



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION E INFORMATICA

“Aplicación de un plan de calidad como mejora continua en el proceso de acreditación en unidades de salud”

Tesis que para obtener el grado de:

Maestría en Administración

Presenta:

Sergio Miguel Toriz Ruiz

Director de Tesis: Dr. Benjamín López Ortiz

Revisores:

Dr. Fernando Romero Torres

Dra. Nohemí Roque Nieto

Dr. Augusto Renato Pérez Mayo

Mtra. Elena Vanesa Guadalupe Martínez Posada

CUERNAVACA, MORELOS

DICIEMBRE 2019

ÍNDICE.....	I
RESUMEN.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	V
CAPÍTULO I. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Justificación del problema.....	4
1.3 Objetivos.....	6
1.3.1 Objetivo General.....	6
1.3.2 Objetivos específicos.....	7
1.4 Hipótesis.....	7
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL.....	9
2.1 Antecedentes de la Secretaria de Salud en relación a las acreditaciones de calidad	9
2.2 Bases Teóricas.....	10
2.2.1 Definición de Calidad.....	10
2.2.2 Características de la Calidad.....	11
2.2.3 Calidad percibida y participación ciudadana.....	13
2.2.4 Niveles de Evaluación de Calidad	16
2.2.5 Manuales o Lineamientos de Calidad.....	20

2.2.6 Procedimientos de Calidad aplicados al modelo de Salud.....	22
CAPÍTULO III ACREDITACIÓN	24
3.1 Que es la Acreditación	24
3.2. Características de la Acreditación.....	26
3.3. Importancia de la Acreditación en el sector salud.....	30
3.4. Modelos de la Acreditación	38
3.5. Acreditación aplicada a los Sistemas de Salud	40
3.6 Manuales y/o Lineamientos Operativos de Acreditación.....	42
CAPÍTULO IV. DIAGNÓSTICO POBLACIONAL DEL CENTRO DE SALUD CHIPITLAN	59
4.1 Antecedentes Históricos del Centro. de Salud Chipitlan	44
4.2. Características de la población del Centro de Salud.....	46
4.3 Importancia del diagnostico poblacional del Centro de Salud.....	52
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA.....	59
5.1. Importancia de la capacitación en los Centros de Salud, sobre los procesos de calidad en acreditación.....	59
5.2. Características generales del personal a capacitar.....	59
5.3. Técnica de capacitación a utilizar con el personal de salud.....	60
5.4. Actividades a realizar durante la capacitación.....	61
5.5. Evaluación del personal capacitado.....	61

CAPÍTULO VI. CAPACITACIÓN.....	63
6.1. Objetivos de la capacitación	63
6.2. Personal que se debe capacitar	63
6.3. Temas a tratar en la capacitación.....	64
CAPÍTULO VII APLICACIÓN DE HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN (cedula de acreditación).....	66
7.1. Estructura de cedula	66
7.2. Concentrado de resultados	71
7.3 Necesidades de un Sistema de Evaluación.....	75
CONCLUSIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

RESUMEN

El análisis de la calidad en salud se realiza de acuerdo a la teoría de sistemas en tres dimensiones: estructura, proceso y resultados.

En el contexto actual de valores y objetivos en el sistema de salud y en la sociedad en general, los criterios y dimensiones en una evaluación de calidad son múltiples y están influenciados por los indicadores elegidos para estudiarla. México presenta un cambio demográfico que se traduce en el envejecimiento de su población. Esto ha introducido nuevos retos en la atención de calidad que se brinda a la población adulta y adultos mayores, no sólo en materia política, sino también en el ámbito de la salud, ya que las patologías asociadas a esta población tienden a ser de larga evolución, generando mayores costos para su atención. Ante este fenómeno, Se deben de establecer programas, e indicadores de salud que permitan la evaluación y seguimiento de la atención médica de acuerdo a la situación actual. Es necesario otorgar atención médica con oportunidad, competencia profesional y seguridad, respetando los principios éticos de la práctica médica y satisfaciendo las necesidades de salud y expectativas de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

La calidad es un atributo fundamental de cualquier bien o servicio y se debe fomentar en todas las áreas prioritarias del desarrollo de los individuos y en la salud no debe ser la excepción. Sin embargo, a pesar de los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por actores clave en la materia, la ausencia de calidad o de garantías mínimas de ésta, en la atención a la salud representa un reto social a nivel mundial, sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos para su progreso sanitario y social.

En México el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND, 2018, p. 58) prevé garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, estableciendo para lograrlo, entre otras líneas de acción, el consolidar la regulación de los procesos y establecimientos de atención médica, así como instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.

No obstante, el cumplimiento de estándares de calidad aún es heterogéneo entre los distintos prestadores y su eficiencia en algunos casos es reducida, lo que genera insatisfacción de los usuarios.

Es así que, la actual administración del Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, reconoce la trascendencia del tema, por lo que ha puesto especial énfasis en continuar desarrollando e implementando estrategias y acciones encaminadas a la mejora de la calidad de la atención a la salud, la cual ha sido identificada como un eje central de las acciones del Sistema Nacional de Salud, tal como se advierte en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud, ambos 2013-2018.

La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones compila una serie de artículos cuya autoría estuvo a cargo de académicos y funcionarios que inciden en la calidad de la atención médica, trascendentes para la reflexión sobre la atención en la salud tales como el impacto del desgaste laboral en la prestación de servicios de salud con calidad, su vinculación con el acceso efectivo a los servicios de salud, la política de calidad en salud en México, así como la certificación de hospitales, a cargo del Consejo de Salubridad General.

Por lo tanto la salud es un valor fundamental en la vida de todo ser humano y una condición esencial para su desarrollo; es también uno de los pilares en los que cualquier Estado debe sustentar su crecimiento y estabilidad; es un bien público que como tal en el artículo 4o, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se menciona (SEGOB, 2014, p.20).

En el estado de Morelos se llevan a cabo acciones para que las prestaciones médicas que componen el derecho a la protección de la salud, se otorguen con eficiencia, efectividad, calidad técnica y trato digno, a fin de que dicho derecho se pueda ejercer con plenitud.

Si el Estado garantiza la satisfacción de las necesidades en salud de cada persona, mediante el mantenimiento y funcionamiento de los servicios necesarios para la atención médica con calidad, estará cumpliendo con una responsabilidad fundamental para construir una sociedad justa, sana y productiva.

De esta manera, la Acreditación se constituye como el proceso de garantía de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los establecimientos de salud, con el fin de constatar que cumplen satisfactoriamente con criterios definidos de capacidad, seguridad y calidad, así como con un enfoque de gestión por procesos, para satisfacer las necesidades de los usuarios y garantizar la calidad de la atención.

En este sentido, la Secretaría de Salud ha orientado sus esfuerzos para otorgar mayor certeza jurídica al proceso de Acreditación (González, 2010, p. 905), con lineamientos claros y precisos que coadyuven a sistematizar y fortalecer la objetividad de dicho proceso para asegurar el cumplimiento de los elementos de capacidad, seguridad y calidad a través del tiempo de vigencia de la acreditación.

En la actualidad, la acreditación es una metodología muy difundida para evaluar la calidad en salud y al mismo tiempo, una herramienta de gestión de procesos. Uno de los principales factores que lleva a las instituciones a buscar la acreditación es la existencia de estímulos concretos a los que pueden acceder en tanto estén acreditadas, tales como facilidades para la contratación, mejora en las condiciones de la adquisición de equipo y mobiliario, entre otras.

Es por ello que la autoevaluación se debe dar en cumplimiento de los estándares de Acreditación como proceso de mejoramiento necesario para la acreditación y la ejecución de los recursos asignados, desarrollando programas, enmarcando su quehacer dentro de las competencias en salud, así como también realizar acciones necesarias con el fin de articularse con otros sectores para establecer la situación de salud por el mejoramiento de las condiciones en general.

CAPÍTULO I. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

A poco más de 70 años de haberse creado el sistema de salud de México, se continúa con los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud de los mexicanos, y para lograr una mejor efectividad y reducción del costo de las acciones que se llevan a cabo por el sistema de salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA, 2013, p. 45), plantea como visión para México: “Un Sistema Nacional de Salud universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque en los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de la rectoría, de la autoridad sanitaria y de la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, de la generación y gestión de recursos adecuados; de la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad”.

Se establece como segundo objetivo prioritario el asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, reconociendo también entre las prioridades la de mejorar la atención primaria. La magnitud del reto de la calidad de la atención en el caso de México puede explorarse a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2017, p.15). En ésta, se documentó que para la diabetes y la hipertensión las dos condiciones de salud que representan los mayores retos en este ámbito para los adultos mexicanos, un porcentaje muy importante de individuos ya diagnosticados, no mostró evidencia de estar bajo control.

Esto es, únicamente 25% de los individuos con diabetes y 50% de los hipertensos presentaron indicadores biológicos compatibles con un adecuado control. Ciertamente, este control es el resultado de la interacción entre el individuo y el sistema de salud, pero refleja un reto importante para éste último. Adicionalmente, se pueden considerar los resultados sobre satisfacción de los usuarios de los servicios, que si bien tienden a presentar indicadores elevados sobre la misma, en aspectos objetivos como tiempos de espera y surtimiento de medicamentos de forma consistente señalan brechas importantes entre lo establecido y lo real.

Debido a la expectativa de ser el primer punto de contacto para la atención, los servicios del primer nivel resultan particularmente relevantes para la respuesta del sector salud. En éstos se han identificado deficiencias importantes, incluso en el equipamiento disponible y número y formación del personal que los opera. Diversos estudios se han desarrollado en el país para generar justamente evidencia de los retos que enfrentan los servicios del primer nivel de atención, en lo que se refiere a la calidad de la atención.

Desde la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED, 2019) de la Secretaría de Salud, se han documentado en particular las condiciones de los servicios del primer nivel de atención que operan las secretarías de Salud estatales en el país. Éstos representan el mayor número de establecimientos en este nivel, en particular porque incluyen los centros de salud rurales y dispersos, que atienden a la población más vulnerable del país. Es en este conjunto de servicios en particular en los que se enfoca la presente investigación, trata de presentar una fotografía detallada de su situación, desde la óptica de la calidad de la atención.

El análisis que se presenta aprovecha tanto la evidencia generada por la DGED como la disponible en los sistemas de información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES, 2019).

Para desarrollar el presente diagnóstico, se partió de un abordaje integral, que tiene en cuenta las diversas estrategias que se pueden considerar para mejorar la calidad en todos los componentes de la atención a la salud. Entre estos componentes inciden el liderazgo, los sistemas de información, el grado de participación de los pacientes, la capacidad organizacional, y la implementación de modelos de atención. Con esta mirada comprensiva, se analiza la situación de los servicios de salud y se identifican las brechas entre la situación ideal y la real, de acuerdo con la información disponible y a través un marco de análisis explícito, que refleja el estado del arte en el campo, para cada uno de los componentes estratégicos.

Por otra parte se señalan los principales focos de atención para intervenciones que puedan contribuir a mejorar la atención del primer nivel. Éstas han sido más nítidamente perfiladas en la segunda fase del estudio. Sólo por mencionar algunos hallazgos relevantes, destaca con claridad la necesidad de fortalecer el liderazgo en calidad, a través del establecimiento, preciso y prioritario, de la figura del responsable de dar seguimiento a la calidad en la estructura organizacional de cada entidad.

Igualmente, se identifica la necesidad de incrementar la utilidad y uso de los sistemas de información para el monitoreo de la calidad. Hay también brechas evidentes en lo que se refiere al rol central que deben jugar los pacientes; se identifican retos para hacer efectiva su participación y la de la población en general, con una traducción operativa limitada del marco normativo sobre el particular.

En lo que se refiere a los estándares, se detecta un vacío de información sobre la calidad y utilidad real de las guías de práctica clínica en lo relacionado con su implantación.

Por otra parte, son reiteradas las insuficiencias en recursos físicos y humanos para dar respuesta a las necesidades de los usuarios, y es evidente la fragmentación en el sistema de abasto de medicamentos, lo que se traduce en los problemas observados en la entrega de los mismos a la población.

Finalmente, se echa de menos la implementación de modelos integrales de atención a problemas de salud prioritarios, así como la existencia de un modelo general integrado que, mediante un esquema de redes de atención, sea capaz de asegurar el rol del primer nivel de atención como el primer punto de contacto, con mecanismos efectivos de referencia y contra referencia.

Es por ello que la Autoevaluación de los estándares de acreditación de la Secretaría de Salud y demás normas que influyan sobre ella, tendrán una herramienta óptima para generar un plan de mejoramiento acorde a las dificultades, necesidades de la misma y de su comunidad.

Lo que se propone abordar en este proyecto, son los beneficios que puedan resultar del inicio y conclusión del proceso de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud a través de una comparación entre instituciones acreditadas y no acreditadas.

1.2 Justificación del problema

En México, los esfuerzos para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia del primer nivel de atención son compromisos pendientes. Las necesidades de salud y la situación demográfica del país mantienen una dinámica constante de cambio, sin embargo, los servicios de atención primaria dirigidos a la población sin seguridad social no evolucionan paralelamente.

La escasez de inversión en intervenciones orientadas a mejorar la calidad indica la necesidad de mejorar la eficiencia de asignación del gasto en salud. Esta afirmación resulta razonable en el contexto del país, pues la escasez de recursos no debería ser una limitación para mejorar la calidad de los servicios de atención primaria.

Entre 2006 y 2012, el gasto en salud para la población sin afiliación a la seguridad social ha tenido un incremento constante y sustancial al ascender de 53.1 a 141.8 mil millones de pesos. Este incremento se ha orientado a reducir la brecha del gasto en salud entre las poblaciones con y sin seguridad social, y para el periodo del 2012 a 2018, se incrementó arriba de los 200.00 mil millones de pesos, pero no se ha reflejado en una mejora en la calidad de los servicios.

El trabajo sobre la Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud está sustentado en un marco de referencia general que abarca, liderazgo, sistemas de información, participación de pacientes/población, etc. Este abordaje permite visualizar los avances, pero también la gran cantidad de retos y desafíos que cada componente debe enfrentar, lo cual fortalece la potencial contribución de este trabajo.

La acreditación se articula en estos procesos para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, la cual busca el mejoramiento continuo en la calidad de la prestación de los servicios de salud y garantizar mayor seguridad a los usuarios y reducir los riesgos inherentes a la práctica clínica.

Se ha demostrado que los pacientes satisfechos con la atención que reciben, se sienten apreciados, valorados, y con dignidad, por lo que están más incentivados para buscar atención a

sus padecimientos crónicos mejorando los niveles de control de estos y favoreciendo la identificación temprana de patologías nuevas o complicadas.

El sector salud ha establecido la calidad de la atención entre las prioridades desde hace al menos 17 años. De forma sectorial, se enfatizó la relevancia del tema con el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica en el periodo 1997-2000 y, más claramente, con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el periodo 2001-2006, a la cual se le dio continuidad mediante el Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) entre 2007 y 2012. (Dantes, 2011, p. 12).

