

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN**



**"PLAN ESTRATÉGICO PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE  
ATENCIÓN MÉDICA: EL CASO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE  
TIJUANA BAJA CALIFORNIA, MÉXICO.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN

PRESENTA:

REBECA ELIZABETH OCHOA IÑIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. ALFONSO VEGA LÓPEZ

TIJUANA B.C.

MARZO 2019.

## ***Agradecimientos***

*Agradezco a Dios por permitirme seguir mi camino, aun cuando muchas veces he estado lejos, siempre está esa fuerza que me empuja a seguir adelante, la energía que lo transforma todo, esa energía a la que yo conozco como amor tiene que ser Dios.*

*Agradezco a mis padres y hermanos por ser el vínculo que me hizo llegar hasta aquí.*

*A mis hijos, Eva y Evan:*

*Son todo lo que tengo y lo que más amo en este mundo. El tiempo que les dedicaba y que en su momento sacrifiqué para ser estudiante nuevamente, lo agradezco infinitamente, seguro va ser recompensado con ser una mejor mamá para ustedes.*

*Agradezco a la Universidad Autónoma de Baja California, por volver a cobijarme una vez más, es un honor pertenecer a la Facultad de Contaduría y Administración.*

*Dr. Ismael Plascencia, el mundo nunca va a volver a ser igual ante mis ojos. ¡Gracias por todo!*

*A la Dra. Nancy Montero por sus atenciones y apoyo, Profe Rito, me llevo grandes lecciones de vida, a mi Director de Tesis, el Dr. Alfonso Vega, por su tiempo y dedicación, ¡gracias!*

*A todos mis maestros, les rindo mi más sincero homenaje porque cada uno fue pieza fundamental para mi formación académica, ¡gracias infinitas!*

*Ricardo, Yirandy, Maritza, Rocío, Christina, Jessica, Alba, Andrea y Héctor, mis compañeros de aula. Que afortunada soy de haberlos conocido, de cada uno me llevo una gran enseñanza y ustedes una parte de mi corazón, muchas gracias por coincidir.*

*Agradezco a la Institución de salud, ISSSTECALI, por las facilidades para realizar este trabajo y por 6 años de ser mi segunda escuela, a todos los médicos, enfermeras, personal administrativo y de apoyo. ¡Gracias!*

*A Dr. Morgan por inspirar el amor al servicio de la salud, al Dr. Paniagua por dejar una gran inquietud en mí de seguir preparándome para lograr un servicio de calidad a beneficio de los pacientes, al C.P. Rene Jattar, siempre estaré eternamente agradecida con la vida por haberte puesto en mi camino, gracias por creer en mí.*

*A mis amigos, Yoly Gutiérrez, Elizabeth Camacho, Ivonne, Fernando, Maru y Toty, por estar siempre al pendiente de mí, por todo su amor.*

*Odín: Definitivamente sino fuera por esa charla que tuvimos ese día en mi cocina, no estaría hoy aquí.*

*A quienes indirectamente contribuyeron para lograr este sueño...*

*Gracias.*

*A mi Padre,  
C.P. Esteban Ochoa Soto (1959-2002)  
Gran parte de lo que soy te lo debo a ti.  
Volví a tu segunda casa...*

*Eva, la ciencia es un mundo  
maravilloso, ¡lucha por tus sueños!  
Evan, sigue conservando esa ternura  
y esa capacidad de asombro.*

*Gracias por mantenerme despierta.*

*¿Cómo llegué hasta aquí?...*

*Toda mi infancia estuve rodeada de libros sobre ciencia, me apasionaba saber cómo funcionaba el cuerpo humano, todos sus órganos siendo parte de un sistema para el buen funcionamiento de todas sus partes, sus estructuras y componentes, cómo cada sistema se enlazaba con otro, todos con tareas específicas pero trabajando por un fin determinado.*

*No estudié medicina, pero siempre me cuestioné ¿Para qué quería estudiar eso? ¿Cuál era el objetivo? salvar vidas, apoyar en la calidad de vida de las personas, lograr bienestar, mitigar el dolor...*

*El camino fue distinto pero el objetivo no tenía que serlo, así que me dije a mi misma “logra el objetivo, como sea pero ¡hazlo!” y no existen las casualidades, un día llegué a trabajar a un lugar que tal vez nunca me hubiera propuesto. A un hospital.*

## ÍNDICE

**Resumen**

**Introducción**

### CAPÍTULO I

<b>1.1. Consideraciones generales.....</b>	<b>10</b>
1.1.1. Matriz metodológica.....	11
1.1.2. Antecedentes.....	12
1.1.3. Planteamiento del problema.....	14
1.1.4. Justificación del proyecto .....	15
a) Punto de vista económico .....	15
b) Social .....	15
c) Metodológico .....	15
<b>1.2. Objetivos del proyecto</b>	
1.2.1. Objetivo general .....	16
1.2.2. Objetivos específicos.....	16
1.2.3. Preguntas de investigación .....	16
<b>1.3. Matriz de congruencia.....</b>	<b>17</b>

### CAPÍTULO II

#### Marco teórico

<b>2.1. La administración.....</b>	<b>18</b>
2.1.1. Proceso administrativo.....	19
2.1.2. Planeación.....	20
2.1.3. Planeación Estratégica.....	22
<b>2.2. Administración Estratégica.....</b>	<b>23</b>

<b>2.3. Diagnóstico administrativo.....</b>	<b>23</b>
2.3.1. Herramientas de diagnóstico.....	24
2.3.2. Análisis FODA.....	24
2.3.3. Análisis de procedimientos .....	25
2.3.4. Análisis de relaciones.....	25
2.3.4. Análisis funcional.....	26
<b>2.4. Certificación.....</b>	<b>26</b>
2.4.1. Tipos de certificaciones del sector salud.....	26
2.4.2. La certificación del Consejo de Salubridad General en México.....	29
2.4.2.1. Fases del proceso de certificación del CSG.....	30

## **CAPÍTULO III**

### **Marco contextual**

<b>3.1. Antecedentes de la certificación a nivel mundial en salud.....</b>	<b>35</b>
<b>3.2. El Sistema de Salud en México.....</b>	<b>37</b>
<b>3.3. Consejo de Salubridad General.....</b>	<b>38</b>
3.3.1. Antecedentes históricos del Consejo de Salubridad General.....	39
<b>3.4. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.....</b>	<b>40</b>
3.4.1. Establecimientos de atención médica certificados en México.....	42

## CAPÍTULO IV

### Metodología.

<b>4.1. Tipo de investigación.....</b>	<b>43</b>
<b>4.2. Sujeto de Investigación.....</b>	<b>44</b>
<b>4.3. Técnica de recolección de datos.....</b>	<b>45</b>
4.3.1. Validación de instrumento de captura de la información.....	46
4.3.2. La muestra.....	47
4.3.3. Procesamiento de datos.....	47

## CAPÍTULO V

<b>5. Resultados del diagnóstico.....</b>	<b>48</b>
5.1. Autorizaciones sanitarias.....	48
5.2. Procesos clave para la implementación del modelo.....	49
5.3 Integración y desarrollo de los sistemas críticos y el plan de calidad y seguridad del paciente.....	50
5.4. Requisitos de estructura ponderados como indispensables.....	50
5.5 Requisitos de estructura ponderados como necesarios.....	53
5.6. Requisitos de estructura ponderados como convenientes.....	55
5.7. Oportunidades de mejora.....	57

## CAPÍTULO VI

<b>6. Plan estratégico para la certificación .....</b>	<b>61</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>65</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>66</b>

### BIBLIOGRAFÍA

### BIBLIOGRAFÍA DIGITAL

### ANEXOS

## Resumen

El trabajo que a continuación se presenta, es una propuesta de un plan estratégico para la certificación de un hospital público de la ciudad de Tijuana Baja California, el cual para efectos de protección de datos lo referiré como “Hospital Tijuana”. Surge la necesidad de formar profesionales del área médica y administrativa que se involucraran activamente en el proceso de certificación con base en “*El Modelo de Seguridad del Paciente*”<sup>1</sup> que brinda el Consejo de Salubridad General (CSG), por medio de procesos estratégicos, ya que esto le permite a hospital Tijuana demostrar que se cumplen los estándares en materia de salud, que es una Institución comprometida en mantener la calidad de sus procesos y la seguridad de sus pacientes. La metodología para este estudio de caso, se sustenta en los lineamientos de los estándares para la certificación de hospitales y establecimientos de atención médica, del modelo del Consejo de Salubridad General para la atención de salud con calidad y seguridad, a partir de las oportunidades de mejora detectadas en el diagnóstico.

El presente caso de estudio está integrado por seis capítulos. En el capítulo I se señalan las consideraciones generales del caso, en el capítulo II, el marco teórico, en el capítulo III, el marco contextual, en el capítulo IV, la metodología utilizada, en el capítulo V, los resultados obtenidos, y en el capítulo VI, la propuesta de plan estratégico para la certificación.

---

<sup>1</sup> Además de ser efectivos, los servicios de salud deben evitar que ocurran eventos adversos para el paciente como consecuencia directa del proceso de atención médica.(CSG)

## **Introducción**

La investigación se centra en el estudio de caso de un hospital público de la ciudad de Tijuana Baja California, México, el cual requiere lograr la certificación ante el Consejo de Salubridad General (CSG) y que este proceso es supervisado por el Sistema Nacional de Establecimientos de atención Médica (SINaCEAM). Una de las principales causas por las cuales no ha solicitado la certificación es por la falta de organización en la Institución, y del desconocimiento del personal de los requerimientos del proceso para llevar a cabo la certificación. Es por ello, que en septiembre de 2014, el Departamento de Enseñanza de la Institución, convocó a todos los jefes de servicio de hospital Tijuana, a participar en el Diplomado de Administración de Hospitales, con la finalidad de mantener el compromiso que tienen con sus pacientes y reforzar la educación y formación de su personal. Siendo participe de este diplomado, tuve la oportunidad de comprender mejor como una unidad de salud funciona como un sistema, todas las partes con diversas características para ejercer tareas específicas pero con un fin en común que las hace ser parte de un todo. En marzo de 2015 concluyo el diplomado, a partir de ahí nace mi interés por prepararme académicamente para obtener las bases teóricas, metodológicas y las herramientas que me permitieran apoyar a la Institución.

En cuanto a la metodología utilizada para el caso de estudio, fue por método cualitativo y descriptivo, los involucrados fueron los responsables del área médica, administrativa y áreas de apoyo, para obtener la información que requería el instrumento de recolección de datos, que fue la cédula de autoevaluación del “Modelo de Seguridad del Paciente” del Consejo de Salubridad General, para obtener un diagnóstico y con base en las oportunidades de mejora crear una propuesta para lograr la certificación.

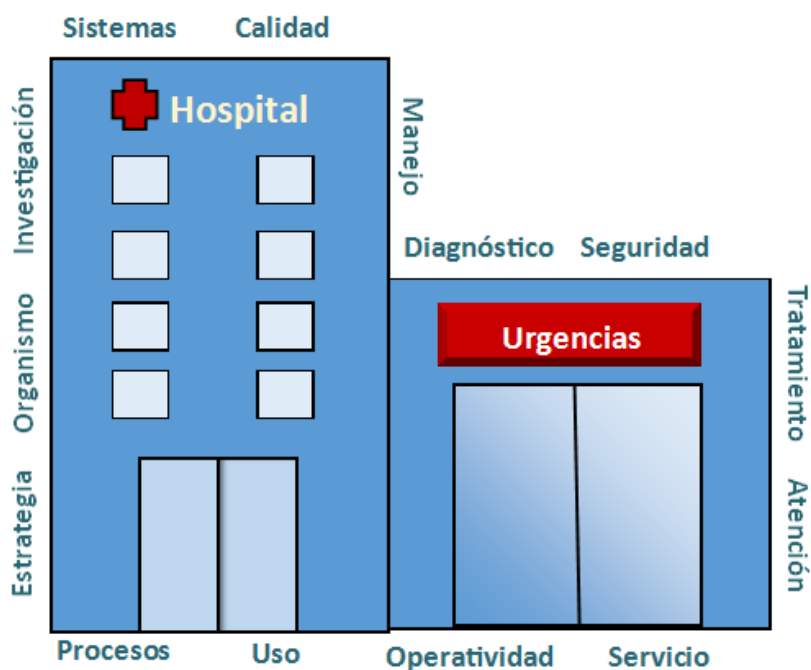
# Capítulo I

## 1.1. Consideraciones generales

En este capítulo se mencionan los conceptos clave para comprender el caso de estudio, el lenguaje y las herramientas necesarias que nos acompañarán en la investigación y en el trabajo de campo, el objetivo en este apartado es que cualquier persona ya sea del área médica o administrativa puedan comprender este viaje de indagación, así como el lector interesado en el tema.

*Los elementos que acompañan a una administración eficiente, tienen una gran similitud con los que apoyan los objetivos esenciales del ejercicio médico y que en una unidad de salud son fundamentales para su buen funcionamiento, como se muestra en el esquema de la figura 1.*

Figura 1.



### 1.1.1. Matriz metodológica

*En la siguiente tabla se presenta la matriz metodológica, en la cual se describe el proceso de la investigación.*

**Tabla 1**

Disciplina de estudio:	<i>Ciencias administrativas</i>
Área de conocimiento:	<i>Administración general</i>
Especialidad:	<i>Planeación estratégica</i>
Objetivo de estudio:	<i>Elaborar un plan estratégico a partir de la autoevaluación para identificar áreas de mejora y diseñar las estrategias para lograr la certificación de hospital de Tijuana, en Baja California México, con el modelo del Consejo de Salubridad General (CSG).</i>
Sujetos de estudio:	<i>Institución de servicios médicos: personal médico y administrativo.</i>
Problema abordado	<i>La falta de certificación del CSG en Hospital Tijuana</i>
Finalidad:	<i>Propuesta de Plan estratégico para lograr la certificación del CSG</i>
Tipo de investigación:	<i>Descriptiva</i>
Modelo de investigación:	<i>Modelo de Certificación del CSG</i>
Instrumento de recolección de datos:	<i>Cédula de autoevaluación del CSG</i>
Pruebas estadísticas:	<i>Estadística descriptiva</i>
Autor:	<i>Rebeca Elizabeth Ochoa Iñiguez</i>
Director de tesis:	<i>Dr. Alfonso Vega López</i>

### 1.1.2. Antecedentes

De acuerdo a datos históricos citados por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de atención Médica, (SINaCEAM, 2015), los estándares de calidad en salud ya se habían plasmado desde antes de la nueva era en países asiáticos. Para el siglo XIX en Europa, unieron esfuerzos para lograr uniformidad con la indumentaria necesaria para practicar la medicina así como crear profesionistas de su ejercicio médico. En 1917, Estados Unidos crea el primer movimiento para garantizar la calidad en el sector salud. El Colegio estadounidense de cirujanos “*American college of surgeons*” hace la primera compilación de estándares mínimos requeridos para hospitales en esa nación, con el objetivo de no permitir deficiencias en el servicio de salud que pusieran en riesgo la vida y seguridad del paciente. Sin darse cuenta sientan las bases de lo que es un proceso de certificación y acreditación que actualmente se le conoce como *Joint commission on the accreditation of healthcare organizations* (comisión conjunta de acreditación para las organizaciones prestadoras de servicios de salud), le siguió Canadá con la denominación de consejo canadiense de acreditación de servicio de salud (CCHA), ambos modelos han contribuido al diseño de certificación utilizado en nuestro país.

