



SiNaCEAM

Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica

100

CENTENARIO DEL CONSEJO
DE SALUBRIDAD GENERAL

COLABORADORES

DR. JESÚS ANCER RODRÍGUEZ
Secretario
del Consejo de Salubridad General

Dra. Sara Fonseca Castañol
Directora General Adjunta de Articulación y
Responsable del SiNaCEAM
Tel: (55) 20 00 34 00 Ext. 59036
sara.fonseca@csg.gob.mx

Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde
Director de Desarrollo del SiNaCEAM
Tel: (55) 20 00 34 00 Ext. 59035
javier.soberanes@csg.gob.mx

Lic. Eduardo José Flores González
Subdirector de Asuntos Jurídicos
Tel: (55) 20 00 34 00 Ext. 53522
eduardo.flores@csg.gob.mx

Mtro. Aaron Padilla Orozco
Subdirector de Operaciones e Innovación
Tel: (55) 20 00 34 00 Ext. 53517
aaron.padillao@csg.gob.mx

Dr. Angel Tamariz Landa
Subdirector de Articulación y Gestión Estratégica
Tel: (55) 20 00 34 00 Ext. 53517
gestion.estrategica@csg.gob.mx

Lic. Metztlí X. Benítez López
Subdirectora de Vinculación
Tel: (55) 20 00 34 00 Ext. 53592
metztli.benitez@gmail.com

Ing. Adrián Alcántar Bautista

Dra. Brisa Itzel Amparán Limas

Dr. Oscar Omar Barajas Castillo

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña

Dra. Honey Cervantes Guadarrama

Dra. Jessica Belinda Escobedo Peña

Mtra. Rosa Luz Gutiérrez Valdovinos

Dra. María Guadalupe Martínez León

Dr. Rodolfo Márquez Martín

Mtra. Amparo Mejía Miranda

Ing. Norberto Miguel Ramírez

Mtro. Juan Armando Monroy López

Lic. María del Consuelo Morales Santacruz

Dra. Karla Patricia Pacheco Alvarado

Dr. Tlatoani Real Mata

Dr. Fausto Sarabia Díaz

Dr. Saúl Serrano Cuevas

100

CENTENARIO DEL CONSEJO
DE SALUBRIDAD GENERAL

1

ÍNDICE

Editorial	3
10 años del SiNaCEAM	4
El Proceso de Certificación	7
Experiencias Exitosas	16
La Certificación de la Clínica Hospital Huauchinango del ISSSTE: Testimonios	17
El gran compromiso de ser una organización de referencia: Hospital Central Militar	20
Calidad, una convicción, una experiencia de trabajo y un logro. Perspectiva del hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”	22
Modelo Institucional para la Competitividad “MC”, juntos hacia la Meta	26
Memorias Fotográficas	28
Calidad de la Atención Clínica, a una década del inicio de la Residencia Médica	30
Los Especialistas en Calidad de la Atención Clínica en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”	35
El Sentir de un Evaluador: Perspectiva de una Especialista en Calidad de la Atención Clínica	37
Revisión Bibliográfica El Triage: <i>de sus orígenes hasta el desarrollo de los sistemas modernos de clasificación</i>	39
Preguntas más Frecuentes	43
Cápsulas Culturales	44



@sinaceam

10 años
2007 - 2017

2

EDITORIAL

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) emite un Acuerdo que constituye el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) el día 28 de junio de 2007 al celebrarse la Segunda Sesión Ordinaria de esta Comisión. Por lo cual este año, se conmemoran sus 10 primeros años y dada su importancia se le dedica la **G▲CET▲ SiNaCE▲M** en su aniversario.

El objetivo del SiNaCEAM es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno, a través de la certificación, por lo cual en este segundo número se hablará del Proceso de Certificación, subsistema sustantivo del SiNaCEAM.

Asimismo, se reconoce la primera década de existencia de la Residencia Médica de Calidad en la Atención Clínica, la buena relación existente con el CSG, la participación de más de la mitad de los egresados como evaluadores activos o en formación, y los diez años en que los médicos residentes han tenido la oportunidad de rotar en sus instalaciones. En este segundo número del Verano 2017, se destaca la participación de egresados de la residencia que forman parte de los evaluadores del SiNaCEAM.

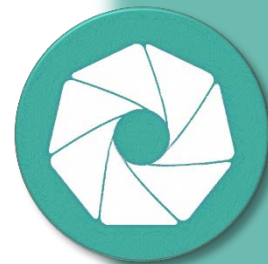
Para finalmente abordar las experiencias de organizaciones que por medio de la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG lograron, a través del trabajo continuo y el esfuerzo en conjunto, desarrollar una cultura de seguridad, progresar organizacionalmente y crecer como equipos de trabajo en varios ciclos dentro del Proceso de Certificación.

“La **G▲CET▲ SiNaCE▲M** es el primer medio informativo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica”

10 años
2007 - 2017

3

10 AÑOS DEL SINACEAM



Hace 10 años, en la segunda Sesión Ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), el 28 de junio de 2007, se aprobó el cambio de nombre del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica a Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); debido al desarrollo de estrategias para mejorar el Proceso de Certificación en el cual se incluyera la articulación 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.

