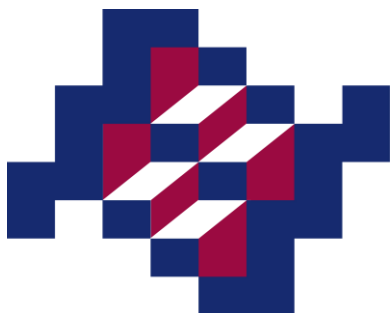




Instituto Nacional
de Salud Pública

Maestría en Salud Pública
Área de Concentración: Administración
Generación 2008 - 2010

Proyecto Terminal Profesional
**“Estrategias para Fortalecer la Implementación de los Estándares
para la Certificación de Hospitales”**

Presenta:

Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez

Para obtener el grado de
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Director: Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba

Asesor: Dr. Armando Pérez Cabrera

Lector: Mtro. José de Jesús Vértiz Ramírez

Cuernavaca, Morelos

11 de Septiembre, 2014

Las ideas que defiendo no son mías. Las tomé prestadas de Sócrates, se las birlé a Chesterfield.

Se las robé a Jesús. Y si no os gustan sus ideas ¿las de quien hubieras preferido utilizar?

DALE CARNEGIE

INDICE

<u>AGRADECIMIENTOS</u>	- 5 -
<u>A MI FAMILIA</u>	- 5 -
<u>INTRODUCCIÓN</u>	- 6 -
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	- 9 -
<u>CONTEXTO ORGANIZACIONAL</u>	- 11 -
VISIÓN	- 13 -
MISIÓN	- 13 -
POLÍTICA DE CALIDAD	- 13 -
<u>IMPACTO REGIONAL</u>	- 14 -
ORGANIGRAMA	- 19 -
FUNCIONES Y ORGANIZACIÓN INTERNA	- 21 -
<u>PROCESOS</u>	- 23 -
PROCESO DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS	- 23 -
PROCESO GENERAL DE ATENCIÓN	- 24 -
PROCESOS DE LA ATENCIÓN	- 25 -
• RECEPCIÓN O ADMISIÓN.	- 25 -
• CONSULTA MÉDICA.	- 25 -
• ACCESO O INGRESO DE PACIENTES.	- 25 -
• URGENCIAS.	- 25 -

• CONSULTA EXTERNA.	- 25 -
• DIAGNÓSTICO.	- 26 -
• TRATAMIENTO.	- 26 -
• EGRESO.	- 26 -
ESPECIALIDADES MÉDICAS Y SERVICIOS	- 27 -
 MARCO DE REFERENCIA	 - 30 -
 DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA.	 - 37 -
 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	 - 43 -
 OBJETIVO GENERAL	 - 47 -
 OBJETIVOS ESPECIFICOS	 - 47 -
 CRONOGRAMA	 - 50 -
 ACCIONES REALIZADAS.	 - 52 -
 APOYOS Y OBSTÁCULOS.	 - 89 -
 RESULTADOS.	 - 93 -
 CONCLUSIONES.	 - 103 -
 RECOMENDACIONES.	 - 109 -
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y DOCUMENTALES	 - 113 -
 SITIOS WEB	 - 116 -

Agradecimientos

A mi familia.

A mis amigos del Hospital Regional del Suroeste, Hospital General de Salamanca y Hospital General Silao.

A mis maestros, alumnos, colegas, amigos y pacientes que también son mi familia.

A todos ustedes con profundo agradecimiento y respeto por darme la oportunidad de servir, aprender, creer y soñar a su lado.

*"Lo que creamos o lo que pensamos, al final no tiene mayor importancia,
lo único que realmente importa es lo que hacemos"*
John Ruskin

Introducción

Como consecuencia de la globalización, la certificación de calidad de los servicios de salud, ha tomado un auge sin precedentes. Para ser considerados confiables y competitivos, los establecimientos dedicados a la atención en salud, deben contar con la certificación de una instancia rectora en materia de calidad y seguridad en sus procesos de atención.

Así mismo, la seguridad de los procesos en comento, representa la mayor expectativa de los pacientes en un sistema de salud, por lo que a demanda de la sociedad, nuestros gobernantes han apostado a la calidad, como una política estratégica para fortalecer la aceptación social, estableciendo procesos de atención ciudadana en los que pueda verificarse la calidad de la atención.

González (2014), menciona que en nuestro país la certificación es el reconocimiento que el Consejo de Salubridad General otorga a las unidades que han desarrollado acciones de mejora continua y que cumplen con los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y la seguridad de los pacientes.

El propósito de este trabajo, es plasmar la experiencia del Hospital General de Salamanca al implementar los estándares de certificación del Consejo de Salubridad General, como estrategia de mejora de la calidad de la atención de nuestros pacientes.

Como consecuencia del incremento de registros en materia de los riesgos potenciales y eventos adversos dentro de las organizaciones de atención a la salud, la prevención de riesgos y la limitación del daño dependen de ejercitar el cumplimiento de las regulaciones de seguridad y de las mejores prácticas clínicas, fortalecidas con un sistema de gestión y evaluación efectivo, cuyos resultados generen las decisiones pertinentes impactando en la mejora

continua de la calidad del establecimiento, mejorando los procesos críticos y previniendo los riesgos de los errores más frecuentes, resultando un auto aprendizaje global y una cultura de calidad institucional cada vez más sólida.

Con el tiempo se ha logrado que los estándares de certificación representen la excelencia. El enfoque de los estándares se plantea para cubrir expectativas en diferentes sentidos. Primero para proveer cuidados a la salud, después para identificar sistemas indispensables de los procesos y resultados durante la atención integral del paciente, incluidas las necesidades de seguridad y el respeto por los derechos de los mismos.

Para poder desarrollar e implementar el modelo de gestión que permita hacer un cambio contundente en la mejora de la organización, se debe identificar a la Unidad como un todo; como un sistema dentro del cual se postulan los ejes que sostendrán las líneas estratégicas para la obtención del objetivo final, el cual es, mejorar la calidad y seguridad del paciente obteniendo la certificación.

Es esencial el involucramiento y la participación activa multidisciplinaria de profesionales y todos los trabajadores del establecimiento; son ellos quienes, al identificar los riesgos y al reconocer los beneficios del cambio, crearán y adoptarán las soluciones apropiadas, logrando además con el proceso de la certificación, la estimulación para la integración de toda la organización, en los procesos que garanticen la seguridad de la atención en el establecimiento de salud.

Como estrategia, una vez logrados los objetivos internos, implementando los estándares de calidad propuestos, se participó de forma voluntaria en el proceso de certificación del Consejo de Salubridad General, quien además de la Certificación, otorgó un reconocimiento externo de la calidad de la organización de salud, mejorando la confianza del público e

incrementando la reputación entre los usuarios, generando una mejor voluntad y participación en los procesos de atención.

Justificación

En el marco del derecho a la salud, se contempla la garantía a la población de calidad de los servicios hospitalarios, ofreciendo a los pacientes los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para su salud y su vida.

Para que los hospitales proporcionen calidad y seguridad a sus pacientes y a los integrantes de los equipos de salud, es necesario que cumplan con requisitos mínimos de estructura, y que los procesos, la preparación básica y la actualización de su personal se reflejen en los resultados de la atención, tanto en los indicadores internos, como en la satisfacción de los pacientes.

Para cumplir estas demandas se requiere la implementación de estrategias que permitan la verificación externa de que se tiene la capacidad instalada tanto físico-técnica como humana y documental de acuerdo al tipo y complejidad de los servicios que ofrecen. Se considera a la Certificación del Consejo de Salubridad General no como un fin, sino como el medio seleccionado para proteger a la población y para estimular el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera a un Hospital como parte integrante de una organización Médico-Social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una atención Médico-Sanitaria, tanto preventiva como curativa y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. Un Hospital también es un centro de formación de recursos para la salud y la investigación biopsicosocial; además tiene el potencial de ayudar a la profesión médica y con una dirección administrativa capaz, realizar sus objetivos, utilizar racionalmente sus recursos y proyectar su influencia y beneficios a la comunidad.

Fajardo (2008), menciona que los hospitales son organizaciones muy complejas pues en ellas se encuentran inmersas, múltiples interrelaciones humanas, con profundo contenido emocional y ético en el marco de un contexto de enorme sofisticación científica y tecnológica y en entornos altamente

competitivos y restrictivos. Todo ello imprime un gran dinamismo a la evolución organizacional que forma parte de la misma complejidad. Entender esto y conducir a una organización de esta naturaleza requiere más que mero sentido común.

Esta experiencia, hace evidente que los conocimientos adquiridos durante el programa académico de la Maestría en Salud Pública con área de concentración en administración en salud, han permitido la conducción del Hospital General de Salamanca, así como el desarrollo de estrategias para fortalecer la implementación de los Estándares para la Certificación de Hospitales, y adoptar un sistema de gestión de la calidad como herramienta de mejora que busca el desarrollo y el cambio organizacional, fomentando de esta manera la importancia de la participación de todos los miembros de la organización y la estandarización de los procesos, teniendo como premisa fundamental la satisfacción de las necesidades de salud y las expectativas de atención de los usuarios, y emprender exitosamente el proceso de Certificación Hospitalaria como evidencia de experiencia profesional.

La certificación es de carácter voluntario, y no obligatorio por ley, pero su implementación como base de gestión de mejora de la calidad representa una garantía en la seguridad del paciente, debido a que los estándares que utiliza se contemplan en un modelo de buenas prácticas y la normativa nacional vigente, por lo que su aplicación y consolidación son indispensables en el Sistema de Salud Mexicano.

Contexto Organizacional

El Hospital General de Salamanca como Segundo Nivel de Atención Médica, es responsable de las actividades dirigidas al restablecimiento de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que se otorgan son proporcionados a pacientes referidos del primer y tercer nivel, y a los que se presentan espontáneamente como urgencias médico-quirúrgicas; en lo que respecta a las acciones sanitarias se ejerce control sanitario y descontaminación ambiental interna. Cuenta con un conjunto de recursos debidamente organizados para atender y resolver los problemas médico-quirúrgicos que se presentan y que no es posible resolver en el primer nivel de atención, por requerir de técnicas y servicios de mediana complejidad.

La atención médica que se proporciona a los usuarios, comprende las cuatro especialidades básicas: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría; así como las complementarias: Traumatología y Ortopedia y Estomatología y las de apoyo: Anestesiología, Radiología y Laboratorio.

En este nivel la atención es fragmentada, ocasional, ambulatoria o con hospitalización, con servicio de urgencias y primordialmente curativa, garantizando la extensión cualitativa de los servicios de salud.

El Hospital General de Salamanca es una unidad Médica de segundo nivel de Atención perteneciente al Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG), por su ubicación geográfica pertenece a la jurisdicción Sanitaria No. V. con sede en la misma ciudad. Brinda servicios médico-asistenciales en el ámbito preventivo y curativo a 242,402 personas no derechohabientes de la región y 372,615 personas de la región de 518 localidades con 65,534 familias afiliadas al Seguro Popular, de acuerdo al estudio de regionalización operativa (ERO), al análisis de flujos poblacionales, así como a la accesibilidad y facilidad de traslado

de personas, su zona de Influencia se encuentra hacia los Municipios de: Salamanca, Valle de Santiago, Jaral del Progreso y Yuriria.

Dispone de una capacidad física instalada de 30 camas censables, 7 especialidades médico-quirúrgicas, 8 consultorios, 2 Salas de Cirugía, 2 Salas de Expulsión, 8 Camas de observación en Urgencias, 8 módulos en Área de cuidados neonatales. Además de contar con una unidad de Diagnóstico y Tratamiento con Rayos X, Ultrasonido, Laboratorio Clínico y Mastografía.

Anualmente se tiene un promedio de 6,349 egresos hospitalarios de pacientes registrados en el último año, en la consulta externa se otorgan más de 31,633 consultas anuales y en urgencias se atienden a más de 41,845 pacientes. Con un incremento de la productividad anual del 10 al 15% en el último años.

Diariamente se encuentra al 148.2 % de ocupación general, y se tiene un promedio de 15 intervenciones quirúrgicas por día, nacen en el hospital un promedio de 232 niños mensualmente y en el último año sumaron 2,547 recién nacidos vivos. Se cuenta con equipo de laboratorio y gabinete donde se realizan estudios de segundo nivel de atención médica y actualmente por año se registran más de 162,721 estudios de laboratorio en más de 26,500 pacientes y se realizan más de 13,988 estudios de rayos x en más de 11,886 pacientes.

Se cuenta con una plantilla laboral de 259 recursos humanos, de los cuales 132 cuentan con base y 127 con contrato de Seguro Popular.

El Hospital se encuentra en un terreno de 30,000 m² y 3,620 m² de superficie construida además cuenta con 75 cajones de estacionamiento, la unidad se localiza en la ciudad de Salamanca, Guanajuato, México, en la Avenida de los Deportes No. 515 Fraccionamiento Deportivo, CP. 36749. Sus nuevas instalaciones fueron inauguradas por el Lic. Juan Manuel Oliva Ramírez, Gobernador Constitucional del Estado de Guanajuato el 27 de abril del 2009.

VISIÓN

Ser un hospital líder nacional en servicios de salud.

MISIÓN

Brindar servicios de salud integrales y profesionales con calidad y seguridad que satisfagan la necesidad de los usuarios.

POLÍTICA DE CALIDAD

Proporcionar servicios de salud con calidad y trato digno, con personal comprometido con la mejora continua para satisfacer las necesidades del usuario.

En Hospital General de Salamanca, Guanajuato, elegimos los siguientes propósitos:

- Proporcionar servicios médicos integrales de Segundo Nivel, para promover, recuperar, rehabilitar y preservar la salud de la población, que lo solicite.
- Proponer cambios y modalidades en la dinámica de su funcionamiento y organización para mantenerlo actualizado.
- Proyectar sus actividades hacia la comunidad para poder cumplir las políticas de prevención de enfermedades, promoción y educación para la salud, dictadas por la superioridad.
- Organizar y adiestrar los recursos humanos a su cargo.
- Adquirir, almacenar y distribuir los recursos materiales que se estimen necesarios para su funcionamiento.
- Proporcionar y proponer acciones de asistencia social y ayuda a la población en caso de necesidades públicas.

- Proponer actividades tendientes a conservar y fortalecer la salud física y mental de sus derechohabientes, mediante campañas de control epidemiológico, medicina preventiva y ocupacional.
- Proponer y aplicar programas tendientes a evitar y combatir la contaminación ambiental.

Impacto regional

Actualmente, la división política del estado nos marca 46 municipios. Entre los municipios más importantes destacan: Guanajuato, León, Irapuato, Celaya, Acámbaro, Salamanca, Silao y San Miguel de Allende. El número de localidades existentes en la entidad asciende a 8 mil 979.

Salamanca pertenece a la Jurisdicción Sanitaria No. V, esta ciudad se localiza en el suroeste de la entidad. Limita al Norte con los municipios de Irapuato y Guanajuato, al Noreste con San Miguel de Allende, al Este con Santa Cruz de Juventino Rosas y Villagrán, al Sureste con Cortázar y al Sur con Jaral del Progreso y Valle de Santiago, al Oeste con los municipios de Irapuato y Pueblo Nuevo.

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2005, Salamanca registró una población de 233,623 personas, distribuidas en un total de 321 localidades.

La distribución de la población por sexo y edad está dada de la siguiente manera:

- Sexo: En Salamanca, de acuerdo al Censo de 2005 se registraron 122,341 mujeres y 111,281 hombres.

- Edad: El grupo más numeroso es el de las niñas, niños y adolescentes pues hay más de 94 mil personas en el rango de los 0 a los 19 años. La edad mediana del municipio es de 25 años.¹

¹ Fuente: Diagnóstico Comunitario Hospital General Salamanca 2009

**Cuadro I. Principales causas de morbilidad en el Hospital General
Salamanca, 2009²**

ORDEN	CAUSA	AGRUPACION	VOLUMEN	%
Total			6,463	100
1	Parto único espontáneo (sólo morbilidad)	161	1,974	30.5
2	Causas obstétricas directas (excepto aborto)	160	1,392	21.5
3	Aborto (sólo morbilidad)	159	446	6.9
4	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	166	416	6.4
	Fracturas	166A	257	4.0
5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	163	224	3.5
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	163I	85	1.3
6	Hernia de la cavidad abdominal	120	223	3.5
7	Colelitiasis y colecistitis	126	181	2.8
8	Enfermedades del apéndice	119	160	2.5
9	Influenza y Neumonía	105	117	1.8
10	Diabetes mellitus	061	108	1.7
11	Leiomioma uterino	053	77	1.2
12	Enfermedades del corazón	097	67	1.0
13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	165	63	1.0
14	Enfermedades cerebrovasculares	098	62	1.0
15	Enfermedades del hígado	125	53	0.8
16	Atención para la anticoncepción	178	41	0.6
17	Enfermedades crónicas de las amígdalas y vegetaciones adenoides	109	32	0.5
18	Infecciones respiratorias agudas	104	31	0.5
19	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	128	30	0.5
20	Trastornos no inflamatorios del ovario, de la trompa de Falopio y del ligamento ancho	153	28	0.4

² Sistema Automático de Egresos Hospitalarios.