A finales del siglo XX, el mundo comienza a preguntarse cómo optimizar recursos y hacer un servicio de salud que garantice la seguridad del paciente, la optimización de procesos para acortar la cadena de suministro y ser más eficientes, adoptan procesos administrativos y estratégicos para hacer más sustentable su labor, con procesos de mejora continua, que les permitieran prepararse día con día para los nuevos cambios a los que se enfrentaba la sociedad y sus necesidades, evaluar la calidad a través de nuevos estándares, acreditaciones y certificaciones que distinguieran a las

unidades de salud, principalmente hospitales, otorgando seguridad y calidad en los servicios de salud a sus usuarios. Consejo de Salubridad General, CSG (2017).

Uno de los objetivos esenciales de toda unidad médica es satisfacer las necesidades del usuario, lograr que el enfermo logre egresar con un óptimo estado de salud. La evolución de los servicios médicos ha mejorado con el pasar de los años, haciendo lo mejor que han podido de acuerdo a sus conocimientos y capacidades, siempre persiguiendo un ideal, dar solución al dolor.

Por medio de una serie de procesos se llega a la indagación, el diagnóstico y tratamiento y manejo para lograr la curación. La manera en cómo se va haciendo, se ha ido transformando de la mano con los avances científicos y tecnológicos, logrando mejores satisfactores para llegar a su objetivo.

Actualmente todo organismo del sector salud, está regulado por la Secretaría de Salud y el Consejo General de Salud, (SS, 2017) a fin de que cumplan con los estándares de calidad y de servicio indispensables para dar la atención que se requiere, es por ello que es muy importante que la institución cumpla con los lineamientos de la certificación que es supervisada y difundida por el Sistema Nacional de certificación de establecimientos de atención médica, (SINaCEAM) para dar servicio con calidad de una manera eficaz y eficiente, cumpliendo con las metas y estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) . SINaCEAM (2017).

Si no se lucha por conseguir llegar a un nivel de excelencia, ¿qué sentido tendría atender a la sociedad sin el objetivo primordial de toda unidad hospitalaria: servir y dar atención oportuna para satisfacer las necesidades de salud de la sociedad.

### **1.1.3. Planteamiento del problema.**

Hospital Tijuana, es un establecimiento de salud comprometido con satisfacer las necesidades de salud de sus usuarios, es por ello que es imprescindible lograr calidad y calidez en la atención de sus pacientes y la eficacia y eficiencia en sus procesos. Actualmente no cuenta con la **certificación ante el Consejo de Salubridad General**, la cual se requiere obtener para reafirmar el compromiso que tiene con la sociedad.

Las necesidades de los pacientes de Hospital Tijuana, son la razón por la cual la Institución trabaja día a día por mejorar y darles la atención que merecen. El personal médico y administrativo del hospital, requieren las bases que les permitan enfrentarse a las problemáticas que se presentan día a día en un ambiente dinámico e integrador. Lograr la Certificación y contar con el reconocimiento del Consejo de Salubridad General (CSG), le permitirá a hospital Tijuana cumplir con su objetivo de atención a sus pacientes.

#### **1.1.4. Justificación del proyecto**

La realización de este proyecto traerá beneficios para el hospital, tanto en el ámbito interno de la organización, así como de la percepción a nivel externo, ya que el usuario tendrá un mejor servicio de salud con los estándares de seguridad y calidad necesarios. Entre estos beneficios tenemos los siguientes:

**a) Punto de vista económico:**

Eficiente administración de los recursos financieros con lo que se cuenta, mantener control presupuestal y la distribución del catálogo de partidas, tener un control de los activos fijos, de los insumos y demás recursos del hospital para su buen funcionamiento, apoyo financiero para las necesidades de infraestructura.

**b) Punto de vista social:**

Servicio de salud de calidad para los usuarios de Hospital Tijuana, el personal médico y administrativo, comprometidos en garantizar que se cumplan los estándares internacionales de la seguridad de los pacientes, atención oportuna, eficaz y eficiente.

**c) Punto de vista metodológico:**

Mantener la mejora continua y cumplir con los procedimientos y alcanzar los indicadores de procesos, infraestructura y de resultados con base en modelo del Consejo de Salubridad General (CSG).

## **1.2. Objetivos del proyecto**

En este apartado se definen los objetivos tanto el general, como los objetivos específicos, así como las preguntas de investigación, que permitirán llevar a cabo el proyecto, definiendo los alcances de la investigación, y hacia donde se quiere llegar planteando las metas propuestas, para poder conseguir la certificación de un hospital público de la ciudad de Tijuana, B.C. México, con base en el modelo del Consejo de Salubridad General (CSG).

### **1.2.1. Objetivo general**

Elaborar un plan estratégico a partir de la autoevaluación para identificar áreas de mejora y diseñar las estrategias para lograr la certificación de hospital de Tijuana, en Baja California México, con el modelo del Consejo de Salubridad General (CSG).

### **1.2.2. Objetivos específicos.**

1. Realizar la autoevaluación en Hospital de Tijuana, B.C. México, a partir del “Modelo de Seguridad del Paciente” del Consejo de Salubridad General (CSG).
2. Identificar las áreas de mejora a partir de los resultados de la autoevaluación.
3. Diseñar y proponer un plan estratégico para lograr la certificación del hospital.

### **1.2.3. Preguntas de Investigación**

Para lograr los objetivos propuestos se llegó a los siguientes cuestionamientos;

1. ¿En qué consiste la autoevaluación bajo el modelo del CSG?
2. ¿Cuáles son las oportunidades de mejora que requieren ser atendidas a partir de la autoevaluación?
3. ¿Cuáles son las estrategias y acciones del plan estratégico que permitirán lograr la certificación del hospital?

### 1.3. Matriz de congruencia

*En la siguiente tabla se muestra la matriz de congruencia, la cual contempla el tema, el objetivo general, los objetivos específicos y las preguntas de investigación, con el fin de observar de manera práctica la investigación y adecuarnos a las necesidades de los objetivos, estableciendo que se quiere lograr y dar respuestas a las preguntas planteadas.*

**Tabla 2.**

<b>Título</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Preguntas de investigación</b>
<b>Plan estratégico para la certificación de establecimientos de atención médica: caso Hospital público de Tijuana, B.C. México.</b>	<b>Elaborar un plan estratégico a partir de la autoevaluación para identificar áreas de mejora y diseñar las estrategias para lograr la certificación de Hospital de Tijuana, en Baja California México, con el modelo del consejo del CSG</b>	<b>1. Realizar la autoevaluación en Hospital de Tijuana, B.C. México, a partir del modelo del Consejo de Salubridad General (CSG).</b>	<b>1. ¿En qué consiste la autoevaluación bajo el modelo del CSG?</b>
		<b>2. Identificar las áreas de mejora a partir de los resultados obtenidos de la autoevaluación.</b>	<b>2. ¿Cuáles son las oportunidades de mejora que requieren ser atendidas a partir de la autoevaluación?</b>
		<b>3. Diseñar y proponer un plan estratégico para lograr la certificación del hospital.</b>	<b>3. ¿Cuáles son las estrategias y acciones del plan estratégico que permitirán lograr la certificación del Hospital?</b>

## **CAPÍTULO II**

### **Marco teórico**

#### **2.1. Administración**

De acuerdo a la Real Academia Española (2017), administración es gobernar, ejercer la autoridad o el mando sobre un terreno o las personas que lo habitan, dirigir una institución, ordenar, disponer, organizar, en especial la hacienda o los bienes, desempeñar o ejercer un cargo, oficio o dignidad. Suministrar, proporcionar o distribuir algo. Para nuestro campo de investigación, administración es una ciencia social que tiene como objetivo el estudio de las organizaciones para la planificación, organización, dirección y control para su buen funcionamiento y logro de sus objetivos, así como del óptimo rendimiento de sus recursos.

La administración nace de la necesidad de mantener una visión y control de las cosas, de satisfacer las necesidades del ser humano y de dirigir las actividades del día a día. La administración en las organizaciones es la tarea más importante del gerente: lograr la eficacia y la eficiencia, que se cumplan los objetivos para lo cual fue creada la empresa.

En el libro de administración Robbins&Coulter (2018), mencionan que la eficiencia consiste en obtener mayores ganancias con la mínima inversión. La optimización de los recursos, tanto de mano de obra, recursos financieros y maquinaria por mencionar algunos, se procura aprovecharlos de una manera eficiente, evitando el desperdicio de recursos, el buen uso del tiempo que laboran

los empleados para la producción y tareas encomendadas realizadas a tiempo, así como hacer rendir el presupuesto y encausarlo para mejores resultados. Hacer las cosas bien, a tiempo y en excelencia para lograr los objetivos. Otro de los factores determinantes en la administración, es la eficacia, concluir las tareas encomendadas para lograr las metas propuestas que va a la par con la eficiencia, haciendo las cosas correctas para cumplir el cometido propuesto.

### **2.1.1. Proceso administrativo**

El primer modelo del proceso administrativo fue propuesto por Henri Fayol en 1916, en el que mencionaba cinco funciones esenciales: planear, organizar, mandar, coordinar y controlar. Este se fue modificando con el pasar de los años, por los distintos enfoques y aportaciones de los precursores de la administración y de las necesidades de la sociedad en cada época. El proceso administrativo es determinante para obtener un ejercicio eficaz en la administración de una organización, son una serie de actividades que nos permiten que sea funcional, estas son; la planeación, organización, dirección y control. (Robbins&Coulter, 2018)

En la organización se determina el diseño estructural del organigrama y las funciones de cada Departamento. El gerente coordina las actividades de cada elemento para llevar a cabo las actividades que se requieren. En la dirección, el punto clave es la motivación, encausar las tareas realizadas para conseguir las metas propuestas. En la etapa de control, se evalúan los resultados obtenidos, se mantiene un registro de los bienes para su buen uso y control de los mismos, se cuenta con la inspección de las áreas de la organización y se corrigen las deficiencias, se detectan las oportunidades de mejorar para hacer los cambios en la planeación que sean pertinentes para lograr los objetivos propuestos. (Robbins&Coulter, 2018)

*A continuación se describen los elementos que conforman el proceso administrativo.*

**Tabla 3.**

<b>Proceso administrativo</b>	
<b>Planeación</b>	Fijar las metas, formular los planes y como llevarlos a cabo por medio de estrategias.
<b>Organización</b>	Decidir el esquema estructural, determinar qué tareas hay que hacer, quién las hace, cómo se agrupan, quién rinde cuentas a quién y dónde se toman las decisiones.
<b>Dirección</b>	Dirigir a la organización para lograr las metas propuestas, influir en los empleados y por medio de comunicación efectiva, capacitación y motivación.
<b>Control</b>	Proceso de vigilar, evaluar, comparar y corregir el desempeño y las metas fijadas en la planeación.

Elaboración propia con base en el libro Administración Robbins&Coulter, 2018.

### **2.1.2. Planeación.**

Robbins y Coulter (2018), definen que la planeación es determinante en toda organización, en ella se plantea a donde se quiere llegar, cuáles serán los ideales a seguir, la misión y la visión de la empresa, la razón de la existencia de todo proyecto emprendido. Trazar objetivos y estipular como obtener las metas a seguir.

La planeación es el primer paso dentro del proceso de la administración. Con ella se logra la organización de los elementos que conforman una empresa y la optimización de sus recursos para

alcanzar las metas deseadas en un tiempo determinado. Es el inicio para la creación de estrategias basadas en el análisis del entorno, la formulación de lo que pueden ofrecer al mercado para satisfacer una necesidad (misión) y hasta donde se quiere llegar (visión), programación, que es el organigrama de actividades a seguir para lograr el objetivo, y ejecución, llevar a cabo el plan propuesto. (Rivas, 2016)

Es de suma importancia la planeación ya que minimiza riesgos para la empresa, se reduce la incertidumbre al conocer el entorno y los posibles escenarios. Se plantean los objetivos a alcanzar, trazando el camino a seguir de una manera eficiente para el mayor provecho de los recursos con los que se cuenta. Pone en común las metas con los colaboradores, para alcanzar los objetivos propuestos. (Robbins&Coulter, 2018)

La planeación responde a la preguntas ¿qué hay que hacer? Y ¿cómo hay que hacerlo? Esta puede ser formal o informal. En muchas ocasiones y en el trabajo cotidiano los gerentes planean informalmente. Desde el punto de vista de los autores Robbins y Coulter (2018), en la planeación informal nada está escrito y pocas veces estas metas se comparten a la organización. Normalmente este estilo de planeación se maneja en negocios o empresas pequeñas, en las que el propietario tiene una visión acerca de dónde quiere que marche su negocio y cómo quiere hacerlo. La planeación informal es general y le falta continuidad. Aunque es más común en las organizaciones pequeñas, también se da en las grandes organizaciones.

### **2.1.3. Planeación estratégica**

Robbins y Coulter (2018), Existen tres tipos de planeación y se clasifica en planeación estratégica, táctica y operacional. La planeación estratégica es aquella que engloba a toda la organización, haciendo un diagnóstico situacional de la empresa, es elaborada por el empresario y altos ejecutivos, normalmente sus objetivos tienen una proyección a largo plazo. La planeación táctica se da a nivel departamental, es elaborada por gerentes o jefes de área donde se formulan estrategias para su buen funcionamiento, tiene una proyección a mediano plazo. En la planeación operacional se plantean objetivos más específicos de acuerdo a alguna acción a seguir o protocolo de algún proceso determinado, se realiza a nivel interno, es elaborado por jefes de área, normalmente sus alcances son a corto plazo.