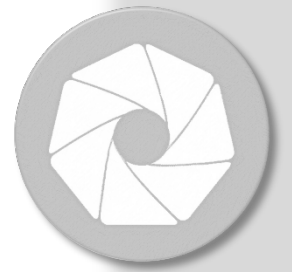
En la tercera Sesión Ordinaria de la CCEAM, el 16 de octubre de 2007, se presentó el avance de las estrategias de fortalecimiento del SiNaCEAM en donde se destaca la realización del Curso-Taller para evaluadores que se llevó a cabo del 5 al 7 septiembre de ese año, es importante este dato ya que fue el primer curso desarrollado e impartido en su totalidad por el Consejo de Salubridad General, se contó con la participación de un profesor del Instituto Nacional de Salud Pública y el apoyo del Hospital Juárez de México en donde realizó una práctica de campo. Cabe señalar que durante la sesión se resaltó la importancia de que el SiNaCEAM formara a sus propios evaluadores y que se migrara de la invitación a la selección estricta de los mismos con la finalidad de garantizar la menor variabilidad interobservador y un proceso dentro de un marco ético y profesional adecuado.

“ SiNaCEAM:
Sistema Nacional
de Certificación de
Establecimientos
de Atención
Médica ”

10 años
2007 - 2017

4

10 AÑOS DEL SINACEAM



“El Acuerdo para el Desarrollo y Funcionamiento del SiNaCEAM se publicó el 13 de junio de 2009 y los Reglamentos del SiNaCEAM y de la CCEAM el 19 mayo de 2009”

Como resultado del trabajo antes mencionado se aprueban las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica el día 4 de diciembre de 2007 durante la celebración de la cuarta Sesión Ordinaria de la CCEAM. Asimismo, en la segunda Sesión Ordinaria 2008 de la CCEAM se presentó la propuesta de **Acuerdo para el Desarrollo y Funcionamiento del SiNaCEAM**, en el cual se señala que para fortalecer la Certificación, es necesario articular eficazmente la participación de las instituciones, integrar las acciones y ejecutar procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica que de manera continua retroalimente todos sus componentes y se mejoren los resultados, esta propuesta es presentada al pleno del Consejo de Salubridad General en su cuarta Sesión Ordinaria el 28 de mayo de 2008, se aprueba el Acuerdo y se publica en Diario Oficial de la Federación el 13 de junio del mismo año.

A raíz de la publicación del acuerdo para el Desarrollo y Funcionamiento del SiNaCEAM, se presentaron en la tercera Sesión Ordinaria 2008 de la CCEAM los **Reglamentos del SiNaCEAM y de la CCEAM** los cuales fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación en el mes de mayo de 2009.

Como resultado del gran trabajo realizado durante los años 2007 y 2008 con la finalidad de fortalecer al SiNaCEAM, se publicaron los estándares Internacionales Homologados del Consejo de Salubridad General que entraron en vigencia el día 1 de enero de 2009, estos fueron aprobados por la CCEAM en su primer Sesión Extraordinaria 2008 llevada a cabo el día 10 de diciembre de 2008. En esta sesión además se habló de la importancia de la evolución del SiNaCEAM y su trascendencia para el país, con lo cual se inició así el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.



10 años
2007 - 2017

5

10 AÑOS DEL SINACEAM

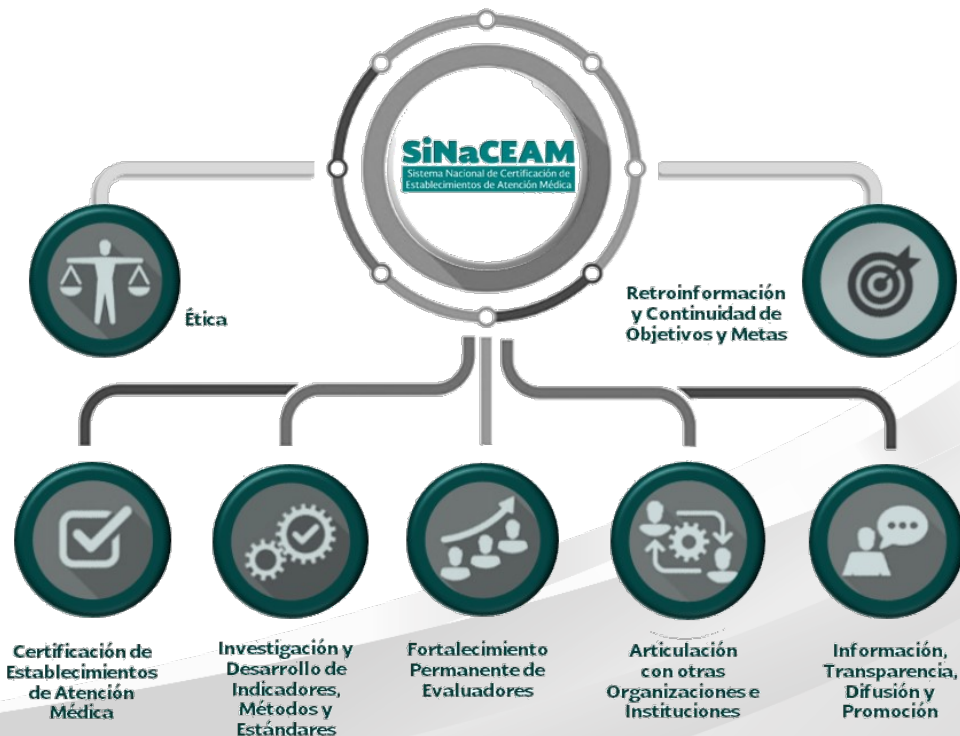


A diez años de su conformación como Sistema, el SiNaCEAM, cuenta hoy en día con 7 subsistemas:

1. Certificación de Establecimientos de Atención Médica
2. Investigación y desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad
3. Fortalecimiento permanente de los Evaluadores
4. Articulación del SiNaCEAM con otras instituciones y organizaciones
5. Información, Transparencia, Difusión y Promoción.
6. Retroinformación y Continuidad de Objetivos y Metas
7. Ética

“El SiNaCEAM cuenta hoy en día con 7 subsistemas, dos de los cuales se aprobaron este 2017”

Los primeros 5 se encuentran desde su origen en el Acuerdo para el Desarrollo y funcionamiento del SiNaCEAM publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008 y los subsistemas seis y siete son el resultado del Plan de Trabajo del SiNaCEAM 2017, los cuales fueron aprobados en la Primera Sesión Ordinaria de 2017 [CCEAM 12/28.03.2017/1SO] y en la Segunda Sesión Ordinaria de 2017 [CCEAM 14/06.06.2017/1SO], respectivamente.



EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN



Como resultado del Plan de Trabajo 2017 del SiNaCEAM y de la conformación de estos dos nuevos subsistemas surge la necesidad de documentar el Proceso de Certificación vigente para todas las organizaciones, hospitalarias y no hospitalarias que implementan y se evalúan con el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Cabe señalar que las Unidades de Hemodiálisis y las Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades (CAPCE), se incluyeron en el Modelo de Seguridad del Paciente desde el 1 de julio de 2012 y este 2017 se incluyó a los establecimientos ambulatorios de Rehabilitación dentro de los CAPCE.

El Proceso de Certificación es la parte medular del subsistema número uno del SiNaCEAM y se describe a continuación.

La evaluación de la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, se lleva a cabo a través del PROCESO DE CERTIFICACIÓN, el cual consta de cuatro fases:

- 1 Autoevaluación e Inscripción
- 2 Evaluación
- 3 Dictamen
- 4 Continuidad



10 años
2007 - 2017

EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

1 Autoevaluación e Inscripción



Para que una organización pueda formar parte del SiNaCEAM, debe cumplir los siguientes requisitos:

- ✓ Tener, por lo menos, **un año de funcionamiento**.
- ✓ Contar con las **Autorizaciones Sanitarias** que correspondan a los servicios que brinda (Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsable Sanitario).
- ✓ 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.
- ✓ No contar con **sanción de inhabilitación** relacionada con la prestación de servicios de atención médica impuesta por cualquier autoridad administrativa.
- ✓ 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 aprobar en primer lugar la **Acreditación** como prestadores de servicios de salud que atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- ✓ Los hospitales clasificados por la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación como de “alta complejidad y alto nivel resolutivo (rojos), deben contar, al menos, con una evaluación interinstitucional de la lista de verificación, de acuerdo al protocolo del Programa Hospital Seguro

Las organizaciones que cumplan los requisitos antes descritos están en posibilidades de realizar la Autoevaluación e Inscripción al Proceso de Certificación; cabe señalar que es sumamente importante que previo a este paso, la organización se encuentre trabajando en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG acorde a lo que se solicita en los propósitos de los estándares correspondientes al tipo de establecimiento de atención médica.

La **Autoevaluación** está enfocada en dos tipos de requisitos:

- Los que debe cumplir un establecimiento en función de lo dispuesto en la legislación aplicable vigente: la Ley General de Salud, sus Reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas, (Módulo 1: Requisitos Estructurales).
- Los requisitos relacionados con el diseño y **la implementación** de procesos y sistemas dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.

EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

1 Autoevaluación e Inscripción



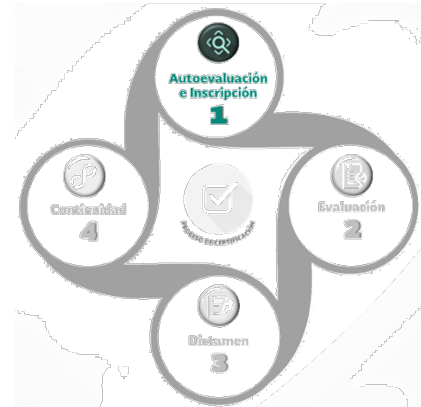
Los **requisitos** de la Autoevaluación se ponderan en tres niveles: Indispensables, Necesarios y Convenientes. Para que un establecimiento pueda inscribirse al SiNaCEAM, debe haber **CONGRUENCIA** entre la Solicitud de Inscripción y los Requisitos de Autoevaluación, así como haber **CUMPLIDO** el 100% de los requisitos ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los “Necesarios” y el 50% o más de los “Convenientes”.

“**Para inscribirse al SiNaCEAM debe haber congruencia entre la solicitud de inscripción y la Autoevaluación.**”

Los formatos de “Autoevaluación” y la “Solicitud de Inscripción” se encuentran disponibles en la página web: www.csg.gob.mx

Una vez que la organización envía al Consejo de Salubridad General, su Autoevaluación y Solicitud de Inscripción, y éstas han sido aprobadas, se programa una “**Sesión de Enfoque**” para confirmar su ingreso al SiNaCEAM. [CCEAM 17/06.06.2017/2SO]

Una vez que el Consejo de Salubridad General comunica a la autoridad de la organización que ha aprobado esta primera fase, se considera que el establecimiento se encuentra en “**Proceso de Certificación**”, en cuyo caso puede expedirse, en el momento en que así sea solicitada, una constancia. La organización, además se integra a la lista de “Establecimientos de Atención Médica en Proceso de Certificación” que se encuentra publicada en la página web de este Consejo.