Como se mencionó anteriormente, para el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, se refuerza la relevancia del tema, incluido en el programa que se enfoca en asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Dentro de las dificultades del sistema de salud para incentivar una mayor participación de las instituciones en el proceso de acreditación, se encuentra la falta de credibilidad que tienen en las mismas instituciones.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Aplicar un proceso de acreditación en calidad mediante la capacitación al personal del C.S. Chipitlán, para el mejoramiento de la atención médica y gestión administrativa, en función a los lineamientos, políticas y procedimientos de dicha acreditación.

1.3.2 Objetivos específicos

- Definir las funciones y relaciones de las autoridades involucradas para precisar las responsabilidades dentro del proyecto de acreditación de los servicios de atención médica.
- Establecer los requisitos a los que se sujetarán las Unidades de Salud para obtener la acreditación.
- Proporcionar un trato digno sin excepción a todos los usuarios de los Servicios de Salud.

1.4 Hipótesis

Si se implementa y se ejecuta de manera permanente los estándares de la acreditación en el proceso de calidad por el personal del Centro de Salud (C.S) Chipitlan, se podrá generar una cultura de atención médica y de seguridad hacia los pacientes. Logrando con ello la satisfacción y credibilidad por la atención recibida.

Cada uno de los integrantes deberá participar en su elaboración para aportar la información correspondiente a la localidad. Si es necesario realizarán las asambleas comunitarias extraordinarias requeridas para considerar en el Diagnóstico las necesidades sentidas por la población sobre los determinantes sociales asociadas a los problemas de salud identificados.

La finalidad es sensibilizar a los integrantes y mantener su apoyo durante la ejecución de cada una de las acciones de intervención en el mejoramiento de los determinantes de la salud de la comunidad.

Para ello ha de ser posible desarrollar un sistema de criterios e indicadores cualitativos, que incluya al compromiso social, para ser utilizado en los procesos de acreditación como mecanismo de garantía de la calidad de las instituciones.

CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la Secretaria de Salud en relación a las acreditaciones de calidad

Desde el año 2000 la Secretaria de Salud, ha venido trabajando para atender este problema, sin embargo un aspecto que no se ha desarrollado suficientemente es el regulatorio. Es por eso que se inician mesas de discusión entre las áreas técnicas del Consejo de Salubridad General y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para identificar los aspectos cardinales de la Seguridad del Paciente que deben seguir los establecimientos de atención medica mismos que permitan abatir la presentación de eventos adversos y mejorar la calidad de la atención.

Es así como se originan las ocho acciones esenciales en seguridad del paciente, mismas que están conformadas por las seis metas internacionales propuestas por la Organización Mundial de la Salud y se completan con dos acciones más: el registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas y la medición de la cultura de seguridad del paciente dentro de los establecimientos de atención médica.

En México la seguridad en la atención médica se ha constituido en una parte fundamental de los programas nacionales de salud en busca de una atención afectiva y de calidad accesible para toda la población.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Definición de Calidad

La palabra calidad tiene múltiples significados. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo.

La Calidad de la Atención de Salud es la provisión de servicios a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr su satisfacción.

Hay una serie de factores que inciden sobre la calidad, tales como la infraestructura de los sistemas de salud, entendiendo por esto un complejo sistema de recursos, y la forma como se usan para la utilización de los servicios.

La calidad se debe definir desde una serie de criterios que a continuación se mencionan y de los cuales se mezclan dependiendo del entorno en el cual se encuentre la persona, y de los objetivos que se quieran lograr:

- Eficacia: Se refiere a qué tan bien funcionan los servicios y cómo afectan la salud.
- Efectividad: "Es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana".
- Eficiencia: es el costo invertido para lograr un determinado estado o mejora en salud, manera menos costosa para el sistema, sino que se debe además evitar el desperdicio de estos servicios en personas que no lo necesitan,

Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud.

- Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

2.2.2 Características de la calidad

La medición de las opiniones de los usuarios es relevante por varias razones. En primer lugar, porque tomar en cuenta las expectativas y opiniones de los pacientes rompe con la dinámica unidireccional y asimétrica en la cual el proveedor pretende conocer lo que es bueno para los usuarios, tomando decisiones sobre asuntos relacionados con la salud de éstos y con la manera en que deben ofrecerse los servicios.

Desde este punto de vista, mejorar la participación de los usuarios en la definición de aspectos organizacionales y en la toma de decisiones con respecto a su salud es un acto congruente con un modelo de atención más respetuoso de los derechos de todos los actores de la atención a la salud.

En segundo lugar, ofrecer servicios acordes con las expectativas de los usuarios tiene un valor instrumental importante. Finalmente, debe considerarse que la calidad no es únicamente un asunto técnico.

Si no un ejercicio de las actividades bajo un esquema de máximo beneficio, que implica la interacción personal entre el médico y el paciente y respetando los derechos humanos básicos de éste, en aspectos claramente definidos como el respeto a su dignidad como persona, la calidad

de la información que se le proporciona al paciente respecto a su enfermedad, el mantenimiento de su confidencialidad y el respeto a su intimidad.

Bajo esta óptica de la calidad, explorar las opiniones de los usuarios es un ejercicio inaplazable para tener una visión completa del desempeño de los servicios de atención a la salud.

La medición de la satisfacción del paciente es una de las estrategias usadas con más frecuencia para conocer la percepción que tienen los usuarios acerca de los servicios que se le brindan en las unidades de atención. El monitoreo permanente del nivel de satisfacción tiene una gran ventaja: se deriva de una pregunta sencilla y usualmente entendible por todo tipo de usuarios.

Las personas que reciben una atención médica que resuelve o controla su padecimiento básico suelen tener altos niveles de satisfacción, a pesar de que pudieran haber tenido experiencias negativas en asuntos relacionados con tiempos de espera o con faltas de respeto.

El porcentaje más alto de satisfacción lo reportaron usuarios de centros de salud rurales acreditados (96.1%) y el más bajo los rurales no acreditados (93.5%). Las diferencias entre los diferentes tipo de centro fueron estadísticamente significativas. A fin de permitir una mejor visualización de las diferencias (Ruelas, 2012, p. 45).

En diversos estudios se ha documentado que sólo los eventos dramáticamente negativos llevan al usuario a manifestarse como insatisfechos y que esa es una de las Explicaciones a los altos niveles de satisfacción de los usuarios.

El análisis de las razones por las que la gente no regresaría a los centros de salud identifica claramente espacios que deben ser atendidos para mejorar la calidad integral de la atención.

Entre las causas exploradas, la que se reporta con menos frecuencia fue la relacionada con el cobro de servicios, la cual sólo fue argumentada por menos de 1% de los usuarios que dijeron que no regresarían a la unidad. No se encontraron diferencias mayores en las causas reportadas entre diferente tipo de centros, aunque debe acotarse que la baja frecuencia de reportes negativos le resta potencia al estudio para identificar diferencias significativas.

2.2.3 Calidad Percibida y participación ciudadana

Las percepciones y opiniones de los usuarios juegan un papel preponderante en la evaluación de los servicios de salud. Con independencia del análisis basado en indicadores de resultado o proceso, el estudio de las opiniones de los usuarios permite identificar áreas susceptibles de mejora y establecer medidas de ajuste a fin de ofrecer servicios acordes con las necesidades y expectativas de las personas para las que se diseñan y ofrecen los servicios de salud. La medición de las opiniones de los usuarios es relevante por varias razones.

Desde este punto de vista, mejorar la participación de los usuarios en la definición de aspectos organizacionales y en la toma de decisiones con respecto a su salud es un acto congruente con un modelo de atención más respetuoso de los derechos de todos los actores de la atención a la salud. En segundo lugar, ofrecer servicios acordes con las expectativas de los usuarios tiene un valor instrumental importante.

Ha sido demostrado que los pacientes satisfechos con la atención que reciben, que se sienten apreciados y valorados, y que no sienten su dignidad personal vulnerada en los servicios de salud, están más incentivados para buscar atención para sus padecimientos crónicos, ayudando así a mejorar los niveles de control de estos y favoreciendo la identificación temprana de patologías nuevas o complicaciones.

Finalmente, debe considerarse que la calidad no es únicamente un asunto técnico. La calidad, entendida como el ejercicio de las actividades bajo un esquema de máximo beneficio, implica que la interacción personal entre el médico y el paciente se realice respetando los derechos humanos básicos de éste en aspectos claramente definidos como el respeto a su dignidad como persona, la calidad de la información que se le proporciona al paciente respecto a su enfermedad, el mantenimiento de su confidencialidad y el respeto a su intimidad. Bajo esta óptica de la calidad, explorar las opiniones de los usuarios es un ejercicio inaplazable para tener una visión completa del desempeño de los servicios de atención a la salud. En el cual se les interrogaba acerca de su nivel de satisfacción general y sobre aspectos específicos de su interacción con los servicios de salud.

La medición de la satisfacción del paciente es una de las estrategias usadas con más frecuencia para conocer la percepción que tienen los usuarios acerca de los servicios que se le brindan en las unidades de atención. No obstante, tiene debilidades mayores que han sido ampliamente documentadas. Entre éstas, el hecho de que está fuertemente influenciada por el resultado técnico de la atención. Las personas que reciben una atención médica que resuelve o controla su padecimiento básico suelen tener altos niveles de satisfacción, a pesar de que pudieran haber tenido experiencias negativas en asuntos relacionados con tiempos de espera o con el respeto a sus personas.

La información derivada de la medición de satisfacción puede mejorarse si se añaden cuestionamientos que identifiquen las causas de satisfacción o insatisfacción de los usuarios. Esta fue precisamente la estrategia utilizada en la encuesta realizada a usuarios de centros de salud.

En primer lugar se les interrogó sobre cómo calificaban la calidad de la atención. Había cinco opciones para responder esta pregunta, las cuales iban desde muy malo a muy bueno. Con fines descriptivos, se consideró satisfechos a aquellos usuarios que respondieron que la calidad era buena o muy buena. Como es habitual, la gran mayoría de entrevistados (94.8%), calificó la atención recibida como buena o muy buena.

El porcentaje más alto de satisfacción lo reportaron usuarios de centros de salud rurales acreditados con 96.1% y el más bajo 93.5% los rurales no acreditados (Ruelas, 2012).. Las diferencias entre los diferentes tipo de centro fueron estadísticamente significativas. Para obtener información más específica, se interrogó sobre el nivel de satisfacción relacionado con diversos elementos de la atención. Las respuestas a esta pregunta evidencian, por un lado, un mayor nivel de satisfacción con los aspectos personales de la consulta, particularmente la atención médica y la de enfermería, que con los elementos estructurales.

Por otro lado, también apoyan la hipótesis de que la respuesta a la pregunta sobre satisfacción general está fuertemente mediada por el resultado del acto médico y se aísla de otros elementos de la atención.

Uno de los elementos esenciales del fortalecimiento de la atención primaria es el de otorgar espacios para la participación ciudadana a fin de que individuos y organizaciones puedan contribuir a la mejora de la atención y al diseño de modelos de atención más acordes con lo que los usuarios esperan.

En concordancia con esta propuesta global, en México el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD, 2018) ha establecido dentro de sus estrategias centrales la del fortalecimiento de la participación ciudadana a través de la figura denominada Aval Ciudadano.

Los avales ciudadanos son organizaciones de la sociedad civil o individuos de manera independiente que verifican la veracidad de la información en materia del trato ofrecido a los usuarios de los servicios de salud y que participan activamente aportando sugerencias para mejorar la calidad de la atención, particular pero no exclusivamente, en su componente interpersonal.

La participación de estos avales constituye un avance notable en la democratización de los asuntos relacionados con la salud poblacional que ayuda a romper la dinámica unidireccional de la atención, haciendo que ésta se convierta en un ejercicio más horizontal en el cual el usuario no sólo es un ente pasivo sino parte activa de la resolución de los problemas de salud individuales y colectivos.

2.2.4 Niveles de Evaluación de Calidad

Ello se logra a través del análisis de las causas y efectos de las funciones y actividades que se emprenden en una organización con apego a las leyes, y que están encaminadas al logro de las metas, objetivos y planes trazados. El proceso de planeación fomenta una filosofía organizacional y permite a la alta dirección contar con una herramienta administrativa cuyo conocimiento y aplicación por parte de los colaboradores es prioritaria.

La combinación con las políticas públicas y los marcos normativos y legales, aporta a las instituciones de salud un marco de referencia a partir del cual es posible medir el cumplimiento de sus obligaciones al momento de brindar la atención médica que requieren los ciudadanos (Salud en México, 2015, p. 220).

Con esta herramienta se puede identificar el grado de congruencia entre la asignación programática del gasto y el quehacer organizacional, y a partir de ello definir nuevas estrategias y prioridades para tutelar el derecho a la salud. En el caso del sector público federal, se requiere la revisión precisa de cuando menos los siguientes documentos:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- Ley Orgánica de la Administración Pública;
- Ley de Planeación;
- Plan Nacional de Desarrollo;
- Programas Sectoriales;
- Reglamento Interno y/o Estatuto Orgánico;
- Leyes específicas o relacionadas y sus Reglamentos, Acuerdos, Circulares y Decretos.

Para apoyar la aceptación de la planeación estratégica en todos los niveles de la organización, es de vital importancia la adhesión de la alta dirección, ya que sin ese empuje y convencimiento, no existirán los elementos de fuerza y convicción para que el personal operativo contribuya al logro de la misión, visión, objetivos y metas trazadas.

En el caso del Gobierno Federal, el desarrollo del país está diseñado por sexenios bajo el Sistema Nacional de Planeación Democrática, según se plasma en el artículo 1º, fracción II, del capítulo segundo de la Ley de Planeación; conducida por el titular del Ejecutivo Federal con la participación democrática de los grupos sociales, con base en el artículo 4º de la referida ley, entendiéndose para los efectos de esa norma a través de sus instituciones, la planeación nacional de desarrollo como la ordenación racional y sistemática de acciones que, con base en el ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política, cultural, de protección al ambiente y aprovechamiento racional de los recursos naturales, tiene como propósito la transformación de la realidad del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la propia Constitución y la ley establecen

2. En los niveles de evaluación de la calidad de la atención a la salud obliga a la generación e implantación de sistemas de evaluación de la calidad del servicio, a fin de identificar el grado de satisfacción de los usuarios y el tipo de incumplimiento de la normativa que existe alrededor de tal atención. Hoy la sociedad tiene a su alcance mucha más (y mejor) información, lo que con frecuencia se traduce en una mayor demanda de servicios, posibles malas percepciones, o una manifestación de sentimientos alrededor.

Análisis estratégico

El análisis puede llevarse a cabo mediante múltiples herramientas disponibles en la literatura administrativa. En este contexto, se cita el análisis FODA. (Sanchez, 2015, p. 10) Se debe subrayar que las interacciones en los planos de convergencia de la matriz utilizada y adaptada a la experiencia de las instituciones del sector salud en México, se pueden resumir en las siguientes coordenadas:

1. Fortaleza-Oportunidad (FO). Si bien resulta la posición más recomendada en la matriz mencionada, y sitúa a la organización en un estado sólido y bien definido, algunos de los servicios de salud federal, estatal a través de sus instituciones estatales o municipal, que se encuentran en este cuadrante, deberán ejercer acciones de continuidad basadas en las mejores prácticas y evitar poner en riesgo su fortaleza en un futuro.
- 2.-Fortaleza-Amenaza (FA). La mayoría de las instituciones que brindan atención médica institucional podrían ubicarse en este cuadrante, ya que cuentan con experiencia e infraestructura

para la prestación de servicios médicos, siendo su amenaza la falta de asignación de presupuesto o desviaciones en su uso.