El administrador tiene la función de optimizar los elementos de la organización, ejecutando los proyectos y planes estratégicos trazados, dirige que todos los departamentos funcionen adecuadamente. Tiene un papel fundamental en el proceso de planeación y la toma de decisiones. (Robbins&Coulter, 2018)

Rivas (2016), menciona que es un proceso en el cual se identifican los objetivos y se formulan las metas, es una tarea que no tiene fin ya que al lograr objetivos se plantean nuevos, el ambiente cambia constantemente y las necesidades, es por ello que este recurso se vuelve inagotable y es de gran importancia para la toma de decisiones. Una de las herramientas es el análisis de las fuerzas, oportunidades, debilidades y amenazas, FODA, utilizada en las grandes compañías para la

planeación estratégica y para detectar problemas en la organización dando como resultado un panorama más completo de alguna situación en concreto.

## **2.2. Administración Estratégica**

En la Administración estratégica, aparte de obtener los procesos de planeación, organización y control para el buen funcionamiento de una organización o empresa, requiere de fines definidos para lograr objetivos alcanzables y medibles para llevar a la compañía a otro nivel de calidad y con mejores satisfactores de sus clientes o usuarios. Ya sea para lograr mayores niveles de aceptación en el mercado, para mantenerse ante la agresividad de este mismo o para innovar y lograr excelencia en calidad. La estrategia, que se deriva de estrategia en tiempos de guerra es eso mismo, hacer un mapa paso por paso para lograr un objetivo mucho más allá de lo ya establecido para salir a flote en tiempos de contingencia y lograr adaptarse a los cambios y las nuevas necesidades. (Rivas, 2016)

## **2.3. Diagnóstico administrativo**

El diagnóstico administrativo es un análisis objetivo de la empresa, donde se determina cuál es la oportunidad de mejora, detectando las causas que generaron el problema y estableciendo las posibles soluciones. Toda empresa puede ser objeto de un diagnóstico administrativo, el cual puede ser total o parcial dependiendo de la magnitud de la organización, las características principales de este análisis son, que es sistemático, se realiza en periodos determinados, y que es un trabajo en conjunto. En el diagnóstico que se puede observar que los problemas más recurrentes en las organizaciones son; una estructura organizacional deficiente, la falta de manuales de normas y

procedimientos, falta de coordinación entre jefes de departamento y canales de comunicación inadecuados o nula comunicación efectiva. (Rivas, 2016)

**Elementos del diagnóstico:** Misión y visión, objetivos y metas, estrategias políticas, procedimientos, programas, presupuestos, normas, reglas tácticas, funciones, jerarquías, puestos, integración, estándares y controles, operación de controles, evaluación de resultados, reclutamiento, selección, inducción, capacitación, desarrollo, liderazgo, motivación, comunicación, supervisión sistema de costos y presupuestos, análisis organizacional y análisis estructural. (Rivas, 2016)

### **2.3.1. Herramientas de diagnóstico**

Existen diversos instrumentos que nos permiten realizar un diagnóstico a las organizaciones de acuerdo a sus necesidades y características, los cuales nos permiten obtener una imagen del ambiente interno de la organización, así como los factores externos que influyen en su capacidad, a continuación se resumen algunos de los más utilizados para el diagnóstico administrativo.

#### **2.3.1.1. Análisis FODA**

Una de las herramientas de diagnóstico más conocida es el modelo es el análisis de las fuerzas, oportunidades, debilidades y amenazas conocido como FODA por sus siglas en español y en inglés: *swot strenghts, weaknesses, oportunities, threats*. Es una herramienta que permite plasmar en un cuadro de la situación actual de la organización, para la obtención de un diagnóstico que permita la toma de decisiones, con base a los objetivos y políticas de la planificación estratégica de la organización. (Rivas, 2016)

Por ser una herramienta híbrida se analizan los aspectos tanto internos como externos, siendo las fortalezas y las debilidades elementos internos de la organización, por tanto son oportunidades de mejora donde se puede trabajar directamente. Las oportunidades y amenazas son elementos externos de las cuales no se tiene ningún control, pero conocer de ellos nos permite una mejor gestión de los recursos y planificar en base a estos. Las fortalezas son los talentos con los que cuenta la empresa que las distingue de la competencia. Las debilidades son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente a la competencia. Las oportunidades son los factores de tipo socioeconómico, político o cultural existentes en el entorno. (Rivas, 2016)

#### **2.3.1.2. Análisis de procedimientos**

Rivas, (2016). El análisis de procedimientos es el estudio de la secuencia de las actividades que desarrolla cada órgano de la unidad. Son los procesos que se llevan a cabo para lograr objetivos, como un engranaje donde todas sus partes hacen cohesión para el buen funcionamiento de un todo, cada departamento tiene un fin determinado, algunos dependen de otros, un ejemplo claro lo podemos ver en la industria donde en un área realizan tareas específicas que se enlazan con otras líneas de la producción.

#### **2.3.1.3. Análisis de relaciones**

El análisis de relaciones, estudia las líneas de comunicación de los órganos que conforman a la empresa, la manera en cómo se da la comunicación en una organización es tan importante para lograr objetivos así como su buen funcionamiento, los procesos de comunicación tiene un fuerte impacto en cómo se desenvuelve la empresa de manera interna con sus colaboradores así como de manera externa con sus proveedores, competidores, sus clientes y la sociedad en general. (Rivas, 2016)

#### **2.3.1.4. Análisis funcional**

Análisis funcional, comprende el estudio de funciones asignadas al área del objeto de estudio, así como las atribuciones y obligaciones que se deben cumplir para el desempeño del trabajo, informe de antecedentes, objetivos del estudio, metodología empleada descripción de la situación actual, propuesta de solución, clientes, análisis de la demanda y análisis de la competencia. (Rivas, 2016)

#### **2.4. Certificación**

Proceso en el que un organismo especializado autorizado que puede ser tanto gubernamental o no gubernamental, evalúa a una persona o una organización, que anteriormente debió haber solicitado ser evaluada y que conoce los criterios que se evaluarán. Generalmente se recibe capacitación previa. Es un proceso que permite demostrar ser competente en un área determinada, cumplir con normas o estándares de indicadores, ser apto para realizar una actividad. Demostrar ser competente en algo. (Ruelas&Poblano, 2007)

##### **2.4.1. Tipos de certificaciones**

En 1910, en Estados Unidos surge la acreditación como modelo de evaluación externa. Su objetivo fundamental era estandarizar la práctica médica hospitalaria. La acreditación puede ser o no obligatoria en algunos países, en el caso de Estados Unidos se ha vuelto una práctica casi obligatoria gracias al apoyo del gobierno y de instituciones privadas. Existen aproximadamente 36 certificaciones en todo el mundo con un sistema similar a la acreditación. Ruelas&Poblano (2007).

*A continuación se detallan los elementos clave de los modelos de certificación más reconocidos en el mundo en el ámbito de la salud y la gestión de la calidad de los servicios.*

**Tabla 4.**

Modelos de certificación	
<b>Visitatie</b>  Holanda	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 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.</li> <li>❖ Se basa en estándares explícitos de calidad clínica.</li> </ul>
<b>Modelo de excelencia</b>  <b>EFQM</b>  1980  Europa	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Constituye un marco de referencia para estructurar, evaluar y mejorar la gestión de la calidad de cualquier organización.</li> <li>❖ Tiene como fundamento el concepto de calidad total.</li> <li>❖ Con el antecedente de experiencias en otros países, entre ellas el premio <i>Malcom Baldrige</i> 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.</li> </ul>
<b>ISO 9000</b>  <i>(International Organization for Standardization)</i>  Gestión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Los primeros modelos de gestión de la calidad surgieron en el Reino Unido con los estándares ingleses.</li> <li>❖ 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.</li> <li>❖ El modelo ha llegado a ser popular y se usa con mayor frecuencia en servicios de diagnóstico, especialmente en los laboratorios clínicos.</li> </ul>

Elaboración propia tomado del libro *Certificación y acreditación de los servicios de salud*, Ruelas y Poblano (2007).

*En la tabla siguiente se mencionan algunas normas ISO del sector salud, para certificar la calidad y la competitividad de los centros y unidades de salud en el mundo.*

**Tabla 5.**

<b>Normas ISO que se aplican en el sector salud</b>	
<b>ISO</b>  <b>14001:2004</b>  <b>sistemas de</b>  <b>gestión</b>  <b>ambiental</b>	<p>Proporciona los elementos, estructura y organización de un sistema de gestión del medio ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contiene consideraciones acerca del medio ambiente, así como planes de emergencia y de control operacional,</li> <li>• Ayuda a las organizaciones a lograr objetivos relacionados con el cuidado ambiental</li> </ul>
<b>ISO</b>  <b>15189:2003</b>  <b>Relativo a la</b>  <b>calidad y la</b>  <b>competencia</b>  <b>laboratorios</b>	<p>Resume los requisitos relativos a la competencia y la calidad que son propias de laboratorios clínicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establece requisitos para los acuerdos de petición, preparación del paciente, identificación del paciente, toma de muestras, transportes, almacenamiento, procesado y análisis de muestras clínicas, junto con la subsiguiente validación, interpretación, comunicación y asesoramiento.</li> </ul>
<b>OHSAS</b>  <i>(occupational</i>  <i>health and</i>  <i>safety</i>  <i>assessment</i>  <i>series)</i>  <b>18001:1999</b>	<p>Establece los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacita para controlar sus riesgos de seguridad en el trabajo y para mejorar su funcionamiento en estos aspectos.</li> <li>• Está dirigida a la seguridad laboral de los trabajadores, no a la seguridad de los productos y servicios. Los requisitos que establece tienen como fin su incorporación en cualquier sistema de gestión.</li> </ul>

Elaboración propia con base en el libro *Certificación y acreditación de los servicios de salud* Ruelas, Poblano (2007).

## **2.4.2. Certificación del Consejo de Salubridad General en México**

La certificación del Consejo de Salubridad General, que convoca el Sistema Nacional de Establecimientos de atención médica, (SINaCEAM), se basa en el modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General, el cual contiene los siguientes criterios:

### **a. Acciones básicas para la seguridad del paciente:**

- Metas Internacionales de seguridad del Paciente.

### **b. Sistemas críticos:**

- Manejo y uso de los medicamentos
- Gestión y seguridad de las instalaciones
- Prevención y control de infecciones
- Competencias y educación del personal

### **c. Atención centrada en el Paciente**

- Acceso y continuidad de la atención
- Derechos del paciente y sus familias
- Evaluación de pacientes
- Servicios auxiliares de diagnóstico
- Atención de pacientes
- Anestesia y atención quirúrgica
- Educación del paciente y de su familia

### **d. Calidad**

- Mejora de la calidad y la seguridad del paciente

#### e. Gestión de la Organización

- Gobierno, liderazgo y Dirección
- Gestión de la Comunicación y la información.

#### 2.4.2.1. Etapas del proceso de certificación del Consejo de Salubridad General

*El proceso de certificación contempla 4 etapas que se describen a continuación:*

##### a) Fase 1 autoevaluación e inscripción

*En la tabla siguiente, se muestran los requisitos necesarios que toda unidad de salud, debe cumplir para iniciar la primera fase del proceso de certificación.*

Tabla 6.

<b>Fase 1 autoevaluación e inscripción (última actualización marzo 2018, denominado (“Registro”))</b>	
<b>De acuerdo al Consejo de Salubridad General, para que una organización pueda formar parte del Sistema Nacional de Establecimientos de Atención Médica, debe cumplir los siguientes requisitos:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tener por lo menos <b>un año de funcionamiento</b> para establecimientos de atención médica que se evalúan con Estándares para Hospitales. El tiempo de funcionamiento para el Proceso de Certificación se considera a partir de que comenzó a brindar atención a pacientes.</li><li>• Contar con las <b>Autorizaciones Sanitarias</b> que correspondan a los servicios que brinda (Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsable Sanitario).</li><li>• No tener procedimientos administrativos abiertos ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o ante las autoridades de regulación sanitaria de las entidades federativas.</li><li>• <b>No contar con sanciones</b> de inhabilitación relacionadas con la prestación de servicios de atención médica impuestas por cualquier autoridad administrativa.</li><li>• En el caso específico de los Establecimientos de Atención Médica de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud que no cuenten con una Certificación previa, deberán <b>aprobar en primer lugar la Acreditación como prestadores de servicios de salud que atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.</b></li></ul>
Las organizaciones que cumplan los requisitos antes descritos, están en posibilidades de realizar la Autoevaluación e Inscripción al Proceso de Certificación.	

Elaboración propia basada en los lineamientos para la certificación [www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx)

*La Autoevaluación está enfocada en dos tipos de requisitos que se describen en la siguiente tabla.*

**Tabla 7.**

<p><b>1.</b> Los que debe cumplir un establecimiento en función de lo dispuesto en la legislación aplicable vigente:</p> <p>a) <b>la Ley General de Salud,</b>  b) <b>sus Reglamentos y</b>  c) <b>Normas Oficiales Mexicanas</b></p>	<p><b>2.</b> Los relacionados con el diseño y la implementación de procesos y sistemas dentro del <b>Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.</b></p>
<p>Los requisitos que forman parte de las <b>Bases Estructurales de la Autoevaluación</b> se ponderan en tres niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Indispensables</b></li> <li>✓ <b>Necesarios</b></li> <li>✓ <b>Convenientes</b></li> </ul>	<p>Para que un establecimiento pueda inscribirse al SiNaCEAM, debe haber cumplido con lo siguiente:  <b>100%</b> de los requisitos ponderados como <b>“Indispensables”</b>,  el <b>80%</b> o más de los <b>“Necesarios”</b>  y el <b>50%</b> o más de los <b>“Convenientes”</b>.</p> <p>Los formatos de <b>“Autoevaluación”</b> y la <b>“Solicitud de Inscripción”</b> se encuentran disponibles en la página web: <a href="http://www.csg.gob.mx">www.csg.gob.mx</a></p>

Elaboración propia basada en los lineamientos para la certificación [www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx)

**b) Fase 2. La Evaluación**

*A continuación se describe la segunda fase del Proceso de Certificación.*

**Tabla 8.**

Requisitos previos a la visita:	La Agenda de Evaluación contiene la programación de las actividades fundamentales que se llevarán a cabo y son las siguientes:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Se evalúa la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG a través de los estándares correspondientes al tipo de organización.</li> <li>2 La Evaluación se programa ya que el personal encargado del proyecto o responsable de la unidad médica haya asistido al menos a un curso impartido por el CSG para la Certificación.</li> <li>3 La planeación del número de evaluadores y la duración de la evaluación por parte del SiNaCEAM es acorde a la complejidad de cada organización, la duración mínima de la auditoría es de tres días para Hospitales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conferencia de Apertura por el Evaluador Líder.</li> <li>2. Presentación del contexto general de la organización.</li> <li>3. Evaluación de la definición de los procesos y sistemas acordes al Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.</li> <li>4. Seguimiento de pacientes.</li> <li>5. Recorridos por las instalaciones.</li> <li>6. Evaluaciones de los Sistemas Críticos.</li> <li>7. Evaluación de los servicios subrogados.</li> <li>8. Evaluación del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente.</li> <li>9. Evaluación de Procesos.</li> <li>10. Entrega del Reporte de Evaluación.</li> </ol>