Cuando la organización se encuentra inscrita al SiNaCEAM, se programa una “**Sesión de Revisión de Avances**”, en donde se revisa de manera aleatoria el diseño de los procesos y sistemas, esto con el propósito de orientar a cada organización en relación a la correcta definición y diseño de los procesos acorde al propósito de los estándares. Es importante mencionar que esta iniciativa tiene como finalidad coadyuvar e incentivar a que las organizaciones mejoren y desarrollen una Cultura de Seguridad del Paciente a través de la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, así como de realimentar en el avance de la misma.

10 años
2007 - 2017

EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

2 Evaluación



Es la segunda fase del Proceso de Certificación, donde se evalúa la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG a través de los estándares correspondientes al tipo de organización. En la actualidad, y acorde a los tres grupos de Estándares con los que cuenta el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, las organizaciones deben implementar los estándares vigentes conforme a la siguiente tabla:

“ El Modelo de Seguridad del Paciente cuenta con tres grupos de Estándares ”

GRUPO DE ESTÁNDARES	ESTABLECIMIENTO
Estándares para implementar el Modelo en Hospitales	Hospital General
	Hospital de Especialidades
	Cirugía de Corta Estancia y/o Ambulatoria
	Cirugía Oftalmológica
	Centro Oncológico en el cual se administre quimioterapia, anestesia, sedación y/o radioterapia.
	Cirugía de Obesidad
	Hospital Psiquiátrico
<i>***Si alguno de estos establecimientos cuenta con los servicios propios de consulta externa, (atención primaria y/o especialidad), atención odontológica, servicio de hemodiálisis y/o servicio de rehabilitación, éstos se evaluarán como un servicio del establecimiento.</i>	
Estándares para implementar el Modelo en Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades (CAPCE) (No se realizan procedimientos quirúrgicos ni de alto riesgo)	Clínicas de Atención Primaria
	Consultorios de Especialidades
	Unidades de Medicina Familiar con o sin servicio de urgencias (admisión continua)
	Centros oncológicos (sólo consulta)
	Centros oftalmológicos (sólo consulta)
	Centros Odontológicos (sólo consulta)
	Centros de Atención a la Salud Mental (sólo consulta)
	Unidades de Rehabilitación (Ambulatorios)
Estándares para Certificar Unidades de Hemodiálisis	Unidades de Hemodiálisis que no dependen de un hospital o una clínica de atención primaria o consulta de especialidad.

Es importante comunicarse a la Dirección General Adjunta de Articulación para confirmar lo anterior acorde al contexto particular de su organización, si hubiera alguna duda o situación especial.



La **Evaluación** se programa posterior a que personal de la organización, de preferencia el responsable de calidad y los responsables de la implementación del Modelo, hayan asistido, al menos, a un Curso impartido por el CSG.

Cabe destacar que los cursos y talleres impartidos por el CSG son parte del subsistema de “Información, Transparencia, Difusión y Promoción” del SiNACEAM, éstos se solicitan de manera oficial con el Secretario del CSG y con atención al Responsable del SiNaCEAM.

Además, cada organización puede solicitar y programar una “Sesión de Resolución de Dudas en la Implementación del Modelo” en cualquier momento del proceso, acción que forma parte del décimo mecanismo de transparencia del Proceso de Certificación el cual se describe más adelante; estas sesiones tienen la finalidad de aclarar dudas concretas relacionadas con la implementación del Modelo en una organización en particular, estas sesiones se deben solicitar al Secretario del CSG y al Responsable del SiNaCEAM.

La Evaluación se planea acorde a la complejidad de cada organización, por lo cual, el número de evaluadores y la duración de la misma se informa de manera oficial mediante un comunicado por el Responsable del SiNaCEAM. De esta manera el SiNaCEAM ha establecido para un establecimiento en el cual se evalúen los estándares para Certificar Hospitales, la duración mínima de la auditoría es de tres días, para un establecimiento en el cual se evalúen los Estándares para Certificar CAPCE la duración mínima es de 2 días, con excepción de los establecimientos de CAPCE que cuentan con servicio de urgencias (admisión continua) en los cuales la duración mínima es de tres días. Para las Unidades de Hemodiálisis la duración de la evaluación es de dos días. La duración máxima de las evaluaciones es de cinco días, con casos excepcionales en los cuales podrá tener una duración de 6 días, es importante señalar que las auditorías pueden terminar en día sábado, por ejemplo, si se inicia la auditoría en jueves y se programa una duración de tres días.

10 años
2007 - 2017

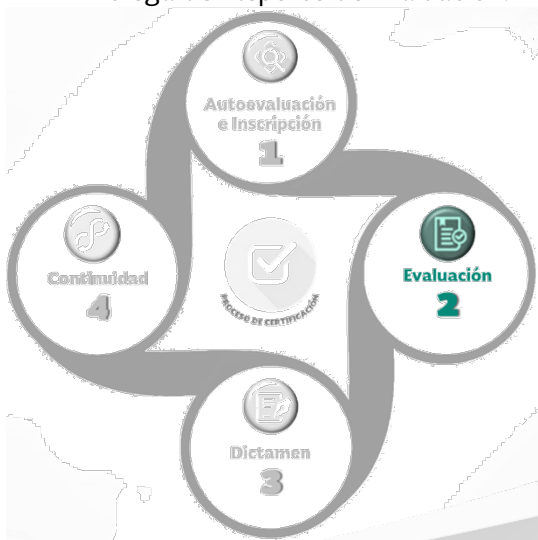
11



Mediante un comunicado oficial el Responsable del SiNaCEAM informa la fecha de la evaluación y el Equipo Evaluador que asistirá a la misma. Posteriormente el SiNaCEAM se contacta con el “**Coordinador del Proceso de Evaluación**”, a través de la Subdirección de Vinculación, quien proporciona la Agenda de Evaluación, y gestiona y organiza la visita del Equipo Evaluador. Finalmente, la Agenda de Evaluación se envía a la organización con un mínimo de una semana de antelación a la fecha de inicio de la misma.