**Cuadro II. Principales causas de mortalidad en el Hospital General
Salamanca, 2009³**

ORDEN	CAUSA	n	%
Total		174	100
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	27	15.5
	Crecimiento fetal lento, desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	10	5.7
2	Diabetes mellitus	24	13.8
3	Influenza y Neumonía	24	13.8
4	Enfermedades del hígado	14	8.0
	Enfermedad alcohólica del hígado	10	5.7
5	Enfermedades cerebrovasculares	13	7.5
6	Enfermedades del corazón	12	6.9
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	6	3.4
7	Accidentes	9	5.2
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	6	3.4
8	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8	4.6
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	3	1.7
9	Tumores malignos	5	2.9
	Leucemias	1	0.6
	Tumor maligno del estómago	1	0.6
10	Septicemia	2	1.1

³ Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios

Cuadro III. Principales procedimientos quirúrgicos. Hospital General Salamanca. 2009⁴

ORDEN	PROCEDIMIENTOS	CLAVE	TOTAL	%
Total			3,352	82.2
1	Cesárea clásica baja	741X	870	21.3
2	Otra destrucción u oclusión bilateral de las trompas de Falopio	6639	617	15.1
3	Dilatación y legrado después de parto o aborto	6902	430	10.5
4	Episiotomía	736X	396	9.7
5	Otra apendicectomía	4709	169	4.1
6	Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura	8622	98	2.4
7	Laparotomía exploradora	5411	97	2.4
8	Colecistectomía	5122	89	2.2
9	Colecistectomía laparoscópica	5123	84	2.1
10	Reparación unilateral de hernia inguinal, no especificada de otra manera	5300	84	2.1
11	Otra herniorrafia umbilical	5349	76	1.9
12	Reducción abierta de fractura con fijación interna. Tibia y peroné	7936	59	1.4
13	Histerectomía abdominal total	684X	52	1.3
14	Reducción abierta de fractura con fijación interna. Fémur	7935	41	1.0
15	Exploración manual de la cavidad uterina, después del parto	757X	40	1.0
16	Reducción abierta de fractura con fijación interna. Húmero	7931	35	0.9
17	Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior	5359	32	0.8
18	Reducción abierta de fractura con fijación interna. Radio y cúbito	7932	32	0.8
19	Adenoidectomía sin amigdalectomía	286X	27	0.7
20	Amigdalectomía sin adenoidectomía	282X	24	0.6

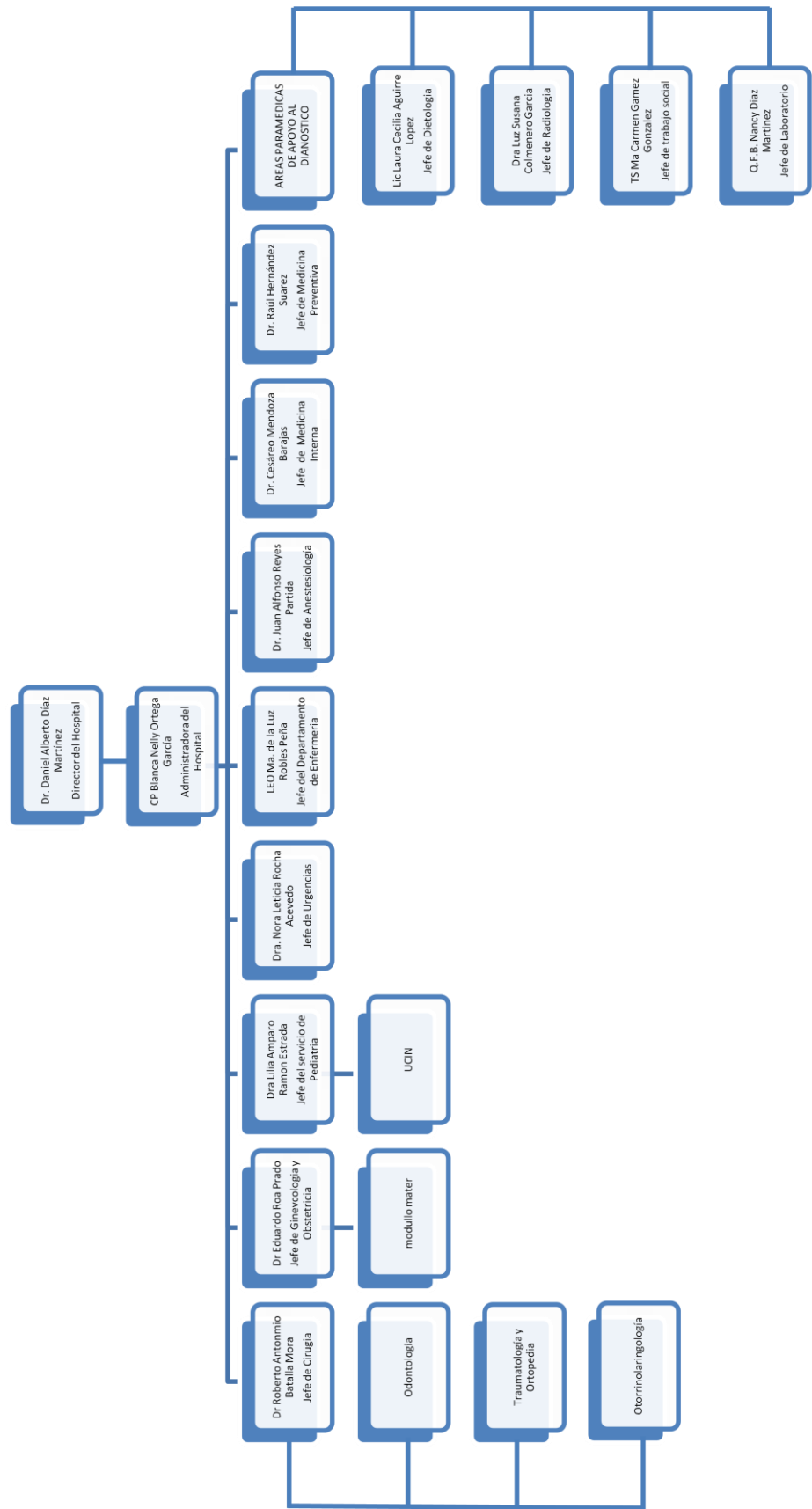
⁴ Fuente: Sistema Automático de Egresos Hospitalarios

ORGANIGRAMA

La reestructuración del organigrama permitió lograr que el sistema de monitoreo y el programa en general se lleve a la práctica, al definir acciones con el equipo que conlleven a la institucionalización del programa, ya que las acciones que deben consignarse, incluyen los esfuerzos organizacionales necesarios (capacitación, motivación, etc.), la elaboración de las fuentes de información inexistentes y en general, todas las que el equipo consideró que requiera el programa para lograr su óptimo desarrollo. Por lo que es necesario crear una estructura organizacional para el programa, con el fin de hacer explícitos los niveles de autoridad, responsabilidad, comunicación, coordinación e información. Para ello es necesario que se conozca el organigrama de su servicio, ya que la estructura organizacional del programa de garantía de calidad, respeta los niveles jerárquicos formales.

Dentro del Organigrama de la Unidad Hospitalaria se mencionan los departamentos de directamente influyeron los objetivos propuestos, dentro de este cambio se incluyó al departamento de Calidad, y se realizó la propuesta de un organigrama que nos permitiría visualizar la línea de acción sobre la influencia de los departamentos. (Fig. 1)

Fig. 1. Organigrama. Hospital General Salamanca 2009



FUNCIONES Y ORGANIZACIÓN INTERNA

El Hospital General de Salamanca se encuentra estructurado en 5 áreas importantes que son la Dirección y Departamento de Calidad, Administración, Servicios Médicos de Especialidad, Servicios Paramédicos de apoyo al Diagnóstico y Servicios Generales que dependen directamente de la Administración.

- La Dirección del Hospital se encarga de planear, coordinar, dirigir y controlar la ejecución de programas que se realicen en el Hospital en las áreas Médicas, Quirúrgicas, de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, de Enseñanza, Investigación y Administración para mejorar la eficiencia operativa del Hospital y brindar un servicio de calidad.
- Gestor de calidad:
 - Es responsable de establecer y supervisar el nivel de documentación que debe tener cada uno de los servicios, comités y departamentos del hospital.
 - Llevar el control de los documentos por medio de la lista maestra, controlar el proceso de auditorías internas y mejora continua del hospital.
 - Capacitar de forma continua sobre conceptos de calidad y certificación de Hospitales.
 - Capacitar de forma continua sobre conceptos de seguridad del paciente.
 - Difundir los conocimientos adquiridos entre el personal de la organización. Retomar funcionamiento de los Comités hospitalarios. Realizar auditorías internas.
 - Supervisar de forma continua manuales de Organización de los servicios así como sus procedimientos.

- Formar parte del Comité de Calidad y seguridad del Paciente.
 - Formación y Motivación del personal.
- La Administración es responsable de aplicar el proceso administrativo a los recursos humanos, materiales y financieros con que cuenta el Hospital, para mejorar la eficiencia operativa de esta unidad y brindar un servicio de calidad.
- Las Jefaturas de servicio médico son responsables de planear, dirigir, supervisar y evaluar la programación de actividades de cada uno de los servicios de especialidad, con el fin de proporcionar la asistencia médica y quirúrgica, conforme a las especialidades del hospital y a las intervenciones de cada paciente requiera con apego a la normatividad médica y técnica establecida.
- La Jefatura de Enfermería es responsable de realizar la previsión, coordinación y organización del personal y los materiales e insumos del servicio, para proporcionar asistencia y cuidados de enfermería a los pacientes, tanto en hospitalización como en consulta externa, de acuerdo a los principios científicos, tecnológicos y normativos en vigor.
- Los servicios paraclínicos son los responsables de efectuar los análisis de laboratorio, de imagenología con fines de diagnóstico o de evaluación del estado de salud del paciente, tanto en forma rutinaria como de urgencia.
- El equipo de Trabajo Social es responsable de participar con el equipo de salud, mediante la detección de factores socioeconómicos que afectan su atención, curación y rehabilitación así como apoyarlos en la búsqueda de alternativas de solución.

- Los servicios generales son responsables de coordinar las acciones para que los diferentes servicios y áreas de la unidad funcionen correctamente, mediante la vigilancia y resolución de los problemas que se presentan en cada departamento.

PROCESOS

PROCESO DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS

El proceso de atención para los usuarios concierne una serie de pasos que todo usuario debe recorrer. (Fig. 2)

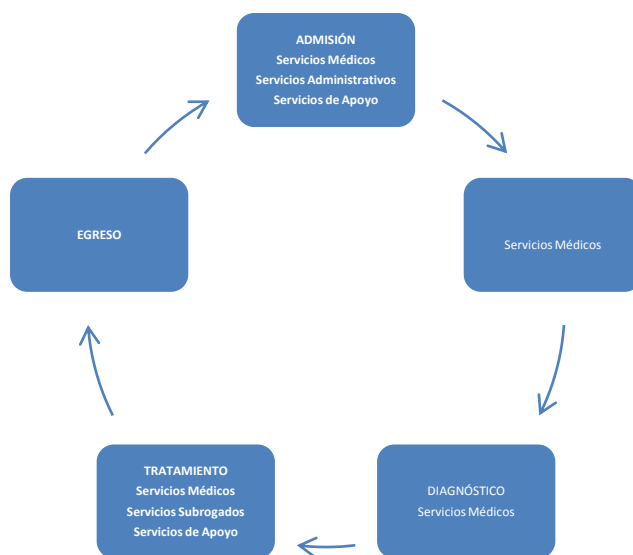


Fig. 2. Proceso de atención para la población

PROCESO GENERAL DE ATENCIÓN

Durante el proceso general de atención hacia el usuario intervienen no solamente las áreas médicas si no todo aquel servicio que se solicite y de manera integral cubra sus necesidades. (Fig. 3)

Dentro del mismo, interactúan las jefaturas de los diferentes servicios de la Unidad Hospitalaria, ya que los procesos se vinculan unos con otros. Dentro de esta articulación se encuentran los diferentes departamentos y dentro de cada uno de ellos se desarrollan la toma de decisiones para saber hacia dónde dirigir al paciente, es importante mencionar que dentro de cada uno de los procesos hay personal estratégico que sabe hacia dónde dirigir al usuario.



Figura 3. Proceso general de atención en el Hospital General Salamanca

PROCESOS DE LA ATENCIÓN

- RECEPCIÓN O ADMISIÓN.

Es la etapa donde el paciente gestiona su ingreso para recibir atención médica. En admisión por lo general solo intervienen servicios administrativos y únicamente para los casos de gravedad interviene servicios médicos en admisión.

- CONSULTA MÉDICA.

Es la etapa donde el paciente recibe la primera atención médica y dependiendo de la complejidad del padecimiento es el número de atenciones médicas que pudiera seguir tomando dentro del mismo hospital. Esta atención solo la otorga los servicios médicos, de psicología y nutrición.

- ACCESO O INGRESO DE PACIENTES.

El paciente puede ingresar referido y recibir atención médica por dos formas únicamente: Urgencias y Consulta Externa.

- URGENCIAS.

Recibe a todo paciente que llega al servicio con algún padecimiento por su propio pie o en ambulancia.

- CONSULTA EXTERNA.

Recibe a pacientes referidos por el área de urgencias del mismo hospital o referidos por otras unidades médicas, así como, a pacientes que se les confirma su cita en consulta previa, en el hospital.

- **DIAGNÓSTICO.**

Es el resultado de la valoración del paciente de acuerdo a: exploración, signos y síntomas, así como, estudios de laboratorio y gabinete para determinar el tipo de enfermedad que presenta el paciente y su causa. Intervienen en esta etapa los servicios médicos y de diagnóstico.

- **TRATAMIENTO.**

Es la etapa donde el paciente recibe las indicaciones médicas o la atención médica directa (Medicamentos y/o Equipo) para el tratamiento y control de la enfermedad que padece. Este se puede ejercer dentro del mismo hospital o en casa del paciente, dependiendo de la gravedad de su padecimiento. Sólo intervienen los Servicios Médicos.

- **EGRESO.**

Es el proceso donde el paciente recibe las recomendaciones médicas y de apoyo para la continuidad de su atención y recuperación, paga el servicio médico recibido, surte sus medicamentos y solicita su siguiente cita. En esta etapa intervienen los servicios médicos, administrativos y subrogados. Esta etapa puede ser por cuatro tipos:

- Alta por Mejoría
- Alta Voluntaria
- Alta por Defunción
- Alta por Traslado

ESPECIALIDADES MÉDICAS Y SERVICIOS

- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna
- Cirugía
- Traumatología y Ortopedia
- Anestesiología
- Otorrinolaringología
- Urgencias
- Dietología y Nutrición
- Odontología y Estomatología
- Consulta Externa
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)
- Servicio de Transfusión
- Enfermería
- Medicina Preventiva
- Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria
- Salud Reproductiva
- Toco cirugía
- Alojamiento Conjunto
- Cuneros

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

- Laboratorio
- Radiología e Imagen
- Mastografía

SERVICIOS DE APOYO

- Calidad

- Comités Técnicos
- Trabajo Social
- Registros Hospitalarios
- Admisión
- Estadística
- Archivo Clínico
- Informática
- Enseñanza e Investigación
- Camilleros

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

- Recursos Financieros
 - Finanzas
 - Caja
- Recursos Materiales
 - Compras
 - Almacén
 - Inventarios
- Recursos Humanos
 - Sistemas
 - Pagos
- Servicios Generales
 - Ropería
 - Transportes
 - Mantenimiento

SERVICIOS SUBROGADOS

- Vigilancia
- Intendencia

Cada perfil de puesto dentro del hospital indicado en el organigrama correspondiente a la figura 2 (previamente descrita) tiene una descripción de puesto en particular en los manuales de organización de los servicios.

Marco de referencia

Cruz (2014), menciona que la calidad en los servicios de salud consiste en: “otorgar al paciente atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.”

Aplicar el Modelo de Gestión Integral como estrategia para la obtención del reconocimiento de certificación en el Hospital General de Salamanca, en el marco del derecho a la protección de la salud que otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y otras normativas internacionales de garantías sociales, que tienen, entre otras finalidades, garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población.

El Consejo de Salubridad General es la instancia constitucional de mayor jerarquía para dictar políticas en Salud. Una de sus funciones es certificar las unidades médicas públicas y privadas. Recientemente modificó sus estándares de certificación, homologándolos con los internacionales, entre ellos se encuentran los centrados en el paciente, de gestión y las metas internacionales de seguridad del paciente. Dos estímulos adicionales ha generado el Consejo para el control de la calidad: el primero al señalar que solo podrán acceder a los premios que otorga el gobierno federal y las entidades federativas, los hospitales que estén certificados; y el segundo, la posibilidad al estar certificados de celebrar contratos de prestación de servicios con las entidades y dependencias de las administraciones públicas de los Gobiernos Federal, Estatales, del Distrito Federal y municipales. Un aspecto adicional es que las compañías aseguradoras mexicanas a través de la AMIS (Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros) también solo pagarán sin reembolso en los hospitales certificados.

De la calidad, la interpretación de su significado, constitucional en México por la Suprema Corte de Justicia de la Nación hizo tesis de jurisprudencia, señalando que el derecho a la salud, entre varios elementos, comprende el

disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, así como condiciones sanitarias adecuadas.

Se tiene mucho camino recorrido en el tema de calidad de la atención médica por organismos como el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, que puso a los ojos del mundo la importancia de controlarla con sus reportes: “Errar es humano”, “Construyendo un sistema de salud seguro” y “Cruzando el abismo de la calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI”; la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, encargada en el área de salud de hacer comparaciones en el desempeño de los sistemas nacionales y que ha desarrollado indicadores de calidad dejando en claro las áreas de oportunidad dada la heterogeneidad a la fecha demostrada entre ellos; y por último, los Institutos Nacionales de Salud y Excelencia Clínica, pioneros en esquemas de calidad orientados al paciente con un sustrato de transparencia y respeto a la dignidad de la persona.

La Ley General de Salud en México establece en siete fracciones del artículo segundo las finalidades del derecho a la protección de la salud. En su capítulo IV, titulado “De los usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad”, en su artículo 51 mandata que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, solo los asegurados podrán ejercer este

derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios”. El 17 de abril de 2009 se incorporaron los artículos 51 bis 1 a 3 con el fin de otorgar la atención médica con las dimensiones de calidad. El artículo 51 bis 1 norma que los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. El 51 bis 2 señala que los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico. Los usuarios de los servicios públicos de salud en general contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión. Por último, el artículo 51 bis 3 mandata que las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.

En la República Mexicana, el Supremo Poder de la Federación se divide para su ejercicio en tres poderes: el Poder Ejecutivo, autoridad unipersonal que recae en el Presidente de la República; el Poder Legislativo, autoridad colegiada articulada en dos Cámaras como Congreso de la Unión formadas por 128 senadores y 500 diputados; y, por último, el Poder Judicial, autoridad colegiada. Al Poder Ejecutivo le competen las responsabilidades de la administración pública, teniendo para auxiliarle a secretarías del ramo, como la Secretaría de Salud, a quien le compete garantizar el derecho a la salud de toda persona en el territorio nacional. De aquí que debe establecer los controles para asegurar que los servicios de salud se proporcionen con calidad. Para ejercer el control, el Secretario de Salud cuenta con dos herramientas, la primera es el desarrollo de

políticas públicas y la segunda el establecimiento de controles legales o regulaciones, destinados a que los prestadores de servicios de salud satisfagan sus condiciones necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología, cuenten con establecimientos de atención médica con condiciones sanitarias adecuadas y con medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado. Por ello, es fundamental el control que el Estado ejerza sobre la calidad en la atención, abarcando aspectos relacionados con el actuar del médico y a los procesos de atención, las competencias médicas, así como la infraestructura con la que se ofrezcan los servicios. Todo esto con el objetivo de generar el entorno técnico y ético necesario para ofrecer una medicina de calidad a los mexicanos, más aun cuando se trata de innovar como ha ocurrido en la cirugía gastrointestinal con el advenimiento de la cirugía endoscópica, el uso de láseres, la endoscopia gastrointestinal invasiva o intervencionista, por mencionar solo algunos avances o regulaciones, destinados a que los prestadores de servicios de salud satisfagan sus condiciones necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología, cuenten con establecimientos de atención médica con condiciones sanitarias adecuadas y con medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Ejecutivo Federal incluyó como un objetivo específico: brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para los mexicanos. El Plan Sectorial de Salud planificó metas que se han ido logrando, entre ellas:

1. La acreditación de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud, también conocido como Seguro Popular.
2. La implantación de medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público.
3. Atacar el problema de las infecciones nosocomiales, alcanzando y manteniendo una tasa anual no mayor de seis por 100 egresos en los hospitales

públicos de segundo nivel, lo cual es un reflejo de la mala o buena calidad en la atención médica.

Del Comité Nacional por la Calidad en Salud. En 2007 se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud, como un órgano asesor de la Secretaría de Salud, con el objeto de unificar los criterios para la aplicación de las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes, coordinar acciones en el Sistema Nacional de Salud enfocadas a mejorar la calidad en la atención a la salud, difundir la medicina basada en la evidencia, formular recomendaciones y efectuar el seguimiento de los indicadores sustantivos de calidad técnica y calidad percibida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Las reglas de operación 2010 dan prueba fehaciente de los avances logrados en temas como el Premio Nacional de Calidad; las acciones orientadas a la seguridad del paciente como la campaña sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas”, lanzada en 2009 con el objetivo de disminuir la prevalencia de eventos adversos quirúrgicos de 4.8 % reportada en 2008 en más de 3.2 millones de cirugías realizadas en las instituciones públicas; por último, en otro conjunto de acciones proclives, situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.