Elaboración propia basada en los lineamientos para la certificación [www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx)

**c) Fase 3. Dictamen**

*La fase 3 es el Dictamen de la evaluación del Proceso de Certificación donde se lleva a cabo el análisis de la información obtenida en las dos primeras fases del proceso (Inscripción y Autoevaluación, y Evaluación) como se muestra en la tabla.*

**Tabla 9.**

<p>La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), emite el dictamen de conformidad con las Reglas de decisión vigentes al momento de la sesión de la CCEAM y en primera instancia se determina una de las tres siguientes alternativas:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>Certificar</b> (por 1, 2, 3 ó 5 años dependiendo de la calificación general y el cumplimiento de las Reglas de Decisión)</li> <li>2 <b>Otorgar un Plazo Perentorio</b> de 6 meses para mejorar la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG y el cumplimiento de las Reglas de Decisión.</li> <li>3 <b>No certificar</b> (calificación general menor de 7)</li> </ol>
<p>Si se otorga un Plazo Perentorio de seis meses, la organización se someterá a un Segundo Dictamen, en el cual se obtiene una calificación recalculada utilizada para determinar el periodo de vigencia de la certificación, ya que en este segundo dictamen sólo se encuentran las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificar (por 1, 2, o 3 años dependiendo de la calificación recalculada).</li> <li>• No certificar (si se incumplen reglas de decisión).</li> </ul>	<p>Una organización certificada puede someterse a otro Dictamen cuando se llevan a cabo evaluaciones aleatorias o intencionadas, en este caso las alternativas de Dictamen dependerán de la decisión de la CCEAM, y generalmente se engloban en las siguientes tres opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ratificar el Certificado.</li> <li>✓ Revocar el Certificado.</li> <li>✓ Otorgar un Plazo Perentorio de 3 meses.</li> </ul>

Elaboración propia basada en los lineamientos para la certificación [www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx)

#### d) Fase 4. Continuidad

*La Continuidad es la fase del proceso en la cual las organizaciones, dependiendo de su estatus:*

**Figura 2.**



Durante esta fase, las organizaciones con mejores calificaciones, que obtienen un Dictamen de Certificar por 5 años tienen el compromiso de apoyar al Consejo de Salubridad General con la difusión de buenas prácticas y experiencias exitosas. SINACEAM (2017).

## CAPÍTULO III

### Marco contextual

#### 3.1. Antecedentes de la certificación a nivel mundial en salud

Ruelas y Poblano (2007), en su trabajo de investigación sobre el tema de la certificación en salud, mencionan que uno de los antecedentes importantes que hicieron una diferencia en evaluación de calidad en salud, fue la enorme necesidad de reducir las muertes derivadas de infecciones adquiridas dentro de los hospitales, lo que hoy conocemos como intrahospitalarias.

Ernest Codman, considerado como el iniciador de la evaluación de la calidad, tenía por objetivo analizar en los pacientes los resultados derivados de la atención prestada por distintos médicos y dar a conocer los resultados obtenidos de sus estudios. En 1918, algunos hospitales apoyaron su iniciativa para establecer el primer tipo de evaluación mediante estándares. Los resultados de este acontecimiento tuvieron un gran impacto en la sociedad médica. El colegio de cirujanos en Estados Unidos, realizó el primer ejercicio formal de evaluación. (Ruelas&Poblano, 2007).

Se constituyeron un conjunto de estándares muy elementales que fueron los primeros estándares de acreditación que se aplicaron en los hospitales universitarios de Estados Unidos. Aunque los resultados no fueron muy satisfactorios. En 1913, se establece el primer programa oficial de evaluación de hospitales gracias al apoyo del congreso de dicha nación. El entusiasmo por lograr un modelo de certificación se extendió a Australia en 1926, y luego a Canadá en 1953 cuando el

servicio de salud canadiense logró ser independiente del sistema estadounidense. La mayoría de los países miembros de la unión europea poseen sus propios programas de evaluación externa o muestran interés en desarrollar la acreditación. (Ruelas&Poblano, 2007).

De acuerdo a Ruelas y Poblano (2007), el enfoque que dio origen en Estados Unidos ha sido repetido y adaptado en todo el globo terráqueo. Australia, Nueva Zelanda, Holanda y Reino Unido, por mencionar algunos países. En América Latina, Asia y otros países de Europa existen enfoques distintos que se basan en la legislación pública, por lo que están mucho más ligados a las leyes gubernamentales.

Cada país ha desarrollado su propio enfoque de la estructura de la organización responsable de la acreditación, así como de su aplicación y funcionamiento en la operación de los servicios de salud. Algunas naciones han utilizado principalmente los estándares con reconocimiento internacional, como las normas ISO 9000, o han adoptado el enfoque del modelo de excelencia, algunos han implementado la acreditación como primer paso para medir, comparar y mejorar los servicios de salud. (Ruelas&Poblano, 2007).

### 3.2. El sistema de salud en México

La Secretaría de Salud Federal es la dependencia del poder ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población. (SS, 2017).

*En la siguiente tabla se describe la misión y visión del sistema de salud en México, Sexenio (2012-2018).*

**Tabla 7.**


<p style="text-align: center;"><b>Misión</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Establecer las políticas de Estado para que la población ejerza su derecho a la protección a la salud.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Visión</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Un sistema nacional de salud universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; la generación y gestión de recursos adecuados; la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad.</i></p>

Elaboración propia con base en la información de <https://www.gob.mx/salud>

### 3.3. El Consejo de Salubridad General

*A continuación se muestra como se constituye el Consejo de Salubridad General, su misión y visión.*

**Tabla 10.**

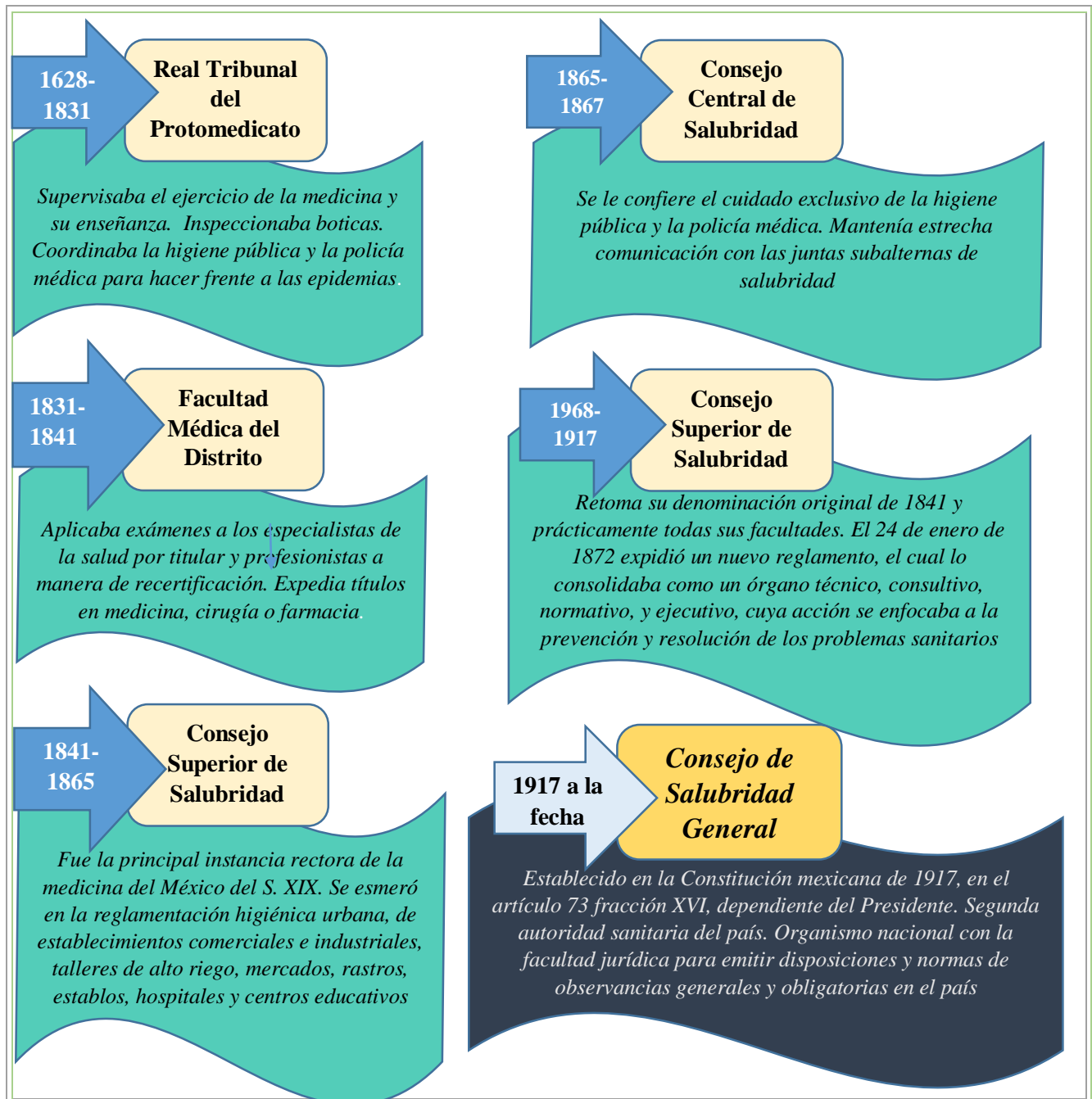
	<p>El Consejo de Salubridad General es un órgano colegiado que depende directamente del Presidente de la República y tiene el carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Las disposiciones que emita serán de carácter general y obligatorio en el país. La organización y funcionamiento se rige por su reglamento interior como lo establece el artículo 16 de la ley general de salud.</p>	<p>Sus integrantes se encuentran contemplados en los artículos 15 de la ley general de salud y 3, 4 y 5 del reglamento interior del Consejo de Salubridad General. Las funciones de dicho órgano colegiado se localizan en los artículos 17 de la ley general de salud y 9 del reglamento interior del consejo de salubridad general.</p>
<p><b>Su misión es:</b> “Emitir disposiciones de carácter obligatorio en materia de salubridad general en todo el país mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos y la formulación de opiniones del poder ejecutivo federal, para fortalecer la rectoría y la articulación del sistema nacional de salud hacia el cabal cumplimiento del artículo 4to. de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos”.</p>	<p><b>Su visión:</b> “Avanzar en concordancia con el plan nacional de desarrollo del país y consolidar su carácter de autoridad sanitaria favoreciendo la integración y universalidad del sistema de salud, mediante sus funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Así mismo, coadyuvar en el logro de la calidad de los servicios otorgados en las instituciones de salud a través de actualizar y estar a la vanguardia en los procesos de certificación, integración de cuadros básicos de medicamentos y de tecnologías, así como la emisión de opiniones o acuerdos favorecedores de políticas sociales incluyentes, basadas en evidencias científicas.”</p>	

Elaboración propia, basado en la información CSG, 2018.

### 3.3.1. Antecedentes del Consejo de Salubridad General

*La historia del consejo de salubridad general ha evolucionado tanto como los reglamentos y nuevos estándares para la atención del paciente, como se describe en la tabla siguiente.*

**Tabla 11. Historia del Consejo de Salubridad General**



Elaboración propia con base en la información obtenida de <http://www.csg.gob.mx/consejo/consejo.html>

### **3.4. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.**

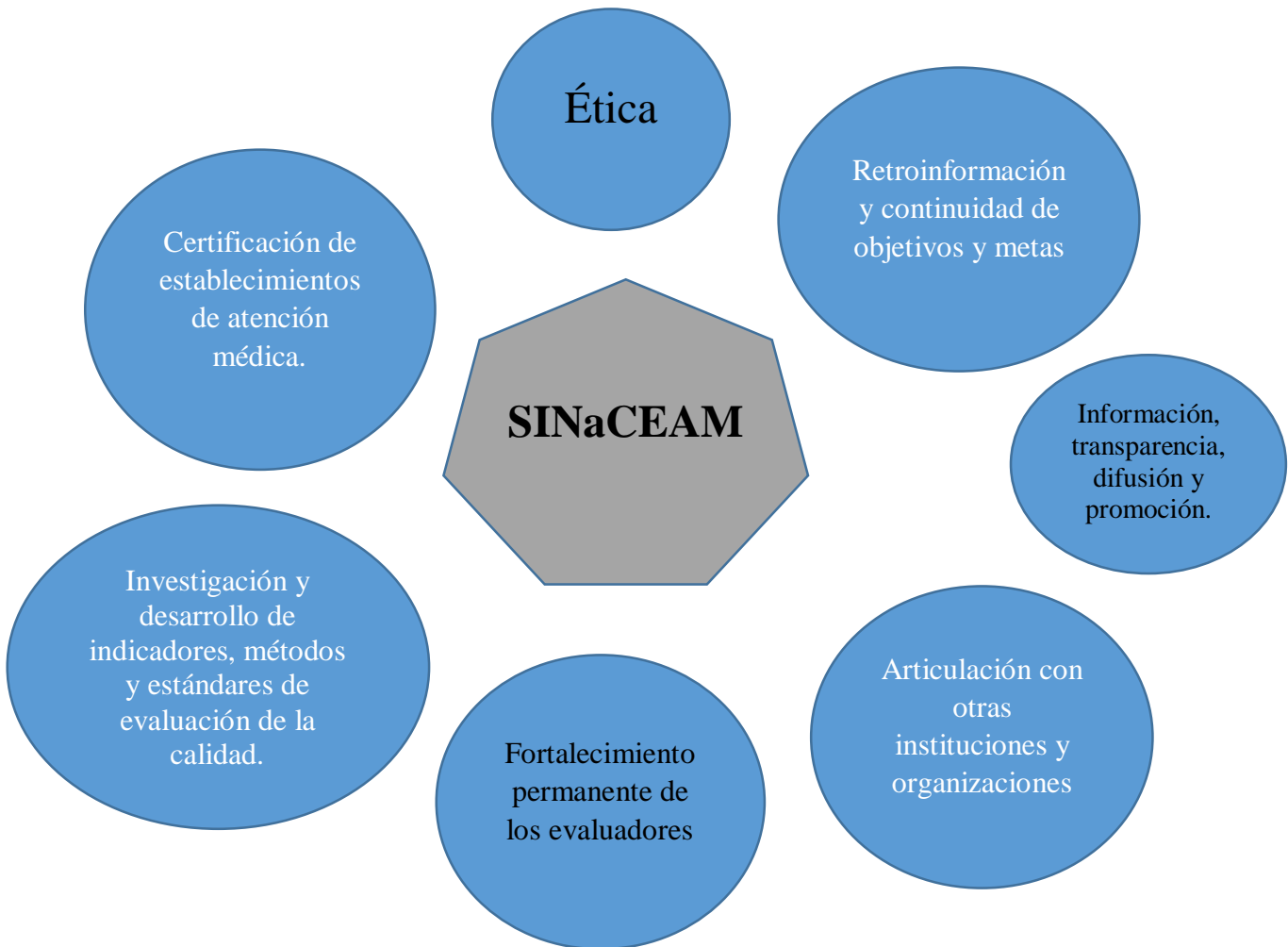
SiNaCEAM (2017) El proceso de certificación ha evolucionado, ha mejorado a partir de la existencia del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, donde el objetivo es incluir y fomentar la importancia de los estándares internacionales a cerca de la seguridad del paciente, con base a sus necesidades de seguridad y atención eficaz y eficiente se crea el modelo de seguridad del paciente: “El modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General”.