3.-Debilidad-Amenaza (DA). Las instituciones que se encuentran en esta ventana presentan un riesgo importante, tanto para ellas como para los servidores públicos que participan en la atención médica que otorgan, pues al carecer de la infraestructura mínima y escasos recursos, sus acciones de carácter defensivo únicamente son suficientes para la subsistencia diaria.

4.-Debilidad-Oportunidad (DO). Las unidades prestadoras de servicios médicos que se encuentren en este cuadrante tendrán como objetivo mejorar las debilidades internas, pero con el aprovechamiento de las oportunidades externas que pudieran identificar.

Niveles de evaluación de la calidad en el campo de la salud

La calidad de la atención médica es producto de la interacción que guardan los requisitos legales, administrativos, deontológicos y éticos de la práctica clínica, y las obligaciones institucionales para la prestación de los servicios de salud, comparados con los resultados de las evaluaciones realizadas por los usuarios de dichos servicios.

El primer nivel de evaluación considera la calidad desde un enfoque integral, donde se incluyen la medición y el logro de las políticas, planes o proyectos institucionales.

La calidad de la atención en los centros de salud

Evaluación de la estructura, proceso y resultado, que permite identificar fortalezas y debilidades en la prestación de la atención médica con que cuenta la población. En el tercer nivel se mide la calidad de un servicio de salud para un problema específico, es decir, ante la posible falla, error u omisión en la prestación del servicio médico hacia un usuario en particular.

El campo de conocimiento que provee la evaluación de la calidad de la atención gira en torno a la seguridad de los pacientes, definida como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Su aseguramiento involucra el establecimiento de sistemas y procesos que buscan minimizar la probabilidad de cometer errores en ese proceso.

Es indudable que si existe una planeación de los servicios de salud basada en estrategias, prioridades, objetivos y metas, también deben existir herramientas que orienten el cumplimiento de los eventos trazados; por lo tanto, al ser las instituciones de salud entes vivos y en aprendizaje constante, deberán sujetarse a la aplicación de métodos de evaluación que permitan identificar si la calidad del servicio es adecuada, si la institución es eficiente y eficaz, y su grado de aceptabilidad y legitimidad ante la población, entre otras variables (Salud en México, 2015, p. 160).

Estos elementos plantean un desafío a la profesión médica en su misión de garantizar la calidad de la asistencia de salud, pero al mismo tiempo sugieren un reto para los gobernantes, encargados de generar políticas públicas acordes a las necesidades actuales y futuras de la población mundial.

2.2.5 Manuales y/o lineamientos de la calidad

La Acreditación como modelo de evaluación externa se originó hacia 1910 en Estados Unidos. Su propósito fundamental era estandarizar la práctica médica hospitalaria. a menudo, se realiza como un proceso voluntario que puede ser requisito de algunos sistemas de aseguramiento. En los países de habla inglesa se ha generalizado gracias a las organizaciones no gubernamentales y

al pago del servicio. Es un enfoque muy popular y hoy se identifican 36 países con modelos similares a la Acreditación (PAE, 2019, p.32)

La serie ISO 9000 es una familia de estándares desarrollados por la Organización Internacional de Normalización. Los primeros modelos de gestión de la calidad surgieron en el Reino Unido con los estándares ingleses. Debido a que originalmente se diseñaron para la industria, la apropiación de las normas ISO en salud no es universalmente aceptada. La principal razón por la que no se aceptan es su falta de claridad en la orientación hacia el logro de resultados clínicos. El modelo ha llegado a ser popular y se usa con mayor frecuencia en servicios de diagnóstico, especialmente en los laboratorios clínicos. El entusiasmo internacional por los estándares de calidad en salud ha llevado a una proliferación de interpretaciones en el cumplimiento de las normas ISO 9000 (Sanchez, 2015, p.25).

El enfoque *Visitatie* se originó y desarrolló en Holanda y hoy está firmemente arraigado en la profesión médica. Se basa en estándares explícitos de calidad clínica. Aunque en algunos aspectos es similar al modelo de Acreditación, su propósito es mejorar la calidad de la práctica médica mediante la evaluación de la calidad tanto del desempeño individual del clínico como de los equipos clínicos que realizan procesos en conjunto, por ejemplo en cirugía.

La Encuesta de Trato Digno inició su aplicación en el año 2001 a través del Sistema Nacional de Indicadores (INDICA), el cual, reconocía la necesidad de contar con información sobre este importante tema. Para el año 2002, con el afán de contrastar resultados, el Aval Ciudadano, figura constituida en el año 2001 inicia la medición del trato digno con los mismos instrumentos que lo hacía el personal de los establecimientos de salud (INDICAS, 2018, p. 7),.

Actualmente, se tiene una mayor credibilidad y confianza en los resultados obtenidos por el Aval, quien realiza su trabajo de manera voluntaria y altruista sin percibir ninguna remuneración.

Por tal motivo, se reconoce al Aval Ciudadano desde su creación como un participante activo e independiente en el monitoreo de la calidad y el trato digno otorgado en los servicios de salud de México, y que a través de más de 15 años de trabajo continuo y solidario en favor de la ciudadanía en general y de los usuarios de los servicios de salud en particular, ha demostrado en forma patente que la participación ciudadana ha colaborado en la mejora de la prestación de los servicios de salud, y que han contribuido a la mejora de la calidad y el trato digno (DGCES, 2019).

2.2.6 Procedimientos de Calidad aplicados al modelo de Salud

Comparar la opinión de los usuarios acerca de la atención y trato recibidos en las unidades de salud por medio de las Encuestas de Satisfacción que realizan dos de las más importantes figuras que conforman el Sistema Nacional de Salud: del Aval Ciudadano y los Servidores Públicos de las unidades (SESTAD, 2018, p. 26), es de gran relevancia para conocer de forma transparente dos vertientes: institucional y ciudadana, las cuales se complementan en relación a la percepción del trato y atención que reciben en las unidades y traducir este conocimiento en indicadores que de forma cuantitativa les permitan establecer las acciones de mejora que deben implementar y mantener para garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad.

El reto no está terminado, para dar mayor transparencia y difusión de los resultados del indicador de trato digno se ha creado el Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD), en donde se podrá tener una visión comparativa de los dos monitoreos: Institucional y Ciudadano (SESTAD, 2018, p. 40).

La nueva encuesta de Trato Adecuado y Digno se aplicará en el Sector Salud a través de los Avaes Ciudadanos y el personal de salud, de esta forma se podrá comparar de manera local con los resultados que emita la autoridad de los establecimientos de atención médica quienes aplicarán el mismo instrumento de medición.

Este hecho, dará mayor transparencia y apertura a los usuarios de la información publicada y procesada a través del (SESTAD), lo anterior mostrará lo que ocurre en materia de trato adecuado y digno.

Por último, contrastar los resultados y las acciones que realizan las instituciones del Sector Salud de forma independiente y responsable, contribuye a evaluar los servicios de salud, lo que continuará mostrando la percepción de los usuarios sobre las instituciones de salud y coadyuvar a mejorar la confianza de la sociedad civil en lo que se refiere a la calidad de los servicios de salud.

Conocer el desempeño de las unidades de salud en relación al trato adecuado y digno nos permite en el Sector Salud identificar las oportunidades para brindar servicios de calidad que permitan a los usuarios una experiencia satisfactoria en los diferentes servicios de las unidades médicas de nuestro país.

CAPITULO III ACREDITACION

3.1 Que es la Acreditación

Se define como un proceso formal y voluntario de evaluación externa que se basa en estándares nacionales o criterios predeterminados. El proceso de acreditación se repite con regularidad e incluye la emisión de un juicio por parte de los evaluadores (Groene, 2014, p. 22)

Por lo general, lo lleva a cabo una agencia no gubernamental mediante una evaluación externa por pares para determinar si una organización de salud cumple los estándares preestablecidos. El término acreditación también se usa en paralelo con términos como educación, participación y profesionalización.

Los estándares predeterminados: Son óptimos y alcanzables, están diseñados para alentar la mejora continua de la calidad en los esfuerzos realizados por las organizaciones de salud. Permiten que la acreditación se otorgue mediante una evaluación en el sitio realizada por un equipo de pares evaluadores. Típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años. La acreditación es un proceso voluntario en el cual las organizaciones eligen participar sin que alguna ley o reglamento así lo requieran.

La acreditación puede ser aplicada en todo el hospital como sistema de gestión o por dirección de servicios y actividades profesionales. La forma más temprana y común de la acreditación se aplica en organizaciones de salud completas como son los hospitales, los centros de salud o ambulatorios, etc. Como puede observarse, los términos acreditación y certificación son bastante similares, de allí su uso indistinto y en ocasiones confuso. (Zeribi, 2015, p. 68)

Los estándares sirven para definir el nivel de calidad requerido para asegurar los servicios del cuidado del paciente, o servicios de salud, así como la disponibilidad de medicamentos según el tipo de la farmacia.

Estos estándares también definen las capacidades que debe tener una organización de salud para convertirse en un centro u hospital autorizado. Por ejemplo, para obtener una licencia en una jurisdicción particular, se requiere que la organización de salud proporcione servicios de cirugía, enfermería, farmacia y laboratorio. Una vez cumplidos los estándares, se puede autorizar la apertura de un hospital, Y/o Unidades de Salud.

Originalmente, los sistemas de acreditación fueron diseñados para proteger a la profesión médica de los efectos de la infraestructura, equipamiento y organización deficientes. Sin embargo, ha habido avances notables hacia la mejora de los procesos.

Este aspecto de la calidad ha sido tratado en diversos foros internacionales dedicados a la calidad en los servicios de salud. Si bien por una parte la acreditación refleja un compromiso con la infraestructura, también está comprometida con tratamientos nuevos y enfoques clínicos mejores.

La historia de la acreditación muestra que el énfasis ha pasado de la estructura a la práctica clínica. Se acepta el rol de la acreditación como una herramienta de amplio espectro en el ámbito político de los sistemas de salud. Para que los sistemas de salud tengan sentido y credibilidad, los sistemas de acreditación deben reflejar la realidad política local (Roque, 2016, p. 212)

3.2 Características de la Acreditación

Como ya se ha descrito en forma general para la evaluación externa, todo programa de acreditación requiere: 1) Estándares 2) organización que dé soporte al proceso; 3) lineamientos. 4) observadores o verificadores; y 5) un informe. La acreditación tiene más de 50 años en proceso de mejora tanto de los estándares como de la operación en su conjunto. En seguida se describen las características específicas de cada uno de los elementos.

1. Tipos de estándares

Los estándares pueden ser vistos como los requerimientos mínimos con los que una comunidad estaría razonablemente contenta. Pero, en términos profesionales, no suele ser aceptable el nivel mínimo de operación pues sugiere que sólo los niveles muy bajos pueden ser inaceptables.

Ésta es una diferencia entre regulación y acreditación. La regulación trabaja con los estándares mínimos, esto es, una licencia se otorga con base en éstos. Al paso del tiempo, se ha logrado que los estándares de acreditación representen la excelencia. La idea es ir incrementando los indicadores clínicos que han de ser usados en un departamento o área que presenten problemas potenciales en la entrega de resultados del cuidado de la salud (Dror, 2014).

Por lo general, en un principio los estándares se desarrollan con la asistencia de un grupo de expertos de diferentes campos. Asimismo, pueden participar en el proceso una o más organizaciones consultoras. Además, suele contarse con la colaboración de investigadores, consejeros de diferentes especialidades y expertos en la legislación correspondiente.

Cuando el sistema de acreditación es por mandato legal, la responsabilidad del proceso de diseño y establecimiento de estándares recae en el gobierno; cuando no es por mandato, la responsabilidad es de las organizaciones autorizadas para otorgar la acreditación. La revisión regular de los estándares asegura su relevancia continua, además de ser una parte importante del desarrollo del proceso.

El evaluador es un profesional, que además requiere ser entrenado en habilidades y técnicas de observación, recopilación de información y supervisión. Reúne información relevante acerca del cumplimiento del hospital, o unidad de salud, buscando documentar en especial lo señalado por los estándares.

El manejo y control de los evaluadores constituye una actividad crítica para una organización de acreditación. Es indispensable garantizar la congruencia, credibilidad e imparcialidad de los evaluadores, pues la validez y confiabilidad del programa dependen de esta importante función.

Por lo general, el equipo de evaluadores entrega el informe a un grupo de expertos que funge como comité de dictamen. Este comité evalúa el informe y toma la decisión de acreditar o no a la institución evaluada. Al comité de dictamen también se le conoce como comité o comisión de acreditación, junta de profesionales, e incluso.

El estatus y composición del grupo es variable. Con frecuencia, participan en él directores, profesionales de la salud independientes, evaluadores, administradores clientes, representantes de los cuerpos de acreditación, directores ejecutivos, representantes de las instituciones y representantes de la sociedad. En caso de desacuerdo o no acreditación, la decisión es referida a un alto cuerpo directivo. Muchas de las organizaciones de acreditación designan un periodo

máximo entre la evaluación y la decisión de acreditación que preferentemente va de 30 a 45 días, para el dictamen final. (Ávalos, 2010, p. 9)

2.- El proceso de evaluación

Todos los modelos comparten las diferentes etapas de la evaluación. Asimismo, requieren que la organización proporcione información preliminar y que tenga la capacidad de tomar decisiones con base en documentos seleccionados. Algunos

modelos cuentan con cuestionarios de autoevaluación (cuyo contenido va desde datos básicos y capacidad de respuesta, hasta listas de cumplimiento de los estándares).

La visita de evaluación, llevada a cabo por un grupo de profesionales entrenados y calificados, tiene como objetivo reunir datos. Posteriormente, los evaluadores elaboran un informe escrito de los hallazgos encontrados en relación con los estándares aplicados. Además del informe de hallazgos, y la puntuación ya determinadas que servirá para emitir conclusiones con respecto del otorgamiento del documento o certificado de acreditación a la institución evaluada (Mejías, 2013, p. 13)

3.- Lineamientos

Actualmente se trabaja en la creación de un indicador de resumen, un solo número que pueda describir la calidad de una organización. Sin embargo, aunque es deseable contar con una medida resumen, esta alternativa tiene limitaciones. La acreditación ofrece un gradiente de puntuación,

no obstante, tiende a aplicarlo para toda la institución, aunque existan departamento o áreas donde no se hubiera alcanzado esa puntuación (Vásquez, 2015, p. 42). Por lo tanto, una sola medida no ofrece un panorama real de toda la organización. Una solución aproximada del problema sería la utilización de un sistema multivariado de puntuación, que no existe a la fecha. Estos problemas no sólo se presentan en la interpretación de la medición, sino también en los juicios individuales emitidos por los evaluadores, quienes requieren asignar un valor (cualitativo o cuantitativo, en la mayoría de los casos) durante el proceso de verificación.