El Consejo de Salubridad General publicó, el 13 de Junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); de esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

Los subsistemas que conforman el SiNaCEAM son:

- Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Investigación y Desarrollo de Indicadores, Métodos y Estándares de Evaluación de la Calidad.
- Fortalecimiento permanente de los Auditores.
- Articulación del SiNaCEAM con otras Instituciones y Organizaciones.
- Información, Transparencia, Difusión y Promoción.

Entre otras funciones, se le asignó al SiNaCEAM, la de investigar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el Modelo de Certificación. En este tenor, se decidió homologar los estándares del Consejo de Salubridad General con los de Joint Commission International (JCI), para lo cual se integró un Comité Técnico con representantes de Instituciones Públicas y Privadas que brindan atención a la salud y con miembros de JCI, integrándose una Cédula de Evaluación de Hospitales, la cual responde a los requisitos en materia de la Seguridad de los Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias.

La evaluación de la calidad puede ser basada en programas externos e internos. Un ejemplo es la certificación, un método empleado para calificar atributos de la atención brindada por un establecimiento. También se define como “el proceso de evaluación periódica de los recursos de un servicio o establecimiento de salud que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos y aceptados”. “Estándar es un enunciado establecido por comités de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad”; son la columna vertebral

de todo proceso de certificación pues constituyen el modelo que se utiliza para la comparación entre lo que es y lo que debe ser.

Muchos hospitales ven a la certificación como una moda, un beneficio económico, mejora de estatus o un requisito más de las autoridades sanitarias. Sin embargo, la Certificación de Establecimientos de Atención Médica es el proceso por el cual se reconoce a los establecimientos de atención médica, que cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención y seguridad a los pacientes. Es una herramienta útil para coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

J. M. Juran (2005), menciona que la calidad se logra mediante tres pasos secuenciales que son: Planificación de la calidad, control de la calidad y mejora continua y hace referencia a su clasificación.

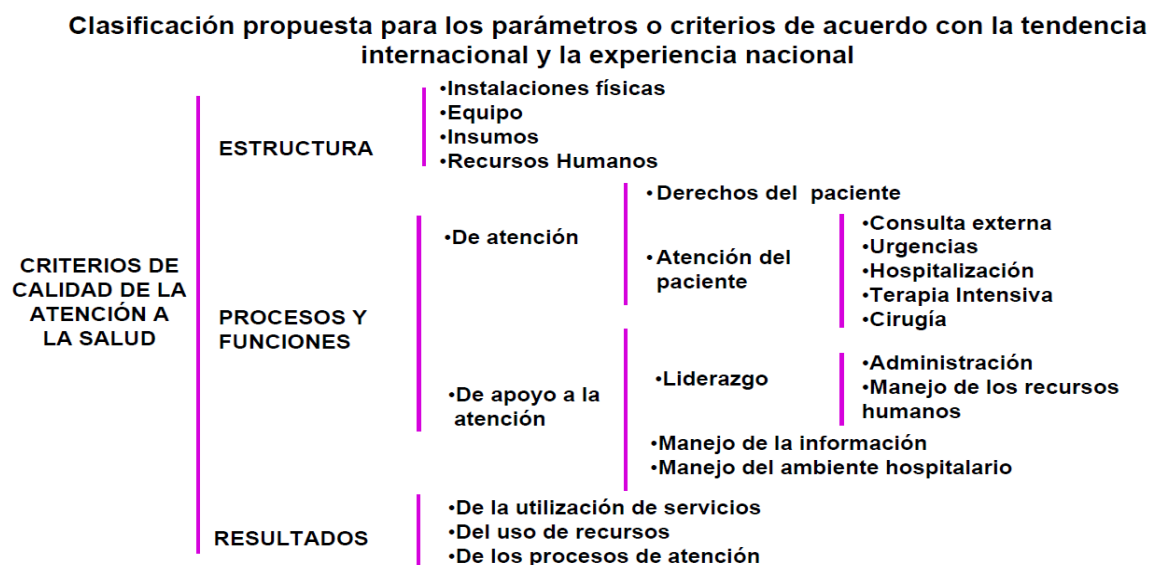


Fig. 4. Clasificación de los criterios de Calidad de la Atención de la Salud.

Descripción de la experiencia.

La creencia de que la calidad se construye solo expensas de la buena voluntad y el esfuerzo del recurso humano es un error: puede estar suficientemente motivado y comprometer todo su esfuerzo individual o el de su equipo, pero para que su actitud no resulte estéril, se requiere de toda una estructura que debe ser diseñada desde la gerencia, con la debida planeación, con la identificación y fortalecimiento de las áreas críticas, con la garantía respecto al flujo de todo tipo de facilidades, pero sobre todo con la preparación y motivación adecuadas del personal, al cual fundamentalmente debe motivarle y estimularle el sentido de pertenencia institucional, desde luego introducirlo dentro del necesario esquema de la educación continua hacia la calidad, esta es quizás la responsabilidad más grande asignada a los líderes de los servicios o de área, pero también es la que individualmente corresponde a todos y cada uno de los trabajadores de la empresa. El aseguramiento de la calidad, a la vez que significa el ejercicio permanente e indeclinable, es una meta constante de todos los elementos humanos de la organización.

Un elemento fundamental a considerar es que la calidad es un concepto relativo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. Calidad como definición es “la Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”^(R.A.E.), y Calidad de la atención clínica es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes obteniendo así el paciente el máximo beneficio, con el mínimo riesgo y a un costo razonable.

Un elemento fundamental a considerar es que la calidad de la atención clínica según Donabedian, se sustenta en tres componentes: a) componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus

riesgos, b) el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual, c) el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable.

De acuerdo al proceso de atención de los pacientes ya sea mediante consulta externa u hospitalización, los pacientes en su mayoría tienen un grado de percepción con predominio en los componentes interpersonal y de confort durante su atención, esta situación hace que la calidad de la atención clínica sea valorada de acuerdo al trato del médico y en las instalaciones y entorno, quedando en un segundo plano el componente técnico, el cual es el que tiene un impacto directo al objetivo de recuperar la salud.

Por lo tanto, el grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. Por lo tanto, toda acción profesional debe ser siempre aplicada guardando los más altos índices de refinamiento en lo que concierne al contenido técnico-científico del acto médico prestado.

Los sistemas de aseguramiento de la calidad sirven para comprobar que la organización cuenta con la estructura, procesos implementados y estandarizados con el propósito de obtener resultados que nos aseguran que los servicios sean de calidad. Lo anterior nos plantea que en la búsqueda de la excelencia debemos considerar la certificación o premios de calidad. Por lo tanto, desarrollamos un Modelo de Gestión Integral como estrategia para la adopción del Sistema de Gestión de la Calidad y la implementación de los Estándares para la Certificación del Hospital General Salamanca, esta adopción nos sirvió como herramienta para llevar de la mano a la unidad de salud hacia la mejora continua dentro de la estructura que busca el desarrollo y el cambio organizacional, fomentando de esta manera la importancia de la participación de todos los miembros de la

organización y la estandarización de los procesos con la premisa fundamental de garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios.

La calidad de la atención médica es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud. Donabedian.

La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. La buena calidad se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente y procurando el óptimo uso de los recursos disponibles para evitar desperdicios y reducir costos. Estos mayores beneficios posibles se definen a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos existentes para proporcionar la atención y con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, resultados de la atención evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma. Ruelas y Querol.

La implementación de los Estándares para la Certificación del Hospital General Salamanca nos permitió fortalecer los conocimientos, habilidades y actitudes para ejercer un liderazgo y dirección efectivos, implementar herramientas diagnósticas y de investigación, para responder con oportunidad a las demandas y necesidades específicas de salud de la comunidad; así como crear una cultura de la calidad que permitiera el auto aprendizaje de toda la organización, impactando de forma satisfactoria en los pacientes, el personal médico y paramédico y en la infraestructura del hospital.

En una organización de salud como la nuestra, cada vez más interesada en ofrecer un nivel de calidad que permita satisfacer las necesidades de salud pública, pretendiendo dar respuesta a la mayor exigencia de los pacientes y fomentando el respeto de sus derechos, es necesario contar con sistemas de información que reflejen entre otros aspectos importantes, el nivel de calidad logrado.

Por supuesto que el nivel profesional del personal de salud, tendrá que verse orientado por el logro de la satisfacción de sus usuarios, basados en la solución de sus problemas de salud.

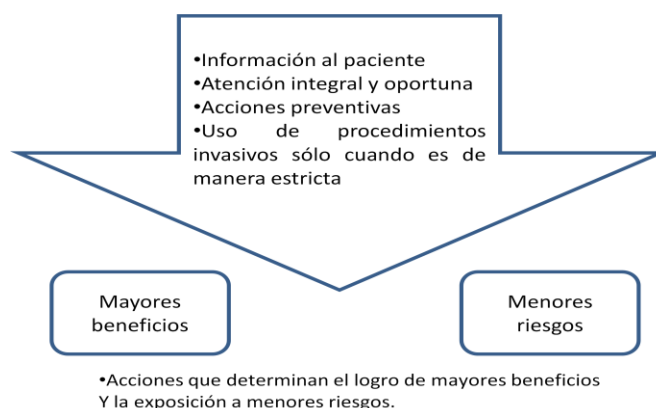


Fig. 5 Flujo de atención al paciente basado en problemas.

Para implementar y evaluar la calidad de la atención en nuestro hospital, definimos en principio, los objetivos a seguir y los medios deseables para alcanzar dichos objetivos.

La calidad de la atención médica tiene dos dimensiones inseparables y tienen lugar de manera simultánea durante el proceso de atención. Donabedian.

- I. **Dimensión técnica:** se refiere a la “aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud”. La calidad, en cuanto a esta dimensión técnica, podría definirse como la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. Una forma en que dicha aplicación se concreta es mediante el apego del personal a las normas técnicas institucionales y al uso racional de los recursos institucionales, cuando estos se desaprovechan, disminuye la calidad de la atención

proporcionada pues no se está produciendo el máximo de beneficios posibles.

- II. **Dimensión interpersonal:** comprende todo lo que ocurre durante la relación que se establece entre el proveedor de la atención y el paciente. Consiste en la interacción social y económica que ocurre entre el paciente y el personal de salud.

No se puede afirmar que la atención médica es de buena calidad cuando se descuida cualquiera de estas dos dimensiones, de manera consecuente hay que buscar la simultaneidad de la técnica y la interpersonal durante la atención médica.

Los modelos de certificación permiten conocer la organización, identificar las necesidades dentro de cada área y servicio, solventarlas y así cumplir con lo establecido para operar con estándares de seguridad para los pacientes. La certificación de establecimientos de atención médica eleva al máximo la probabilidad de producir mejores resultados a la salud del paciente. Con esta visión el Consejo de Salubridad General originalmente realizó la evaluación de los establecimientos a través de criterios o estándares de evaluación basados en principios básicos de gestión de calidad, fundamentalmente normas de sistemas de gestión de calidad, los cuales se agruparon en dos capítulos:

1. Estructura
2. Procesos y resultados

En lo relativo a la calidad de la atención que se presta a los pacientes, el primer capítulo incluía dos criterios (atención y quejas) de 332 elementos medibles y; el segundo capítulo (criterios de procesos y resultados) dirigido a evaluar los mecanismos y acciones establecidas para la atención de los pacientes, cuenta con tres subcapítulos, el primero de los cuales está enfocado a funciones y procesos de atención al paciente.

La autoevaluación nos permitió conocer los estándares de infraestructura, equipamiento y organización que se deben cumplir para continuar con la siguiente etapa de certificación, también identificamos los estándares no cumplidos y la utilizamos como una herramienta para la detección de necesidades y establecer planes de fortalecimiento; también nos ayudaron a identificar las mejores prácticas y analizamos los procesos que han influido positiva o negativamente en su implementación. Con esto, identificamos cuáles son las áreas donde se tienen mayores problemas estructurales y en cuales procesos falta trabajo por realizar para obtener mejores resultados en la calidad de la atención y seguridad para los pacientes, promoviendo el apego a las Guías de Práctica Clínica y estandarizando los procesos de atención críticos así como la creación de indicadores de calidad para llegar posteriormente a la evaluación externa.

Los resultados de las evaluaciones fueron difundidos entre el personal como retroalimentación, para sensibilizarlos y fomentar su participación en el proceso, consiguiendo nuevas propuestas y deseo en ellos de ser parte del cambio, generando un cambio organizacional en la unidad, reflejado en la obtención del reconocimiento de certificación ante el Consejo de Salubridad General, en el plazo previsto de un año.

Planteamiento del problema

Nuestro primer paso fue reconocer que el Hospital General de Salamanca funciona como un sistema psico-social complejo debido a su tamaño, su dispersión geográfica, la multiplicidad de sus funciones de sus diversas áreas administrativas y la gran heterogeneidad de perfiles laborales y sociales de sus trabajadores, se habían realizado múltiples estudios de diagnóstico organizacional para determinar los principales problemas, ninguno se había traducido en acciones para generar cambios de mejora; contrario a lo que se desea, estos estudios habían creado escepticismo y poca credibilidad en intervenciones de este tipo.

Necesitábamos actualizar y operar el modelo de atención a la salud alineado a nuestra realidad, por lo que de manera multidisciplinaria con el cuerpo de gobierno realizamos un Diagnóstico Situacional, priorizando los siguientes 13 problemas específicos:

- I. Ausencia de planeación estratégica y de liderazgo efectivo en la gestión de procesos.
- II. Limitantes culturales y organizacionales, falta de cultura de calidad del personal operativo, una misión y visión sin relación con el contexto de mejorar continuamente la calidad.
- III. La infraestructura del edificio no cumple con todos los lineamientos exigidos por la normatividad vigente, por lo que no existen licencias sanitarias para el nuevo establecimiento, para imagenología, servicio de transfusión y procuración de órganos y tejidos vivos.
- IV. Distribución del personal inadecuada, generando cargas de trabajo no equitativas, perfiles de puesto genéricos, sin funciones específicas y

talentos indispensables subutilizados por estar asignados en áreas no óptimas, falta de motivación, personal no involucrado, sin empoderamiento con el establecimiento, generando mayor ausentismo no programado, y falta de cobertura en los servicios.

- V. Encontramos una tasa de infecciones nosocomiales menor al 1%, por lo que analizamos los procesos de vigilancia epidemiológica, determinando un sub-registro y una búsqueda inadecuada de infecciones nosocomiales, relacionado con la falta de personal operativo capacitado en realizar estas funciones.
- VI. No existe estrategia para el lavado de manos, con el propósito de evitar infecciones relacionadas con la atención médica.
- VII. Existe un registro inadecuado (sub-registro y sobre-registro) en las áreas operativas, generando discrepancia con los registros formales de estadística, por lo que la información generada no es útil para la adecuada gestión de recursos ni la toma de decisiones.
- VIII. Los procesos documentados (manuales de operación y procedimientos), no demuestran los puntos relevantes de la operación, desconocidos por el personal, por lo que la falta de apego genera mayor variabilidad en la operación, aumentando riesgos por falta de estandarización.
- IX. Identificamos la falta de apego a la NOM-168-SSA durante la revisión de expedientes clínicos, registros incompletos, ausencia de registros, falta de firmas y cédulas, sin consentimientos informados, desordenados, pérdidas de expedientes lo que no garantiza la continuidad de la atención ni la evidencia de la calidad de la misma.

- X. Insatisfacción de los pacientes por trato indigno y tiempos de espera prolongados, secundario a largas estancias intrahospitalarias, diferimientos de más de 3 meses de consulta y quirófano, generando un exceso de quejas e inconformidades de los pacientes y sus familiares en la dirección.
- XI. No existe un sistema efectivo para documentar quejas que permita el análisis y seguimiento de las mismas con el propósito de generar acciones que permitan la mejora en la percepción de los servicios.
- XII. Identificamos ausencia de apego a protocolos de cirugía segura, que consideren la alternativa de la cirugía de mínima invasión como una estrategia para disminuir riesgos y estancias intrahospitalarias, así como el diferimiento quirúrgico y la optimización de quirófanos y recurso humano.
- XIII. La deficiente programación de insumos, ocasiona un rezago excesivo de pago a proveedores, generando la falta de recursos para la operación de nuestra cartera de servicios con oportunidad.



Fig. 6. Flujograma de Mala Calidad y consecuencias.

Líneas de acción

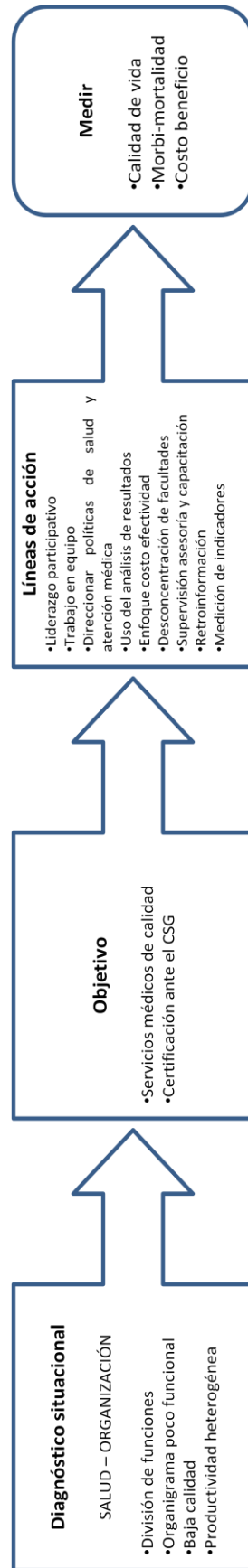


Fig. 7. Flujoograma de Líneas de acción.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la atención clínica en el Hospital General de Salamanca a través de la implementación de los estándares de certificación de CSG.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- I. Integrar un equipo estratégico para mejorar la calidad con los jefes de servicio y representantes clave de la operación de los servicios.
- II. Evaluar el Diagnóstico Situacional real, para identificar las prioridades a realizar.
- III. Generar de manera multidisciplinaria y compartida la Misión, Visión, Valores y una Política de Calidad acorde a la complejidad del establecimiento y al objetivo de mejorar la calidad de la atención.
- IV. Mejorar la infraestructura e implementar la normatividad vigente para la obtención de las licencias sanitarias del establecimiento, para imagenología, servicio de transfusión y procuración de órganos y tejidos vivos.
- V. Mejorar la productividad y garantizar la cobertura de los servicios, mediante un análisis de la plantilla de personal, con enfoque en perfiles especificados de puesto, tipo de contratación y sistemas de incentivos y motivación.
- VI. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, con el personal requerido y capacitado, para mejorar la calidad en la búsqueda intencionada de infecciones nosocomiales y la implementación de la

estrategia que garantice la prevención de infecciones relacionadas con el lavado de manos inadecuado.

- VII. Unificar el procedimiento de registro de la productividad por el personal operativo y jefes de servicio con el servicio de estadística, con el propósito de generar un sistema de información real y confiable para la toma de decisiones y la gestión de recursos.
- VIII. Crear los manuales de organización y procedimientos en base a la operación resaltando los puntos relevantes de la operación para garantizar un servicio estandarizado de los sistemas críticos y establecer el uso y apego de las Guías de Práctica Clínica de las principales causas de atención del establecimiento.
- IX. Concientizar sobre el uso adecuado del Expediente Clínico y supervisar el cumplimiento de la NOM-168-SSA, bajo la intervención de un comité del Expediente Clínico y la calidad de la atención.
- X. Diseñar e implementar un sistema efectivo de quejas y felicitaciones al alcance de los usuarios, que mediante su análisis y seguimiento nos permita hacer procesos de mejora en la atención de los pacientes y sus familiares.
- XI. Disminuir el diferimiento quirúrgico y de consulta externa.
- XII. Implementar el programa de cirugía segura en todos los pacientes quirúrgicos e integrar la cirugía de mínima invasión a la cartera de servicios como una estrategia para disminuir riesgos y estancias intrahospitalarias, así como el diferimiento quirúrgico y la optimización de quirófanos y recurso humano.