El propósito principal del sistema nacional de certificación de establecimientos de atención médica es informar a toda unidad de salud los requisitos para el proceso de certificación y las fases para llevarlo a cabo, describir los acuerdos aprobados por la comisión para la certificación de establecimientos de atención médica y darle seguimiento a las instituciones.

“El SiNaCEAM, desarrolla estrategias para mejorar el proceso de certificación en las cuales se incluye la participación con otras organizaciones, la evaluación y capacitación continua de evaluadores, la definición de un código de ética y la homologación con estándares internacionales basados en seguridad del paciente; con la finalidad de ofrecer a los establecimientos de atención médica en México una certificación de alto nivel con reconocimiento internacional”. (SiNaCEAM, 2017)

*A diez años de su conformación como sistema, el SINaCEAM, cuenta hoy con 7 subsistemas: SiNaCEAM (2018), como se muestra en la siguiente figura:*

**Figura 3.**



Elaboración propia, basada en la información de [www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx)

### **3.4.1. Establecimientos de atención médica certificados en México<sup>2</sup>, Hospitales.**

- Hay 311 unidades médicas certificadas en todo el país.
- 13 En Baja California
- 10 En la ciudad de Tijuana

#### **En proceso de certificación en México.**

- Hay 197 unidades médicas en todo el País
- 3 en Baja California
- 2 de ellas se encuentran en la ciudad de Tijuana

---

<sup>2</sup> Fuente: CSG (2018) Datos actualizados hasta noviembre 2018

## **CAPÍTULO IV**

### **4. Metodología**

La metodología a seguir para este estudio de caso, específicamente se sustenta en los lineamientos de los estándares para la certificación de hospitales y establecimientos de atención médica, del modelo del Consejo de Salubridad General (CSG) para la atención de salud con calidad y seguridad.

#### **4.1. Tipo de investigación**

Por la naturaleza de nuestro estudio de caso, se optó por una investigación cualitativa e investigación documental, la cual consistió en la observación e indagación por medio de la cédula de autoevaluación, con la cual se recabó información de los sujetos encargados de cada área del hospital, jefes de servicio, coordinadores y colaboradores que nos permitió obtener a profundidad en calidad y no en cantidad, información objetiva de su participación y contribución para lograr los objetivos de esta propuesta.

## 4.2. Sujetos de investigación:

### *Hospital Público de Tijuana: Personal médico y administrativo.*

El hospital Tijuana, es un hospital mediano de acuerdo a su capacidad hospitalaria, cuenta con un total de 56 camas censables y 48 camas no censables, proporciona atención médica de segundo<sup>3</sup> y tercer nivel<sup>4</sup> de atención a los pacientes que provienen de las unidades médicas de primer nivel.<sup>5</sup>

El recurso humano con que cuenta el Hospital Tijuana, está conformado con profesionales de la salud, médicos generales, médicos especialistas, médicos de pregrado que realizan su internado, enfermeras especialistas, generales y auxiliares, químicos farmacobiólogos, laboratoristas clínicos, psicólogos y personal administrativo, que comprende a trabajadoras sociales, administrativos especializados, personal de mantenimiento, , Ingenieros en sistemas y auxiliares administrativos. Para conocer como está conformado el **organigrama**, ver **ANEXO I**.

El hospital cuenta con 19 consultorios, los cuales son atendidos por 67 médicos de base, de las diferentes especialidades y 5 médicos subrogados (oncología médica, clínica de trasplantes, endocrinología, cirujano cardiovascular y alergología), así como una jefatura de banco de sangre, donde se otorga exclusivamente consulta de hematología. Los servicios con los que cuenta hospital Tijuana se clasifican en el **ANEXO II** y su distribución de infraestructura se puede consultar en el **ANEXO III**. La población potencial para atención hospitalaria la puede apreciar en el **ANEXO IV**.

---

<sup>3</sup> Segundo nivel de atención es la medicina de especialidad.

<sup>4</sup> Tercer nivel de atención es la medicina de subespecialidad.

<sup>5</sup> Primer nivel de atención como su nombre lo dice es el contacto inicial de atención medica hacia el paciente, esta es la medicina general.

### 4.3. Técnicas e instrumento para recolección de datos

Para la recopilación de datos para este proyecto de investigación, se tomó en cuenta la cédula de autoevaluación, documento indispensable para ingresar al proceso de certificación, del esquema del Consejo de Seguridad General con base en el “Modelo de Seguridad del Paciente”, En la cual los estándares están clasificados y a su vez determinados como esenciales o indispensables, la calificación del estándar, cuando se evalúa con un **sí**, le corresponde (1) uno, en caso de cumplir con todos los lineamientos del estándar, o con un **no** (0) cero, si no se cumple completamente con este, o un no aplica (N/A), en los casos que no se requiera. La primer autoevaluación se realizó con la cédula de autoevaluación versión 2016, la cual contiene 23 apartados divididos con base a las áreas del Hospital, con un total de 5,368 criterios a evaluar divididos en **Infraestructura, proceso y evidencia documental**. Se realizó una segunda revisión tomando en cuenta la versión 2018 de la cédula, la cual se conforma de las seis secciones siguientes:

1. **Autorizaciones sanitarias:** son todos los permisos sanitarios requeridos como obligatorios que deben cumplir todas las unidades de salud.
2. **Procesos clave para la implementación del modelo:** Son los lineamientos y las rutas para lograr los objetivos del modelo de seguridad del paciente.
3. **Integración y desarrollo de los sistemas críticos y el plan de calidad y seguridad del paciente:** Es el seguimiento a los procesos que determinan la calidad de la atención al paciente.
4. **Requisitos de estructura ponderados como indispensables:** Son los recursos para la operatividad y buen funcionamiento de la unidad de salud.
5. **Requisitos de estructura ponderados como necesarios:** Se refieren a la organización de las áreas y las coordinaciones, para cubrir las áreas de la unidad de salud de personal capacitado para atender a la población de acuerdo a su capacidad hospitalaria.
6. **Requisitos de estructura ponderados como convenientes:** Son los requisitos que se deben cubrir para lograr el equilibrio de las áreas hospitalarias y los responsables de área.

Para efectos de este estudio, se utilizó la metodología de la primera fase del modelo de Certificación, que es la autoevaluación y de una serie de pasos para complementar el plan estratégico con base en el resultado del autodiagnóstico.

### ❖ *Etapa 1. Autodiagnóstico*

Autoevaluación: por medio de una cédula de autoevaluación, se conoce la situación actual de los indicadores de infraestructura, procesos y evidencia documental del hospital.

### ❖ *Etapa 2. Medición de los resultados de la autoevaluación:*

Esto se realizó a través de las ponderaciones de la cédula de autoevaluación, que determina el valor de cada rubro para la calificación.

### ❖ *Etapa 3 interpretación y análisis de resultados*

Se describieron los resultados obtenidos y se detectaron las áreas de mejora para el diseño de la propuesta del plan estratégico para la certificación.

### ❖ *Etapa 4 Diseño de plan estratégico.*

En esta etapa se creó el plan estratégico basado en los resultados obtenidos de la autoevaluación, diseñando estrategias y acciones y delegando las funciones a los responsables de área, determinando los objetivos a lograr en un tiempo determinado.

#### **4.3.1. Validación de instrumento**

El instrumento que se utilizó para la obtención de información, con base en el modelo de certificación de Consejo de Salubridad General, ha sido validado por el Sistema Nacional de Establecimientos de atención Médica, versión 2016 y última actualización 2018.

### 4.3.2. Muestra:

La muestra para efectos de esta investigación son los Jefes de servicio y coordinadores que se enlistan a continuación:

- ❖ Responsable sanitario de Hospital Tijuana: Director.
- ❖ Administrador
- ❖ Jefe de Medicina Interna
- ❖ Jefe de Cirugía
- ❖ Jefe de Consulta Externa
- ❖ Jefe de Urgencias Médicas
- ❖ Jefa de Enfermería
- ❖ Jefe de Enseñanza e Investigación
- ❖ Gestor de Calidad
- ❖ Coordinador de Recursos Humanos
- ❖ Responsable sanitario de Banco de Sangre
- ❖ Responsable sanitario de Laboratorio
- ❖ Responsable sanitario de Farmacia
- ❖ Responsable de Servicios Generales
- ❖ Responsable de taller Biomédico
- ❖ Encargado de Control Ambiental

La información de categorización y número total del personal está disponible en el **ANEXO V**.

### 4.3.3. Procesamiento de datos

La información obtenida por la cédula de autoevaluación, se respetó el formato original que está desarrollado y clasificado en cuadros, como se muestra en el **ANEXO VI** y **VII**, y se seleccionaron los que requieren mejoras para realizar las recomendaciones pertinentes y la planeación de las actividades a seguir. El formato completo de la cédula de autoevaluación está disponible en la página [www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx) la información se procesó en un formato de Excel, para determinar los porcentajes de calificación obtenida y posteriormente se clasificó en una tabla los resultados de la versión 2016 de la cédula. (**VER EL ANEXO VIII**)

## CAPÍTULO V

### 5. Resultados del Diagnóstico

Algunas de las observaciones destacadas de los resultados de la autoevaluación son las siguientes:

#### 5.1. Autorizaciones sanitarias

Cumple con todas las autorizaciones licencias y permisos para ejercer la medicina y el uso de quirófanos, laboratorio, banco de sangre, rayos X, farmacia, aviso responsable de mezclas y licencia sanitaria para trasplante de órganos.

#### *Registro de Sistema de Información:*

- El establecimiento está dado de alta en: SINAIS<sup>6</sup>, Padrón de profesionales y SINERHIAS<sup>7</sup>, cuenta con el registro de datos ante los sistemas oficiales de Información: SINAIS, Padrón de profesionales y SINERHIAS.
- Hay evidencia documental de
  1. Padrón General de Salud (PGS)
  2. Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH),
  3. Subsistema Automatizado de Urgencias Médicas (URGENCIAS),
  4. Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia (LESIONES y VIOLENCIA),

---

<sup>6</sup> Sistema Nacional de Información en Salud

<sup>7</sup> Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud

5. Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS)
6. Subsistema de Prestación de Servicios (SIS),
7. Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) y
8. Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).

## **5.2. Procesos clave para la implementación del modelo**

*Claves para la implementación del modelo:* Se siguen las definiciones e implementaciones de los procesos de las acciones básicas de seguridad del paciente, sistemas críticos y atención centrada en el paciente, falta evidencia de documentación de los procesos.

### ***Seguridad del paciente***

Se cuenta con:

- Procedimiento documentado para la identificación del paciente (Acción Esencial 1) definido y aplicado.
- Procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2.
- Procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3.
- Procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos Acción Esencial 4, definido y aplicado al establecimiento.
- El establecimiento cuenta con un procedimiento documentado para la reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) Acción Esencial 5, definido y aplicado al establecimiento.

- Procedimiento para la reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas. Acción Esencial 6, definido y aplicado al establecimiento.
- Procedimiento documentado para el registro y análisis de eventos adversos, cuasi fallas<sup>8</sup> y eventos centinela<sup>9</sup>. Acción Esencial 7, definido y aplicado al establecimiento
- No hay evidencia de procedimiento documentado mediante el cual se evalúa la cultura de seguridad del paciente a través de la herramienta establecida por la DGCES<sup>10</sup> Acción Esencial 8.

### **5.3. Integración y desarrollo de los sistemas críticos y el plan de calidad y seguridad del paciente**

De los resultados de la cédula de evaluación aplicada a Hospital Tijuana, se puede apreciar que en gran medida se tienen diferencias mayores en el criterio de evidencia documental, en cuanto a estructura se denotan ligeras deficiencias, en cuanto a procesos, existe un cumplimiento destacado, sin embargo, el no contar con manuales de organización y de procedimientos, así como una ruta para implementar el “Modelo de Seguridad del Paciente” reduce significativamente su evaluación.

### **5.4. Requisitos de estructura ponderados como indispensables**

**Señalamientos de emergencia:** Existe señalización de puntos de encuentro en caso de contingencia, cuenta con señalamiento de emergencia para protección civil, el punto de reunión

---

<sup>8</sup> Evento o acto inseguro, que potencialmente puede producir un daño, que ha sido evitado por intervención oportuna o casualidad. (se detectó a tiempo)

<sup>9</sup> Situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad.

<sup>10</sup> Dirección General en Calidad y Educación en Salud (DGCES).

está delimitado e identificado, se encuentra en lugar visible. En cuanto a la evidencia documental, no cuenta con documento de Protección Civil.

***En cuanto a satisfacción del Personal, Evaluación del desempeño e Identificación y desarrollo del talento:***

***Personal Médico General y de Especialidades***

- Se verificó la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.
- El personal se encuentra en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme, no todos portan gafete de identificación.
- Se encuentran desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil.
- Se cuenta con registro de entrada y salida con el horario en plantilla de personal.
- No hay evidencia de que se cumpla con las capacitaciones de los programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.
- Se cuenta con plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias.
- Se cuenta con registros de asistencia
- En cuanto a expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y en su caso la certificación vigente de la especialidad no se encuentran en su totalidad actualizados.
- Hay evidencia de programa de cobertura de períodos vacacionales.
- No se cumple con constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente
- No se cumple con constancia de capacitación en cuidados paliativos.

- No hay constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias
- Sin evidencia de constancia de capacitación en interculturalidad.

***Personal de Enfermería Técnica y General y con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas***

- Se constató la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.
- El personal se encuentra en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme, no en su totalidad portan gafete.
- Se encuentran desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil.
- Hay evidencia de registro de entrada y salida con el horario en plantilla de personal.
- Cumplen con las capacitaciones de los programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia, mas no hay evidencia documental.
- Se cuenta con plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias.
- Se cuenta con expediente de personal.
- Sin evidencia documental de constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, constancia de capacitación en cuidados paliativos, constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias y constancia de capacitación en interculturalidad.