4.- Observadores y Verificadores

La visita de los observadores llevada a cabo por un grupo de profesionales entrenados y calificados, tiene como objetivo reunir datos. Posteriormente, se elaboran un informe escrito de los hallazgos encontrados en relación con los estándares aplicados. Además del informe de hallazgos, se usan las escalas y la puntuación ya determinadas para eventualmente emitir conclusiones con respecto del otorgamiento del documento o certificado de acreditación a la institución evaluada (Minondo, 2019, p. 28)

El propósito de la verificación es recopilar la información pertinente para la elaboración del informe. Durante la revisión propiamente dicha, se realizan diferentes actividades cuyo propósito es garantizar cierto nivel de consistencia. Los elementos presentes en la revisión suelen ser:

- Revisión de la documentación.
- Entrevistas al personal y pacientes.
- Muestra de registros médicos y de otro tipo.
- Visitas de observación.

5.- Informe

El contenido del informe es variable dependiendo de la organización de acreditación. Algunos equipos describen el cumplimiento y el no cumplimiento de la institución evaluada según estándares explícitos; otros equipos de acreditación redactan informes que sólo incluyen las áreas de no cumplimiento. El método favorito consiste en lograr un equilibrio entre las recomendaciones de mejora y los comentarios positivos acerca de la práctica correcta encontrada.

3.3. Importancia de la Acreditación en el sector salud

Por primera vez en la historia, en materia de salud de nuestro país se auditan establecimientos para la prestación de servicios de salud, como una competencia conferida por la Ley General de Salud (LGS, 2004, p. 30) mediante su Reglamento correspondiente, con la finalidad de legitimar su incorporación y permanencia en la oferta de servicios del Seguro Popular. Sin duda, dicha acción marca un hit, en la administración pública de servicios de atención médica en México, ya que el modelo se sustenta en un marco jurídico, que lo hace obligatorio y cuya vigencia determina un financiamiento para las unidades que acrediten y la necesidad de un reforzamiento de aquellas que no acreditan. Es un proceso dirigido inicialmente al sector público y difiere de la estrategia de certificación de hospitales, con la que se evalúan en forma voluntaria los hospitales en otros países, incluyendo el nuestro. El proceso de acreditación para ser proveedor de servicios médicos del Sistema de Protección Social en Salud, audita establecimientos con el objetivo de que desempeñen una tarea específica que asegure mínimos indispensables en la prestación de servicios con capacidad, seguridad y calidad para proporcionar atención a padecimientos

incluidos dentro de un Catálogo Universal de Servicios de Salud y padecimientos incluidos dentro del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que el gobierno federal en conjunto con los gobiernos estatales pone a disposición de la población que hasta entonces no contaba con seguridad social, mediante una política nacional de Protección Social en Salud.

ANTECEDENTES

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se estableció con motivo de las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, por lo cual se elaboró el Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, publicado el 5 abril de 2004. En la mencionada reforma se establece la institucionalización del SPSS, cuya conducción está a cargo de la Secretaría de Salud, y los servicios estatales de salud de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias. El mecanismo de implantación del SPSS fue gradual en Coordinación con las 31 entidades federativas. El proceso se inició con la firma de convenios para ingresar al Seguro Popular –estrategia concreta del SPSS– entre los estados y la SSA. Tras la firma del convenio entre ambas dependencias, automáticamente se desencadenaba la inscripción de establecimientos, tanto del primero como del segundo nivel de atención. Ello legitimaba la capacidad de oferta inicial de 92 intervenciones del Catálogo de Beneficios Médicos, denominado Cabeme, el cual actualmente se conoce como Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES, 2018, p. 54), que contiene 249 intervenciones. Dicha situación generó la necesidad de validar técnicamente los establecimientos inscritos, a efecto de garantizar la presencia y funcionalidad de mínimos indispensables para la oferta de las intervenciones citadas, situación que quedó incorporada en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Las modificaciones a los reglamentos señaladas anteriormente confirieron soporte jurídico al proceso de acreditación,

convirtiéndolo en obligatorio para aquellos establecimientos ya incorporados al Seguro Popular o para los que apenas desean incorporarse. Inicialmente este proceso se orientó a establecimientos públicos, con el fin de fortalecer la infraestructura en salud de los establecimientos dependientes de los servicios estatales de salud.

El concepto calidad para la acreditación se establece en mínimos de eficiencia, oportunidad y buen, trato exigibles en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente. El concepto capacidad se considera como el mínimo indispensable de estructura, conocimientos del personal y equipamiento, exigible para la correcta intervención en los procesos de atención médica. El concepto seguridad queda definido como las condiciones mínimas indispensables para el bienestar físico de los pacientes y los elementos técnicos y morales exigibles para una práctica médica segura.

OBJETIVOS

1. Definir y difundir, en los establecimientos que participen en el SPSS, los requerimientos técnicos mínimos y de procesos de gestión que servirán de base para la atención a los beneficiarios.
2. Evaluar el apego a los requerimientos mínimos que indica el manual, relacionados con los programas de prevención y protección de la salud, así como de vigilancia epidemiológica.
3. Promover la gestión de calidad en los diferentes tramos administrativos y operativos de la SSA en los estados.
4. Otorgar acreditación a establecimientos que cumplan lo establecido en el manual vigente.

El Comité para la Acreditación está representado, sólo para este fin, por la Subsecretaría de Innovación y Calidad, instancia encargada de emitir el dictamen de acreditación. Está integrado por el subsecretario de Innovación y Calidad (presidente), el director general de Calidad y Educación en Salud (secretario) y el director de Impulso a la Gestión de Calidad (vocal). El Manual para la Acreditación establece los mínimos indispensables para que un establecimiento sea considerado dentro del SPPS. En el Manual para la Acreditación se identifica a los usuarios, los estándares a cumplir y los indicadores de desempeño y satisfacción clasificados en: capacidad, seguridad y calidad, según sea el caso. El procedimiento de acreditación es llevado a cabo con absoluto respeto, objetividad, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes. La SSA, a través de la DGCES se reserva el derecho de realizar seguimiento de los resultados obtenidos durante el proceso de acreditación. Este seguimiento se realizará con base en un plan interno de trabajo.

El Manual para la Acreditación, además de contar con la metodología, contiene los estándares, en formato de cédulas, construidas para evaluar los centros de salud y hospitales, en tres grandes apartados:

La capacidad Para responder a la demanda. Se refiere a contar con los mínimos indispensables de capacidad física y técnica, para la atención de la patología establecida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud. Seguridad. Principales aspectos de seguridad del paciente y práctica médica segura durante el proceso de atención médica y estancia en el establecimiento.

Calidad. Factibilidad técnica en el desarrollo de mínimos de gestión de calidad que coadyuven a los procesos de mejora continua y apego a los principales programas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

La Evaluación tiene tres modalidades:

- CAUSES. Evalúa las 249 intervenciones a las que todo establecimiento deberá tener capacidad de identificar, corregir, rehabilitar o en su caso referir para su control.
- Gastos catastróficos. Evalúa seis patologías: cáncer cervicouterino, leucemia linfoblástica aguda, vih/sida, neonato con insuficiencia respiratoria aguda y prematuridad, cáncer en niños y adolescentes y cataratas.
- Auditoría por redes. En ella se pretende evaluar la conectividad entre las unidades, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia, las acciones preventivas versus las curativas en la atención de patología de curso crónico. Esta modalidad no se encuentra aún en operación.

De forma muy resumida, los estándares establecen lo siguiente:

1. Se garantizará la atención oportuna y el trato digno en los servicios a los pacientes y familiares, en su caso.
2. Se brindará a la población lo establecido en el Artículo 77 bis, inciso 9, de la Ley General de Salud (LGS, 2004, p. 34, donde se considera que los establecimientos deberán ofertar, al menos en las prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud, la programación de las citas, la continuidad de la atención, la integración del expediente clínico, la prescripción y el surtido garantizado de medicamentos, así como la información al usuario sobre su diagnóstico y pronóstico, incluyendo la orientación correspondiente al tratamiento.
3. La organización deberá conocer y aplicar las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) correspondientes a los procesos de atención médica y programas de Salud Pública

correspondientes, y demostrar la competencia profesional del personal médico y paramédico que labora en el establecimiento.

4.- La dirección de los establecimientos deberá planear, dirigir, mejorar los procesos y gestionar los recursos necesarios para la adecuada cobertura de atención, así como una estrecha coordinación con la jurisdicción sanitaria correspondiente para el manejo y control de la vigilancia epidemiológica y de la operación de programas de Salud Pública.

5.-Se contará con un Sistema de Referencia/Contrarreferencia y deberá cumplir con los mecanismos que demuestren la eficiencia del mismo, además de mecanismos de prestación o contraprestación de servicios si es de la misma institución, o de subrogación si es por otras instituciones, en caso de requerir de mayor capacidad de respuesta.

El mecanismo de calificación es únicamente de cumple (un punto) y no cumple (cero puntos). En el caso de que un concepto no sea requerido para un determinado tipo de establecimiento, existe la opción “no aplica”. En la cédula de acreditación, el criterio de capacidad representa el 60% de la calificación global de la evaluación, lo que determina la capacidad del establecimiento. Los criterios de seguridad representan un 20% de la calificación y el 20% restante corresponde al criterio de calidad. Como condición para que un establecimiento permanezca en el sistema, deberá contar con el dictamen de acreditación que emita la Subsecretaría de Innovación y Calidad como resultado de la aplicación del proceso de evaluación que se establezca en el manual vigente con base en la sección segunda del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Consecuentemente, el citado Reglamento, en su artículo 29, determina que en los casos que se genere un dictamen no favorable o condicionado, el establecimiento será informado acerca de los criterios no cumplidos a efecto de que éstos sean resueltos por la instancia correspondiente y sea evaluado nuevamente, en un plazo no mayor a 12

meses. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, programará y realizará la visita de evaluación previa gestión de la entidad. Por ningún motivo, un establecimiento permanecerá en el sistema prestador de servicios mientras no haya cumplido satisfactoriamente con la evaluación y sea dictaminado como acreditado por el Comité..

Las cédulas de evaluación están en constante actualización y mejora, ya que se han modificado cada vez que el Catálogo incrementa el número de intervenciones. Específicamente, el inventario de medicamentos es el que sufre mayores modificaciones

El equipo de evaluación se integra con personal de la Secretaría de Salud federal, personal médico de servicios de salud estatal y líder de calidad en las entidades federativas autorizado para ejercer las funciones en la materia, quienes fueron capacitados previamente. La responsabilidad del proceso de evaluación recae en el titular de la Subdirección de Calidad de la Atención Médica. Como un mecanismo de control que garantice la imparcialidad de la evaluación, se ha normado que el equipo evaluador no pertenezca al mismo estado en donde se realiza la acreditación. Para cada visita se integra un equipo de tres evaluadores, cuyo perfil depende del tipo o complejidad de los establecimientos a evaluar. Fundamentalmente, las actividades del equipo son: evaluar las unidades, procesar la información y preparar un expediente que es enviado al Comité de Acreditación, mismo que emite el dictamen.

El proceso de evaluación se desarrolla con auditores de dos diferentes grupos: los auditores federales, cuya función primordial, además de auditar, es coordinar a los auditores estatales; estos últimos son médicos, enfermeras, trabajadores sociales o ingenieros biomédicos. En el ámbito federal existe una subdirección y una jefatura de departamento, encargados de elaborar el programa de trabajo, realizar las funciones de coordinación con los estados, coordinar y controlar a los equipos de auditoría, además de la coordinación logística. Una vez efectuadas las

coordinaciones, los auditores federales en conjunto con los estatales, se reúnen el domingo previo al inicio de la visita con personal de los servicios estatales de salud a evaluar, para afinar los detalles de las visitas al siguiente día. El lunes por la mañana, salen los equipos de trabajo a las unidades.

La evaluación de CAUSES en el primer nivel de atención se realiza al seleccionar una muestra de 30% del total de unidades propuestas por los SESA's para su acreditación. Se requiere un mínimo de 20 unidades en un ámbito geográfico para proceder a la selección de la muestra. Si una de las unidades muestra no acreditase, automáticamente todo el bloque se considerará no acreditado, mientras que por el contrario si la muestra acredita, todas las que conforman el grupo recibirán su acreditación. Para garantizar que la visita de evaluación sea eficiente es importante que los SESA's preparen adecuadamente a sus unidades médicas y realicen con honestidad la fase de autoevaluación.

DICTAMEN

El comité interno evalúa el informe, así como los resultados de la evaluación y decide la procedencia, para lo cual prepara un dictamen preliminar, que envía al Comité para la Acreditación. Este último resuelve, según sea el caso, y comunica oficialmente el dictamen a los SESA's con copia al establecimiento médico. En gastos catastróficos, si el dictamen es favorable, pero condicionado por haber obtenido un puntaje de 70 a 89, los SESA's deberán presentar un Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios, con el fin de resolver las necesidades detectadas y los requerimientos en las áreas correspondientes. En el caso de CAUSES, como ya se mencionó anteriormente, si el dictamen no es favorable para una sola de las unidades de primer nivel de la muestra, se reiniciará el proceso, además de elaborar el Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios. Si el dictamen es favorable, se comunica a

las mismas instancias involucradas. Se cuenta con una calificación cuantitativa gradual de dictamen: acreditado (90 a 100 puntos), acreditado condicionado (70 a 89 puntos), y no acreditado (menos de 70 puntos), además de un acta con recomendaciones anexas y, en su caso, la Constancia de Acreditación.

3.4. Modelos de Acreditación

Modelos de evaluación externa más comunes

Acreditación

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

ISO 9000

La serie ISO 9000 es una familia de estándares desarrollados por la Organización Internacional de Normalización. Los primeros modelos de gestión de la calidad surgieron en el Reino Unido con los estándares ingleses. Debido a que originalmente se diseñaron para la industria, la apropiación de las normas ISO en salud no es universalmente aceptada. La principal razón por la que no se aceptan es su falta de claridad en la orientación hacia el logro de resultados clínicos. El modelo ha llegado a ser popular y se usa con mayor frecuencia en servicios de diagnóstico,

especialmente en los laboratorios clínicos. El entusiasmo internacional por los estándares de calidad en salud ha llevado a una proliferación de interpretaciones en el cumplimiento de las normas ISO 9000.

Visitatie

El enfoque Visitatie se originó y desarrolló en Holanda y hoy está firmemente arraigado en la profesión médica. Se basa en estándares explícitos de calidad clínica. Aunque en algunos aspectos es similar al modelo de Acreditación, su propósito es mejorar la calidad de la práctica médica mediante la evaluación de la calidad tanto del desempeño individual del clínico como de los equipos clínicos que realizan procesos en conjunto, por ejemplo en cirugía. El propósito es la mejora y no la obtención de un certificado de cumplimiento.

A finales de la década de 1980, la Comunidad Europea creó la EFQM. Hoy se considera al Modelo EFQM como un enfoque de búsqueda de la excelencia. Aunque desde sus orígenes fue concebido como un modelo de mejora continua que habría de ser revisado cada año, fue diez años más tarde cuando se revisó el modelo en su conjunto **y se le dio el nombre de Modelo de Excelencia EFQM**. Constituye un marco de referencia para estructurar, evaluar y mejorar la gestión de la calidad de cualquier organización. Tiene como fundamento el concepto de calidad total. Con el antecedente de experiencias en otros países, entre ellas el Premio Malcom Baldrige de Estados Unidos y el Premio Deming de Japón, la EFQM establece el Premio Europeo de la Calidad, mismo que fue convocado y otorgado por primera vez en 1992.