La agenda de evaluación contiene la programación de las **actividades fundamentales** que se llevan a cabo y son las siguientes:

- ❑ Conferencia de apertura por el Evaluador Líder
- ❑ Presentación del contexto general de la organización.
- ❑ Evaluación de la definición de los procesos y sistemas acordes al Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.
- ❑ Seguimientos de paciente.
- ❑ Recorridos por las instalaciones.
- ❑ Evaluaciones de los Sistemas Críticos
- ❑ Evaluación de los servicios subrogados.
- ❑ Evaluación del Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente
- ❑ Evaluación de Procesos
- ❑ Entrega del Reporte de Evaluación.



La descripción de cada una de las actividades fundamentales que conforman la Evaluación se detalla en el siguiente documento: “**Las Actividades Fundamentales durante la Evaluación del CSG**”, el cual se encuentra en la página web del Consejo de Salubridad General.

Nota: El término “Auditoría” fue sustituido por **EVALUACIÓN** a partir de septiembre de 2016 (Acuerdo CCEAM 2/23.08.16).

10 años
2007 - 2017

12

EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

3 Dictamen

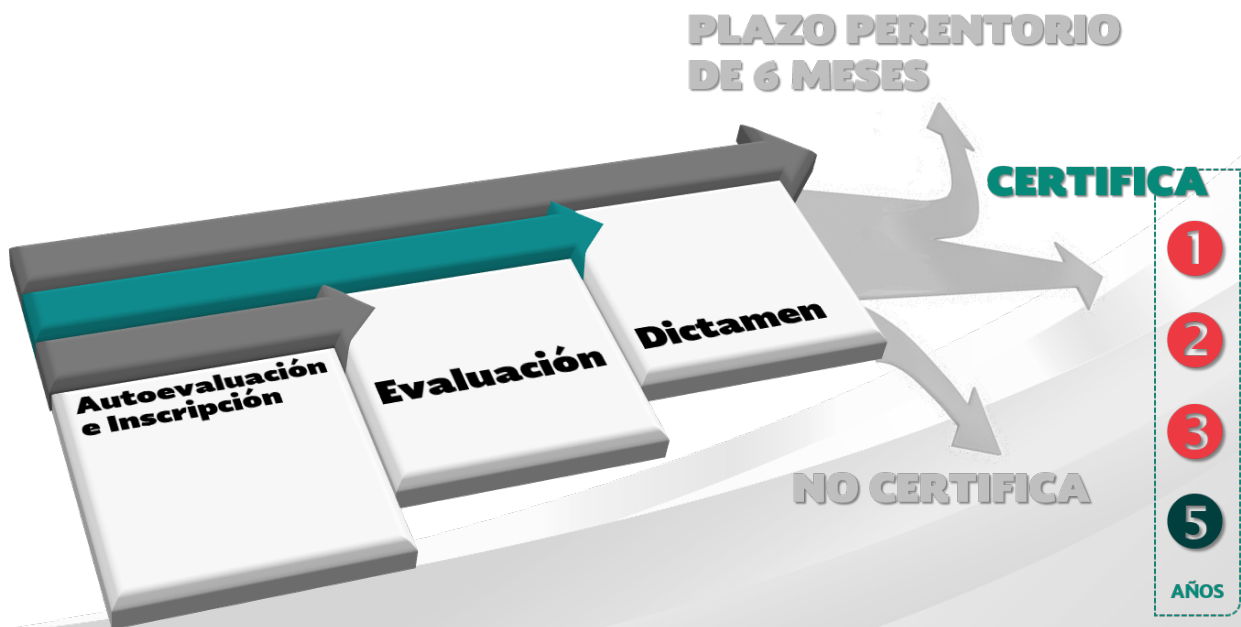


El **Dictamen** es la fase del Proceso de Certificación en donde se lleva a cabo el análisis de la información obtenida en las dos primeras fases (Inscripción y Autoevaluación, y Evaluación) y la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), de forma colegiada, emite el dictamen. Cuando la organización inicia un ciclo de certificación con su Autoevaluación e Inscripción, al menos tendrá un **Primer Dictamen** que se determina una de las tres siguientes alternativas:

- ▶ **Certificar** (por 1, 2, 3 ó 5 años dependiendo de la calificación general y el cumplimiento de las Reglas de Decisión)
- ▶ **Otorgar un Plazo Perentorio de 6 meses** para mejorar la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG y el cumplimiento de las Reglas de Decisión.
- ▶ **No certificar** (calificación general menor de 7)

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** la cual se utiliza para determinar el periodo de vigencia de la certificación, ya que en este segundo dictamen sólo se encuentran las siguientes alternativas:

- ▶ **Certificar** (por 1, 2, o 3 años dependiendo de la calificación recalculada)
- ▶ **No certificar** (si se incumplen reglas de decisión)





Cabe señalar que 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, generalmente se engloban en las siguientes tres opciones:

- Ratificar el Certificado
- Revocar el Certificado
- Otorgar un Plazo Perentorio de 3 meses

Las sesiones de la CCEAM en las cuales se llevan a cabo los Dictámenes de Certificación son, al menos, cuatro sesiones ordinarias al año, las cuales se programan de preferencia el primer martes de los meses de abril, junio, septiembre y diciembre **[Acuerdo CCEAM 18/06.06.2017/2SO]**

Posterior a la sesión correspondiente, se entrega a cada organización el “**Informe del Dictamen**” en el cual se comunica el fundamento de la decisión del pleno de la CCEAM. Es importante recalcar que este es uno de los mecanismos de transparencia del SiNaCEAM; además, este informe tiene como objetivo que el establecimiento dictaminado continúe con la implementación y mejora del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General.



10 años
2007 - 2017

14

EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

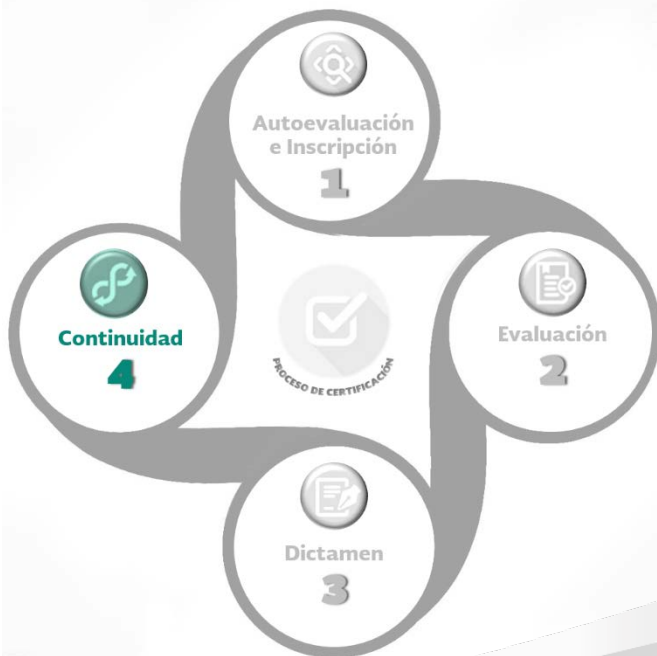
4 Continuidad



La **Continuidad** es la fase del proceso en la cual las organizaciones, dependiendo de su estatus, se capacitan para mejorar el diseño y la implementación de sus procesos, así como comparten las experiencias exitosas relacionadas con la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General

Esta fase es resultado de la creación del sexto subsistema del SiNaCEAM, el cual fue aprobado por la CCEAM en la Primera Sesión Ordinaria de 2017 [CCEAM 12/28.03.2017/1SO], con el propósito de dar seguimiento a las todas organizaciones posterior a su Dictamen para generar y fortalecer redes de impacto que **impulsen la implementación del Modelo** y como consecuencia del **desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente** en las organizaciones; además de escuchar, valorar y tomar **acciones efectivas para mejorar el Proceso de Certificación**.

Durante esta fase, las organizaciones con mejores calificaciones, los cuales obtienen un Dictamen de certificación por 5 años tienen la obligación de apoyar al CSG con la difusión de buenas prácticas y experiencias exitosas.



Cabe señalar que una organización previo a inscribirse al SiNaCEAM y comenzar su Proceso de Certificación, puede solicitar de manera oficial con el Secretario del CSG y con atención al Responsable del SiNaCEAM la programación de una **“Sesión Introductoria al Modelo de Seguridad del Paciente del CSG”** [CCEAM 16/06.06.2017/2SO].

10 años
2007 - 2017

15



EXPERIENCIAS EXITOSAS

16

EXPERIENCIAS EXITOSAS

LA CERTIFICACIÓN DE LA CLÍNICA HOSPITAL HUAUCHINANGO DEL ISSSTE: TESTIMONIOS



RECOPIACIÓN POR:
DRA. BRISA ITZEL AMPARÁN LIMAS
EVALUADORA LÍDER DEL SINACEAM
JEFA DE SERVICIOS DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO MÉDICO
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN MÉDICA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Con la Certificación de la Clínica Hospital Huauchinango del ISSSTE es la primera vez que todas las organizaciones del SNS tienen, al menos, un Establecimiento de Atención Médica certificado.

En la pasada sesión ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, la Clínica Hospital Huauchinango del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ubicada en el estado de Puebla, fue dictaminada como Certificada; siendo así el primer establecimiento de atención médica del ISSSTE en lograr este objetivo.

Como parte de la gran labor realizada para este logro, incluimos algunos pensamientos de los miembros de este extraordinario equipo de trabajo en espera de que sirvan como incentivo a otras organizaciones que se encuentran implementando el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG:

C. Efraín Cipriano, Líder del sistema crítico Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS): El proceso de certificación para mi significó aprender algo nuevo, me involucré en procesos que ni imaginaba que existían y que al conocerlos supe los beneficios que como paciente o familiar tengo. Comprendí que lo aplicado en la seguridad de las instalaciones no es un proceso que se deba realizar para la Certificación sino para el quehacer cotidiano en bien de las personas. El reto es lograr que trabajemos mejor en equipo, gracias por permitirme ser parte del proceso.