- XIII. Fortalecer los procesos administrativos como: la integración de requerimientos, compras, licitaciones, tramites de pago para garantizar los recursos para la atención oportuna alineada a nuestra cartera de servicios.
- XIV. Capacitar a todo el personal en las estrategias prioritarias para mejorar la calidad.
- XV. Diseñar e implementar indicadores de calidad que nos permitan la medición mensual de los avances de las estrategias prioritarias durante 12 meses.
- XVI. Analizar y retroalimentar los resultados con todo el personal para empoderarlos y crear nuevas estrategias.

Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CERTIFICACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL HG SALAMANCA									
ACTIVIDADES	JULIO - AGOSTO 2008	SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2008	NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2008	ENERO - FEBRERO 2009	MARZO - ABRIL 2009	MAYO - JUNIO 2009	JULIO - AGOSTO 2009	SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2009	NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2009
Integración de Equipo Estratégico									
Diagnóstico Situacional									
Creación de la Misión, Visión, Valores y Política de Calidad									
Implementación de la Normatividad para Infraestructura y Obtención de Licencias Sanitarias									
Análisis de Plantilla, Creación de Perfiles de Puestos Específicos para Garantizar Cobertura de Servicios									
Implementación del Sistema Efectivo de Vigilancia Epidemiológica y el Programa de Lavado de Manos									
Estandarización del Registro de Productividad y los Sistemas de Información Formal									
Creación de Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos									
Supervisión de la Calidad del Expediente Clínico Apegado a la NOM-168-SSA									
Diseño e Implementación del Sistema de Análisis y Seguimiento para Quejas y Felicitaciones									
Disminución del Diferimiento Quirúrgico y de Consulta Externa									
Implementación del Programa de Cirugía Segura y Adhesión de la Cirugía de Mínima Invasión a Nuestra Cartera de Servicios									
Fortalecimiento de los Procesos Administrativos para Garantizar los Recursos para la Atención Oportuna									
Capacitación del Personal en las Estrategias Prioritarias para Mejorar la Calidad									
Diseño e Implementación de Indicadores de Calidad									
Medición de Indicadores de Calidad									
Análisis y Retroalimentación de Resultados									
Solicitud del Proceso de Certificación al CSG									
Análisis y Retroalimentación de Resultados de la Certificación									

Fig. 8. Cronograma

El plan se desarrolla siguiendo un modelo secuencial que busca despegar de forma operativa los tres ejes a través de un despliegue en cascada, por tanto es el siguiente:

- *Operativo*: incluye cada uno de los ámbitos de actuación en los que se pretende introducir un cambio en el enfoque del cliente interno y externo, análisis y mejora de procesos, indicadores, su medición, monitorización, capacitación, eficiencia operativa y el más importante: el cambio organizacional.

- *Organizacional*: en este apartado se contempla la cultura organizacional, la razón de ser de la Unidad. Constituye el hilo que conduce la vida institucional.
- *Gestión*: pretende orientar las acciones estratégicas hacia un fin medible que permita reconocer la efectividad de las acciones estratégicas.

MODELO DE INTERVENCION PARA EL CAMBIO

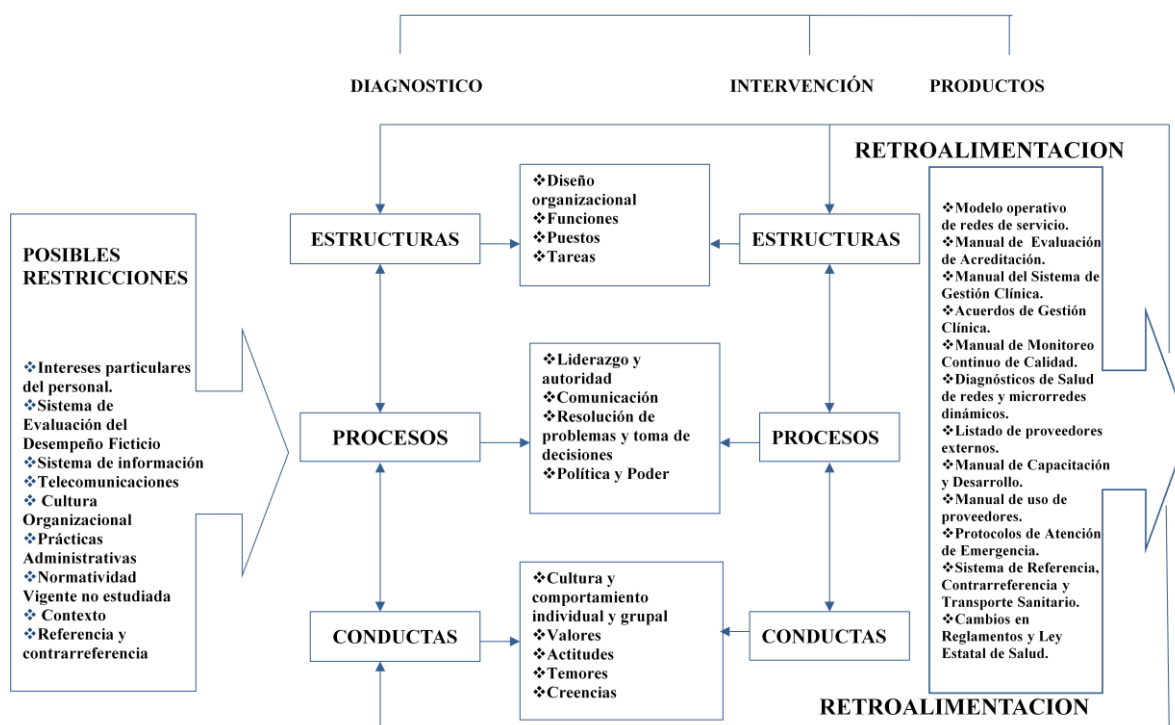


Fig. 9. Acciones estratégicas en el proceso de cambio.

Acciones realizadas.

- I. Integrar un equipo estratégico para mejorar la calidad con los jefes de servicio y representantes clave de la operación de los servicios.

En este proyecto se conjuntan recursos humanos, materiales y financieros en una organización diseñada para el logro de objetivos específicos, con recursos que se manejan normalmente en una institución hospitalaria y dentro de un marco concreto. El cuerpo de gobierno de la unidad guía los esfuerzos para otorgar la visión panorámica de la operatividad de la organización, favoreciendo con ello la planeación estratégica de la unidad y así establecer una línea de acción en el conocimiento de los problemas y tareas a realizar para la creación de un plan de trabajo, el establecimiento de objetivos, y desarrollo de ciclos de mejora continua para implementar los cambios organizacionales que contribuyan a alcanzar los estándares necesarios e indispensables solicitados en el Manual de Estándares para la Certificación de Unidades de Salud.

Como herramienta de gestión se crearon grupos de mejora, y a estos grupos se les proporcionó capacitación sobre la técnica, herramientas para proponer mejoras y técnicas para análisis de problemas y análisis de los indicadores de calidad, con base en resultados.

El compromiso de todo cuerpo directivo de una organización de salud es definitivo para el éxito de la garantía de la calidad en salud. Si la dirección está convencida de la necesidad de prestar servicios de forma diferente y que para ello es indispensable implantar el proceso de garantía de calidad, es necesario que el cuerpo directivo, primero y luego los mandos medios, los profesionales y todos los funcionarios operativos están completamente comprometidos en este proceso.

La creación de un departamento de calidad, como una estructura formal que coordine la construcción de una filosofía de trabajo, basada en la planeación, la eficacia y efectividad de los resultados, satisfacción de los usuarios, desarrollo del personal y del capital intelectual, buscando una mejor calidad de vida laboral para tener un impacto positivo en la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud.

Parte fundamental fue la sensibilización al personal, que asuman un cambio de actitud ante eventos nuevos externos y/o internos que están ocurriendo, responsabilizándose de sus actos para que consoliden su situación dentro y fuera de la organización. Obtuvimos un clima laboral caracterizado por la solidaridad, colaboración, ayuda mutua, el respeto entre el personal, mejores relaciones entre jefes y subordinados, y la disciplina y la legalidad, que nos permitió cubrir las necesidades fundamentales de Certificación y Acreditación del Hospital.

II. Realizar un Diagnostico Situacional real, para identificar las prioridades a realizar.

Motivados por la premisa de que “para mejorar un servicio, un equipo de salud debe conocer de manera detallada y precisa su situación”, y conscientes de que todo proyecto de implementación involucra una serie de requerimientos normativos se realizó un análisis de la situación de la organización, es decir dónde está y dónde debe llegar, así como la construcción de un sistema de gestión de la calidad a través de la documentación de procesos necesarios vinculados al control de los mismos. Con el objeto de conocer a profundidad el estado actual de la gestión de la calidad se realizó un diagnóstico de la organización en su forma particular de actuar y reaccionar ante las demandas del cambio hechas en el entorno de la institución; en ese contexto, la planeación estratégica describe el sistema en el que la unidad orienta su operación con base en la definición de objetivos, estrategias y como éstos se despliegan y

conocen por toda la organización para mejorar la calidad de los servicios proporcionados.

Realizar un diagnóstico situacional mediante análisis FODA por servicio, priorizar problemas y establecer metas claras, específicas y por escrito, dirigidas a los involucrados con la creación de cronogramas de actividades y flujogramas que enlacen los servicios y reflejen el grado de organización hospitalaria, apegándose a los manual de procedimientos y a las políticas institucionales, son fundamentales para optimizar recursos y fortalecer la coordinación con los servicios involucrados en las actividades Hospitalarias. La planificación del sistema debe tener una orientación a generar confianza, aumentar la accesibilidad y proteger financieramente a la población usuaria. En este sentido el desarrollo del Plan Estratégico se ha sectorizado por cada una de las áreas que conforman la unidad y somos responsables como equipo de trabajo del cuerpo de Gobierno.

- III. Generar de manera multidisciplinaria y compartida la Misión, Visión, Valores y una Política de Calidad acorde a la complejidad del establecimiento y al objetivo de mejorar la calidad de la atención.

Durante la gestión como Director del Hospital General de Salamanca, se modificaron la visión de esta dependencia. Nuestra misión como Unidad Hospitalaria, está dirigida sobre todo a la satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios, representando la calidad y calidez, y se basa en nuestro método de planeación. La Misión fue diseñada por la Dirección de la unidad en conjunto con su grupo de trabajo, considerando la razón de ser y los valores de la unidad y dirigidos a cumplir las expectativas en salud de los usuario, al logro y cumplimiento de nuestras metas.

MISIÓN REDISEÑADA

Brindar servicios de salud integrales y profesionales, con calidad y seguridad que satisfagan las necesidades del usuario.

Como razón de ser de la organización y como parte de la estrategia para que el personal operativo la conozca y se conozca dentro de su entorno y en la sociedad, es llevada como parte de la credencial que nos identifica como usuarios o trabajadores de la Institución. Así como la difusión con el apoyo de material visual en las áreas o departamentos donde se llevan a cabo los macro procesos de la Unidad Hospitalaria.

VISIÓN REDISEÑADA

Ser un hospital certificado y líder nacional en servicios de salud.

De la misma manera que la misión se difunde por medio de una credencial que debemos portar todo el personal que labora dentro de la unidad. Además de realizar capacitaciones continuas para promover la cultura de la certificación.

VALORES REDISEÑADOS

Son los criterios de la cultura organizacional, que de acuerdo a su filosofía, establecen las directrices del comportamiento del personal como principal insumo de la ética, determinamos nuestros valores: Responsabilidad, Respeto, Empatía, Trabajo en Equipo, Ética, Lealtad, Congruencia y Confianza.

POLÍTICAS REDISEÑADAS

Las políticas son consideradas como los principios generales de acción que norman la conducta de la organización, guían la toma de decisiones y orientan la actuación del grupo de trabajo en tareas específicas para alcanzar los objetivos y metas de la Institución. Es necesario generar una política de la calidad explícita tanto en la formación como en la atención médica. Estas políticas se encuentran establecidas dentro de un manual con el título de Reglamento Interno. De esta manera se asegura el cumplimiento de las normas establecidas por parte del cuerpo de Gobierno.

Lineamiento de las Políticas del Hospital General Salamanca

I. PROPÓSITO

Establecer y estandarizar los lineamientos para la implementación de políticas en el hospital GS

II. ALCANCE

Todos los trabajadores del Hospital General Salamanca

III. CONTENIDO

Queda establecido como política de este establecimiento lo siguiente:

- a) Todas las políticas del HGS serán realizadas de forma multidisciplinaria al interior del COCASEP y autorizadas por el Director General antes de su publicación e implementación.
- b) El proceso para realizar todas las políticas es mediante el análisis multidisciplinario del proceso, identificando áreas de oportunidad y generando la edición o revisión de la política en borrador.

El coordinador de calidad editará el documento formal y será autorizado por el Director del Hospital en un periodo de 5 días hábiles y en un plazo de 30 días la política estará vigente para todo el establecimiento.

Todas las políticas serán revisadas de forma ordinaria cada año, en caso de identificar la necesidad de modificación de alguna de estas, se realizará mediante el proceso descrito en una sesión ordinaria o extraordinaria del COCASEP.

- c) Todas las políticas serán editadas en electrónico en formato PDF, y se pondrán en una carpeta única que estará disponible en todas las computadoras del establecimiento.
- d) Sólo se autoriza una versión actualizada en impreso que estará en el despacho de la Dirección a disposición del cuerpo de gobierno. Los jefes de servicio o área son responsables de controlar que solo existan en las computadoras de sus servicios versiones actualizadas y autorizadas de las políticas.
- e) Es responsabilidad de todo el personal que al identificar un área de oportunidad en alguna de las políticas, se reporte inmediatamente en el sistema de registro de riesgos, para que sea sometida a análisis y en su caso a su mejora.
- f) Todas las políticas serán identificadas con una clave única que será las siglas en mayúscula (HGS), seguidas de un guion medio, seguido del año de edición en cuatro dígitos (2009) seguido de un guion medio un número consecutivo (001).
- g) Queda prohibida cualquier modificación del formato o contenido de las políticas fuera del proceso estipulado previamente, así como su eliminación de las computadoras de los servicios.

- h) Todas las políticas originadas fuera del establecimiento (nivel estatal o federal), serán adoptadas y adaptadas al interior del COCASEP, mediante el proceso establecido.
- i) La retención de las versiones de políticas obsoletas serán retenidos en formato electrónico en el respaldo de la Dirección.
- j) Una vez que las políticas son autorizadas por el Director del establecimiento, serán implementadas de la siguiente manera:
 - I. Capacitación a través de un curso de inducción para los responsables de cada servicio o área, en un periodo no mayor a 5 días con la minuta de capacitación correspondiente debidamente firmada por los asistentes.
 - II. Capacitación por replicación de curso de inducción para todo el personal operativo por los responsables de cada servicio o área con la minuta de capacitación correspondiente debidamente firmada por los asistentes.
 - III. La capacitación es obligatoria para todo el personal del HGS.
 - IV. Todas las minutas de capacitación serán colocadas en la carpeta donde se encuentra la política por escrito.
 - V. La implementación de todas las políticas será incluida en la evaluación al desempeño anual de todos los trabajadores.
 - VI. Todas las políticas estarán vigentes a partir de los 30 días de su autorización y todo el personal deberá estar capacitado en este periodo de tiempo.

IV. CONSIDERACIONES ESPECIALES

- 1- Todo el personal de nuevo ingreso sea adscrito o personal en formación rotante será capacitado a través de un curso de inducción de todas las políticas del establecimiento en un periodo de una semana a partir de su ingreso por el responsable de área o servicio al que pertenecen.
- 2- El personal que no acuda a las capacitaciones no tendrá autorización para acudir a capacitaciones externas de ningún tipo.

IV. Mejorar la infraestructura e implementar la normatividad vigente para la obtención de las licencias sanitarias del establecimiento, para imagenología, servicio de transfusión y procuración de órganos y tejidos vivos.

Las instalaciones de la salud juegan un papel muy importante y significativo. Inspecciones regulares y mantenimiento apropiado de estos elementos aseguran que siempre estarán en servicio y en buen estado; lo cual puede lograrse considerando este tipo de aspectos en el mantenimiento que periódicamente debe realizarse de la edificación, sus instalaciones y componentes para mejorar y conservar en excelentes condiciones la infraestructura, equipamiento y mobiliario del hospital. Garantizar calidad en los servicios significa asegurar condiciones organizacionales óptimas, que permitan otorgar el máximo beneficio con el menor riesgo en la atención a la salud o en la prestación de un servicio. Aseguramiento de los servicios ofrecidos por la Unidad, a través de sus procesos, cumpliendo con las especificaciones identificadas por el Sistema de Gestión de Calidad y de Regulación Sanitaria.

La regulación sanitaria implica además del fomento sanitario, control y vigilancia, con el objeto de mejorar la calidad de los servicios, dotándolos

de bases científicas y de procedimientos técnicos y administrativos modernos y eficientes, proteger la salud en tres vertientes principales: por un lado, mediante la detección y prevención de riesgos y daños a la salud; por otro, al detectar y prevenir el deterioro de los ecosistemas y finalmente, en el papel que juega para abatir los riesgos y daños a la salud que se generan en el ámbito ocupacional. Y obliga a la aplicación de los mecanismos y herramientas definidas, para la eficiente gestión de los procesos (levantamiento, documentación, análisis, validación y formalización) a cargo de cada departamento.

En nuestra unidad periódicamente se realizan la actualización de inventarios por áreas hasta conjuntar la información de toda la unidad. El departamento de mantenimiento recibe de cada área un reporte cuando algún equipo se encuentra en malas condiciones para su reparación o en su caso la baja por imposibilidad o deterioro del mobiliario, equipo, etc. Cada Jefe de Servicio y responsable de área es depositario de una cédula que contiene un inventario que queda bajo su resguardo y cuando hay cambio de responsable de área este se actualiza y se coteja su integridad. Adicionalmente se trabaja en conjunto con protección civil en la implementación de las brigadas de seguridad donde habitualmente se realizan simulacros para evaluar la capacidad de respuesta de nuestra unidad, así como la orientación de rutas de evacuación y la señalización de lugares de riesgo en caso de catástrofes.

- V. Mejorar la productividad y garantizar la cobertura de los servicios, mediante un análisis de la plantilla de personal, con enfoque en perfiles específicos de puesto, tipo de contratación y sistemas de incentivos y motivación.

Impulsamos estrategias para eliminar las barreras que se encuentran entre el prestador de servicios y el derecho a sentirse orgulloso de su

trabajo. Las personas son el principal objetivo de las organizaciones por encima de los materiales y financieros. Los éxitos o fracasos de las organizaciones dependen de las personas, su valor es más importante que nunca, son la clave para que las organizaciones sujetas al cambio continuo, puedan lograr sus objetivos en el mercado competitivo el día de hoy; de esta manera una alternativa importante es cambiar las estructuras organizacionales y la forma de trabajar a través de una dirección adecuada de los sistemas sociales al fomentar las buenas relaciones humanas institucionales.

Implementamos esquemas para mejorar el estatus laboral del personal en condiciones precarias, y mejorar la funcionalidad de la plantilla y distribuir de una manera más funcional y equitativa las cargas de trabajo, dado que el mayor porcentaje de actividades se realizaba a en el turno matutino, con la finalidad de garantizar la cobertura de atención por turno y servicio las 24 hrs del día los 365 días del año en todos los servicios.