3.5. Acreditación aplicada a los Sistemas de Salud

En años recientes, el objetivo de la evaluación externa de la calidad en las organizaciones de salud ha sido mejorar la calidad de los servicios prestados, y ha trascendido la mera medición de la calidad para evolucionar hacia la implantación de programas de mejora. La evaluación externa de la calidad, potencialmente, es un camino efectivo para mejorar la calidad de la atención a la salud. En los últimos años, el objetivo de lograr la calidad en los servicios ha cambiado de enfoque al pasar de recalcar el contenido de la atención a un énfasis en la gestión de la provisión del servicio. Este énfasis es particularmente evidente en Europa, donde se observa un aumento de la conciencia de la calidad, cambios en los servicios de salud y en su financiamiento, y un aumento en las expectativas de los consumidores hacia el logro de una mejor salud. Antes de pasar a la descripción histórica y analítica de los modelos de evaluación externa más comunes para las organizaciones de atención a la salud, es necesario delimitar la semántica de la evaluación externa, ya que es común confundir los términos Acreditación, Certificación y Licenciamiento, o bien, su significado cambia de un país a otro. Primero, estos términos se definirán desde el ámbito internacional, para posteriormente delimitar su uso en México.

Se define como un proceso formal y voluntario de evaluación externa que se basa en estándares nacionales o criterios predeterminados. El proceso de acreditación se repite con regularidad e incluye la emisión de un juicio por parte de los evaluadores. Por lo general, lo lleva a cabo una agencia no gubernamental mediante una evaluación externa por pares para determinar si una organización de salud cumple los estándares preestablecidos.

Son óptimos alcanzables, y Están diseñados para alentar la mejora continua de la calidad en los esfuerzos realizados por las organizaciones de salud. Permiten que la acreditación se otorgue mediante una evaluación en el sitio realizada por un equipo de pares evaluadores, típicamente se

lleva a cabo cada dos o tres años. Permiten que la acreditación sea un proceso voluntario en el cual las organizaciones eligen participar sin que alguna ley o reglamento así lo requieran.

La acreditación puede ser aplicada en todo el hospital como sistema de gestión o por dirección de servicios y actividades profesionales. La forma más temprana y común de la acreditación se aplica en organizaciones de salud completas como son los hospitales, los centros de salud o ambulatorios, etc.

Originalmente, los sistemas de acreditación fueron diseñados para proteger a la profesión médica de los efectos de la infraestructura, equipamiento y organización deficientes. Sin embargo, ha habido avances notables hacia la mejora de los procesos. Este aspecto de la calidad ha sido tratado en diversos foros internacionales dedicados a la calidad en los servicios de salud. Se parte del supuesto de que todas las prácticas pueden ser mejoradas, lo que implica un esfuerzo continuo de los profesionales hacia el logro de los mejores estándares. Si bien por una parte la acreditación refleja un compromiso con la infraestructura, también está comprometida con tratamientos nuevos y enfoques clínicos mejores. La historia de la acreditación muestra que el énfasis ha pasado de la estructura a la práctica clínica. Se acepta el rol de la acreditación como una herramienta de amplio espectro en el ámbito político de los sistemas de salud. Para que los sistemas de salud tengan sentido y credibilidad, los sistemas de acreditación deben reflejar la realidad política local.

La acreditación tiene varios propósitos, tantos como grupos de interés participen en los servicios de salud. Para el profesional de la salud, el propósito principal es crear el ambiente adecuado para la práctica clínica. Para el paciente, es contar con información objetiva de las organizaciones donde se atiende su salud, promoviendo la efectividad de los procesos clínicos más frecuentes. Y finalmente, para el sistema de salud, la acreditación es una forma de rendir

cuentas de la responsabilidad social del ejercicio del presupuesto, fomenta la homogeneidad de los servicios en el sector, potencia la coordinación, integración y continuidad de la atención e introduce un modelo de gestión de la calidad.

3.6 Manuales y/o Lineamientos Operativos de Acreditación

Hoy en día, existen programas operativos de acreditación independientes específicos, como por ejemplo: Cardiología, Patología clínica, Diabetes, Medicina familiar, Promoción de la salud, Expedientes clínicos, Neurología, Enfermería, Medicina nuclear, Terapia intensiva y Medicina del deporte, principalmente

El Manual para la Acreditación, además de contar con la metodología, contiene los estándares, en formato de cédulas, construidas para evaluar los centros de salud y hospitales, en tres grandes apartados:

- a) **Capacidad.** Para responder a la demanda. Se refiere a contar con los mínimos indispensables de capacidad física y técnica, para la atención de la patología establecida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud.
- b) **Seguridad.** Principales aspectos de seguridad del paciente y práctica médica segura durante el proceso de atención médica y estancia en el establecimiento.
- c) **Gastos catastróficos.** Evalúa seis patologías: cáncer cervicouterino, leucemia linfoblástica aguda, VIH/SIDA, neonato con insuficiencia respiratoria aguda y prematuridad, cáncer en niños y adolescentes y cataratas.

Auditoría por redes. En ella se pretende evaluar la conectividad entre las unidades, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia, las acciones preventivas versus las curativas en la atención de patología de curso crónico. Esta modalidad no se encuentra aún en operación.

Se brindará a la población lo establecido en el Artículo 77 bis, inciso 9, de la Ley General de Salud, donde se considera que los establecimientos deberán ofertar, al menos en las prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud, la programación de las citas, la continuidad de la atención, la integración del expediente clínico, la prescripción y el surtido garantizado de medicamentos, así como la información al usuario sobre su diagnóstico y pronóstico, incluyendo la orientación correspondiente al tratamiento. La organización deberá conocer y aplicar las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) correspondientes a los procesos de atención médica y programas de Salud Pública correspondientes, y demostrar la competencia profesional del personal médico y paramédico que labora en el establecimiento. La dirección de los establecimientos deberá planear, dirigir, mejorar los procesos y gestionar los recursos necesarios para la adecuada cobertura de atención, así como una estrecha coordinación con la jurisdicción sanitaria correspondiente para el manejo y control de la vigilancia epidemiológica y de la operación de programas de Salud Pública.

Se contará con un Sistema de Referencia/Contrarreferencia y deberá cumplir con los mecanismos que demuestren la eficiencia del mismo, además de mecanismos de prestación o contraprestación de servicios si es de la misma institución, o de paciente.subrogación si es por otras instituciones, en caso de requerir de mayor capacidad de respuesta.

El COCASEP, se conceptualiza como: Órgano colegiado de carácter técnico consultivo que tiene por objeto analizar los problemas de la calidad de atención en los establecimientos de salud y establecer acciones para la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente.

CAPÍTULO IV. DIAGNÓSTICO POBLACIONAL DEL CENTRO DE SALUD CHIPITLAN.

4.1 Antecedentes Históricos del Centro de Salud Chipitlan

En Cuernavaca el sector salud ha trabajado en función de la prevención de enfermedades, tratamiento, disminuyendo inequidades en la salud y en general mejorando la salud de las personas siendo necesario contar con un diagnóstico integral de la salud.

La población en Cuernavaca perteneciente al área de influencia del Centro de Salud Chipitlán, cuyo diagnóstico es importante como estudio, en base a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2018), y del área de estadísticas de la jurisdicción sanitaria número I, datos de morbilidad y mortalidad del Centro de Salud Chipitlán y registros históricos de la colonia. Se identificara la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los problemas de salud facilitando una solución mediante medidas de prevención, dándole un buen uso a los recursos naturales del lugar.

Los componentes físicos y sociales de la colonia Chipitlán, permiten identificar las características y problemáticas de salud que se presentan, ayudando a prevenir algunas enfermedades y brindando un beneficio a la colonia y a sus habitantes.

A lo largo del tiempo se han ido ampliando los conocimientos sobre los factores que perturban a la salud de las personas, siendo no solo los aspectos biológicos los que necesitan detección y atención, sino también los factores sociales y ambientales, los cuales requieren para su atención

un abordaje de coordinación intersectorial aplicando una estrategia global dirigida a la población en su totalidad (Diagnóstico de la salud, 2019, p. 9)

Se pretende conocer la evolución o retroceso de alguna enfermedad las razones de su surgimiento y las posibles soluciones, brindando atención, confianza y seguridad a los pacientes, con el objetivo de lograr disminuir la morbilidad en la población.

El conocer las necesidades de salud de la población mediante análisis sustancioso, ayuda a proponer a la comunidad modelos de prevención, que conlleven a una mejor condición física y de salud, beneficiándolos aún más.

Consideramos relevante que la información sea utilizada por parte de la comunidad para que estos puedan conocer su situación en salud y así ser generadores de propuestas para solución de los problemas encontrados.

La situación de salud de una población está determinada por el estado biológico, los aspectos sociales y ambientales de la misma. El conocer los factores que intervienen en el estado de salud y el grado de impacto de estos, es de suma importancia para poder ejercer acciones de cambio, estrategias preventivas y toma de decisiones oportunas por parte de las autoridades sanitarias.

Realizar un diagnóstico integral de salud poblacional de la colonia Chipitlán en Cuernavaca Morelos, durante el periodo agosto 2017- julio 2018. Difundiendo información sobre medidas preventivas de salud, alimentación y cuidados, ofreciendo estrategias de trabajo mediante intervenciones de salud, en relación a las diferentes necesidades de la población. Se pretende mejorar la condición de vida de los habitantes que radican en la colonia Chipitlán, sin importar

su condición social, política y/o religiosa, dándoles bases y fundamentos para mejorar su estado de salud y calidad de vida (Diagnóstico de la salud, 2019, p. 20).

4.2. Características de la población del Centro de Salud.

Chipitlan está situado dentro de la localidad y municipio de Cuernavaca, Morelos. Exactamente a 5.79 km (hacia el SW) del centro geográfico del municipio de Cuernavaca. Y está localizado a 4.79 km (hacia el S) del centro de esta ciudad, colinda al norte con las colonias Las Palmas y Quintana Roo, al oriente con la avenida Morelos sur, las calles Akumal, Andador Mitre y la autopista México- Acapulco. Entre las ocupaciones de la población son; el comerciante, empleados y profesionistas.

El centro de salud Chipitlan tiene como área de influencia las siguientes colonias; col. Quintana Roo, las palmas, Lázaro Cárdenas del río, arboleda Chipitlan, condominio Cañada, pueblo viejo de Chipitlan, Adolfo López Mateos, ampliación Chipitlan, mina cinco, Pilares, loma bonita, residencial Ahuehuetes y fraccionamiento Bondies, con una población total aproximada de 20,857 y población no asegurada 9707 y afiliados al seguro popular 7231, las principales causas de mortalidad municipal son enfermedades del corazón, diabetes mellitus,

tumores malignos, enfermedades del hígado, enfermedades cerebro vasculares, entre las 10 principales causas de demanda de consulta son infecciones respiratorias agudas, gingivitis y enfermedades periodontales, infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas y enfermedades intestinales debidas a protozoarios, infección de vías urinarias, úlceras, gastritis y

duodenitis, obesidad, vulvovaginitis aguda, otitis media aguda, conjuntivitis, conjuntivitis y candidiasis urogenital.

Al paso de los años, muchas barrancas han desaparecido ya que han sido rellenadas para la construcción de casas habitacionales y obras de infraestructura, y algunas otras han servido de asentamientos urbanos irregulares a raíz de la venta de terrenos ejidales y comunales. Muchos de estos asentamientos no cuentan con autorizaciones legales ni servicios básicos regularizados, es por esto que la mancha urbana de las barrancas utiliza los ríos que circulan a través de ellas como sitios para descargas de aguas negras y basureros de desechos domésticos y construcción (Diagnóstico de la salud, 2019, p. 36).

La población asentada en estas áreas no planeadas para urbanización, no solo acarrea enormes problemas a los ecosistemas y recursos hidrológicos, sino que atenta contra el estado de salud y en consecuencia a la vida misma de los habitantes de estas áreas, poniéndolos en una situación de suma vulnerabilidad.

Chipitlán es un área de intereses, pertenece a la delegación Lázaro Cárdenas que significa “lugar donde abundan los chipiles”.

Morbilidad por demanda según institución de salud.

El centro de salud cuenta con un censo de 508 niños menores de 5 años para el cierre del año 2016, de los cuales 64 se encuentran con desnutrición.

Nutrición.

La mayoría de las personas que habitan en la colonia son de clase media y otros de clase baja por lo que su alimentación no es muy buena ni en calidad ni en cantidad, de los alimentos que ms se consumen son: frijol, arroz, sopas de pasta, huevo, verduras, tortillas y carne dos o tres veces a la semana dependiendo de su precio.

La preparación de los alimentos se regula, ya que muchas personas que habitan en la colonia son de clase media.

Saneamiento del medio.

El manejo de los desechos sólidos del municipio se encuentra a cargo del ayuntamiento de Cuernavaca en condiciones normales se genera un promedio de 25 toneladas diarias de basura, este volumen se incrementa en época de vacaciones, semana santa y fiestas decembrinas.

Actualmente se cuenta con un sitio de transferencia de recolección de basura que se localiza en la zona de las minas en la colonia Lázaro Cárdenas, al sur del municipio.

Fauna nociva.

Dentro de la fauna nociva uno de los principales problemas son los perros callejeros ya que no se cuenta con un control sobre ellos por parte de acopio animal. Pueden ser causantes de transmitir rabia si no están vacunados. Así ismo los mosquitos que son transmisores del dengue y los alacranes por la picadura ya que pueden llegar a causar la muerte si no se atienden inmediatamente.

Control y prevención: Medidas de control y prevención para fauna nociva, incluyendo objetos para la protección (pabellones, fumigación), campañas de vacunación, y trabajo por parte de la comunidad para limpiar cacharros, floreros, etc.

Características de la vivienda.

Se observa que las condiciones de las viviendas fueron cambiando conforme nos adentrábamos a la misma. Pasando de unas condiciones de viviendas y servicios visiblemente “buenas” a unas no tanto conforme se desciende en las barrancas.

El 80% de los hogares cuenta con un cuarto independiente para cocinar, en promedio el número de habitaciones por vivienda es de 3, siguiendo la tendencia nacional, de acuerdo al INEGI 2010.

Así mismo las clasificamos de tres formas:

- 1.- Viviendas en buen estado (cuentan con muros de tabique, bloc de cemento, piedra o concreto, armadas con techo de loza, pisos de cemento y mosaico).
- 2.- Viviendas en regular estado (muros de madera, lamina de asbesto o metálicas y techos de lo mismo).
- 3.- Vivienda precaria (construidas con materiales de desecho, muros de lámina de cartón, techos de lámina de cartón y madera, con pisos de tierra y se observan a las orillas del río) en cuanto a los servicios con los que cuentan los hogares, se encuentra que el 85% cuenta con agua entubada (el 73% dentro de vivienda y 12% dentro del Terreno).

Un 83% afirma que la disponibilidad es de todos los días, aunque muchos encuestados dijeron que ocurre pocas horas del día. El agua que se utiliza para cocinar o ingerir principalmente proviene de garrafón (54%) y un 25% consume agua sin algún tratamiento.