***Hospital Amigo del Niño y la Niña***

- No se lleva a cabo de manera permanente el fomento a la práctica de la lactancia materna.
- No hay material de difusión para la población general.

### ***Cuidados Paliativos<sup>11</sup>***

Se verificó la existencia de estrategias para fomentar los cuidados paliativos en paciente pediátrico

Se verificó que se encuentren difundidas entre el personal, y que este las conozcas.

Sin evidencia de material de difusión para la población general.

### ***Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos***

El establecimiento cuenta con el registro y aviso de inscripción como empresa generadora de RPBI<sup>12</sup>, manifiesto de entrega transporte y recepción, SEMARNAT07-10<sup>13</sup> Autorización para el almacenamiento.

- Bitácora de recolección.
- Bitácora de mantenimiento para almacén temporal y registro de calibración de la báscula.

## **5.5. Requisitos de estructura ponderados como necesarios:**

### ***Comités técnicos intrahospitalarios***

- Está conformado el comité técnico médico hospitalario de infecciones nosocomiales.
- Está conformado el comité técnico médico hospitalario de mortalidad hospitalaria y el de mortalidad materna y perinatal

---

<sup>11</sup> Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico.

<sup>12</sup> Residuos peligrosos biológico-infecciosos.

<sup>13</sup> Es el instrumento a través del cual los generadores de residuos peligrosos deben cumplir con la obligación de registrarse ante la Secretaría.

- Se cumple con los lineamientos para su constitución: 1. Acta de Instalación 2. Minutas de las sesiones del COCASEP<sup>14</sup>, en formato emitido por la DGCES<sup>15</sup>, Calendario de reuniones (Programado/realizado)
- El comité está funcionando conforme a los lineamientos.
- Sin evidencia Programa de Mejora Continua de la Calidad anual.
- Falta de Gestión para la adquisición de Insumos para el cumplimiento de las Acciones Esenciales, así como los principales acuerdos del resto de comités. Sin evidencia de Documento relativo al Programa de Mejora Continua de la Calidad.

### ***Códigos ético conductuales***

- Cumple con cartel de códigos éticos conductuales en las áreas de circulación del establecimiento.
- Falta que el personal responsable del establecimiento difunda a los usuarios y prestadores de servicios la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, la Carta de Derechos de los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, la Carta de los Derechos de los Médicos, el Código de Ética para el personal de Enfermería y el Código de Bioética para el personal de salud, no hay evidencia.
- Falta registro de la difusión del código ético conductuales. Sin evidencia.

### **Personal de Imagenología (Criterio Mayor)**

- Respecto al caso de Hospital Tijuana este servicio se subroga.

---

<sup>14</sup> Comité de Calidad y Seguridad del Paciente

<sup>15</sup> Dirección General de Calidad y Educación en Salud

### ***Personal de Trabajo Social***

- Se constató la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.
- El personal se encuentra en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme, faltan gafetes.
- Se encuentran desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil.
- Hay evidencia de registro de entrada y salida con el horario en plantilla de personal.

No hay evidencia que cumpla con las capacitaciones de los programas establecidos

### **5.6. Requisitos de estructura ponderados como convenientes:**

#### ***Diagnóstico Situacional***

- No cuenta con diagnóstico situacional actualizado

#### ***Interculturalidad***

- No existe recursos humanos con competencia de Interculturalidad y Equidad de Género.
- No se cuenta con lineamientos Interculturales para el personal.
- No hay difusión ni presencia de cartel con los lineamientos de interculturalidad.
- No hay evidencia de los mecanismos de difusión y conocimiento al personal de salud de la unidad de los Lineamientos Interculturales para el personal.

### ***Sistema de referencia y contra referencia***

- Se cuenta con los lineamientos centrales o estatales para la referencia y contra referencia de pacientes.
- No hay evidencia de manual de procedimientos para la referencia y contra referencia de paciente.
- Sin evidencia de Directorio actualizado.
- Se cuenta con Registros de referencia y contra referencia de pacientes.

### ***Buzón de atención***

- No se cuenta con un buzón de atención del Sistema unificado de gestión (SUG) en el área de mayor circulación de usuarios de la unidad de salud, con imagen institucional acorde al lineamiento vigente. Este servicio ha sido sustituido por un área del hospital que da atención al usuario para quejas, felicitaciones y sugerencias y además apoya en las solicitudes de cambio de médico y constancias de asistencia.
- Falta de difusión entre los usuarios los elementos del SUG disponibles para presentar quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de Gestión: módulo, buzones, 01 800 y otros medios implementados
- Sin evidencia de la implementación de estrategias de difusión al interior del establecimiento de salud para promover el SUG<sup>16</sup>.
- Sin evidencia de Cronograma de aperturas de buzón del SUG y notificación correspondiente a los participantes.

---

<sup>16</sup> Sistema unificado de gestión. Estrategia para favorecer el ejercicio de los derechos sociales, la efectividad de acceso a la seguridad social y a servicios básicos de salud, con fundamento en los preceptos de la estrategia *un México Incluyente*, del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, tomando como base el Modelo de Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (MANDE). [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud).

*En cuanto a seguimiento, resolución y notificación al usuario de las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de Gestión*

- No hay evidencia de registro y seguimiento de las solicitudes de atención del SUG, mediante el uso de la herramienta en línea del SUG.
- Sin evidencia de notificación de solicitudes de atención de los usuarios de forma personalizada y mediante la publicación mensual del tablero SUG en salas de espera.

### 5.7. Oportunidades de mejora

**Las oportunidades de mejora detectadas son las siguientes:**

**Tabla 12.**

<b>Autorizaciones sanitarias</b>	En cuanto a verificación de responsable sanitario, no cuenta con documento o rótulo donde especifique al responsable sanitario del Hospital en un lugar visible.
<b>Señalamientos de emergencia</b>	En cuanto a la evidencia documental, no cuenta con documento de Protección Civil.
<b>Personal Médico General y de Especialidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay evidencia de que se cumpla con las capacitaciones de los programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.</li> <li>• En cuanto a expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y en su caso la certificación vigente de la especialidad no se encuentran en su totalidad actualizados.</li> <li>• No se cumple con constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente</li> <li>• No se cumple con constancia de capacitación en cuidados paliativos.</li> <li>• No hay constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias</li> <li>• Sin evidencia de constancia de capacitación en interculturalidad.</li> </ul>

<b>Personal de Enfermería Técnica y General y con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal no cumple en su totalidad con identificación de la institución.</li> <li>• No hay evidencia documental de las capacitaciones de los programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.</li> <li>• Sin evidencia documental de constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, constancia de capacitación en cuidados paliativos, constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias y constancia de capacitación en interculturalidad.</li> </ul>
<b>Personal de Trabajo Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay evidencia que cumpla con las capacitaciones de los programas establecidos</li> </ul>
<b>Diagnóstico Situacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No cuenta con diagnóstico situacional actualizado</li> </ul>
<b>Lineamientos Interculturales para el personal de los Servicios de Salud DGPLADES<sup>17</sup> 2015.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe recursos humanos con competencia de Interculturalidad y Equidad de Género.</li> <li>• No se cuenta con lineamientos Interculturales para el personal.</li> <li>• No hay difusión ni presencia de cartel con los lineamientos de interculturalidad.</li> <li>• No hay evidencia de los mecanismos de difusión y conocimiento al personal de salud de la unidad de los Lineamientos Interculturales para el personal.</li> <li>•</li> </ul>
<b>Sistema de referencia y contra referencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay evidencia de manual de procedimientos para la referencia y contra referencia de paciente.</li> <li>• Sin evidencia de Directorio actualizado.</li> </ul>

<sup>17</sup> Dirección General de Planeación de desarrollo en salud.

<b>Buzón de atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cuenta con un buzón de atención del Sistema unificado de gestión (SUG) en el área de mayor circulación de usuarios de la unidad de salud, con imagen institucional acorde al lineamiento vigente. Este servicio ha sido sustituido por un área del hospital que da atención al usuario para quejas, felicitaciones y sugerencias y además apoya en las solicitudes de cambio de médico y constancias de asistencia.</li> <li>• Falta de difusión entre los usuarios los elementos del SUG disponibles para presentar quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de Gestión: módulo, buzones, 01 800 y otros medios implementados</li> <li>• Sin evidencia de la implementación de estrategias de difusión al interior del establecimiento de salud para promover el SUG<sup>18</sup>.</li> <li>• Sin evidencia de Cronograma de aperturas de buzón del SUG y notificación correspondiente a los participantes.</li> </ul>
<b>Seguimiento, resolución y notificación al usuario de las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de Gestión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay evidencia de registro y seguimiento de las solicitudes de atención del SUG, mediante el uso de la herramienta en línea del SUG.</li> <li>• Sin evidencia de notificación de solicitudes de atención de los usuarios de forma personalizada y mediante la publicación mensual del tablero SUG en salas de espera.</li> </ul>
<b>Hospital Amigo del Niño y la Niña</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se lleva a cabo de manera permanente el fomento a la práctica de la lactancia materna.</li> <li>• No hay material de difusión para la población general.</li> </ul>
<b>Cuidados Paliativos<sup>19</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin evidencia de material de difusión para la población general.</li> </ul>
<b>Comités técnicos intrahospitalarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin evidencia Programa de Mejora Continua de la Calidad anual.</li> <li>• Falta de Gestión para la adquisición de Insumos para el cumplimiento de las Acciones Esenciales, así como los principales acuerdos del resto de comités.</li> <li>• Sin evidencia de Documento relativo al Programa de Mejora Continua de la Calidad.</li> </ul>
<b>Códigos ético conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta que el personal responsable del establecimiento difunda a los usuarios y prestadores de servicios la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, la Carta de Derechos de los</li> </ul>

<sup>18</sup> Sistema unificado de gestión. Estrategia para favorecer el ejercicio de los derechos sociales, la efectividad de acceso a la seguridad social y a servicios básicos de salud, con fundamento en los preceptos de la estrategia *un México Incluyente*, del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, tomando como base el Modelo de Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (MANDE). [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud).

<sup>19</sup> Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico.

	<p>Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, la Carta de los Derechos de los Médicos, el Código de Ética para el personal de Enfermería y el Código de Bioética para el personal de salud, no hay evidencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta registro de la difusión del código ético conductuales. Sin evidencia.</li> </ul>
<b>Seguridad del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay evidencia de procedimiento documentado mediante el cual se evalúa la cultura de seguridad del paciente a través de la herramienta establecida por la DGCES.</li> </ul>

## CAPITULO VI

### 6. Propuesta de Plan estratégico para la certificación

#### Objetivo de la propuesta

Contribuir en la mejora continua, a través, de las oportunidades de mejora detectadas en los resultados del autodiagnóstico, para lograr la Certificación ante el Consejo de Salubridad General.

El trabajo en equipo es el pilar fundamental, para que la organización funcione adecuadamente con eficacia y eficiencia, delegando las funciones de acuerdo al área, se pueden lograr los indicadores en los cuales se presentan deficiencias, llevando a cabo un seguimiento de las actividades para lograr obtener el 100% de los indicadores.

#### *Propuesta de plan estratégico 2019 para mejorar las deficiencias detectadas en la autoevaluación.*

**Tabla 13.**

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	A B R	M A Y	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
<b>Estructura de autorizaciones sanitarias</b>										
Delimitar punto de reunión en caso de emergencia	Jefe servicios generales	x								
Poner visible el nombre del responsable de la unidad	Jefe de servicios generales	x								
Bitácoras de aseo en todas las áreas	Enc. control ambiental	x								
<b>Recurso Humano</b>										
Adquirir gafetes y uniformes para todo el personal	Coordinador de R.H.	x								
Actualizar expedientes	Coordinador de R.H.			x						
Curso de cuidados paliativos al personal medico	Coordinador de R.H.		x							
Curso de prevención de incendios todo el personal	Coordinador de R.H.			x						

Curso acciones esenciales para la seguridad del paciente	Jefa de enfermería			x						
Curso de inducción para todo el personal	Coordinador de R.H.					x				
Cubre bocas y equipo de protección para personal de cocina	RH y Administración				x					
<b>Diagnóstico situacional</b>										
Realizar diagnóstico situacional	Director Médico	x								
<b>Lineamientos interculturales</b>										
Capacitar a personal sobre equidad de género	Gestor de calidad						x			
Poner cartel de interculturalidad	Gestor de calidad			x						
<b>Sistema de referencia</b>										
Instalar Buzón para quejas	Gestor de calidad		x							
Difundir la información para los usuarios, uso del buzón	Gestor de calidad		x							
<b>Fomento a la Salud</b>										
Campaña permanente para promover lactancia materna	Jefa de enfermería			x						
Campaña permanente para prevenir enfermedades de transmisión sexual	Jefa de medicina preventiva	x								
Campaña permanente para prevención y cuidado de diabetes	Medicina preventiva		x							
<b>Cuidados paliativos</b>										
Curso para el personal de cuidados paliativos	Coordinación RH y Jefa de enfermería		x							
Curso para padres de pacientes pediátricos sobre cuidados paliativos	Jefa de enfermería		x							
<b>Comités técnicos intrahospitalarios</b>										
Evaluar indicadores de trato digno	Gestor de calidad			x						
Realizar encuestas de satisfacción	Gestor de calidad		x							
<b>Código ético</b>										
Capacitación del personal seguridad del paciente	Coordinación RH y Jefa de enfermería	x								
Colocar código ético en todas las áreas del hospital	Gestor de calidad		x							
Documentar procedimientos de comunicación efectiva	Gestor de calidad				x					
<b>Seguridad del paciente</b>										
Capacitación al personal de sistemas críticos	Jefa de enfermería	x								
Capacitación área médica de cirugías seguras	Jefe de Cirugías Jefa de enfermería, RH		x							
Generar instrumento para evaluar eventos adversos	Jefa de enfermería			x						
<b>Seguridad ante contingencias</b>										
Curso primeros auxilios a personal administrativo	RH, control ambiental			x						
Curso al personal ante un siniestro	RH, control ambiental				x					
Curso cómo actuar ante un incendio	RH, control ambiental					x				

## Propuesta del plan para implementar el modelo de seguridad del paciente 2019

Las estrategias propuestas están fundamentadas en el **Modelo de Seguridad del Paciente**. El manual completo se puede obtener de la página [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo\\_de\\_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf)

**Tabla 14.**

ESTÁNDARES	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
<b>Acciones básicas de seguridad del paciente</b>									
Metas internacionales de seguridad del paciente									
<b>Sistemas críticos de seguridad del paciente</b>									
Manejo y uso de medicamentos									
Prevención y control de infecciones									
Gestión y seguridad de las instalaciones									
Competencias y capacitación del personal									
<b>Mejora de la calidad y seguridad del paciente</b>									
Mejora de la calidad y seguridad del paciente									
<b>Atención centrada en el paciente</b>									
Acceso y continuidad en la atención									
Derechos del paciente y sus familias									
Evaluación del paciente									
Servicios auxiliares del diagnóstico									
Atención de pacientes									
Anestesia y atención quirúrgica									
Educación al paciente y su familia									
<b>Gestión de la organización</b>									
Gestión de la comunicación y la información									
Gobierno, liderazgo y dirección									

Elaboración propia con base en los lineamientos del “Modelo de Seguridad del Paciente”.