Un elemento fundamental para que los servicios se puedan otorgar con calidad es la satisfacción de las expectativas del trabajador con el desempeño de su trabajo, en función de que disponga de:

1. Los recursos para otorgar la atención con calidad.
2. Se le otorgue el reconocimiento que corresponda.
3. Que la remuneración sea congruente con la magnitud, calidad y complejidad del trabajo realizado.
4. Que existan oportunidades para su capacitación y superación.
5. Posibilidades de ascenso.
6. Seguridad en el puesto.

Promoviendo valores como la amabilidad, respeto, compromiso, ética, honestidad, comprensión y responsabilidad, el equipo del Hospital encamina sus esfuerzos hacia una mejora continua, motivados por la

Dirección del Hospital quien identificará a los líderes para integrar un equipo de trabajo que mejore la satisfacción del personal, su desempeño e innove acciones y procedimientos que eleven la calidad con calidez a través de sus acciones diarias, teniendo la firme convicción de ser líder y ejemplo en esta región y el estado de Guanajuato, con acciones encaminadas al cumplimiento de los programas de salud, aplicación de la normatividad nacional, profesionalismo de su personal y el brindar servicios con calidez a los pacientes sin olvidar a sus familiares.

Que el objetivo principal sea el obtener como nuestra máxima recompensa la satisfacción total de nuestros usuarios. Siempre otorgando con la mayor rapidez y calidez humana el servicio que les ofrecemos, así como también realizar las mejoras necesarias.

Nuestros Jefes de Servicio son personas comprometidas para asumir una posición de poder derivado de un compromiso y convicción dentro de un ambiente de trabajo en equipo, ya que cuentan con carisma y espíritu de lucha para lograr una atención de calidad.

Se cuenta con descripciones de puesto -profesiogramas- que describen las funciones y los requerimientos mínimos en cuanto a conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes –competencias- de cada uno de los cargos de los prestadores de servicios que tienen contacto directo con los pacientes.

Cada puesto dentro del hospital indicado en el organigrama correspondiente tiene una descripción de puesto particular, la mayoría se indica en los manuales de organización de los servicios.

Se tienen establecido institucionalmente el desarrollo de acciones encaminadas hacia la evaluación y mejora de la calidad de vida de los prestadores de salud:

- Procedimiento para la selección de personal de nuevo ingreso. Incluye la Aplicación de Pruebas Psicológicas de Ingreso que forman parte del expediente de personal. Este punto forma parte del proceso de admisión y selección del personal que ingresara a nuestra unidad, es un protocolo establecido en el manual de procedimientos del departamento de Recursos Humanos.
- Se han impartido sesiones dirigidas al personal de la unidad con temas relacionados a la salud mental del trabajador de la salud.
- Sesiones informativas dirigidas al personal de la unidad con el propósito de brindar herramientas que permitan la auto identificación de riesgos psicosociales, los temas que se han desarrollado en este sentido son:

1. Salud Mental y Estilo de vida
2. Control de emociones
3. Habilidades de comunicación 2ª. Sesión
4. Habilidades de comunicación 1ª Sesión
5. Taller de Motivación
6. Motivación para el cambio.
7. Ley General Contra el Tabaco.
8. Salud Mental y estilo de Vida.

Esta capacitación fue dirigida a jefes de servicio y encargados de área, el personal está viviendo cambios personales y organizacionales afectando su calidad de vida; el trabajo es la fuente esencial de la calidad

de vida y a la vez, un elemento intrínsecamente relevante dentro de esta. La Aplicación de Valoraciones médico-psicológicas se realizaron al personal que reportó dificultades que pudieran deberse a riesgos psicosociales que podrían impactar desempeño de su actividad profesional, a quien se brinda atención personalizada y específica, los servicios son ofrecidos por un médico, un psicólogo y una trabajadora social.

En coordinación con el área de calidad y enseñanza, se está conformando un protocolo de investigación del clima laboral en la unidad, con la finalidad de poder establecer acciones específicas encaminadas a la mejora de los entornos laborales.

Para fundamentar las evidencias de la implementación y funcionamiento de este mecanismo:

- Carpeta con Descripciones de Puesto
- Programa Anual de Capacitación Médico/Enfermería
- Listas de Asistencia a los Cursos de Actualización/Formación Continua
- Estadística de cobertura al personal/horas hombre en actualización
- Expediente de personal con pruebas psicológicas
- Evidencia de la aplicación de instrumentos para la detección de riesgos psicosociales
- Formato de Encuesta de Calidad de Vida que podría ser implantado.

VI. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, con el personal requerido y capacitado, para mejorar la calidad en la búsqueda intencionada de infecciones nosocomiales y la implementación de la estrategia que garantice la prevención de infecciones relacionadas con el lavado de manos inadecuado.

Existe un programa para la prevención y reducción de la infección nosocomiales que se rige por la NOM-045-SSA2-2005 a cargo del departamento de epidemiología, vinculado al comité de reducción de infecciones nosocomiales el cual realizan evaluaciones a la instrumentación de procesos, realiza cultivos periódicamente y publica los resultados; esta información representa un precedente importante para la toma de decisiones en acciones de mejora continua al aplicar las normas de acción en la vigilancia epidemiológica intrahospitalaria.

El comité sesiona cada mes partiendo de los compromisos realizados en cada reunión y dando a conocer los resultados de las evaluaciones obtenidas, se lleva una bitácora de las áreas a evaluar y de sus resultados, en algunas ocasiones es importante realizar una reunión del comité de forma extraordinaria cuando se detecta alguna problemática durante los recorridos periódicos realizados por el comité.

Los indicadores que son medidos dentro de la Unidad Hospitalaria nos muestran un comparativo anual, y de manera importante como se ha mantenido dentro del estándar solicitado.

Indicador		Estándar	2009	2010 (*)
Vigilancia y Control de Venoclisis		95% a 100%	99.89 %	93.08 %
Tasa de Infecciones Nosocomiales GLOBAL		Menor ó igual a 15%	0.4%	0.5%
Tasa de Infecciones Nosocomiales UCIN (en caso de contar con ella)		Menor ó igual a 30%		
Tasa de Infecciones Nosocomiales UCIA (en caso de contar con ella)		Menor ó igual a 30%		
RHOVE	Oportunidad	80% a 100%	100%	100%
	Consistencia en Notificación	80% a 100%	100%	100%
	Notificación de Brotes	80% a 100%	100%	100%

Tabla comparativa de indicadores para infecciones nosocomiales

La tabla arriba descrita es un comparativo entre los años 2009 y 2010 donde podemos observar que existe un manejo incisivo en los indicadores de medición tanto para infecciones nosocomiales como para el Registro Hospitalario de la Vigilancia Epidemiológica.

Otro programa que es pilar en la Unidad de Salud es “Está en tus manos” desde el primer semestre del 2008 se ha implementado este programa en nuestra unidad referente al lavado de manos , dirigida en una primer etapa a todo el personal y también hacia nuestros usuarios; se realizan capacitaciones de actualización de este programa a todo el personal y el departamento de calidad continuamente difunde las acciones de esta campaña atreves de la proyección de un videos, dirigidos a los usuarios en las salas de espera y la colocación de material gráfico en el interior de la unidad dirigido al personal.

Con estas estrategias se disminuye significativamente las enfermedades por contagio y la reducción de infecciones nosocomiales.

Se desarrollaron los Comités de Mortalidad, de Tejidos, de Investigación, de Infecciones Intrahospitalarias y de Antimicrobianos, para mantener y mejorar la calidad con que se atiende a los pacientes.

VII. Unificar el procedimiento de registro de la productividad por el personal operativo y jefes de servicio con el servicio de estadística, con el propósito de generar un sistema de información real y confiable para la toma de decisiones y la gestión de recursos.

Fortalecimos un sistema de información sobre los resultados, con el fin de que el incentivo utilizado este vinculado lo más directamente posible al rendimiento efectivo y a impulsar la motivación del personal, con un enfoque de aptitud, actitud, que nos permite evaluar y dar seguimiento a

metas establecidas en forma mensual para evaluar progresos, fallas y determinar cambios, con la finalidad de focalizar acciones, actualizar y estandarizar el sistema documental de procesos, políticas y manuales de procedimientos, alineados a la normatividad aplicable; así como mejorar y optimizar la infraestructura tecnológica para contar con sistemas de información que nos permitieran la sistematización de procesos hospitalarios.

Para evaluar el comportamiento de los procesos de nuestra organización se utilizarán los sistemas de información existentes dentro de la Secretaría, como: SAEH (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios), SIS (Lesiones), Hoja Diaria de Consulta Externa, Hoja Diaria de Atenciones en Urgencias, SIS (Sistema de Información en Salud), SUIVE (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica); del análisis de productividad se obtiene un reporte de las principales causas de atención así como los grupos etarios y de género a los que pertenecen.

Consideramos a la productividad como la clave para tomar decisiones inteligentes sobre saber qué hacer. Tiene que ver con recuperar el control y la perspectiva y cómo puede influir una decisión en los objetivos marcados en el corto, mediano y largo plazo. La productividad es un indicador para calcular el costo los recursos asociados a la producción de un bien o servicio, o bien, dedicados a conseguir resultados.

Al inicio de cada año se realiza una presentación de cada servicio y departamento de los programas operativos anuales y planes de trabajo, donde se informan las acciones a realizar, este mecanismo nos ha permitido obtener una retroalimentación positiva, supervisar, evaluar y dar seguimiento permanente de los objetivos planteados para mejorar la calidad y productividad, buscando soluciones en consenso, mediante un sistema de administración estratégica se correlacionan los resultados con los esperados y se realizan los ajustes necesarios en los procesos que así

lo requieran, cabe mencionar que las metas trazadas se realizan en base a la planeación institucional.

El crecimiento personal y profesional de los trabajadores debe ser una constante, trabajando en pro de la salud de los Guanajuatenses de esta región, respondiendo a sus demandas y buscando cumplir nuestra misión y visión sustentándonos en los valores que profesamos y haciendo uso de las herramientas estadísticas e indicadores de los diferentes programas de Secretaría de Salud a fin de que las metas y objetivos fijados sean cumplidas satisfactoriamente.

Un análisis comparativo de la información mejora procedimientos, políticas de control y estructura organizacional

VIII. Crear los manuales de organización y procedimientos en base a la operación resaltando los puntos relevantes de la operación para garantizar un servicio estandarizado de los sistemas críticos y establecer el uso y apego de las Guías de Práctica Clínica de las principales causas de atención del establecimiento.

Para lograr los objetivos que marca nuestra misión, se generó un plan de trabajo para consolidar los procesos establecidos para satisfacer las necesidades básicas en salud de nuestros usuarios, tomando como base las áreas básicas, sistemas, protocolos y Guías de Práctica Clínica de nuestra organización (Cirugía, Pediatría, Medicina Interna y Ginecología) para identificar con mayor amplitud y claridad las expectativas y necesidades de nuestros usuarios.

El Sistema de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica precisa de documentación que garantice una adecuada organización de los servicios.

- Diagnóstico situacional completo de la unidad de atención médica o servicio, mismo que debe mantenerse permanentemente actualizado.
- Manual de organización sustentado en el diagnóstico situacional previo.
- Manuales de procedimientos que funcionen como una guía conductora en la operación.
- Guías Clínicas que permitan estandarizar el proceso de atención entre los diferentes médicos, los diferentes servicios o las diferentes instituciones, para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos de mayor prevalencia.

Las Guías de Práctica Clínica permiten la homologación de las prácticas clínicas y auspiciarán la calidad, la efectividad, la seguridad de los pacientes y la contención del gasto en salud.

Así mismo, permitirán establecer la capacidad resolutoria de la unidad médica y orientar la planeación hacia la óptima utilización de los recursos, como el abasto oportuno y eficiente de medicamentos y el uso de métodos diagnósticos acordes con los avances científicos y tecnológicos mundiales

Las Guías de Práctica Clínica están diseñadas para orientar al profesional de salud en la toma de decisiones en su praxis y como herramienta docente para los médicos en proceso de formación, para dirigir a las organizaciones a través de estrategias de mejora continua, para gestionar los recursos en salud y otorgarlos con calidad.

Quedaron establecidas y reconocidas la relación dinámica y la integración de cada uno de los procesos de los diferentes sistemas de nuestra organización con la finalidad de focalizar acciones, actualizar y estandarizar el sistema documental de procesos, políticas y manuales de procedimientos, alineados a la normatividad legal aplicable, además de verificar e integrar en cada servicio los manuales de organización procedimientos, políticas y programa de trabajo. El proceso incluye lo que el

trabajador de la salud hace al paciente antes, durante y posterior a la atención médica.

Como herramienta que nos permita conocer las necesidades de la población usuaria de nuestros servicios adicionalmente se realizó un diagnostico comunitario que nos aporta información socio-demográfica importante en la planeación y toma de decisiones. Este documento contiene información referente a la población del área de influencia, tipo de población, distribución socio demográfica, de manera que nos permite identificar a la población más vulnerable y poder realizar estimaciones comparativas y proyectivas en relación a los padecimientos que está presentando la población.

- IX. Concientizar sobre el uso adecuado del Expediente Clínico y supervisar el cumplimiento de la NOM-168-SSA, bajo la intervención de un comité del Expediente Clínico y la calidad de la atención.

Como instancia responsable de la evaluación del expediente clínico, se desarrolló e implantó el Comité de Evaluación del Expediente Clínico, su importancia y utilidad como elemento fundamental para la evaluación de la calidad de la atención médica no ha sido superada; para lo cual creó un instrumento tipo cédula de acuerdo a los lineamientos establecidos en la NOM168 SSA y en concordancia con las Guías de Práctica Clínica difundidas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La revisión de expedientes se realiza con una periodicidad de por lo menos 10 expedientes cada semana, 5 expedientes del área de hospitalización y 5 expedientes de archivo.

La evaluación de los expedientes en el servicio de hospitalización es mediante un recorrido que se realiza diariamente por esta zona, y revisando al azar un expediente de cada servicio, que al momento debe cumplir con lo que la cédula menciona, si el expediente no cumpliera con los requisitos solicitados, el jefe del servicio se encarga de que el expediente cumpla con los requisitos solicitados por la Norma.

Para el expediente que se encuentra en archivo, se revisa de igual manera y con la misma cédula de evaluación.

Una vez terminada la evaluación de por lo menos 40 expedientes por mes como muestra, se reúnen el personal que conforma el Comité de la Revisión del Expediente Clínico y se comentan los resultados obtenidos de las evaluaciones así como la entrega de un formato que de manera estratégica se ha implementado por parte de la unidad, para la agilización de la detección de los faltantes en los expedientes valorados.

Este formato fue realizado, evaluado y autorizado por el mismo comité al igual que la política para la correcta integración del Expediente Clínico conforme a la normatividad, identificando número de expediente, servicio al que pertenece, faltantes, personal involucrado, personal que revisa y personal responsable. Al término de la sesión se realiza minuta y cada jefe de servicio genera el compromiso de que cada expediente se integre de acuerdo con los requisitos solicitados por la Norma. Una vez completado el expediente se regresa al archivo y se cancela el vale.

- X. Diseñar e implementar un sistema efectivo de quejas y felicitaciones al alcance de los usuarios, que mediante su análisis y seguimiento nos permita hacer procesos de mejora en la atención de los pacientes y sus familiares.

Derivado de la interacción continua de nuestra unidad con la sociedad se han implementado mecanismos como el buzón de felicitaciones, quejas y sugerencias para acercar al usuario con la institución. Este mecanismo nos permite analizar la información que de él se obtiene para atender las sugerencias y necesidades específicas del usuario.

Teniendo como propósito promover la credibilidad y confianza de los usuarios de los servicios de salud otorgados en el Hospital General Salamanca, al proporcionar un canal de comunicación que responda en forma oportuna y eficaz a las sugerencias, felicitaciones y quejas de la población.

La queja sobre la atención médica es la expresión de los pacientes sobre expectativas no cumplidas y las características del modelo de atención que desearían tener:

- Resultados no satisfactorios
- Falta información
- Desatención
- Falta de capacidad
- Diferimiento
- Insuficiencia de recursos

Un usuario que se queja nos obsequia una oportunidad de mejorar.

Dentro del hospital tenemos buzones para la atención de las quejas felicitaciones y sugerencia por parte de los usuarios del servicio, y personal médico. Estos buzones se encuentran de manera estratégica asignados para que cada área pueda tener acceso a él, y cuenta con papeletas suficientes y un lapicero.

La valoración y revisión de cada papeleta es evaluada cada semana, por un Comité de Quejas, Felicitaciones y Sugerencias, se realiza una minuta en donde se establecen compromisos y soluciones las cuales serán del conocimiento de la persona que generó formalmente la queja, felicitación o sugerencias, y del conocimiento del jefe del servicio y la dirección; esta resolución es dada a conocer por medio de una llamada o visita domiciliaria, una vez resuelta, se captura en el sistema estatal por internet, este sistema se encarga de proporcionar la semaforización de la papeleta. En el comité intervine un representante del Aval Ciudadano.

Al realizar la visita domiciliaria se debe recabar la firma de conformidad de la persona que interpuso la queja, y la firma del jefe del servicio y el director de la unidad.

XI. Disminuir el diferimiento quirúrgico y de consulta externa.

El diferimiento en cirugía es un indicador de calidad y organización hospitalaria fácilmente perceptible por el usuario. En nuestro hospital tuvimos un diferimiento hasta de 80%, muy por arriba del 15% estándar del sistema INDICAS. Se logró disminuir el diferimiento quirúrgico y mejorar el indicador, actualmente se tiene un diferimiento menor al 10%, con una tendencia favorable. Con esta estrategia logramos disminuir el número de quejas por diferimiento quirúrgico y mejorar la percepción de lo que el paciente considera como una atención médica de calidad.

Citas en consulta externa. Se implementó un sistema de asignación de citas previas a la consulta con fecha y hora preestablecidas para los usuarios provenientes de las diferentes unidades de salud por primera vez y subsecuentes, que se encuentran dentro de la red a la que pertenecemos, contar con número telefónico disponible para los usuarios para corroborar y el trámite de citas facilita el acceso a los servicios. Para evaluar la eficacia de este procedimiento solicitamos la retroalimentación directamente con las

unidades de salud que nos refieren usuarios, mismas que se realizan en las reuniones del Comité de Referencia y Contrarreferencia.

La retroalimentación entre el segundo y primer nivel de atención se realiza por medio de la hoja de referencia que debe ser llenada por el médico que evalúa al paciente, y realiza dentro de ella las observaciones y cuidados así como tratamiento que amerite el paciente.

Contamos con un Comité de Referencia y Contrarreferencia de la Red Salamanca y unidades de tercer nivel de atención que se reúne cada mes en la que interviene la Jurisdicción Sanitaria, se exponen puntos de vista en beneficio de los pacientes, y se resuelve de manera conjunta la problemática detectada, se analiza el indicador de contrarreferencia para mejorar la continuidad de la atención de nuestros usuarios. Una opción más para garantizar la atención segura y oportuna del paciente es la subrogación del servicio.

XII. Implementar el programa de cirugía segura en todos los pacientes quirúrgicos e integrar la cirugía de mínima invasión a la cartera de servicios como una estrategia para disminuir riesgos y estancias intrahospitalarias, así como el diferimiento quirúrgico y la optimización de quirófanos y recurso humano.

Se implementó por primera vez en el Hospital un programa de cirugía laparoscópica, disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria, los recursos utilizados, y aumentando la satisfacción del paciente, con lo cual logramos 2.2 días de estancia hospitalaria en promedio. Se disminuyó el porcentaje de cesáreas de más del 40% al 27%.