Del 95% que cuenta con un sistema de desagüe de aguas negras, el 46% se dirige a la red pública de drenaje, y el 47% a una tubería que da a la barranca o río. Del 99% de los hogares que cuentan con el servicio de luz eléctrica, el 35% se encuentra con una conexión informal de su servicio, ya sea con algún vecino o al servicio público.

Aunque el 96% de la población mencionó contar con estufa de gas y/o eléctrica, el 11% de los hogares también mencionan utilizar leña para cocinar sus alimentos.

Finalmente, las características de la vivienda, en conjunto con la escolaridad y ocupación dan cuenta de las condiciones de vida que determinan la salud de la población. Como se muestra en todas las descripciones anteriores se podría considerar que la mayoría de los hogares encuestados cuentan con unas condiciones adecuadas para vivir.

Más de 70% de los habitantes cuenta con casa propia, su vivienda tiene piso, paredes y techo de concreto y cuentan con suministro diario de agua entubada, energía eléctrica y recolección de basura por lo menos dos veces a la semana.

Unidades de atención médica, salud pública y asistencia social.

Se cuenta con un centro de salud, el cual se encuentra atrás de la capilla de la colonia de Chipitlán, funcionando en su totalidad, utilizando varios programas dedicados a la comunidad como son:

- PROSPERA
- Seguro Popular
- Crónico degenerativo

- Control de niño sano
- Control prenatal
- Planificación familiar
- Consulta general
- Consulta dental
- Salud mental

Número de unidades de salud por nivel de atención

Se cuenta con una sola unidad de salud. La cual cuenta con espacios físicos, sala de espera, dos consultorios médicos, un área de promoción de la salud, un área de vacunas, un área para toma de citologías o Papanicolaou, área de curaciones, área de farmacia, baño para pacientes, consultorio dental, sala de juntas, área de archivo clínico, cuenta con un elevador, una bodega, área de lavandería en zona de azotea.

Personal adscrito al C.S. Chipitlan

En el turno matutino se cuenta con dos médicos generales, un odontólogo, dos enfermeras, un promotor de la salud, un psicólogo, un nutriólogo que acude los miércoles y un operador de sistema de seguro popular.

Así mismo con un pasante de servicio social de enfermería, un pasante de servicio social dental y un encargado de farmacia.

En el turno vespertino se cuenta con un médico general, un pasante de servicio social de enfermería y un encargado de farmacia. Dando atención de lunes a viernes con horario de 7 a 19:30 hrs (Diagnóstico de la salud, 2019, p. 51).

4.3 Importancia del diagnóstico poblacional del Centro de Salud

Como parte de asegurar la calidad de la atención de los servicios de salud, el programa jurisdiccional de Calidad, alineado a las áreas de oportunidad identificadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), tiene la responsabilidad de dar seguimiento a los aspectos cardinales de la seguridad del paciente en los establecimientos de atención médica, a fin de abatir o reducir la presentación de eventos adversos que ponen en riesgo la vida de los apacientes, dejan graves secuelas y/o afectaciones familiares y laborales que, además, aumentan los costos de la atención (DGCES, 2019).. A través de foros de discusión organizados por el Consejo de Salubridad General y la DGCES, se originaron las ocho acciones esenciales en seguridad del paciente (AESP), conformadas por las metas propuestas por la OMS y complementadas con dos acciones más: el registro y análisis de eventos centinelas, y la medición de la cultura de seguridad del paciente. Dichas acciones son transversales al Modelo de Gestión de Calidad, el cual establece: “salud en la población, acceso efectivo, organizaciones confiables y seguras, experiencia satisfactoria al transitar por el sistema y costos razonables” (AESP, 2018, p.11).

Desde el año 2009, el Consejo de Salubridad General ha incorporado las AESP la certificación de los establecimientos, mismas que se han implementado con más énfasis en el segundo nivel de atención. En vinculación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, dentro del objetivo referente a “asegurar el acceso a los servicios de salud con calidad”, Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud”. Una necesidad local ha sido hasta el momento la falta de difusión efectiva de estas acciones, así como su implementación y registro de éstas en los expedientes clínicos.

Así mismo, derivado del análisis de las quejas, sugerencias y felicitaciones de la atención brindada a la población con Seguro Popular se observan dos temas recurrentes que merman la calidad de la atención que son: 1) el surtimiento completo de recetas de los pacientes y 2) trato digno y adecuado. Por lo que son también áreas de oportunidad que deben abordarse en este PMCC, a nivel Jurisdiccional y local en sus diversas unidades médicas.

Brevemente se describen las fortalezas y debilidades encontradas durante el diagnóstico de los procesos, procedimientos, líneas de acción o actividad que se intenta mejorar.

PROCESO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Difusión de las Acciones Esenciales de Seguridad del paciente (AESP)	Se cuenta con capacitación permanente para el personal de las unidades sobre las AESP, lineamientos de nivel federal y políticas locales sobre el tema.	No todo el personal de la unidad de salud está capacitado en AESP.
Implementación de las AESP por todo el personal del centro de salud.	Algunas AESP ya se llevan a cabo (higiene de manos, reporte de eventos adversos)	No se cuenta con todos los insumos necesarios para la implementación de las AESP. No todo el personal identifica como tal las AESP No se supervisan todas las acciones con enfoque en la verificación de su implementación.

Integración de las AESP en el Expediente clínico	Supervisión constante del expediente clínico con base en la NOM 004 SSA3 2012 por parte de diferentes áreas	Resistencia del personal a registrar algo extra en los expedientes. No todos los formatos cuentan con los rubros para el registro de las AESP.
Aplicación irregular de las encuestas del aval ciudadano.	El centro de salud cuenta con aval ciudadano Proceso de acreditación donde se solicita el llenado de encuestas en forma oportuna y completa.	Falta de incentivo para la participación del aval ciudadano y dificultad para que el personal jurisdiccional acuda a las unidades en apoyo. El número de Encuestas que el aval debe de llenar
Aplicación y revisión periódica de técnica de lavado de manos al personal de la unidad	Existe personal capacitado avalado por constancia de acreditación de la técnica de lavado de manos por la jurisdicción sanitaria 1	Falta de insumos en la unidad como jabón, gel antibacterial, sanitas para la realización de la técnica de lavado de manos de manera eficiente.
Manejo y control de las patologías crónico generativas de que presenta y demanda la	Se cuenta con unidad médica y con personal capacitado para el correcto manejo de enfermedades crónico	Falta de insumos médicos (medicamentos) para el manejo y control de enfermedades crónico degenerativas.

comunidad poblacional.	degenerativas y/o comorbilidades	
------------------------	----------------------------------	--

Tabla 1. Fortalezas y debilidades del diagnóstico

Fuente: Diagnóstico de la salud, 2019

Características de las áreas de oportunidad problemas de calidad a mejorar

Dimensión de la calidad a mejorar	Área de oportunidad/procedimiento de calidad detectado	Evidencias que sustentan al área de oportunidad	Efecto que provoca en los usuarios, los profesionales o la institución (PROBLEMA)	Proceso que afecta
Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP)	1.- El personal de Salud desconoce las 8 acciones esenciales de Seguridad del Paciente (AESP)	Resultados de la aplicación de la cédula de acreditación (autoevaluación), versión 2018.	Riesgo de eventos adversos asociados al proceso de atención; incumplimiento del acuerdo nacional con implicaciones médico legales.	Implementación de las 8 AESP en los establecimientos.

	2.- Carencia de un plan de implementación jurisdiccional	Falta de evidencia documental donde se establezcan las etapas, acciones y lineamientos para la implementación de la AESP.	Riesgo de eventos adversos asociados al proceso de atención; incumplimiento del acuerdo nacional con implicaciones médico legales.	Atención del Paciente con enfoque de seguridad que permita prevenir eventos adversos.
	3.-Falta de evidencia de la integración de las AESP en el Expediente clínico.	Resultados de la aplicación de la cédula de acreditación (autoevaluación), versión 2018.	Incumplimiento del acuerdo nacional con implicaciones médico legales y para la acreditación de nuestros establecimientos.	Evidencias de la ejecución de las AESP en la unidad médica.
Fortalecimiento de la participación	4. Aplicación irregular de las encuestas del aval ciudadano.	Resultados de la aplicación de la cédula de	No se cuenta con datos para conocer la experiencia de	Generación del informe cuatrimestral

del Aval Ciudadano para el cumplimiento de los reportes para la generación de información de aspectos de monitoreo de la calidad en los establecimientos.		acreditación (autoevaluación), versión 2018.	los usuarios respecto de la calidad de la atención.	de INDICAS.
	5.- Incorporación y permanencia irregular de la figura del aval ciudadano.	Resultados de la aplicación de la cédula de acreditación (autoevaluación), versión 2018.	Falta de un representante de la población que sirva para detectar las áreas de oportunidad de la unidad médica desde la perspectiva de los usuarios. Incumplimiento de los objetivos y lineamientos del programa de calidad.	Incorporación y permanencia activa de avales ciudadanos.
Fortalecimiento periódico práctico de técnica de	1.-No se cuentan con los insumos necesarios básicos para la realización	Resultados de la aplicación de la cédula de acreditación	Incumplimiento y riesgo de eventos asociados a la atención médica al	Cinco momentos para la higiene de lavado de

lavado de manos personal de la unidad	correcta de la técnica de lavado de manos	(autoevaluación), versión 2018.	omitir correctamente la técnica de lavado de manos por falta de insumo	manos.
---------------------------------------	---	---------------------------------	--	--------

Tabla 2. Áreas de oportunidad

Fuente: Diagnóstico de la salud, 2019

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

5.1. Importancia de la capacitación en los Centros de Salud, sobre los procesos de calidad en acreditación.

El propósito de la capacitación es educar al personal de salud sobre los procesos y lineamientos a seguir dentro de su Centro de Salud, para lograr una acreditación que garantice la atención y servicio de excelencia, dirigida a los usuarios que pertenecen a la localidad.

- El entrenamiento del personal de salud es un componente crítico que requiere de una inversión de tiempo y un programa para entrenar al equipo de primer nivel de atención primaria.
- El personal a capacitar son todos los profesionales de salud quienes proveen los servicios de atención al usuario, incluyendo promotores de salud, enfermeras, médicos generales, etc. En esta etapa, los objetivos, necesidades y expectativas de los usuarios serán los ejes que direccionen de esta capacitación (PMC, 2017, p. 15).

5.2. Características Generales del personal a capacitar

Los participantes que se encuentran en las funciones relacionadas con la atención directa a los usuarios son de diferente nivel de complejidad, por lo que se incluirán a los médicos, enfermeras(o) y auxiliares de enfermería, promotores de salud, usuarios de los servicios de salud así como a las autoridades locales y áreas administrativas

Los métodos que se utilizan para identificar las necesidades educativas son varios, pero ninguno parece usarse de manera exclusiva; al contrario, es común la utilización de tres o más métodos combinados.

La realización de visitas/observación por parte del equipo responsable del componente y/o del proyecto para identificar las necesidades educativas, en sitio es diseñada e implementada sobre la base de los problemas, algunas veces combinando competencias y otras de acuerdo al enfoque que se le quiera dar (PAHO/WHO, 2018, p. 56).

Los ámbitos en los que se desarrollan los procesos educativos son varios y en los proyectos se combinan en general dos o más ámbitos diferentes; los más importantes son:

- a) capacitación presencial en servicio
- b) capacitación presencial fuera del lugar de trabajo
- d) capacitación a distancia

La principal modalidad de capacitación utilizada es la combinación de la modalidad presencial.

5.3. Técnica de capacitación a utilizar con el personal de salud.

Las estrategias que se reportan como más utilizadas son:

- a) la supervisión de la capacitación
- b) los grupos de estudio
- c) la capacitación en cascada
- d) talleres/jornadas

e) estudio independiente

La mayor parte de los proyectos utiliza la combinación de supervisión de la capacitación con grupos de estudio; otro grupo importante de proyectos utiliza la combinación de la estrategia en cascada con grupos de estudio.

5.4. Actividades a realizar durante la Capacitación

Con respecto a las actividades de capacitación a desarrollar, su número, tipo y duración varían enormemente de acuerdo a los recursos disponibles en el proyecto para el componente educacional, a los objetivos del proyecto y al rol que se le asignó al componente de capacitación dentro del mismo.

Las estrategias y dinámicas educacionales utilizadas en el proceso de capacitación, se refieren a las actividades educacionales desarrolladas y que han sido oportunas y apropiadas para las necesidades identificadas. Cuando los equipos técnicos responsables de la formulación del componente de capacitación participan de la ejecución de las actividades, en general la percepción es que hay consistencia entre las necesidades educacionales y las actividades desarrolladas.

5.5. Evaluación del personal capacitado

La Autoevaluación es establecer dónde se sitúan exactamente nuestros puntos fuertes y nuestras debilidades; es examinar la calidad de los servicios que brindamos y buscar las mejoras posibles de hacer.

La autoevaluación es fuente de conocimiento y objeto de transformación a partir del reconocimiento, caracterización y enfrentamiento de los problemas de calidad por quienes los confrontan cotidianamente; es decir, los trabajadores de salud y las comunidades. Se rescata la finalidad sustantiva del servicio, del trabajo de equipo, de las relaciones que éste establece con los usuarios y otros grupos, y del reconocimiento de la importancia que tienen los enfoques educativos para la reflexión y transformación de la práctica de los trabajadores.

Los métodos que conducen a los objetivos de la autoevaluación, pueden ser cuantitativos o cualitativos, canalizan el proceso y determinan los pasos a seguir.

Deben permitir intercambiar y comparar los hallazgos y conocimientos realizados y ponerlos al servicio de procesos de aprendizaje y desarrollo.

CAPÍTULO VI. CAPACITACIÓN

La implementación de las actividades en beneficio del cumplimiento de los parámetros esperados para el proceso de acreditación, requieren de una serie de intervenciones, entre ellas, la educación y capacitación del personal de salud.

Los programas de capacitación y entrenamiento del personal de salud deben adaptarse a la situación local y a los lineamientos generales de Acreditación. En esta sección, se expondrá, de forma general, cuál es el personal de salud que debe de ser capacitado y los temas que este personal debe dominar con el fin de poder cumplir con los requerimientos necesarios en este proceso.

6.1. Objetivos de la capacitación

Los objetivos de la capacitación son que el personal de salud esté en condiciones de:

- comunicar la información en lenguaje sencillo, adecuado al nivel socio-cultural de la población y de forma interna.
- Llevar a cabo las acciones necesarias para su aplicación en servicio
- Ofrecer alternativas de control y seguimiento de procesos

6.2. Personal que se debe capacitar

El personal de salud que se debe capacitar es el siguiente:

- Personal médico

- Personal de enfermería (licenciados en enfermería, técnicos en enfermería y/o pasantes
- Promotores de salud comunitaria

Para la educación del personal de salud, debe considerarse el perfil profesional, sus características y las responsabilidades de cada uno de ellos.

6.3. Temas a tratar en la capacitación

- ACCIONES ESENCIALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- SUG
- AVAL CIUDADANO
- INDICAS
- SESTAD

La capacitación puede incluir diferentes técnicas de aprendizaje tales como talleres, platicas, discusión sobre diferentes situaciones o preguntas que pueden presentarse por el personal de salud. Las respuestas deben de estar estandarizadas con el fin que el personal de salud maneje y transmita la misma información.