10 años
2007 - 2017

17

EXPERIENCIAS EXITOSAS LA CERTIFICACIÓN DE LA CLÍNICA HOSPITAL HUAUCHINANGO DEL ISSSTE: TESTIMONIOS



Lic. Blanca E. Domínguez Matías, Jefa de Enfermeras: La Certificación significó 7 años de trabajo; uno de los retos fue integrarnos como un equipo además de que no había cultura de seguridad. Primero tuve que trabajar conmigo misma y formar equipos de supervisión de enfermería; fue muy arduo el trabajo, pero se logró, ahora el reto es mantener el estatus de la Certificación.

Lic. Víctor Vargas Islas, Coordinador de Atención al Derechohabiente: El proceso de Certificación fue una vivencia de aprendizaje y retos a vencer, sobre todo respecto a la resistencia al cambio; sin embargo, el entusiasmo, la tenacidad y la empatía al derechohabiente fueron determinantes para impulsar el trabajo a la meta y conservación de la Seguridad del Paciente.

Mtra. Concepción Luna Licona, Coordinadora de Recursos Financieros: El proceso de Certificación es una gran alegría y una emoción indescriptible. El reto para mí fue llegar a ponerme al corriente en los procesos, implementarlos y ponerme de nervios cuando llego el Consejo; en cuanto al resultado una maravilla, un plus más a la clínica, por lo que para mí es un gran orgullo pertenecer a esta Clínica Hospital ISSSTE que es mi segunda casa.



Lic. Noe Q. Sánchez Porras, Coordinador de Recursos Materiales y Servicios Generales: La Certificación significó una gran oportunidad de conocimiento y experiencias laborales que dieron como resultado una adecuada atención al paciente. Los retos fueron difíciles, pero no infranqueables. Los logros fueron el haber creado conciencia colectiva, disciplina, obediencia y organización; amor por el Instituto bajo el liderazgo de autoridades en la Delegación Estatal, Subdelegación Médica y Dirección de esta CH Huauchinango.

Lic. Guillermo González Romero, Coordinador de Recursos Humanos: La Certificación fue un reto muy importante en mi persona ya que fue complicado por el desconocimiento de temas de salud. Fue interesante ver la gran importancia de tener médicos y enfermeras con capacitación en áreas críticas, esto hablando del sistema crítico de Competencias y Capacitación del Personal (SQE). Tenemos que ver varios puntos de vista, ponernos del lado del derechohabiente, del que brinda la atención, no sólo es obtener el documento si no poder seguir manteniendo esa buena atención de calidad y día a día mejorar en la atención.

EXPERIENCIAS EXITOSAS LA CERTIFICACIÓN DE LA CLÍNICA HOSPITAL HUAUCHINANGO DEL ISSSTE: TESTIMONIOS



Dr. Luis Fernando Bautista Alpírez, Subdirector Médico: Como el integrante más reciente del equipo significó tener que redoblar esfuerzos para poder aprender y ejecutar al mismo tiempo las acciones requeridas para el proceso. Mi principal reto fue el inmiscuirme plenamente en cada detalle que requirió mi atención y poder llevar a cabo las tareas solicitadas en los tiempos marcados previamente. La evolución como unidad médica la percibo como un cambio radical con los nuevos procesos, mismos que se deben llevar lo mejor posible y que, aunque son propensos a fallas también lo son a ser mejorados.

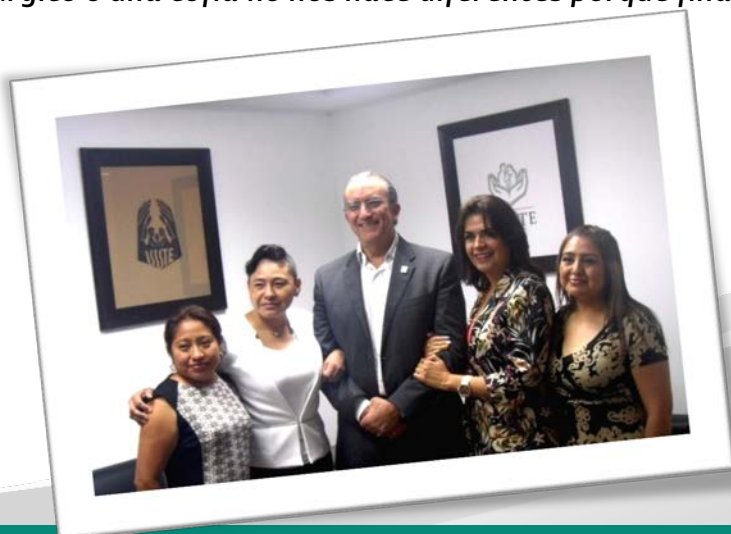
Dra. Martha del Carmen Ulloa Peregrina, Directora: La Certificación significa garantizar Seguridad al Paciente, para lo cual había que implementar toda una serie de procesos que generan cambios y este fue precisamente el reto que teníamos que romper paradigmas y lo más difícil para mí fue enfrentar la resistencia al cambio, ya que se veía como un proceso más por el que no iba a pasar nada si no se certificaba; sin embargo siempre he tenido la convicción de que los Hospitales y Unidades Médicas del Sector Público tiene todo para ser las mejores y estar al nivel hospitales privados y esto me motivo más a comprometerme en forma personal con este proceso, haciéndome este cuestionamiento ¿Porque tener en la Sierra Norte de Puebla Certificada a nuestra Clínica Hospital Huauchinango?. Cuando entendimos que para lograrlo teníamos que integrarnos como un equipo multidisciplinario fue cuando empezamos a superar toda esa resistencia a lo largo de 6 años, en donde la tolerancia, asertividad, disciplina y paciencia fueron la piedra angular para que este proceso permeara en toda la organización. Hemos evolucionado como Clínica Hospital ISSSTE Huauchinango porque ***hemos aprendido de nuestros errores, hoy sabemos que nos equivocamos porque somos falibles, ya que una bata blanca, un uniforme quirúrgico o una cofia no nos hace diferentes porque finalmente, errar es de humanos.***