Otro programa prioritario, “Cirugía Segura Salva Vida” siendo uno de los pioneros en la implementación de este proyecto dentro del estado de manera que se le brinde al paciente la atención quirúrgica necesaria dentro de los primeros 15 días posteriores al diagnóstico.

Se contemplan capacitaciones continuas para el personal quirúrgico.

El nivel de cumplimiento del programa de “Cirugía Segura Salva Vidas” se realizó por medio de un estudio documental, descriptivo y transversal que tuvo como objetivo la recolección de información en una tabla en base de datos. Se buscan los expedientes en el área de archivo y se constata que tuvieran el formato de “Cirugía Segura Salva Vidas” y si este estaba completo. Como se muestra en la siguiente tabla.

Turno	Seguimiento del programa	% de cumplimiento
Matutino	Cuestionario completo	59%
	Cuestionario incompleto	11%
	No se encontró cuestionario	30%
Vespertino	Cuestionario completo	70%
	Cuestionario incompleto	4%
	No se encontró cuestionario	26%
Nocturno	Cuestionario completo	91%
	Cuestionario incompleto	3%
	No se encontró cuestionario	6%
Jornada Acumulada	Cuestionario completo	85%
	Cuestionario incompleto	0%
	No se encontró el cuestionario	15%

Con el planteamiento de los resultados se implementó su utilización como un documento de prevención evitando así accidentes durante las cirugías y disminuyendo el diferimiento quirúrgico.

XIII. Fortalecer los procesos administrativos como: la integración de requerimientos, compras, licitaciones, trámites de pago para garantizar los recursos para la atención oportuna alineada a nuestra cartera de servicios.

Indispensable fue el fortalecer los procesos administrativos como: la integración de requerimientos, compras, licitaciones, tramites de pago. Para ello fue necesario:

- Fomentar una plena y óptima utilización de los recursos disponibles y de la capacidad instalada.
- Generar un informe periódico de las actividades administrativas con énfasis en las principales adquisiciones.
- Crear proyectos de presupuesto donde se detallan los objetivos del hospital, los desarrollos o actividades y su comparación con años anteriores u otros hospitales.
- Implementar planes a corto y mediano plazo sobre las inversiones y cumplimiento de objetivos propuestos.

Para el buen desempeño de las funciones y actividades en cada uno de los servicios, la Dirección y Administración del Hospital pretenden que los recursos materiales y humanos sean abastecidos de manera suficiente y oportuna para favorecer el óptimo desempeño, minimizar riesgos y alcanzar las expectativas fijadas. Para la adquisición de materiales, insumos, equipamiento, etc., se implementa el sistema de comprobación de gastos, la licitación para la adquisición de equipo e insumos, como evidencia que sustenta este rubro se tienen los resultados financieros de cada año.

Anualmente se establece una reunión de trabajo para el desarrollo del Programa Operativo Anual, relativo a la administración hospitalaria, el cual conjunta las necesidades de las diferentes áreas de la unidad.

XIV. Capacitar a todo el personal en las estrategias prioritarias para mejorar la calidad.

Instituimos un vigoroso programa de educación y entrenamiento continuos que permita desarrollar nuevos conocimientos y habilidades para tener personal más calificado en beneficio de los usuarios y la institución.

La capacitación constante y educación continua es parte fundamental para lograr el reto de contar con personal sensible y capacitado para satisfacer la demanda de la población. Así los usuarios tendrán la plena seguridad que se serán atendidos por los mejores profesionales en todas las áreas, ya que nuestro personal cuenta con los conocimientos y la experiencia suficiente para garantizar la atención médica.

Fue parte fundamental la detección de necesidades de capacitación propia; para la ejecución de este proyecto fue necesario capacitar al personal en aspectos relativos a la gestión de la calidad, así como otorgar las herramientas para la realización de auditorías internas para aquellas personas que se desempeñan en esta posición.

Una de las prioridades no solo de nuestra unidad sino de nuestra institución ha sido la de profesionalizar el área administrativa en materia de desarrollo gerencial, todos los jefes de servicio y encargados de área han cursado o se encuentran realizando un diplomado relacionado a la gerencia en los servicios de salud los cuales han sido impartidos por el Instituto Nacional de Salud Pública como valor agregado, y se prevé que cada semestre se incorporen nuevos integrantes del staff administrativo a fin de poder consolidar una visión unificada que nos permita enlazar nuestras actividades bajo la óptica de una nueva cultura en habilidades para la gestión y administración de los servicios de salud.

La asistencia, enseñanza e investigación no escapa a la necesidad de mejorar continuamente los aspectos relacionados con la mejora de la calidad de la atención en la práctica médica y quirúrgica.

Planes y Cuidados de Enfermería (PLACE). El PLACE significa los Planes en los Cuidados de Enfermería, se realizó la capacitación para la implementación del modelo, la evaluación de la aplicación de los lineamientos con base a la metodología, estructurando planes de cuidados de enfermería estandarizados para contribuir y garantizar la seguridad de los pacientes a través de la aplicación de una práctica sistematizada que favorezca el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería.

El departamento de enfermería ha implementado la aplicación de estas diez acciones, además de difundirlas en áreas estratégicas de la unidad. Este programa se ha implementado también a nivel médico dando a conocer las acciones de seguridad del paciente, además de las capacitaciones e inducción al personal de nuevo ingreso, que incluye a médicos internos de pregrado y pasantes de enfermería.

Emergencia Obstétrica. Para lograr la atención de las complicaciones de la gestación y el puerperio se requiere de personal actualizado en el manejo inicial de este tipo de pacientes. El servicio de Gineco-Obstetricia preocupado por reducir la incidencia de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal ha puesto en marcha un programa de capacitación dirigido a todo personal de primer nivel de atención con la finalidad de fortalecer, la capacidad de resolución clínica oportunamente, a dicho personal se le extiende una capacitación teórica y se invita a la realización de prácticas supervisadas en nuestra unidad por personal altamente capacitado, orientando siempre en búsqueda de mejores estrategias.

Las estrategias y las acciones están dirigidas a la prevención, diagnóstico temprano y manejo médico de las alteraciones de la gestación que constituyen las principales causas de muerte materna: pre-eclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, infección puerperal y las complicaciones del aborto, estas intervenciones requieren de personal

médico y equipos de salud debidamente capacitados en el manejo del paciente obstétrico en estado crítico y la disponibilidad y acceso a los diferentes niveles de atención.

Triage. El departamento de urgencias se capacitó e implementó como acción de mejora el proceso de atención según la severidad y posibilidad de resolución de padecimientos. El Hospital General Salamanca participa en el programa de Mejor Atención y Servicio (MAS) que el Gobierno del Estado, implementó como una estrategia para reducir los tiempos de espera, y en reconocimiento a su efectividad se ha recibido el distintivo otorgado por este programa estatal.

Una consecuencia positiva de la correcta aplicación de esta herramienta es mejorar el sistema de referencia y contra referencia, para ello es necesario capacitar al personal de forma continua para la detección oportuna del paciente con urgencia calificada.

Hospital Seguro. Se trabaja en conjunto con Protección Civil en la implementación y capacitación de las brigadas de seguridad donde periódicamente se realizan simulacros para evaluar la capacidad de respuesta de nuestra unidad, así como la orientación de rutas de evacuación y la señalización de lugares de riesgo en caso de catástrofes. Se conformó el comité de evaluación del programa de HOSPITAL SEGURO, es importante la coordinación con Protección Civil para el adiestramiento en este programa, la generación del acta constitutiva, y la implementación y programación de actividades y simulacros de evacuación.

Farmacovigilancia. Conscientes de la importancia que conlleva la atención al usuario aunado a los retos que trae consigo el desarrollo científico y tecnológico de la industria farmacéutica, desarrollamos políticas

que garantizan calidad, seguridad, disponibilidad y acceso, fundamentados en la mejora del uso de medicamentos en el ámbito hospitalario, una de las líneas de acción plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y en el Plan Sectorial de Salud 2007-2012.

En relación a esta mejora continua la unidad por medio del departamento de enseñanza realiza un balance de acuerdo a lo planeado en materia de capacitación dirigida al personal, la cual es programada en base a las necesidades detectadas; así mismo cada semestre el departamento de enseñanza realiza un sondeo con cada servicio para recabar la información respecto a la capacitación que se detecte como necesaria.

La unidad participa activamente en acciones de promoción de estilos de vida saludables, acciones que favorecen el auto-cuidado de la salud, como acción específica a este respecto la unidad ha conformado un plan para reforestación de la propia unidad y zonas aledañas contribuyendo así a la conservación del medio ambiente. Así mismo como acción encaminada a este propósito hemos capacitado a todo el personal e implementado el sistema de recolección de residuos biológico infecciosos apegados a la NOM 087-ECOL-SSA1-2002, (Protección ambiental, salud ambiental, residuos peligrosos biológico infecciosos clasificación y especificaciones de manejo) contamos al interior de la unidad con un protocolo de recolección de estos y un sistema de disposición de desechos de los mismos, contribuyendo así a la disminución del impacto en el medio ambiente.

La Dirección de la unidad con la participación activa de la Jefatura de Enseñanza Médica y de Enfermería ha desarrollado acuerdos con Instituciones Educativas de la Región con la participación de profesionistas en formación relacionados de manera directa o indirecta con la prestación de servicios de salud, asumiendo un compromiso sensible y proactivo a las

necesidades en materia de prevención, fomento y educación para la salud abarcando los temas de promoción de estilos vida saludables y prevención de enfermedades, auto cuidados de la salud, prevención de accidentes, prevención de adicciones, que han facilitado y promueven la participación activa de los prestadores de servicios de salud con algunas de las principales instituciones educativas como:

- ITSI
- CETIS
- Universidad Libertad
- Universidad de León
- Universidad de Guanajuato
- CECYTEC

XV. Fomentar un cambio en la cultura organizacional relacionada con los procedimientos hechos a diario y colaborar para que este cambio permita cumplir con la misión y el logro de la visión.

Buscamos en forma permanente que el personal de salud enfoque el esfuerzo colectivo cotidiano al cabal cumplimiento de los estándares nacionales e internacionales de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Para lo cual es indispensable una participación clara de todo el personal, en la que se promueve la excelencia en todos los sentidos.

El cambio organizacional es un proceso permanente, que en su dimensión humana puede generar ventajas para el funcionamiento de las organizaciones, ya que a partir de las personas se llevan a cabo los esfuerzos de mejora técnicos y administrativos. Los elementos del cambio planeado deberán estar presentes en las estrategias directivas de los máximos responsables de las organizaciones para desarrollar el modelo de

gestión integral y lograr la certificación del Hospital General de Salamanca ante el Consejo de Salubridad General basado y un cambio de una cultura dentro de la organización.

Parte fundamental fue la sensibilización al personal que la conforma, para que asuman un cambio de actitud ante eventos nuevos externos y/o internos que están ocurriendo en nuestro medio ambiente, responsabilizándose de sus actos para que consoliden su situación dentro y fuera de la organización.

El progreso en el desarrollo de las personas se logró mediante la planeación y la capacitación, destinado a medir como se han desarrollado nuevas capacidades, reconocimientos y creatividad en el seno de la organización. Nuestra unidad médica es vista como un gran lugar para trabajar por parte de los profesionales y trabajadores de la salud. Para ello se diseñó e implementó la capacitación a todo el personal de la unidad, sensibilización y concientización y cambio, orientadas a proporcionar atención médica de calidad con calidez, por medio de un programa de desarrollo humano y la implementación de políticas sobre trato digno, humano, expedito, oportuno, personalizado y resolutivo.

XVI. Diseñar e implementar indicadores de calidad que nos permitan la medición mensual de los avances de las estrategias prioritarias durante 12 meses.

La Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica, requiere del monitoreo y la evaluación de indicadores de calidad y eficiencia:

1. Indicadores de resultados
2. Indicadores de calidad
3. Indicadores de seguridad

Definimos los indicadores a utilizar para evaluar el desempeño, a través del tiempo, de funciones o procesos que se consideran prioritarios, como un complemento valioso de la evaluación basada en estándares dado que esta es puntual, puede utilizarse para hacer seguimiento a la estructura, los procesos o los resultados de la organización.

Para lograr el seguimiento, el monitoreo requiere del desarrollo de indicadores, que son variables susceptibles de ser observadas y medidas, y que cumplen con los requisitos de validez, objetividad, sensibilidad y especificidad. El valor asignado por los expertos a cada indicador corresponde a su estándar. Una vez definidos los estándares, se comparan con los resultados del seguimiento de los indicadores para lograr la evaluación.

Los indicadores de calidad son parámetro susceptible de evaluación, que pueden identificar problemas y/o variaciones en los modelos de actuación en la práctica profesional; los estándares de calidad van a ser los márgenes tolerables de desviación respecto a la norma de un criterio y estos son agrupados en estándares de estructura, proceso y resultado. Los indicadores de salud son necesarios para:

- El diagnóstico de la situación de los servicios de salud.
- Evaluar el desempeño de los servicios.
- Hacer comparaciones.
- Medir cambios en forma continua.

Se realiza un balance general periódicamente de cada una de las metas propuestas para su realización por cada una de las áreas de la unidad, y se correlacionan estos resultados con los esperados y en base a ello se realizan los ajustes necesarios en los procesos que así lo requieran, cabe

mencionar que las metas trazadas se realizan en base a la planeación institucional.

XVII. Analizar y retroalimentar los resultados con todo el personal para empoderarlos y crear nuevas estrategias.

La difusión de resultados contribuirá a que el prestador de servicios y los usuarios, cuenten con un vínculo de comunicación que contribuya al buen desempeño y el perfeccionamiento de las actividades al tener bases para tomar decisiones que mejoren la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios, permite conocer el resultados del esfuerzo realizado y motiva la participación de los involucrados.

Es fundamental tener retroalimentación constante con los jefes de servicio del hospital, el consejo técnico y consejo interno como acciones que muestren los avances en materia de prestación de servicios dirigidos al cliente externo e interno en las juntas de gobierno donde se muestran los avances de los indicadores de las diferentes áreas y la productividad global de la unidad, acción que se deja asentada en las minutas de estas reuniones.

Otra estrategia que ha sido adoptada buscando transparentar la información más relevante y con ello buscar involucrar y generar el compromiso de los prestadores de servicio en nuestra unidad, desde el año del 2005 y se publica un boletín de comunicación interna de manera bimestral y que incorpora los siguientes temas en su estructura:

- Mensaje del Director.
- Información relevante de interés general al personal de la Unidad.
- Información de alguna de las áreas o servicios de la Unidad (reportaje, artículo médico, caso clínico, etc.)

- Informe general de la productividad mensual.
- Información de acciones llevadas a cabo por el departamento de calidad.
- Información referente al departamento de enseñanza.
- Avisos generales.

Una estrategia adicional a la difusión de información dirigida al usuario se estableció publicar y dejar a la vista del usuario las cartas de los derechos generales de los usuarios, obligaciones de los usuarios, derechos y obligaciones del médico, en el caso de los beneficiarios del Seguro Popular se han colocado de igual manera las cartas de los derechos de los afiliados, así mismo se establecieron dos mecanismos adicionales de difusión mediante la repartición de trípticos informativos dirigidos a los mismos usuarios repartidos por el personal de la unidad así como también por quienes conforman la figura del Aval Ciudadano. Información que se encuentra a la vista en las áreas de salas de espera de la unidad, así como su difusión por medio de trípticos con el reglamento interno de la unidad.

Como acciones que muestren los avances en materia de prestación de servicios dirigidos al cliente externo e interno periódicamente en las juntas de gobierno se muestran los avances de los indicadores de las diferentes áreas y la productividad global de la unidad, acción que se deja asentada en las minutas de estas reuniones.

XVIII. Solicitar el proceso de certificación (autoevaluación, visita de auditoría, entrega de resultados).

La Certificación Hospitalaria se convierte en la herramienta más importante para la mejora continua ya que el cumplimiento de los estándares nos permite desarrollar en forma sistematizada las políticas,

planes y proyectos de calidad específicos que nos ayudan a la maduración del sistema de calidad, así como a identificar y mejorar los procesos en todos los aspectos de la atención médica, desde los administrativos hasta los técnicos, desde la infraestructura física hasta el equipamiento, o desde el uso adecuado de la tecnología hasta el aprovechamiento máximo de la información.

Es por esto que para nosotros la Certificación, representa además de un enorme reto, la oportunidad de ser reconocidos por el Consejo de Salubridad General, como resultado del esfuerzo arduo y colectivo de todo el personal de salud en el establecimiento de estrategias dirigidas al desarrollo de sistemas de calidad brindando el máximo nivel de calidad y seguridad posibles.

Es además, la reafirmación del férreo compromiso que tenemos con la calidad, y la obligación de mantener y mejorar los estándares para así conservar la certificación, lo cual implica mucho más que la obtención de la misma.

La certificación per sé, no es el objetivo de la mejora, sino que la mejora nos da como resultado la certificación, tiene que ver con establecer estrategias diseñadas específicamente, para el mayor aprovechamiento de los recursos y la solución adecuada de problemas, estas estrategias incluyen planes de acción sistematizados que nos permiten desarrollar proyectos de calidad en cada uno de los puntos de control de los procesos de forma tal, que todas las áreas trabajen en equipo en forma coordinada y por convicción.

Continuamos con las acciones dirigidas al desarrollo de los sistemas de calidad para garantizar la mejora de los servicios y la seguridad del paciente utilizando para ello los avances tecnológicos disponibles, y la medicina basada en evidencias a través de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica, y la capacitación permanente.

Procedimiento de certificación:

1. Convocatoria pública. El Consejo publicó en el Diario oficial de la Federación el 1º de abril de 1999 el acuerdo por el que se establecían las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales; el 25 de junio en el mismo medio, los Criterios para la certificación de Hospitales y en el mes de agosto del año en curso en dos diarios de circulación nacional, una invitación para que los hospitales que solicitaran ser certificados expresen su interés y envíen su petición al Consejo.
2. Al recibir la solicitud de inscripción al programa, el Consejo de Salubridad envía al Director o representante legal del hospital los siguientes documentos:
 - Lista de criterios y especificaciones para evaluarlos de acuerdo al tipo de hospital, general o de especialidades y al número de camas censables, menos de 30 ó más de 30.
 - En su caso criterios de enseñanza e investigación.
 - Lista de organismos evaluadores propuestos con el resumen de su curriculum empresarial.
3. Costo de la evaluación de acuerdo a la categoría del hospital en base al tabulador aprobado por la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y el porcentaje de subsidio aprobado en el mismo tabulador -50% para hospitales privados y 66% para hospitales públicos-.
4. El hospital fija la fecha para la visita de evaluación con el organismo evaluador, firman el contrato correspondiente y los envían al Consejo de Salubridad General. Al recibir el contrato firmado con la fecha de la evaluación, el Consejo de Salubridad General inicia trámite para cubrir al

hospital el subsidio correspondiente en un lapso no mayor de 10 días después de terminada la evaluación.

5. El organismo evaluador entrega al Consejo de Salubridad General el informe final del proceso de evaluación realizado al hospital. La información va acompañada de la verificación correspondiente de cada criterio, así como del resultado general.
6. La Comisión Nacional de Certificación de Hospitales analiza el informe de la evaluación, más toda la información que haya sido enviada por el organismo evaluador y emite un dictamen en base al cual, el Consejo de Salubridad General certificará o no al hospital evaluado.
7. Una vez que el hospital ha recibido el dictamen emitido, puede exhibir el certificado expedido por el Consejo de Salubridad General. Si el dictamen es negativo y no es aceptado, el hospital inicia el procedimiento de apelación.
8. El hospital mediante el recurso de apelación puede inconformarse con el dictamen y solicitar a la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales su revisión.
9. La Comisión Nacional de Certificación de Hospitales analiza, discute, modifica y/o ratifica el dictamen del hospital inconformado y vuelve a emitir un nuevo dictamen oficial de certificación.