Por tal motivo se harán entrega de tarjetas que contienen información necesaria en cuanto a las Acciones Esenciales de Seguridad, a modo de que el personal se familiarice rápidamente con la información. La socialización de este material debe de ser realizada durante las capacitaciones.

Este material deberá de ser distribuido entre el personal de salud y servirá de herramienta para explicar las ventajas, así como los posibles resultados y la necesidad de seguimiento posterior.

La capacitación deberá incluir el aprendizaje en el uso de los materiales educativos con el personal de salud. El buen uso de este material puede ser evaluado, por ejemplo, por medio de pláticas y/o talleres en los que los participantes expondrán todo lo anteriormente aprendido explicando toda la información que estas deben conocer.

Asimismo, la supervisión durante este proceso al momento de la charla educativa debe de ser un componente que asegurará que exista una adecuada transmisión de la información a la población que acude a solicitar el servicio y la atención al centro de salud.

La evaluación de conocimientos del personal a capacitar deberá ser realizada al final de la capacitación. Además de esta evaluación final, debe existir un monitoreo continuo por parte de las personas encargadas para identificar si existe la necesidad de realizar reforzamientos en los diferentes temas abordados durante las capacitaciones.

CAPÍTULO VII APLICACIÓN DE HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN (cedula de acreditación)

7.1. Estructura de cedula (CALIDAD)

Se compone de los siguientes apartados:

- Condiciones Generales del establecimiento para la atención medica
- Personal de Medicina
- Personal de Enfermería
- Personal de Trabajo
- Personal de Psicología
- Personal de Estomatología
- Personal de Imagenologia
- Personal de Laboratorio
- Capacitación al Personal de Salud
- Manuales
- Diagnostico Integral de Salud
- Registro de Sistemas de Información
- Sistemas de Referencia y Contrareferencia
- SUG
- Aval Ciudadano
- Indicas

- COCASEP

Se anexan formatos de acreditación del Centro de Salud de Chipitlan, en los que se basa el proyecto, para aplicarlo con el personal de Salud, y así se vayan relacionando los procedimientos y las necesidades que se solicitan.

Table with columns: Descripción de las acciones, Tipo de evidencia, Evidencia observada, Nivel de evidencia, Descripción de las acciones, Evidencia observada, Nivel de evidencia, Descripción de las acciones, Evidencia observada, Nivel de evidencia. Rows include various medical and administrative actions like 'Cambio de modelo de atención', 'Atención de pacientes', etc.

SECRETARÍA DE SALUD SECRETARÍA DE SALUD		SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD Brasilería de establecimientos y servicios de atención médica			
CODIGO DE EVALUACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE PROMOCIÓN DE SALUD		CATEGORÍA			
CATEGORÍA		CATEGORÍA	CATEGORÍA	CATEGORÍA	CATEGORÍA
CATEGORÍA		CATEGORÍA	CATEGORÍA	CATEGORÍA	CATEGORÍA
CATEGORÍA		CATEGORÍA	CATEGORÍA	CATEGORÍA	CATEGORÍA
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17

SECRETARÍA DE SALUD		MINISTERIO DE INVERSIÓN Y DESARROLLO DEL NOROCCIDENTE			DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EVALUACIÓN EN SALUD	
SECRETARÍA DE SALUD		DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EVALUACIÓN EN SALUD			Asesoría de establecimientos y procesos de atención médica	
CÓDIGO DE EVALUACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		CÓDIGO		CATEGORÍA DE USUARIO		
Nomenclatura pública	Categoría	Evaluación por Estructura		Evaluación por Función		Puntaje de Usarios de 1 a 5 (valor de Salud)
		Estructura organizacional	Estructura organizacional	Estructura organizacional	Estructura organizacional	
1. Establecimiento para el caso de la enfermedad (Estructura organizacional)	1.1	<p>Verificar que en la unidad exista el siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de la licencia de atención del SUS en el caso de mayor capacidad de atención de la unidad de salud, así como el cumplimiento de los requisitos exigidos. 1.1.1. Existencia de los cuadros de personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 	<p>Verificar que el flujo de atención del SUS cuenta con las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 	<p>Verificar la existencia de los registros de atención al usuario del establecimiento de salud para promover el Sistema Único de Salud (SUS) tanto en el momento de la atención como en el momento de la atención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS.
2. Sala Operativa de Atención (Sala Operativa)	2.1	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS.
3. SERVICIOS (SERVICIOS)	3.1	<p>Verificar que en la unidad se cuenta con lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS.
4. SERVICIOS (SERVICIOS)	4.1	<p>Verificar que en la unidad se cuenta con lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<p>Verificar la existencia de la Sala Operativa de Atención (Sala Operativa).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.2. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.3. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.4. Existencia de la información sobre el personal del SUS. 1.1.5. Existencia de la información sobre el personal del SUS.


7.2. Concentrado de resultados

Según la evaluación realizada el puntaje obtenido en cada área es el siguiente:

- Caratula:
- Gobierno:
- Consulta externa:
- Medicina preventiva:
- Área de medicamentos urbanos (Farmacia)

- Rayos X
- Laboratorio Clínico
- Estomatología
- Trabajo Social
- Psicología
- Resultado Global Estructura Básica Urbana

Toda la información que se detalla en este punto, tiene relación a los formatos que se anexan, (documento original de acreditación) tomándose como base, para el mejor desempeño de todos los que participan en este proyecto del Centro de Salud, tratando de que se tenga una similitud de lo que van haciendo los acreditadores, y al mismo tiempo tener mejores resultados con el personal y el Centro de Salud.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD Acreditación de establecimientos y servicios de atención médica	
CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN - ESTRUCTURA AMPLIADA			
DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO		CAUSES-1N-2019	
CÁLOGO CLUES			
HOJA DE RESULTADOS			
Nombre del establecimiento	CHIPITLAN		
CLUES	MSSSA002904		
Entidad	MORELOS		
Tipología SINERHIAS	AMPLIADA		
Institución: SSA= Secretaría de Salud, IMO= IMSS PROSPERA, SMP= Servicios Médicos Privados, O= Otros	SSA		
GOBIERNO			
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado	
Estructura	18	17	
Proceso	45	39	
Evidencia documental	17	14	
Total	80	70	
Calificación Gobierno	87.50%		
CONSULTA EXTERNA			
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado	
Estructura	86	82	
Proceso	246	239	
Evidencia documental	86	83	
Total	418	404	
Calificación Consulta Externa	96.65%		
MEDICINA PREVENTIVA			
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado	
Estructura	14	14	
Proceso	31	31	
Evidencia documental	12	8	
Total	57	53	
Calificación Medicina Preventiva	92.98%		
AREA DE MEDICAMENTOS URBANO (FARMACIA)			
Tipo de criterio	Puntaje esperado	P	
Estructura	244	211	
Proceso	720	621	
Evidencia documental	242	209	
Total	1206	1041	
Calificación Farmacia	86.32%		
AREA DE MEDICAMENTOS RURAL (GUARDA)			
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado	
Estructura	123	123	
Proceso	361	361	
Evidencia documental	122	122	
Total	606	606	
Calificación Farmacia	100.00%		

RAYOS X		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	9	9
Proceso	9	9
Evidencia documental	7	7
Total	25	25
Calificación Rayos X		100.00%

LABORATORIO CLINICO		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	11	11
Proceso	11	11
Evidencia documental	8	8
Total	30	30
Calificación Laboratorio Clínico		100.00%

ESTOMATOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	10	8
Proceso	10	8
Evidencia documental	10	6
Total	30	22
Calificación Estomatología		73.33%

TRABAJO SOCIAL		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	2	2
Proceso	2	2
Evidencia documental	2	2
Total	6	6
Calificación Trabajo Social		100.00%

PSICOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	6	6
Proceso	6	6
Evidencia documental	6	6
Total	18	18
Calificación Psicología		100.00%

RESULTADO GLOBAL ESTRUCTURA BASICA URBANO		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	400	360
Proceso	1080	966
Evidencia documental	390	343
Total	1870	1669
CALIFICACIÓN GLOBAL		89.25%

RESULTADO GLOBAL ESTRUCTURA BASICA RURAL		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	279	272
Proceso	721	706
Evidencia documental	270	256
Total	1270	1234
CALIFICACIÓN GLOBAL		97.17%

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA VISITA DE EVALUACIÓN
FECHA DE EVALUACIÓN

7.3 Necesidades de un Sistema de Evaluación

Un indicador es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico. Deber haber por lo menos un indicador por cada resultado. El indicador debe estar enfocado, y ser claro y específico.

Los indicadores son una herramienta primordial para los profesionales de la salud, y para ello se cuenta con diferentes publicaciones emitidas periódicamente por organismos como el INEGI o la Secretaría de Salud, de manera interna, y de manera externa, por entidades como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) o la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Atributos importantes de calidad del conjunto de indicadores son la integridad (que no falten datos) y consistencia interna (que, vistos solos o en grupos, los valores de los Indicadores sean posibles y coherentes y no se contradigan). En este sentido, la aplicación sistemática de definiciones operacionales y procedimientos de medición y cálculo estandarizados es fundamental para garantizar la calidad y comparabilidad de los indicadores de salud.

El monitoreo de la calidad de los indicadores es importante porque ésta condiciona el nivel de confianza de los usuarios en la información de salud y, con mayor razón incluyendo la oportunidad y frecuencia de su compilación. Por ejemplo, para que un indicador utilizado en actividades de monitoreo tenga relevancia, el tiempo entre la recolección de los datos necesarios para su compilación y análisis y su disseminación debe ser corto. Generados de manera regular y manejada dentro de un sistema de información dinámico, los indicadores de salud constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todos los niveles de gestión.

Tiene como propósito generar evidencia sobre el estado y tendencias de la situación de salud en la población, incluyendo la documentación de desigualdades en salud, evidencia que a su vez debe servir de base empírica para la determinación de grupos humanos con mayores necesidades en salud, como sería el riesgo epidemiológico y la identificación de áreas críticas como insumo para el establecimiento y prioridades en salud. La disponibilidad de un conjunto básico de indicadores provee la materia prima para los análisis de salud. Y puede facilitar el monitoreo de objetivos y metas en salud, estimular el fortalecimiento de las capacidades analíticas en los equipos de salud y servir como plataforma para promover el desarrollo de sistemas de información en salud intercomunicados. En este contexto, los indicadores de salud válidos y confiables son herramientas básicas que requiere la epidemiología para la gestión en salud.

El monitoreo de la calidad de los indicadores es importante porque ésta condiciona el nivel de confianza de los usuarios en la información de salud y, con mayor razón, su uso regular. Este depende también de la política de indicadores de salud, incluyendo la oportunidad y frecuencia de su compilación. Generados de manera regular y manejada dentro de un sistema de información dinámico, los indicadores de salud constituyen una herramienta fundamental para los tomadores de decisión en todos los niveles de gestión de Salud.

CONCLUSIONES

Es necesario generar bases sólidas que permitan al estado de Morelos, garantizar el acceso servicios gratuitos y de salud, para lo cual se concibe un Sistema Nacional de Salud con ocho objetivos que en resumen, dirigen los esfuerzos a la prestación de los servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos en condiciones individuales, familiares y sociales, sin olvidar a los médicos, técnicos y auxiliares” quienes deberán desarrollar sus habilidades y competencias en beneficio de su labor y de la prestación de los servicios médicos basado en la calidad, calidez, oportunidad, información y con seguridad para sus pacientes.

La calidad en los Servicios de Salud se observa mediante una disminución en su influencia y credibilidad en la sociedad, por lo que se replantean los instrumentos de operación, incorporando novedosos elementos tales como la instrumentación de planes estratégicos y las denominadas políticas públicas. Por tanto, la gestión se convierte en instrumento a partir del cual se construye una política pública, incorporando en la toma de decisiones a los ciudadanos y aquellas organizaciones que tienen interés en intervenir para obtener políticas consensuadas que permitirán alcanzar los objetivos establecidos.

Contribuir a la mejora de la calidad de la atención a la salud y a la seguridad del paciente debe ser tema principal en la agenda pública, por lo que determinar la misión, visión, objetivos y metas del Sistema Nacional de Salud y generar mediante la Política Económica entornos viables tanto para los prestadores de servicios como para los usuarios, es un reto de política pública.

Planear, organizar, y dirigir , deben ser las actitudes que permitan generar un estilo de vida, que generen los caminos que deberán seguirse para alcanzar cada objetivo y meta planteada, con los

tiempos establecidos y los recursos asignados, apegados a las normas jurídicas, y éticas que sirvan para alcanzar la máxima eficacia y eficiencia y así generar una actitud de compromiso y desarrollo en el personal de salud en búsqueda de la mejora continua para aprovechar herramientas de medición y análisis en beneficio de la ciudadanía que demanda cada vez más servicios de calidad, con calidez y seguridad.

En términos de su productividad como en su utilidad para la identificación de áreas de oportunidad en los establecimientos médicos, ya sean de infraestructura o de los mínimos relacionados con calidad y seguridad para el paciente. Como en los servicios de salud estatales, incluyendo a las áreas de operación, refleja el valor que la acreditación ha alcanzado, no solo como mecanismo de autorización de proveedores para el Seguro Popular –su objetivo original–, sino como un instrumento de apoyo para el diagnóstico inicial de la organización y su estructura en el planteamiento de acciones de mejora.

El análisis del sistema permite señalar sus ventajas siendo una de las más importantes su capacidad de operación, ya que ha dado clara y puntual respuesta a las necesidades del Seguro Popular, para asignar financiamiento, enfocado a CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) y gastos catastróficos, las modificaciones se han centrado en la puntualización de aquellas acciones preventivas que impactan de manera favorable a los pacientes, familias y comunidad; así como en el fortalecimiento de aquellos procesos que actúan directamente en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, al enfatizar la necesidad de demostrar la calidad en procesos, lo que representa 20% de la calificación total.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se fortalece en el avance hacia la búsqueda de la mejora de procesos. También puede considerarse como impulsora de los programas de salud pública, en la medida en que se exploran como parte de los capítulos de

capacidad y seguridad y se apoya a los programas de atención médica, evidenciados en notas y estudios incorporados en el expediente clínico.

Con la finalidad de identificar áreas de mejora personales o del proceso, la acreditación genera una ganancia directa para las unidades, las cuales obtienen un beneficio concreto que se traduce en dinero, ya sea en montos calculados por familia afiliada en el CAUSES de primer nivel o por tratamientos completos por paciente en el caso de leucemia, sida, cataratas y neonato o tratamientos parciales según estadio tratándose de cáncer cervicouterino.

La información derivada de las evaluaciones de la acreditación –dictámenes y recomendaciones– es utilizada por diversas áreas de nivel federal, como la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Además, las principales áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud hacen uso de esos informes para conocer el estatus de algunos proyectos específicos, entre ellos, Aval ciudadano, Acuerdos de Gestión, Sistema INDICA, Premio Nacional de Calidad.

El trabajo en estas áreas, a corto y mediano plazo, seguramente redundará en beneficios, tanto para el sistema de acreditación, como para el Seguro Popular y el sistema de salud en general.

