Donabedian, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Quarterly, 2005; 83, 4:691-729.
- 12 Frenk-Mora J. Medir para mejorar el desempeño del Sistema Mexicano de salud. Salud Pública de México 2005;47:S1-S3.
- 13 Aguirre-Gas H. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Cirugía y cirujanos 2008;76:187-196.
- 14 Llamera María. Cumplir con la legislación sanitaria ofrece calidad y seguridad, ¿tu lo haces?, Revista de la asociación dental mexicana, 1999;4,56:155-157
- 15 William-J J. Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. Salud Pública México 1990;32:131-137.
- 16 Aglamisis Josefina, El Contexto Organizacional: Guía Para Su Análisis, Relaciones Del Trabajo Facultad De Ciencias Sociales Universidad Nacional De Buenos Aires,1990.
- 17 Criterios de Evaluación, Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, Consejo de Salubridad General, México2008
- 18 NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- 19 NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
- 20 NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.