XIX. Analizar y retroalimentar los resultados de la auditoría con todo el personal para empoderarlos y crear nuevas estrategias

Apoyos y Obstáculos.

Al inicio de una evaluación externa a instancias de las autoridades de salud, lo común es que no exista trabajo sistemático en mejora de la calidad en las instituciones, ya que aún cuando se implante como voluntario, puede estar influido por presiones de tipo político. Los resultados de las autoevaluaciones, nos permitieron saber cuáles son los estándares no cumplidos, por lo que, en su mayoría estos resultados pueden usarse como una herramienta para la detección de necesidades y establecer planes de fortalecimiento. Buscamos también donde se encuentran las mejores prácticas, y si la información es abierta, es posible hacer benchmarking, con las que más organizaciones podrían beneficiarse.

El proyecto de certificación, se inició sin que nuestra organización tuviera establecidos programas de mejora. Hubo desconocimiento del objetivo de la certificación. Se ha logrado identificar cuáles son las áreas donde como institución hospitalaria se tienen mayores problemas estructurales y en cuales procesos falta trabajo por realizar. Al inicio de nuestra empresa, el componente de resultados, a través de indicadores de calidad hospitalaria, estaba tan poco desarrollado, que no aportaba información que pudiera ser utilizada como evidencia de mejora.

Puede llegar a convertirse en un factor de desaliento, ocurre cuando la organización considera al proceso de certificación:

- Representa un trabajo adicional para el staff y la administración.
- Requiere conocer nuevos instrumentos o estudiar los estándares.
- Conlleva un estrés asociado con el cumplimiento y el esfuerzo realizado.
- Implica costos adicionales por adquisición, reparación, contratación, etc.
- Representa un riesgo moral para el staff en caso de no lograr la certificación.

- Conlleva un riesgo por la difusión del resultado en caso de no lograr la certificación

En la práctica, uno de los problemas que se presentan, es que los profesionales que llevan las riendas en los diferentes niveles de la organización hospitalaria, no tiene formación específica en aspectos directivos, gerenciales y administrativos; por ello, el primer referente obligado es el conocimiento del lenguaje administrativo que usan frente a una responsabilidad de tal magnitud.

Dirigir implica entender el contexto en el que se encuentra el hospital, generar una visión, definir objetivos, tomar decisiones estratégicas y ejercer liderazgo entre muchos otros conocimientos, habilidades, y actitudes necesarias para conducir al hospital hacia logro de esos objetivos para alcanzar esa visión.

Una limitante muy clara es que no todas las personas tienen iguales exigencias sobre la calidad y a la vez introduce varios conceptos interesantes: concebir algo como “de calidad” es juzgar una realidad frente a una referencia, seguida de evaluaciones sistémicas.

Es bastante complejo que no exista en nuestras profesiones médicas, parámetros de referencia para calificar a nuestros servicios de que “disponen de calidad”. Si la calidad es subjetiva para los pacientes, también lo será para nosotros los profesionales y gran problema tendremos si lo que nosotros conceptuamos como tal, no es coincidente con lo que piensan los pacientes. Para establecer un estándar de comparación que sea de gran utilidad para todos quienes ejercemos profesiones médicas, debemos recordar una definición del vocablo: “Estándar es un enunciado establecido por comités de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad. La evaluación de la calidad puede ser basada en programas externos e internos. Un ejemplo es la certificación, un método empleado para calificar

atributos de la atención brindada por un establecimiento. También se define como “el proceso de evaluación periódica de los recursos de un servicio o establecimiento de salud que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos y aceptados”.

Nuestro primer paso fue reconocer que poseíamos determinantes que llamamos factores inhibidores de la calidad en los servicios de salud:

- Limitantes culturales y organizacionales (falta de cultura de calidad del personal operativo y el poco compromiso gerencial con la calidad).
- Manera inadecuada en que se ejerce la gerencia hospitalaria (ausencia e incumplimiento de la planeación estratégica y la falta de gestión de procesos).
- Infraestructura deficiente o subutilizada.
- Gestión deficiente del talento humano.
- Falta de apego a las normas y reglamentos vigentes.

Realizar un diagnóstico situacional por servicio, priorizar problemas y establecer metas claras, específicas y por escrito, dirigidas a los involucrados con la creación de cronogramas de actividades y flujogramas que enlacen los servicios y reflejen el grado de organización hospitalaria, apegándose a los manuales de procedimientos y a las políticas institucionales, son fundamentales para optimizar recursos y fortalecer la coordinación con los servicios involucrados en las actividades Hospitalarias.

La difusión de resultados contribuirá a que el prestador de servicios y los usuarios, cuenten con un vínculo de comunicación que contribuya al buen desempeño y el perfeccionamiento de las actividades al tener bases para tomar decisiones que mejoren la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios, permite conocer el resultados del esfuerzo realizado y motiva la participación de los involucrados. Así como permanentemente supervisar, evaluar

y dar seguimiento continuo de los objetivos planteados para de mejorar calidad y productividad, buscando soluciones en consenso, mediante un sistema de administración estratégica.

Estamos conscientes y convencidos de los grandes retos que en materia de salud enfrentamos día a día, mismos que exigen transformaciones aún mayores de los servicios de salud que deben responder de manera inmediata y notoria a estos desafíos en los cuales subyacen las necesidades y las demandas de la población.

Resultados.

Como resultado de la evaluación de la certificación identificamos oportunidades de mejora establecimos programas para su abordaje, cumpliendo con uno de los objetivos de la certificación, que es el de educación y conocimiento de la calidad, que percibe el personal, se refleja en la satisfacción del paciente, y en el Expediente Clínico. Parece incidir positivamente en la organización, al mejorarla estructura y procesos administrativos. El modelo se utilizó como una estrategia de introducción del concepto y acciones a favor de la calidad, por lo que habría cumplido de alguna manera su primer objetivo.

Entre las estrategias para el control de la calidad, se encuentran los resultados de la certificación, las Guías de Práctica Clínica, la publicación de los indicadores y del nivel de satisfacción de los pacientes con los que se cuenta.

Entre las aportaciones de haber obtenido la certificación se pueden mencionar:

- La reducción de costos con un incremento en la eficiencia y la eficacia de servicios.
- Es útil para proveer educación y consulta a la propia organización, al cuerpo directivo y los profesionales, en especial en estrategias de mejora de la calidad, y favorece la comparación de buenas prácticas de atención en salud.
- Apoya la reducción de riesgos asociados con daños a los pacientes durante el proceso de atención a la salud.
- Promoción de una cultura de “SEGURIDAD DEL PACIENTE”.
- Reporte y análisis de los casos centinela, los eventos adversos y los registros relacionados al cumplimiento del Proyecto SICALIDAD “SEGURIDAD DEL PACIENTE”.
- Disminución de la incidencia de eventos adversos al paciente.

- Prevención de la ocurrencia de errores médicos.
- Minimizar el riesgo de daños y pérdidas originadas en la atención médica.
- Vigilancia y gestión de la reducción de riesgos de la seguridad del paciente y el personal.
- Incremento y mejora de las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud y mejora de las habilidades de comunicación de los profesionales de la institución.
- Diseño de las conductas de prevención de riesgos.
- Vigilancia del cumplimiento de los acuerdos de todos los comités vigentes.
- Vínculo de las acciones del COCASEP con las del Comité Estatal de Calidad.
- Análisis de las observaciones emitidas por el Aval Ciudadano y llevar a cabo acciones de mejora continua.
- Logramos disminuir el número de quejas y mejorar la percepción de lo que el paciente considera como una atención médica de calidad.

La obtención de un reconocimiento externo es el inicio para el desarrollo institucional. Los resultados obtenidos a la fecha son el principio del esfuerzo que está por venir; además de determinar áreas de oportunidad de acuerdo con el grado de cumplimiento de los criterios y resolver deficiencias.

Nuestra unidad obtuvo la certificación por el Consejo de Salubridad General y con ello también se hace acreedor de la re- acreditación. Nuestra unidad ha sido acreditada, re-acreditada y certificada en: 2009 con una vigencia de 3 años, y por consiguiente se obtuvo la re acreditación y cuyos datos pueden constatarse en el siguiente vínculo: <http://dgces.salud.gob.mx/acreditacion/>, donde aparecen los siguientes datos:

Estado: Guanajuato, clues: gtssa003233, establecimiento: Hospital General Salamanca. Tipo de unidad: Hospitalaria. Tipología: Jurisdicción Salamanca. Localidad: Salamanca. Municipio: Salamanca. Domicilio: Tecolutla y Árbol

Grande s/n, Col. Bellavista teléfono 464 648 1261. Fecha de acreditación: 2007/4/16. Fecha de vigencia: 2012/4/16. Padecimiento: Catálogo Universal de Servicios de Salud. No tipo de acreditación. Aplica estatus acreditada. Antecedente primera vez.

En la ceremonia, se entregaron reconocimientos a auditores destacados por su desempeño, a los directivos de las instituciones que han apoyado al Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, así como a los establecimientos que obtuvieron un destacado nivel del cumplimiento en los estándares de calidad y seguridad en el proceso de certificación.

Algunas de las instituciones certificadas y recertificadas fueron los hospitales General de México, “Manuel Gea González”, de la Mujer, Nacional Homeopático, Civil “Juan Menchaca” de Guadalajara, General de Salamanca, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias..

Dado que nuestra unidad ha obtenido la certificación y acreditación en el primer intento no requiere de plan de contingencia.



CSG / DGAA / 2374 / 2009

CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL

México, D. F. 29 de Septiembre de 2009

DR. DANIEL ALBERTO DÍAZ MARTÍNEZ
Director
Hospital Salamanca
Secretaría de Salud
Guanajuato
P r e s e n t e

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General, con fundamento en el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008 y con base en el resultado de la auditoría efectuada al **Hospital Salamanca de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato**, ha emitido un dictamen favorable, por lo que el Consejo de Salubridad General extiende la:

CERTIFICACIÓN

Con número de Folio: 559

Vigente del 29 de Septiembre de 2009 al 29 de Septiembre de 2012.

Atentamente

**EL SECRETARIO DEL CONSEJO Y
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN**

DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS

C.c.p. **Dr. Jorge Armando Aguirre Torres**. Secretario de Salud del Estado de Guanajuato
MGHRZ / ART

Folio: 540

Lieja No. 7, Piso 2, Col. Juárez 06696 México, D.F. Tel. 5062 1648 www.csg.gob.mx csg@salud.gob.mx

Fig. 11. Certificación 2012

Aprendizajes.

Esta experiencia, nos ha permitido conocer los factores que influyen positiva o negativamente en la implementación del proceso de Certificación Hospitalaria y el grado de avance; se han descrito y analizado diferentes estrategias para verificar la calidad de la atención médica. La evaluación por partes a través de la certificación como establecimiento de atención médica, representan un gran mosaico de experiencias en la búsqueda de la calidad en salud, e identificar el impacto de la implantación de estas medidas; esfuerzos que han rendido frutos, pues nos es posible identificar mejora en la calidad de la atención médica que ofrecemos.

Ninguna de las actividades del hospital es menos importante que otra, así que quien tiene la responsabilidad de dirigir un hospital, debe de coordinar en armonía y de manera equilibrada la gestión de todos los componentes que forman parte de este universo de trabajo, si desea lograr óptimos y acertados resultados.

El hospital como cualquier otra organización social, está integrado por seres humanos y se comporta como un microcosmos humano específico, siguiendo la trayectoria de una historia marcada de proyectos y realizaciones colectivas, pero también por enfrentamientos y luchas de poder.

La certificación de establecimientos de atención médica eleva al máximo la probabilidad de producir mejores resultados a la salud del paciente.

Uno de nuestros principales y mayores desafíos, será mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, ya que la calidad abarca una amplia gama de factores técnicos, científicos y de actividades humanas, cuya tarea implica el control de muchos factores, y altos riesgos; mediante un sistema de planeación estratégica identificaremos y discerniremos cada uno de estos puntos, iniciaremos el abordaje de problemas y su grado de complejidad, todo con la finalidad de

asegurar un trato digno, mejorar la organización de los servicios y estandarizar los criterios de calidad de la atención médica, cambio que dependerá de la voluntad, decisión y empuje de todos los involucrados.

La esencia de la administración es alcanzar un objetivo determinado y este, solo se puede lograr a través de la planeación. Requiriéndose para ello de un trabajo en equipo que apoye la transformación de la cultura organizacional, buscando la efectividad laboral de todos los colaboradores, desde la dirección general hasta el nivel operativo del Hospital en sus diferentes áreas para estar en condiciones de cumplir con la meta propuesta: la certificación del Hospital. Para ello es necesario:

- Estandarizar y normar procesos.
- Elaborar políticas y manuales de procedimientos.
- Difundir y hacer del conocimiento al personal.
- La calidad de la atención profesional y técnico-médica.
- Respetar los principios éticos.
- Identificar eventos adversos.
- La satisfacción de pacientes y prestadores de servicios.
- Apego a la práctica médica basada en evidencias.
- Optimizar recursos y disminuir costos.

Entre las estrategias para conocer la calidad de nuestro Hospital, implementamos los Estándares para la Certificación de Hospitales, identificando riesgos de toda la organización, priorizándolos, promoviendo el apego a las Guías de Práctica Clínica y estandarizando los procesos de atención críticos así como la creación de indicadores de calidad.

Algunos de los rubros indispensables para la demostración de la mejora son los siguientes:

- Los estándares de proceso tendrán que ser explícitos en la demostración de los ciclos de mejora, cuya metodología y registros puedan ser solicitados como requisito antes de considerar la visita para la certificación.
- Es necesario fortalecer los estándares que se enfocan en la evaluación de los resultados, para ello es indispensable la construcción e implantación de indicadores de calidad, monitorizados en forma interna, para llegar posteriormente a la evaluación externa.
- Se requieren bases de datos que generen información para ser analizada, tanto por el propio CSG como por otras instituciones participantes en la certificación e investigadores.
- Los resultados de las evaluaciones deben ser públicos, es necesario realizar acciones de educación de la calidad de la atención a nivel de la población usuaria.

El mejoramiento continuo mediante la actualización de los conocimientos es indispensable ante el permanente cambio originado por los constantes descubrimientos científicos y las innovaciones tecnológicas. Por ello el papel del Directivo debe ser el de un maestro innato, líder innato, que promueva e innove los programas de capacitación en las áreas médicas, paramédicas, y administrativas con el fin de desarrollar grupos de trabajo más eficientes y responsables.

Uno de los retos que enfrentan los sistemas de salud en el rubro de la seguridad de los pacientes es el establecimiento de un sistema de registro oportuno y lo más completo posible de los eventos adversos que permita el análisis y la toma de decisiones para prevenir la ocurrencia de los mismos. Si no podemos medir y aprender las lecciones derivadas del análisis de los errores no

podremos asegurarle a los pacientes la confianza y lealtad hacia sus servicios de salud. Habitualmente los sistemas de registro rutinario de los egresos hospitalarios no permiten capturar estos eventos o lo hacen de manera indirecta. Por este motivo, mucha de la información sobre seguridad, cuando existe, proviene de registros internos de los servicios, revisión de expedientes clínicos, encuestas a usuarios y prestadores, auditorias, etc. Estas maneras de recabar la información son útiles en los espacios clínicos donde hay interés por cuidar estos aspectos.

El verdadero interés en conocer la opinión, las necesidades y las exigencias de los pacientes es un ingrediente imprescindible para que los directivos de las organizaciones de salud elaboren planes que efectivamente orienten la realización de sus actividades y permita su avance.

La supervisión como tal, forma parte del proceso administrativo, casi siempre se le ve como punitivo, es decir, para demostrar lo mal que se encuentra un servicio o unidad, sin embargo, si se utiliza de manera cotidiana resulta ser un instrumento de gran ayuda para hacer más eficaces los procesos. Uno de los principales problemas que hay en las organizaciones de salud como la nuestra es la brecha que existe entre la dirección y la operación, la supervisión resulta de gran apoyo para resolverlo. Hay que tener en cuenta que todo instrumento de supervisión debe tener validez acorde con lo que se pretende medir. Se pueden utilizar herramientas de estadística descriptiva como diagramas, tablas, gráficos; se ha descrito por algunos autores que solo 25 % de las políticas en salud se sustentan en datos científicos; al analizar de manera colegiada los resultados las decisiones son convertidas en políticas y comunicadas, entonces las políticas son motivo de supervisión y control.

El directivo médico como parte sustancial de la gerencia de la administración de personal debe entender las diferentes motivaciones de los individuos para de manera proactiva, integrar equipos de trabajo altamente

efectivos para lograr los objetivos personales e institucionales. El líder actual debe ser: proactivo, propositivo y político.

Si consideramos la mejora como la brecha que existe entre un resultado obtenido y la meta deseable, concluiremos que es un continuo y por lo tanto es dialéctico. Es decir, el punto de partida será el punto final del proceso anterior y así hasta conseguir la excelencia. Es imperativo identificar ¿Qué?, ¿Quiénes?, ¿con qué enfoque?, ¿Cómo? y ¿Con qué? Se pueden aplicar las políticas orientadas a atender los factores desencadenantes y qué hacer para mejorar la calidad de la atención cuando el daño ya existe.

El sistema de monitorización debe ser liderado por la dirección de la institución, de manera que garantice su implementación, funcionamiento, confiabilidad y utilización de sus resultados para la toma de decisiones. Con base a los problemas detectados, la sistemática de la implantación estará estrechamente ligada a la planificación de diferentes estrategias para favorecer el cambio y tratar las resistencias que todo cambio provoca.

Se deberá trabajar en buscar acciones para lograr el cambio y detectar posibles resistencias, el motivo de las mismas y las acciones a tomar. Una vez implantadas las acciones de mejora se evalúan el impacto frente a los estándares definidos, se harán los correctivos o ajustes necesarios de acuerdo con los nuevos resultados y si se identifican nuevos problemas se repetirá de nuevo el ciclo.

El proceso de certificación de hospitales consiste en la verificación o el cotejo del nivel de cumplimiento que tiene una organización de una serie de criterios cualitativos. En consecuencia, los criterios son la columna vertebral de todo proceso de certificación, ya que constituyen el modelo que se utiliza para la comparación entre lo que es y lo que debe ser.

Un sistema de administración estratégica nos permitió disponer de recursos suficientes y otorgar atención en un ambiente adecuado, cumpliendo los objetivos planteados. Por medio de metas medibles y encuestas pudimos constatar la satisfacción de los usuarios, además de mejorar en la organización. Adquirimos conocimientos y habilidades que fomentan trabajo en equipo y mejoran la equidad en la distribución de carga de trabajo y en consecuencia la calidad y la productividad en el servicio en beneficio de los usuarios y la institución.

Es necesario que los médicos retomemos nuestra responsabilidad de evaluar y mejorar una atención de calidad centrada en el paciente, que tenga en cuenta la oportunidad de la atención, la satisfacción de sus necesidades de salud, en función de la competencia profesional del personal, de la aplicación de los conocimientos médicos vigentes; su seguridad durante el proceso de atención, el respeto a los principios éticos de la práctica médica y la satisfacción de sus expectativas con la atención recibida.

Conclusiones.