Mejorando los mecanismos de coordinación entre los líderes de calidad y los responsables de las áreas médicas en los estados, con el fin de concretar acciones de calidad en los establecimientos médicos.

La acreditación es garantía de calidad en tanto se cumplen permanentemente los criterios establecidos para tal fin, una manera efectiva de garantizar el cumplimiento permanente de los criterios y adoptar las mejores alternativas de solución frente a las no conformidades, es realizando periódicamente auditorías de control utilizando herramientas estadística adecuadas

para su análisis; aun así debe estar Abierta la posibilidad de realizar investigaciones operativas comparativas para confirmar lo anterior.

Para coordinar el proceso de acreditación, mantenerlo y evaluar sistemáticamente su resultado e impacto en la calidad de la atención, es necesario contar con personal capacitado a nivel jurisdiccional y hospitalario.

Un fuerte reto para la institución es poder cerrar la brecha que actualmente existe a nivel operativo entre lo que se hace y la manera en que se registra, frente a lo que se solicita para acreditarse y la forma en que se evidencia documentalmente.

Alcanzar el nivel de institución acreditada ha servido en las instituciones para fortalecer la cultura del mejoramiento continuo, enfocada principalmente a la seguridad del paciente, la cual es reconocida por los usuarios y asociados de valor interno a través de altos niveles de satisfacción con el servicio y el inexistente porcentaje de eventos adversos no detectados ni gestionados.

El Sistema Único de Acreditación tiene como objetivo mejorar la atención del paciente, brindándole seguridad al momento de acceder a los servicios. Éste se convierte en un motivador importante para las instituciones cuando están decidiendo iniciar el proceso de acreditación.

El principal objetivo de la acreditación en salud, es la transformación cultural a largo plazo del personal de la institución y los valores agregados que genera un sistema de gestión centrado en el usuario.

Implementar el sistema único de acreditación en una institución implica un gran esfuerzo, entendiendo que el proceso nunca termina, requiere trabajo constante e inversiones y los beneficios según la percepción de las instituciones acreditadas, si bien son importantes en

términos de calidad, no se dan como reales ventajas al momento de contratar los servicios de salud o establecer sus tarifas.

Las instituciones no tienen claridad sobre los beneficios de trabajar por la acreditación, manifiestan que no se generan suficientes incentivos para el antes, el durante y el después de iniciado el proceso de obtención de la acreditación.

Coinciden en que si bien el Gobierno debe desarrollar un programa de incentivos para la acreditación en salud, el proceso de auto evaluación incrementa el conocimiento de los estándares y de su aplicación a la realidad de la institución; la comparación entre la realidad y la calidad esperada es fundamental a la hora de fortalecer el compromiso de todo el personal.

Es importante resaltar la utilidad de los estándares para involucrar al personal asistencial en el proceso de mejoramiento, dado que los estándares se orientan fundamentalmente al que hacer de quienes están directamente en contacto con el usuario.

La conformación de grupos de auto evaluación es un elemento crítico para el éxito del sistema. La acreditación promueve el trabajo en equipo interdisciplinario involucrando a las directivas como al personal asistencial de la institución en el proceso de mejoramiento es fundamental, los trabajadores obtienen aprendizaje y participación activa en la solución de los problemas y las directivas la ganancia de las inversiones en formación, capacitación y trabajo de los equipos.

Se ha comprobado que no solo se trata de que las instituciones sean excelentes en lo técnico, que salven vidas y tengan buenos resultados, sino que deben ser respetuosas con la dignidad humana.

Aunque los Servicios de Salud han realizado un esfuerzo para consolidar un sistema de información uniforme la forma en que se consolidan los datos e indicadores no es homogénea ni

oportuna en las instituciones no acreditadas. Se encontró en el análisis de la información que los conceptos no son analizados de la misma forma por las instituciones.

En el servicio de asignación de citas para medicina general y especializada, se observó un aumento en el número promedio de días que cada usuario debió esperar para ser atendido. A primera vista todo esto puede significar una menor eficiencia en el proceso; sin embargo ello no puede asegurarse ya que la causa podría estar, entre otras cosas, por el aumento en la demanda generado por la preferencia que tienen los usuarios al ser atendidos en un hospital acreditado.

Toda estrategia que se propone para atender un problema de salud pública busca mejorar las condiciones de salud de una población, en este proyecto se plantea la aplicación de métodos, y programas en los centros de salud para lograr impactar positivamente en beneficio de la comunidad del Centro de Salud de Chipitlan. Siendo una alternativa de mejora a la propuesta: **“Aplicación de un plan de calidad como mejora continua en el proceso de acreditación en unidades de salud”**, mediante la cual se espera responder a una acción que contemple la aplicación, planteamiento de las necesidades de los usuarios de los servicios de salud:

- Satisfacción de la demanda de atención
- Atención médica con calidad, calidez y humana.
- Mejor administración y organización de los servicios médicos, de enfermería, y administrativo
- Atención oportuna y eficiente de las urgencias médicas.
- Reducción de gastos de bolsillo del paciente.

- Utilización optimizada de insumos y medicamentos, analgésicos, material de curación, etc. utilizados en el paciente) del centro de salud.
- Mejor aprovechamiento de los recursos humanos, económicos y de infraestructura.

Como se puede ver los beneficios se proyectan para la institución, los trabajadores de la salud (médicos y enfermeras), y para los pacientes que acuden a este centro de salud demandando atención médica.

Con la propuesta de estrategia de capacitación al personal de salud (médico y enfermera) del CS de Chipitlan del municipio de Cuernavaca, servirá para responder a la demanda de los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AESP. Acciones esenciales en seguridad del paciente. Recuperado de:
<http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/>
- Ávalos García, M. I. (2010) La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud: consideraciones teóricas y metodológicas. *Calidad y Gestión de Servicios de Salud*, 9(1), 9-10.
- CAUSES. Catálogo Universal de Servicios de Salud 2019. Recuperado de:
<https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018>
- CONAPO. Consejo Nacional de Población. 2018. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo>.
- Dantes Gomez, O. (2011). Sistema de Salud en México. *Scielo Mex*. 53(2), 12. Sistema de salud de México. ISSN: 0036-3634.
- DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Recuperado de:
<http://www.calidad.salud.gob.mx>
- DGED. (2019). Dirección General de Evaluación del Desempeño. Recuperado de:
<http://www.dged.salud.gob.mx>
- DGIED. (2002). Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño Secretaría de Salud (SSA). Recuperado de: <http://www.dgied.salud.gob.mx>
- Diagnóstico de la salud. (2019). Diagnóstico de la salud, Centro de Salud Chipitlan. Servicios de Salud de Morelos. Jurisdicción sanitaria I, Cuernavaca Morelos.
- Dror, Y. (2014). Hospital Accreditation –Integrates Quality Management Standards, Improves Processes and Breaks Silos, presented at the Healthcare Education Assessment Training and Technology Conference HEATT, Orlando, FL.

ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2017). p. 15 Recuperado de:
<http://ensanut.insp.mx>

Estándares para Certificar Hospitales. (2015). Consejo de Salubridad General. Secretaría de Salud (SSA).

González-Castillo, Jaime A.; Salas-López, Miguel A. (2010). La acreditación como garantía de calidad. Importancia de las auditorías internas de control Salud en Tabasco. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México. 16 (2), 905-920.

Groene O, Kringos D, Sunol R. (2014). Seven ways to improve quality and safety in hospitals. An evidence-based guide. DUQuE Collaboration. Recuperado de: www.duque.eu

INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. Recuperado de:
<http://www.dgces.salud.gob.mx/indicasII>.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/>

LGS. Ley General de Salud. (2004). Recuperado de:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Mejías Sánchez Y, Cabrera Cruz N, Rodríguez Acosta MM, Toledo Fernández AM, Norabuena Canal MV. (2013). Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública. (4), 13 Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_4_13/spu16413.htm

Minondo Urzainqui, A. (2019). Evidencia en auditoría de Sistema de Gestión. p. 28. UNED Tudela. Recuperado de: www.unedtudela.es

Norma para la aplicación de Estímulos a la Productividad y Calidad en favor del Personal Médico y de Enfermería. (1998). Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Unidad de Servicio Civil.

Norma para la aplicación de Estímulos a la Eficiencia y Calidad del Personal Médico y de Enfermería. (2000). Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Unidad de Servicio Civil.

Norma para la aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal Médico, de Enfermería y Odontología.(2007). Unidad de Política y Control Presupuestario.

PAE. Programa de Acción Específico: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001-2006, México, SS, mayo de 2002. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>.

PAHO/WHO. Modelo Integral de Atención en Salud. (2018). Recuperado de: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman

PMC. Programa de Mejoría de la Calidad. Organización Panamericana de la Salud. (2017). Pp. 15-22. Recuperado de: <https://www.paho.org/dor/>

PND. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. p.52 Recuperado de: https://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf

PROSESA. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. p.45 Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

Ramírez Sánchez, T.J. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectivas de los usuarios. *Salud Pública. Mex.* (35), 40-43.

Roque González. R. (2016). A risk-based integrated management for patient safety and quality in healthcare services, presented at the VII Latin-American Congress of Biomedical Engineering – CLAIB. Bucaramanga, Colombia.

Ruelas Barajas, E., Poblano Erástegui, O. (2007). *Certificación y Acreditación en los Servicios de Salud: Modelos, Estrategias y Logros en México y Latinoamérica*, 2ª. Ed. Instituto Nacional de Salud Pública. P.212. México. ISBN: 970-9874-004

Ruelas Barajas, E. (2012). *La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Primera edición: Diciembre, 2012. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. México, p.95. D. F. ISBN 978-607-460-397-2

Salinas Rodríguez, J.L., González Díaz, H. (2006). Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicol Am Lat México*. (8), 2. ISSN 1870-350X.

Salud en México. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. (2015). 2da Ed. p. 220- 245. Secretaría de Salud. México, D. F. ISBN: 978-607-460-4887

Sánchez Chacón, E.Y. (2015). FODA como herramienta de decisión a a hora de implementar un SGC bajo la norma ISO9001. pp.10-30. Universidad Militar Nueva Granda. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10654/7323>.

SEGOB. Secretaría de Gobernación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2014). 21a Ed. p.20. ISBN:968-805-77-0.

Secretaría de Salud (SSA). (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. 1ª Ed. México D.F.

SESTAD. Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno. Recuperado de: <http://desdgces.salud.gob.mx/sestad>.

SICALIDAD. Sistema Integral de Calidad en Salud. Recuperado de: <http://www.ssm.gob.mx/9programas>.

Varela Mejía, H.F. (1997). “Una necesidad inaplazable. La conveniencia de la norma en la calidad del expediente clínico”, *Rev CONAMED*; 2(5):9-14.

Vásquez, Arturo. (2015). La gestión de la calidad en el IMSS. p.42. Recuperado de: <http://revistainnovaciones.uanl.mx/index.php/revin/article/view/42>

Zeribi KA and Marquez L. Approaches to Healthcare Quality Regulation in Latin America and the Caribbean: Regional Experiences and Challenges. (2005). LACHSR p.68. Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.



FACULTAD DE CONTADURÍA, ADMINISTRACIÓN E INFORMÁTICA


Cuernavaca, Morelos a 5 de Diciembre del 2019.

DRA. LAURA PATRICIA CEBALLOS GILES
DIRECTORA DE LA FCAeI
PRESENTE

En mi carácter de revisor de Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés la tesis para obtener el grado Maestría en Administración, del estudiante Sergio Miguel Toriz Ruiz, con matrícula 511996057, con el título **“Aplicación de un plan de calidad como mejora continua en el proceso de acreditación en unidades de salud”** por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa de dicha tesis, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además construye una estructura coherente y bien documentada, por lo cual considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO APROBATORIO** por lo que de mi parte no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación y Posgrado tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia


Dra. Nohemí Roque Nieto
Profesor- investigador
Facultad de Contaduría, Administración e Informática



FACULTAD DE CONTADURÍA, ADMINISTRACIÓN E INFORMÁTICA

Guernavaca, Morelos a 6 de Diciembre del 2019.

DRA. LAURA PATRICIA CEBALLOS GILES
DIRECTORA DE LA FCAEI
PRESENTE

En mi carácter de revisor de Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés la tesis para obtener el grado Maestría en Administración, del estudiante Sergio Miguel Toriz Ruiz, con matrícula 511996057, con el título "**Aplicación de un plan de calidad como mejora continua en el proceso de acreditación en unidades de salud**" por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa de dicha tesis, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además construye una estructura coherente y bien documentada, por lo cual considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO APROBATORIO** por lo que de mi parte no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación y Posgrado tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Dr. Fernando Romero Torres
Profesor- investigador
Facultad de Contaduría, Administración e Informática



FACULTAD DE CONTADURÍA, ADMINISTRACIÓN E INFORMÁTICA

Cuernavaca, Morelos a 6 de Diciembre del 2019.

DRA. LAURA PATRICIA CEBALLOS GILES
DIRECTORA DE LA FCAeI
PRESENTE

En mi carácter de revisor de Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés la tesis para obtener el grado Maestría en Administración, del estudiante Sergio Miguel Toriz Ruiz, con matrícula 511996057, con el título **“Aplicación de un plan de calidad como mejora continua en el proceso de acreditación en unidades de salud”** por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa de dicha tesis, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además construye una estructura coherente y bien documentada, por lo cual considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO APROBATORIO** por lo que de mi parte no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación y Posgrado tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia



Dr. Benjamin López Ortiz
Profesor- investigador

Facultad de Contaduría, Administración e Informática



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE CONTADURÍA, ADMINISTRACIÓN E INFORMÁTICA

Cuernavaca, Morelos a 6 de Diciembre del 2019.

DRA. LAURA PATRICIA CEBALLOS GILES
DIRECTORA DE LA FCAeI
PRESENTE

En mi carácter de revisor de Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés la tesis para obtener el grado Maestría en Administración, del estudiante Sergio Miguel Toriz Ruiz, con matrícula 511996057, con el título **“Aplicación de un plan de calidad como mejora continua en el proceso de acreditación en unidades de salud ”** por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa de dicha tesis, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además construye una estructura coherente y bien documentada, por lo cual considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO APROBATORIO** por lo que de mi parte no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación y Posgrado tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Mtra. Elena Vanesa Guadalupe Martínez Posada
Profesor-investigador
Facultad de Contaduría, Administración e Informática



FACULTAD DE CONTADURÍA, ADMINISTRACIÓN E INFORMÁTICA

Cuernavaca, Morelos a 6 de Diciembre del 2019.

DRA. LAURA PATRICIA CEBALLOS GILES
DIRECTORA DE LA FCAeI
PRESENTE

En mi carácter de revisor de Tesis, hago de su conocimiento que he leído con interés la tesis para obtener el grado Maestría en Administración, del estudiante Sergio Miguel Toriz Ruiz, con matrícula 511996057, con el título **“Aplicación de un plan de calidad como mejora continua en el proceso de acreditación en unidades de salud”** por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa de dicha tesis, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además construye una estructura coherente y bien documentada, por lo cual considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO APROBATORIO** por lo que de mi parte no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación y Posgrado tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

Dr. Augusto Renato Pérez Mayo
Profesor-investigador
Facultad de Contaduría, Administración e Informática