## Propuesta de seguimiento al plan estratégico

*El seguimiento de este plan estratégico, se llevará a cabo a través, de una bitácora y un manual de indicadores, para detectar si existe una falla en la planeación y poder medir los alcances y eficacia y evaluar el progreso de este plan estratégico.*

**Tabla 15.**

ESTÁNDARES	ACCIONES	Periodos de verificación												RESPONSABLE	META	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Metas internacionales de seguridad del paciente	Programa permanente de modelo de seguridad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Jefes de servicio	Lograr que el personal domine y aplique la información
Manejo y uso de medicamentos	Controles de uso y manejo de medicamentos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Responsable de Farmacia	Evitar un evento Cuasi falla, o adverso
Prevención y control de infecciones	Retroalimentación, coordinar medidas de seguridad a pacientes	X			X			X				X			Jefa de Enfermería Jefa medicina preventiva	Prevenir muertes por infecciones nosocomiales
Gestión y seguridad de las instalaciones	Reparación instalaciones edificio	X			X			X				X			Director, Administrador, Jefe Servicios generales	Lograr seguridad del usuario
Competencias y capacitación del personal	cursos, talleres y capacitaciones	X						X							RH, Gestor calidad, Jefes todos los departamentos	Personal capacitado para dar atención de calidad.
Mejora de la calidad y seguridad del paciente	Auditoría y control de los indicadores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Gestor de calidad, todos los jefes departamentos	Reducir riesgos en la atención, trato con calidez al paciente
Acceso y continuidad en la atención	Implementar protocolo de atención	X						X							Director y Gestor de calidad, Jefes de servicio	Atención integral para el paciente y su familia.
Derechos del paciente y sus familias	Difundir información oportuna	X						X							Jefes de servicio	Lograr comunicación efectiva entre los trabajadores de salud y los usuarios
Evaluación del paciente	Llenado de expedientes de manera correcta	X		X		X		X		X			X		Director, Jefes de servicios	Información correcta
Servicios auxiliares del diagnóstico	Auditorias, evaluación de marcadores de indicadores	X			X			X				X			Director, Administrador, subdirectores	Lograr los estándares de calidad
Atención de pacientes	Cursos modelo de seguridad de paciente	X			X			X				X			Gestor de calidad, Jefes de Servicio	Trato digno
Anestesia y atención quirúrgica	Retroalimentación, coordinar medidas de seguridad a pacientes	X			X			X				X			Jefe de anestesiología	Cirujías correctas al paciente correcto en el lugar correcto
Educación al paciente y su familia	Promoción de los servicios de salud a paciente y su familia	X		X		X		X		X			X		Gestor de calidad, Jefa de enfermeras	Calidad y calidez en la atención
Gestión de la comunicación y la información	Divulgación de los procesos, visión y misión y carteles informativos.	X			X			X				X			Director y Gestor de calidad	Comunicación efectiva
Gobierno, liderazgo y dirección	Gestionar , implementar mejoras	X		X		X		X		X			X		Director y Administrador	Eficacia y eficiencia en todo lo que hacemos

## Recomendaciones

Se recomienda atender las siguientes observaciones:

- Es necesario que todo el personal del hospital conozcan la Ley General de Salud, reglamentos, normas oficiales y demás normatividad en la materia.
- Portar gafete y uniforme completo en todo momento en la unidad de salud.
- Conocer el flujo de los procesos y manuales de procedimientos
- El personal debe tener un panorama general de todas las actividades que se realizan de los demás departamentos.
- Conocer y comprender la misión y la visión de la Institución.
- Crear mapas de procesos y manuales de procedimientos de todas las áreas.
- Realizar reuniones periódicas para ver los avances y hacer los ajustes que se requieran y evaluar el desempeño del plan de acción.
- Dar mayor atención en los criterios de los **sistemas críticos** ya que de no seguir los procedimientos pudieran poner en riesgo la vida del paciente.
- Es recomendable tener un departamento de auditoria interna que supervise que se lleven a cabo los procesos de los estándares de calidad.
- Organizar equipos multidisciplinarios que supervisen las tareas asignadas
- Implementar estrategias, políticas y objetivos organizacionales basados en la administración.

## Conclusiones

La propuesta de mejora a través de los resultados arrojados en el diagnóstico, permitirá alcanzar una mejor comunicación con el personal y los pacientes, procesos estratégicos, gestión del riesgo en la atención, lograr un mayor liderazgo, un mejor uso de la información y su difusión, tanto para el personal que requiere de capacitación y cursos de inducción, así como la información que los pacientes y sus familiares necesitan conocer. Así como cumplir con la regulación establecida, lograr calidad en la atención y seguridad del paciente.

Para efectos del cumplimiento de los estándares de calidad, se requiere implementar estrategias que permitan la cohesión de las áreas para el trabajo en conjunto. A pesar de ser una Institución comprometida con su labor, hace falta que haya una formalidad en los procesos, que cumpla con las normas de seguridad y de atención al paciente al 100% y reducir los riesgos en su atención.

El prestigio de la Institución depende en gran medida de los aspectos antes mencionados, contribuir con los objetivos y hacer buen uso y manejo eficiente de los recursos, por lo que es imprescindible que el personal médico y administrativo tengan los conocimientos e información necesaria para desarrollar sus funciones con calidad y calidez, siguiendo las normas y manuales de procedimientos, ser eficaces y eficientes en la labor que ejercen día a día, reafirmar el compromiso que tienen cada uno para con la institución de manera que se logre la integración, el trabajo en equipo para la obtención de buenos resultados, y también mayores niveles de satisfacción personal de sus miembros, con lo que se logrará alcanzar los objetivos y metas.

## **Bibliografía**

Ansoff, Igor, (1998), La Dirección Estratégica en la Práctica Empresarial.

Borja, (2013), Salud pública.

Celedón, Noé M. (2000) Reformas del sector de la salud y participación social.

Donabedian A. (1993) Quality assessment: The industrial model and the health care model.

Clinical performance and Quality Health Care.

Fajardo Guillermo, (2015) Gerencia y administración estratégica de la atención médica

Fred David, 11va edición, (2008), Conceptos de administración estratégica, editorial Pearson.

Kaplan, Norton (1996), The Balance Scorecard.

Koontz, Weihrich, Cannice. (2012), Administración. Una Perspectiva global y empresarial. 14va Edición. Mc Graw Hill. México

Koontz, Weihrich, (2013), Elementos de Administración: Un enfoque internacional y de innovación. 8va Edición. Mc Graw Hill, México

Lemus Daniel, (2014), Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de la salud

Malagón, Galán, Portón, (2012), Administración hospitalaria, editorial Panamericana.

Malagón, Galán, Portón, (2012), Auditoria en salud, quinta edición.

Montañez Esteban, (2011), La atención hospitalaria y su organización.

Montiel, Sánchez, Martínez, Morales, Lozano, (2012), Evaluación de competencias en ciencias de la salud.

Ochoa, vallejo, Ruales, (1999). Economía de la salud.

Rivas Tovar, (2016), Dirección estratégica.

Robbins & Coulter, (2018), Administración. 13va edición.

Ruelas, Poblano, (2007), Certificación y acreditación de los servicios de salud.

Secretaria de Salud, varios autores (2012) La calidad de la atención a la salud en México a través de sus Instituciones, 12 años de experiencia.

### **Bibliografía digital.**

[www.calidad.salud.gob.mx](http://www.calidad.salud.gob.mx)

[www.cofepris.gob.mx](http://www.cofepris.gob.mx)

[www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/el-sistema-de-salud-en-mexico-de-la-fragmentacion-hacia-un-sistema-de-salud-universal](http://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/el-sistema-de-salud-en-mexico-de-la-fragmentacion-hacia-un-sistema-de-salud-universal)

[www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx)

[www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud)

[www.insp.mx](http://www.insp.mx)

[www.issstecali.gob.mx](http://www.issstecali.gob.mx)

[www.saludbc.gob.mx](http://www.saludbc.gob.mx)

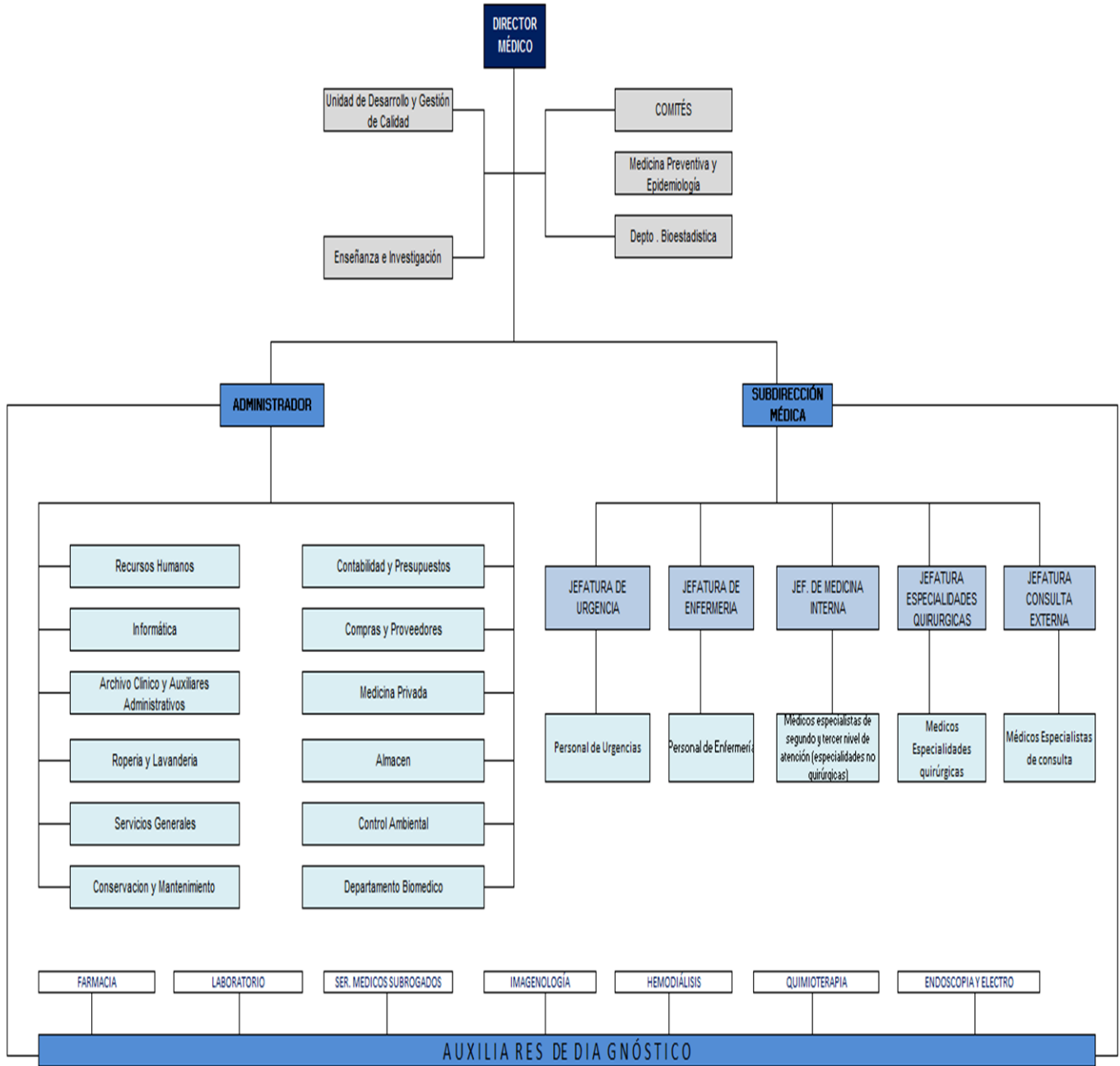
[www.ss.gob.mx](http://www.ss.gob.mx)

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016 [www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016\\_9789264230491-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_9789264230491-en)

# **ANEXOS**

# ANEXO I

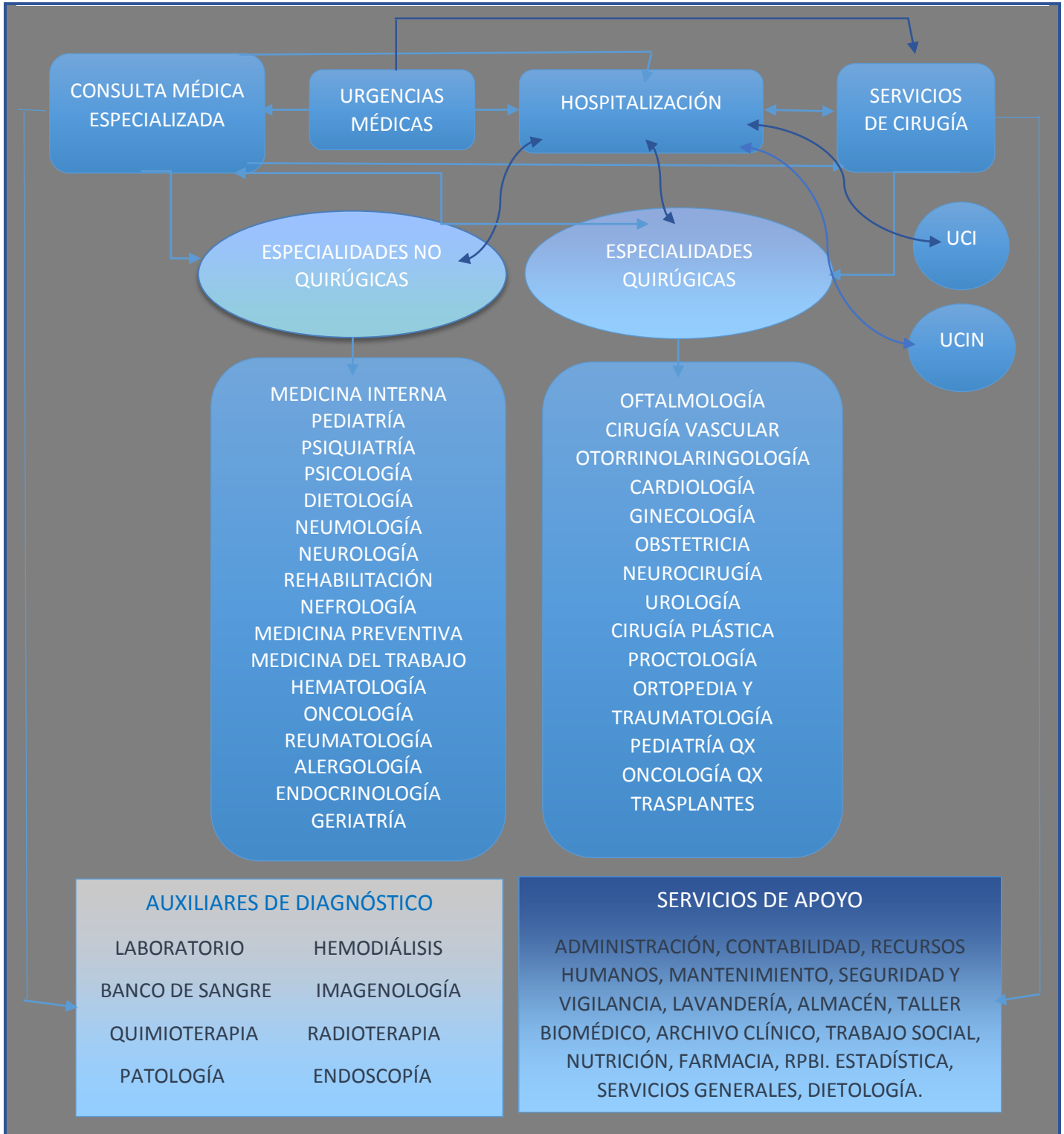
*A continuación se presenta la estructura del organigrama Hospital Público de Tijuana*



Fuente: Elaboración propia, con base en la información obtenida de la investigación.