Un hospital eficiente y moderno significa una nueva oportunidad de vida para miles de personas que recibirán la atención que necesitan para enfrentarse a la enfermedad. Los propósitos de una atención de calidad deberán guardar una estrecha congruencia con la misión y la visión de la institución y del servicio; estos propósitos deberán estar centrados en el paciente y dirigidos a satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y ser congruentes con las circunstancias del entorno. El personal de salud de todos los niveles y dentro del ámbito de responsabilidad correspondiente coincidimos en que la calidad de la atención en nuestro Hospital se debe centrar en obtener los mejores resultados para el paciente con el menor costo y gasto social.

Concluimos que para mejorar el servicio, un equipo de salud debe conocer de manera precisa y detallada su situación. Utilizar un sistema de administración estratégica y un análisis comparativo de la información mejora procedimientos, políticas de control y estructura organizacional. La comunicación efectiva y contar con instalaciones, equipo y personal con perfil adecuado fomenta el trabajo en equipo y mejora la calidad, productividad y la satisfacción.

Es necesario generar una Política de Calidad explícita tanto en la formación como en la atención médica. Cada uno de los interesados en el avance de la mejora de la calidad debe asumir su responsabilidad frente a la cada vez más demandante sociedad civil.

Las evaluaciones (auditoría interna y externa) permiten conocer cuáles son los estándares no cumplidos y pueden usarse como una herramienta para la detección de necesidades y establecer planes de fortalecimiento; también donde se encuentran las mejores prácticas; el análisis de los procesos que han influido

positiva o negativamente en su implementación, cuyos resultados permiten verificar la calidad de la atención médica, representan un gran mosaico de experiencias en la búsqueda de la calidad en salud. Con ello, se ha logrado identificar cuáles son las áreas donde se tienen mayores problemas estructurales y en cuales procesos falta trabajo por realizar. La evaluación externa incide positivamente en la organización generando las bases para modificar estructura y procesos administrativos, así como la documentación de los mismos, se obtienen mejores resultados a través de la mejora de la calidad de la atención y seguridad para los pacientes.

Desde el enfoque de la salud pública, la calidad de la atención incluye cobertura de la población, disminución de la morbilidad, disminución de la mortalidad e incremento en el tiempo y calidad de vida

El proceso de certificación de hospitales no es cuestión de suerte o una idea aislada. Es un proceso que se ha venido consolidando y fortaleciendo. Certificación no significa más trabajo, se requiere de un esfuerzo por parte del personal para lograr la estandarización y sistematización de los procesos.

También debo decir que un hospital certificado no es un hospital perfecto, pero tiene la capacidad de reconocer sus debilidades y convertirlas en fortalezas. En ocasiones existe un eterno temor a la certificación, ya que requiere una fuerte inversión para infraestructura y equipo. Sin embargo, la certificación de hospitales no es solo infraestructura y equipo, eso pasa a segundo término. Se requiere, en primera instancia, del convencimiento de los directivos así como de la participación activa y convencida de todo el personal, que es la principal fortaleza de las instituciones de salud.

Un administrador debe de tener la capacidad para ejercer un liderazgo efectivo para poder ser un administrador eficaz; así mismo la realización de una labor administrativa, con todo lo que ello implica, tiene importantes consecuencias en la certeza de que un administrador será un líder eficaz. En las instituciones de

salud, el administrador líder, debe saber combinar los recursos humanos y materiales para el buen cumplimiento de sus objetivos, y la clave para lograrlo, es la existencia de funciones claras y de cierto grado de discrecionalidad o autoridad en el apoyo de sus acciones.

El liderazgo y la motivación están estrechamente relacionados. Si se entiende la motivación, se apreciará mejor que desea la gente y la razón de sus acciones. Para que un directivo logre eficazmente sus metas, debe tener autoridad para actuar de manera que estimule una respuesta positiva de aquellos que trabajan con él para el buen logro de las metas programadas.

Es necesario priorizar estándares que se enfoquen a la evaluación de resultados, es indispensable la implantación de indicadores de calidad técnica clínica, que deban ser monitorizados de manera interna permanentemente.

Los estándares de proceso tendrán que ser explícitos en la demostración de los ciclos de mejora, cuya metodología y registros puedan ser solicitados como requisito antes de solicitar la visita de evaluación para la certificación.

Para poder evaluar la calidad de la atención a la salud, es necesario especificar, desde un principio, los objetivos a seguir y los medios deseables para alcanzar dichos objetivos, y hacer un análisis de la información con bases de datos confiables para la planeación y toma de decisiones, así como publicar los resultados de la autoevaluaciones o auditorías internas para realizar acciones de educación de la calidad incluso a nivel de la población usuaria, y fomentar la búsqueda de la calidad bajo cualquier enfoque, para ello será necesario realizar cambios.

Los trabajadores de la salud, necesitamos asumir responsabilidades y condiciones favorables para realizar nuestra labor, reglas de convivencia, y ejercer con honestidad nuestro trabajo.

La retroalimentación es una profunda necesidad humana. Corresponde a nosotros, como auténticos líderes con vocación de servicio identificar las necesidades legítimas de las personas y satisfacerlas.

Es necesario establecer acciones de capacitación sobre gerencia del personal directivo para mejorar las habilidades sobre el proceso administrativo; así como fortalecer el liderazgo y capacidad directiva, la estructura organizacional y el desarrollo de personal, implementando programas integrales de capacitación para el desempeño y desarrollo humano y profesional, fundamentado en valores, así como impulsar la formación de recursos humanos en investigación en salud, como factor indispensable para mejorar la calidad de la atención médica, y fortalecer las estrategias para dar continuidad a los procesos de certificación y acreditaciones, fortalecer la identidad de los trabajadores e implementar un programa de inducción al puesto del personal directivo y operativo, así como implementar un programa de formación de personal directivo permanente.

La Certificación de Hospitales no es un fin, sino un medio para proteger a la población y para estimular el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. La certificación no garantiza que todos los resultados de los procesos de atención van a ser en los mejores términos para el paciente; sólo acredita que la organización certificada cuenta con una estructura, así como con un diseño y operación de sus procesos de tal manera que eleva al máximo la probabilidad de producir los mejores resultados a la salud del paciente.

Así, la Certificación Hospitalaria se convierte en la herramienta más importante para la mejora continua ya que el cumplimiento de los estándares nos permite desarrollar en forma sistematizada las políticas, planes y proyectos de calidad específicos que nos ayudan a la maduración del sistema de calidad, así como a identificar y mejorar los procesos en todos los aspectos de la atención médica, desde los administrativos hasta los técnicos, desde la infraestructura

física hasta el equipamiento, o desde el uso adecuado de la tecnología hasta el aprovechamiento máximo de la información.

La Certificación de Establecimientos de Atención Médica es el proceso por el cual se reconoce que cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención y seguridad a los pacientes. Es una herramienta útil para coadyuvar y en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

Las ventajas competitivas que adquiere un establecimiento al certificarse son las siguientes:

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

Establecer estas estrategias para fortalecer la implementación de los Estándares para la Certificación de Hospitales ha sido favorable al habernos permitido:

- Desarrollar planes de contingencia para mejorar la infraestructura y el equipamiento, así como la elaboración e implementación de los procesos faltantes y la capacitación del personal cuando se ha necesitado con los recursos disponibles.
- La corrección de los procesos de atención que representan un riesgo para la vida del paciente, se realizó más frecuentemente en los servicios de alto impacto para la atención de pacientes graves, de la embarazada y su producto, así como de imagenología, cuyo cumplimiento no requiere necesariamente inversión financiera, pero sí de la aplicación de acciones como capacitación del personal, estandarización, seguimiento y registro de sus procesos para establecer acciones de mejora.
- Se identificaron áreas de oportunidad que se corrigieron para poder participar en el proceso y lograr la certificación.
- Un beneficio adicional ha sido la detección de puntos críticos que puedan poner en riesgo la vida del paciente. Esto se informa a la autoridad de regulación sanitaria responsable para su acción conducente.

Como un jardín de flores, los criterios exigen una atención constante. Pero las recompensas bien valen la pena, ya que los que controlan los criterios de la práctica profesional controlan también, a través de ellos, la práctica misma.

A mayor grado de satisfacción por trato percibido de parte del paciente el grado de confianza es mayor y por lo tanto la lealtad que este expresa y manifiesta a la unidad es mayor.

La certificación per sé, no es el objetivo de la mejora, sino que la mejora nos da como resultado la certificación.

Recomendaciones.

Los propósitos de una atención de calidad deberán guardar una estrecha congruencia con la misión y la visión de la institución y del servicio; estos propósitos deberán estar centrados en el paciente y dirigidos a satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y ser congruentes con las circunstancias del entorno.

En esta época moderna en donde las tareas de las organizaciones se ha vuelto bastante complejas por la simple diversidad de bienes y servicios en donde se halla involucrada más tecnología y las personas desean participar en lo que se va a hacer, la planeación se ha convertido en una necesidad. La organización tiene una misión, que define su propósito y proporciona rumbo a la administración. Definir la misión de la institución es una declaración de su razón de ser, que la distingue de otras organizaciones. La definición de la misión es el punto de partida de la planeación estratégica. Con base a ella, es posible construir el soporte para su instrumentación.

Concluida la evaluación se sugiere que los resultados, logros y dificultades se difundan al equipo directivo y al Comité de Calidad (o la instancia correspondiente); en otras palabras, si las acciones llevadas a cabo son exitosas, es aconsejable difundirlas entre el personal de la unidad médica y en otros foros a fin de que se apliquen en situaciones similares que deban ser mejoradas en otras unidades médicas. Es conveniente buscar la participación de la población usuaria de los servicios y obtener su percepción y grado de satisfacción con el propósito

de retroalimentar procesos y continuar con la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Será necesario continuar con el proceso de perfeccionamiento de los sistemas computacionales de apoyo (Expediente Clínico Electrónico), la aplicación de la normativa laboral de manera más efectiva y afectiva, y renovar los procesos de selección de personal, la revisión frecuente y el fortalecimiento de la plantilla implementando programas de capacitación de alta efectividad. Así como la supervisión permanente a los servicios para conocer de manera detallada las necesidades de primer contacto y la generación de información para usuarios internos y externos.

El desarrollo de una plantilla con base en demografía, perfil epidemiológico, productividad y el desarrollo de procesos y procedimientos para la estandarización de los servicios, es fundamental para lograr el objetivo de lo obtener la Certificación ante el Consejo de Salubridad General. Se debe también establecer un esquema para atención de los problemas de ausentismo no programado (incapacidades, permisos económicos, faltas y pases de salida, etc.) Así como el desarrollo de estrategias para abatir el diferimiento quirúrgico y de consulta externa, al impulsar el apego al uso de las Guías de Práctica Clínica, y reactivar el Comité de Adquisiciones por ejemplo, para mejorar el programa de abasto.

Ser proactivos en garantizar controles de calidad desde la etapa de formación hasta el ejercicio en la práctica diaria es clave, tanto en lo individual como en el equipo y las instituciones. Debemos tener un interés auténtico en ofrecer una atención segura y de calidad a nuestros pacientes, generando los cambios necesarios en la práctica médica; haciendo transparentes los resultados, buenos o malos, para aprender de ellos y aportar así hacia las nuevas generaciones de profesionales de la salud creando un sistema de salud lo más seguro posible y de gran calidad para nuestros usuarios.

El buen directivo estimula y permite la crítica constructiva y ofrece soluciones eficientes, eficaces, reales y fáciles de poner en marcha. También debe descubrir a los buenos trabajadores, exaltarlos, guiarlos y apoyarlos si con ello facilita el manejo y el logro de los objetivos, debe direccionarlos para que su influencia se convierta en motivación que beneficie a sus trabajadores y pacientes.

La finalidad del trabajo como promotor de la calidad consiste en lograr resultados positivos, cuantificables, desde el punto de vista médico, económico y de gestión, con el propósito de asegurar el funcionamiento adecuado de la institución y de proyección hacia el futuro para beneficio general; en cuestión de calidad, mejorar la atención médica, se debe propiciar el incremento de la eficiencia y eficacia de los diferentes jefes, con entrenamiento o con cambios, buscando que se conviertan en especialistas calificados y gerentes en sus áreas, así como asesores de la dirección, poseedores de gran capacidad, autoridad y responsabilidad.

Si los trabajadores del hospital están motivados con su misión, será más fácil desarrollar una institución estable que dure muchas generaciones y que sea multiplicadora de beneficios sociales y económicos de la comunidad. Se podrá constatar la satisfacción de los usuarios; además de mejorar en la organización, se adquieren conocimientos y habilidades que fomentan trabajo en equipo y mejoran la equidad y la distribución de la carga de trabajo y en consecuencia la calidad y la productividad en el servicio en beneficio de los usuarios y la institución.

Actualmente, buscamos en forma permanente que el personal de salud enfoque el esfuerzo colectivo cotidiano al cabal cumplimiento de los estándares nacionales e internacionales de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Para lo cual es indispensable una participación clara de todo el personal, en la que se promueve la excelencia en todos los sentidos.

La certificación per sé, no es el objetivo de la mejora, sino que la mejora nos da como resultado la certificación, tiene que ver con establecer estrategias diseñadas específicamente para cada unidad médica, para el mayor aprovechamiento de los recursos y la solución adecuada de problemas, estas estrategias incluyen planes de acción sistematizados que nos permiten desarrollar proyectos de calidad en cada uno de los puntos de control de los procesos de forma tal, que todas las áreas trabajen en equipo en forma coordinada y por convicción.

Sabemos que la garantía de calidad de la atención médica es un procedimiento complejo y difícil, pero alcanzable. Por lo tanto deberá ser un proceso irreversible, que permita elevar la calidad, la eficacia y garantizar los servicios de atención médica, con la firme intención de que la prestación de los cuidados a la salud sea cada día mejor y fundamentada en principios de equidad, vocación y humanismo.

No obstante, podemos asegurar que al final de una experiencia hospitalaria, pública o privada, ya sea en calidad de paciente ambulatorio u hospitalizado, el trato humano con que se atiendan las necesidades médicas, mentales y espirituales del mismo, hará la diferencia en la percepción de la calidad con que un paciente fue atendido, y no los conceptos que con frecuencia lucen colgados en la pared o se encuentran impecablemente acentuados en los paneles estratégicos u operacionales. En otras palabras, es el ser humano, como Platón lo describe, quien hará la diferencia en el nivel de la calidad de la atención de otro ser humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES

(2009). Diagnostico Comunitario Hospital Salamanca.

ALARCON, Guadalupe et al. "Clínica de la atención quirúrgica en México" Ed. CORINTER, año 2006, México, D.F.pp 213.

ALEJANDRO, S. A. (2012). Certificación de Hospitales en México . Archivos de Salud. Sin. Vol. 6 No. 2 , 48-49.

ARANAZ-ANDRÉS JM et al." Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias" año 2008, Gaceta Sanitaria. 22(Supl 1):198-204.

BELÉNDEZ, A. H. (2004). Modelo Mexicano de Certificación Hospitalaria . Hospitales de Costa Rica , 36-40.

BENNIS, W. 1995. Lideres: Las cuatro claves del liderazgo eficaz.

BERNAL, César A. "Metodología de la Investigación" Ed. PEARSON, año 2010, 3ra edición, Colombia, pp 320.

Clínicas Quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía Volumen IX. Calidad de la Atención Quirúrgica en México. (2006). Academia Mexicana de Cirugía A.C. / Corporativo Intermédica, S.A. de C.V.

CLÍNICOS, O. D. (s.f.). Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de la ideas a la acción. Board of regents. University of Michigan, 220.

CRUZ, R. et al. "Revisión y diferencias de los sistemas de evaluación de la calidad para la atención médica en México" año 2014,En: Calidad de la atención No. 26 Volumen 9 pp 43-49.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring.Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan."

FAJARDO, G. y GARCIA, E. "Dirección de Hospitales" Ed. Manual Moderno, año 2008, México, D.F..pp 270

GOBERNACIÓN, S. D. (2012). NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN , 18.

GONZÁLEZ, R. C. (2014). Revisión y diferencias de los sistemas de evaluación de la calidad para la atención médica . Calidad de la Atención. No. 26 Vol. 9 , 43-49.

HURTADO, A. Modelo Mexicano de certificación Hospitalaria. En Revista Hospitales de Costa Rica.

JURAN, J. (2005). Manual del Control de la Calidad . New York, U.S.A.: Reverte.

La Enseñanza en el Hospital Central Militar: Retos y Perspectivas 2012. Área de Enseñanza e Investigación del Hospital Central Militar. 2012

La estrategia para la difusión e implantación de las Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Primera Edición 2012. D.R. Secretaria de Salud

MONTESANO, J. "Manual dl Protocolo de Investigación y redacción del escrito médico" Ed. MONTEA, año 2da edición, Guanajuato, México, pp 132.

MONTESANO, J. "Planeación Estratégica" Ed. MONTEA, año 2012, 2da edición, Guanajuato, México, pp 240.

MONTESANO, J. "Tip's para mejorar la gestión directiva" Ed COPESIAC, año 2004, Guanajuato, México, pp 270.

MONTESANO, J. "Tip's para mejorar la gestión directiva" Ed. MONTEA, año 2012, Guanajuato, México, pp 145.

Oficina de Asuntos Clínicos "Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción" año En Revista: Los regentes de la Universidad de Michigan. pp 220

Propuesta para el Establecimiento de la Certificación de la Calidad en la Atención Medica en el Servicio de Sanidad Militar. Dirección General de Sanidad Militar. 2009

RAMIREZ, É. et al. "Control de calidad en cirugía gastrointestinal". En: Revista Cirugía y Cirujanos, México, pp. 570-576.

Reglamento interno del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

RICO, V. M. (2009). Propuesta para el establecimiento de la certificación de la calidad en la atención médica en el servicio de sanidad militar. Revista Sanidad Militar, 302-307.

ROBERTS, W. "Secretos del Liderazgo de ATILA" Ed. LASSER PRESS. Año 1989, 9va edición, México, D.F. pp 85.

ROBLEDO, J. (2005). Liderazgo. Revista SOMAIS , 43-48.

RUELAS, E. (2005). Dirección y Calidad . Calidad de Atención a la salud.

RUELAS - BARAJAS, "Calidad y los sistemas de salud" En: Gaceta Médica de México. año 2011, México, D.F. pp 514-516.

RUELAS, E. y POBLANO, O. “Certificación y acreditación en los servicios de salud” Ed. Instituto Nacional de Salud Pública. año 2007, 2da edición, Morelos, México, pp 218.

SOTO – ALMARAL A. “Certificación de hospitales en México” En: Arch Salud Sin Vol 6 No 2. Año 2012, pp 48-49.

REQUENSES, E. Tiempo perdido entre Cirugías y sus Repercusiones en el Cumplimiento de la Programación Quirúrgica del Hospital General de Querétaro. Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Medicina. 2008

TORRES, N. y CASAS, C. Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales, año 2003, En: Revista Médica IMSS, México No. 41 (4, pp 359-364.

TORRES, L. et al.” Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales” En: Revista Médica del IMSS, año 2003; pp. 359-364.

TORRES, R. “La enseñanza en el Hospital Central Militar: retos y perspectivas” año 2012, Revista Sanidad Militar. Suplemento No 6. pp 13 -18

URUETA, J. “Liderazgo” enero- junio 2005 DIARIO OFICIAL. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Octubre de 2012. pp 18.

SITIOS WEB

- <http://www.csg.salud.gob.mx/interiores/médico2009.html> .
- <http://dgces.salud.gob.mx/acreditacion/>,
- <http://dgces.salud.gob.mx/INDICAS>