## ANEXO II

*Los servicios con los que cuenta Hospital Tijuana se describen en la siguiente tabla.*



Fuente: Elaboración propia, con base en la información obtenida de la investigación.

## ANEXO III

### INFRAESTRUCTURA: Servicios y distribución de áreas del hospital

Área médica	Ubicación	Cuerpo de gobierno	Ubicación
Urgencias adultos	1er piso	Dirección	2do piso
Urgencias pediátricas	1er piso	Administración	2do piso
Consulta externa	1er piso	Subdirección medica	2do piso
Quirófanos	1er piso	Jefatura Medicina Interna	2do piso
Curaciones	1er piso	Jefatura de Cirugía	2do piso
Promoción de la salud	1er piso	Jef. Ginecología/obstetricia	2do piso
Medicina preventiva	1er piso	Jefatura Consulta Externa	2do piso
Auxiliares de diagnóstico	Ubicación	Jefatura Anestesiología	1er piso
Quimioterapia	1er piso	Jefatura Enfermería	2do piso
Radiología	1er piso	Jefatura Pediatría	2do piso
Inmunizaciones	1er piso	Enseñanza e Investigación	2do piso
Laboratorio	1er piso	Áreas de apoyo	Ubicación
Farmacia	1er piso	Contabilidad	2do piso
Hemodiálisis	1er piso	Recursos Humanos	2do piso
Módulo de subrogación	2do piso	Programación de Cirugía	2do piso
Supervisión enfermería	2do piso	Almacén	1er piso
Signos vitales	1er piso	Informática	1er piso
Nutrición/dietóloga	1er piso	Servicios Subrogados	2do piso
Imagenología	1er piso	Bioestadística	2do piso
Hospitalización	Ubicación	Servicios generales	1er piso
Medicina interna	3er piso	Mantenimiento	1er piso
Cirugía	2do piso	Taller biomédico	1er piso
Ginecología y obstetricia	2do piso	Archivo clínico	1er piso
Pediatría	2do piso	Trabajo social	1er piso
UCIN	2do piso	Módulo de citas	1er piso
UCI adultos	1er piso	RPBI	1er piso
Aislado adultos	2do piso	Quejas y solicitudes	2do piso
Aislado pediatría	2do piso	CEYE	1er piso

Fuente: Elaboración propia, con base en la información obtenida de la investigación.

## ANEXO IV

**Población potencial para atención Hospitalaria red Tijuana, Tecate y Rosarito, datos actualizados hasta diciembre 2018 por el Departamento de Bioestadística Hospital Tijuana**

RED	ASEG		DH		TOTAL		
	HOMB	MUJ	HOMB	MUJ	HOMB	MUJ	
0 - 4	0	0	2,026	2,034	2,026	2,034	
5 - 9	0	0	2,821	2,663	2,821	2,663	
10 - 14	0	0	3,117	3,103	3,117	3,103	
15 - 19	12	0	2,273	2,088	2,285	2,088	
20 - 24	252	122	437	763	689	885	
25 - 29	896	656	49	725	945	1,381	
30 - 34	1,685	983	50	1,172	1,735	2,155	
35 - 39	2,094	1,266	103	1,447	2,197	2,713	
40 - 44	2,201	1,229	111	1,367	2,312	2,596	
45 - 49	1,763	1,088	94	1,149	1,857	2,237	
50 - 54	1,449	1,104	120	924	1,569	2,028	
55 - 59	1,026	662	105	838	1,131	1,500	
60 - 64	691	377	80	785	771	1,162	
65 - 69	522	247	80	712	602	959	
70 - 74	361	167	88	659	449	826	
75 - 79	237	71	168	613	405	684	
80 - 84	110	47	181	483	291	530	
85 - 89	50	16	121	257	171	273	
90 - 94	24	10	48	126	72	136	
95 - 99	4	3	16	37	20	40	
100 - 104	0	1	2	4	2	5	
105 - 109	0	0	0	0	0	0	
115 - 119	0	1	0	0	0	1	
<b>TOTAL</b>	<b>13,377</b>	<b>8,050</b>	<b>12,090</b>	<b>21,949</b>	<b>25,467</b>	<b>29,999</b>	<b>55,466</b>

EDAD	HOMB	MUJERES	
<b>PEDIÁTRICA</b>	<b>10,249</b>	<b>9,888</b>	<b>20,137</b>

ADULTOS	HOMB	MUJERES	
<b>MAYORES</b>	<b>2,012</b>	<b>3,454</b>	<b>5,466</b>
		<b>TOTAL:</b>	<b>55,466</b>

	HOMB	MUJERES	
<b>JOVENES Y MADUROS</b>	<b>13,206</b>	<b>16,657</b>	<b>29,863</b>

Fuente: Departamento de Bioestadística HT.

## ANEXO V

*El recurso humano con que cuenta Hospital Tijuana, está conformado con profesionales de la salud, médicos generales, médicos especialistas, médicos pregrado que realizan su internado, enfermeras especialistas, generales y auxiliares, químicos farmacobiólogos, laboratoristas clínicos, psicólogos y personal administrativo que comprende a trabajadoras sociales, administrativos especializados, personal de mantenimiento, , Ingenieros en sistemas y auxiliares administrativos.*

**Los recursos humanos de Hospital Tijuana, están categorizados de forma general de la siguiente manera:**

<b>Categoría</b>	<b>No.</b>
Médicos generales	16
Médicos especialistas	97
<b>Total médicos</b>	<b>113</b>
Enfermeras generales	81
Enfermeras especialistas	32
Enfermeras auxiliares	53
<b>Total enfermeras</b>	<b>166</b>
Químicos farmacia	2
Químicos laboratorio	8
Total QFB	10
<b>Personal administrativo</b>	<b>147</b>
<b>Total personal hospital</b>	<b>426</b>

Fuente: Elaboración propia con base en información obtenida de la autoevaluación.

# ANEXO VI

## Formato de cédula de autoevaluación versión 2016.







COEULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018	
46200 HOSPITAL TIJUANA											
GOBIERNO HG - HMI - HP											
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Documental	Puntaje	Criterios y Subcriterios			
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:					
Artículos 47 y 200 BIS de la LGS y el numeral 5 Generalidades, NOM-016-SSA3-2012, numerales 5.1.1.	Autorizaciones Sanitarias	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.		Verificar: 1. Que se encuentre en lugar visible. 2. Que el documento esté vigente y que corresponda al establecimiento.	1	Verificar documento oficial.	1	4.- Planeación.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.		
Artículos 47 y 200 BIS de la LGS y el numeral 5 Generalidades, NOM-016-SSA3-2012, numerales 5.1.1, 5.1.2.		Verificar Responsable Sanitario.		Verificar: 1. Que se encuentre en lugar visible. 2. Que el documento esté vigente y que corresponda.	1	verificar documento oficial.	1	4.- Planeación.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.		
RECURSO HUMANO HOSPITAL GENERAL											
Artículo 16-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Anestesiología General y pediátrica o anestesiólogo con adiestramiento en pediatría (Criterio mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Que cumpla con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y en su caso la certificación vigente de la especialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo Y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.		
Artículo 16-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 y 272 Bis de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF	Personal médico de Urgencias (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, certificación vigente de la especialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo Y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción		

## ANEXO VII

Formato de cédula de autoevaluación, última versión 2018

### SECCIÓN 2.

#### PROCESOS CLAVE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

PROCESO CLAVE	CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR VERSIÓN 2015
2.1.1.1 Definición e implementación del proceso de identificación del paciente acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.1</b> 
2.1.1.2 Definición e implementación del proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.2</b> 
2.1.1.3 Definición e implementación del etiquetado de los electrolitos concentrados acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.3</b> 
2.1.1.3.1 Definición e implementación de la doble verificación durante la preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		
2.1.1.4 Definición e implementación del Protocolo Universal, dentro y fuera del quirófano acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.4</b> 
2.1.1.4.1 Definición e implementación del tiempo fuera antes de realizar procedimientos de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, radioterapia y administración de sangre y hemocomponentes acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		
2.1.1.5 Definición e implementación de un Programa Integral de Higiene de manos acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.5</b> 
2.1.1.6 Definición e implementación de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde a lo solicitado en el propósito del estándar.		<b>MISP.6</b> 

## ANEXO VIII

### Tabla de resultados

<b>Área de gobierno</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	52	52	52	156
Puntaje alcanzado:	39	10	7	<b>56</b>
<b>Calificación:</b>	<b>35.90%</b>			

<b>Consulta externa</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	77	77	76	230
Puntaje alcanzado:	73	73	68	<b>214</b>
<b>Calificación:</b>	<b>93.04%</b>			

<b>Hospitalización</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	127	127	126	380
Puntaje alcanzado:	126	124	120	<b>370</b>
<b>Calificación:</b>	<b>97.37%</b>			

<b>Medicina preventiva</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	18	18	18	54
Puntaje alcanzado:	18	18	11	<b>47</b>
<b>Calificación:</b>	<b>87.04%</b>			

<b>Urgencias</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	110	110	104	324
Puntaje alcanzado:	108	106	85	<b>299</b>
<b>Calificación:</b>	<b>92.28%</b>			

<b>Unidad quirúrgica</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	188	188	188	564
Puntaje alcanzado:	187	187	187	<b>561</b>
<b>Calificación:</b>	<b>98.05%</b>			

<b>Tocología</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	23	23	23	69
Puntaje alcanzado:	22	23	16	<b>61</b>
Calificación:	<b>88.41%</b>			

<b>Unidad toco quirúrgica</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	134	134		
Puntaje alcanzado:	133	131	128	<b>392</b>
Calificación:	<b>97.51%</b>			

<b>Unidad de cuidados intensivos adultos</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	76	76	75	227
Puntaje alcanzado:	73	76	72	<b>221</b>
Calificación:	<b>97.36%</b>			

**Unidad de terapia intensiva pediátrica**

<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	77	77	75	229
Puntaje alcanzado:	76	76	69	<b>221</b>
Calificación:	<b>96.50%</b>			

**Unidad de cuidados intensivos neonatales**

<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	112	112	106	330
Puntaje alcanzado:	111	111	91	<b>315</b>
Calificación:	<b>95.45%</b>			

**Laboratorio y banco de sangre**

<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>E. Documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	46	46	43	135
Puntaje alcanzado:	39	41	27	<b>107</b>
Calificación:	<b>79.26%</b>			

<b>Imagenología</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	81	81	80	242
Puntaje alcanzado:	80	81	71	<b>232</b>
<b>Calificación:</b>	<b>95.87%</b>			
<b>Farmacia generalidades</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	7	7	7	21
Puntaje alcanzado:	7	7	5	<b>19</b>
<b>Calificación:</b>	<b>90.48%</b>			
<b>Farmacia hospital</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	571	571	571	1713
Puntaje alcanzado:	544	571	571	<b>98.82</b>
<b>Calificación:</b>	<b>98.82%</b>			

<b>Psicología</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	6	6	6	18
Puntaje alcanzado:	6	6	5	<b>17</b>
<b>Calificación:</b>	<b>94.44%</b>			

<b>Trabajo social</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	3	3	3	9
Puntaje alcanzado:	2	3	2	<b>7</b>
<b>Calificación:</b>	<b>77.78%</b>			

<b>Estomatología</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	17	17	16	50
Puntaje alcanzado:	17	17	13	<b>47</b>
<b>Calificación:</b>	<b>94%</b>			

<b>Anatomía patológica</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	19	19	18	56
Puntaje alcanzado:	16	16	15	<b>47</b>
<b>Calificación:</b>	<b>83.93%</b>			

<b>Enseñanza</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	9	9	9	27
Puntaje alcanzado:	7	8	6	<b>21</b>
<b>Calificación:</b>	<b>77.78%</b>			

<b>Inhaloterapia</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	8	8	8	24
Puntaje alcanzado:	5	7	7	<b>19</b>
<b>Calificación:</b>	<b>79.17%</b>			

<b>Dietología</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	28	28	27	83
Puntaje alcanzado:	20	23	0	<b>43</b>
<b>Calificación:</b>	<b>51.81%</b>			

<b>Servicios generales</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
Puntaje esperado:	9	9	7	25
Puntaje alcanzado:	8	6	4	<b>18</b>
<b>Calificación:</b>	<b>72%</b>			

<b>Resultado global Hospital</b>				
<b>Tipo de criterio:</b>	<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Evidencia documental</b>	<b>Total</b>
<b>Puntaje esperado:</b>	<b>1798</b>	<b>1798</b>	<b>1772</b>	<b>5368</b>
Puntaje alcanzado:	1717	1721	1563	<b>5001</b>
<b>Calificación:</b>	<b>92.56%</b>			