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

10 años
2007 - 2017

19



EXPERIENCIAS EXITOSAS

EL GRAN COMPROMISO DE SER UNA ORGANIZACIÓN DE REFERENCIA: HOSPITAL CENTRAL MILITAR

MYR. M.C. SAÚL SERRANO CUEVAS
EVALUADOR DEL SINACEAM
ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE CALIDAD DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR
LÍDER DE QPS



Ser designado como Hospital de referencia para contribuir en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General fue al inicio una satisfacción egocéntrica y después una **responsabilidad de servicio**.

¿Que hacemos para cumplir con ese gran compromiso de ayuda a otras organizaciones? ¿Cuál es la mejor forma de transmitir nuestra experiencia en forma de información útil?

Analizando en conjunto concluimos que lo primero y más importante es tener **EMPATÍA**, ponernos en los zapatos de las organizaciones que piden nuestra asesoría y orientación; esto nos permite primeramente hablar en el mismo canal, esto es que la calidad de la información que le brindamos, el lenguaje y los conocimientos sean lo más adecuados a la situación que vive nuestro visitante.

Inicialmente el contactarnos con los trabajadores de la salud que nos visitarán y conocer quien asistirá, vital para saber a quién nos dirigimos; indagamos acerca del momento en que vive la organización que nos visita y con esto imaginarnos el grado de premura o estrés que viven, incluso el grado de aceptación o negación de los directivos o personal operativo. Lo anterior, nos permite saber, como grupo asesor el canal de lenguaje y complejidad de conocimiento con el que se interactuará con ellos, evitando lo más posible quedarnos con la sensación de haber vertido la información en un saco sin fondo.

“ El Hospital Central comparte su experiencia y conocimiento ”



10 años
2007 - 2017

20

EXPERIENCIAS EXITOSAS EL GRAN COMPROMISO DE SER UNA ORGANIZACIÓN DE REFERENCIA: HOSPITAL CENTRAL MILITAR

La falta de habilidad para obtener los datos que fluyen en las venas de las organizaciones y analizarla para transformar esos datos en información útil para orientar su mejora continua; hace que orientemos a las organizaciones acerca de todos los aspectos que nosotros analizamos para obtener información y cómo la transformamos de manera multidisciplinaria para emitir acciones que se evaluarán y a su vez nos brindarán información de resultados y comportamientos.

Asimismo, hemos creado estrategias que implementamos para organizar grupos de trabajo, para facilitar la aceptación del modelo tanto en directivos como operativos, además, les hablamos de los periodos de tiempo suficientes para avanzar desde la implementación hasta la certificación y las claves para mantenernos en la continuidad de la cultura de calidad y seguridad del Paciente,

Hemos desarrollado el llamado “*buffet de carpetas*”, el cual, es la actividad simple de colocar a la vista de todos las múltiples carpetas con que cuenta el Hospital Central Militar, hacemos hincapié en que es la consecuencia y el reflejo del trabajo en equipo y multidisciplinario, que son los procesos diseñados en nuestro momento histórico para los que vienen en el futuro, para capacitar y educar; lo que hemos diseñado y escrito es orgullo y es la información palpable de nuestros cimientos como hospital.

Finalmente, de la misma manera que un grupo de profesores nos brindaron el conocimiento del modelo para que mejorara nuestro hospital, ahora ese conocimiento que es universal, sin propietarios ni envidias, lo brindamos contextualizado con mucho orgullo para el beneficio de nuestra mayor razón: los pacientes .



“Lo que hemos diseñado y escrito es orgullo y es la información palpable de nuestros cimientos como hospital”

“Transformar datos en información útil para orientar la mejora continua”



EXPERIENCIAS EXITOSAS CALIDAD, UNA CONVICCIÓN, UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO Y UN LOGRO. PERSPECTIVA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

DR. TLATOANI REAL MATA
JEFE DE LA UNIDAD DE PLANEACIÓN Y CALIDAD DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY
BERNARDINO ÁLVAREZ”



“*Transitar por este camino representa para las instituciones que así lo deciden un hito conceptual, un punto de inflexión*”

La Secretaría de Salud con una historia de más de 70 años de prestación de servicios públicos institucionales de salud, cuenta en sus haberes una dilatada experiencia en la organización y administración de servicios de atención médica en establecimientos hospitalarios, quehacer que se logrado desarrollar hasta cierto punto de manera intuitiva.

La elevada profesionalización alcanzada en prácticamente todas las esferas relacionadas con la administración, formación, organización y prestación de servicios de atención médica dan cuenta de ello, sin embargo tomar conciencia de la coordinación requerida entre todos los procesos y actores que aquí concurren para evolucionar de la atención medica integral, a la atención médica orientada a la atención con calidad y seguridad centrada en el paciente y la certificación de estos procesos, es asignatura aparte.

Optar transitar por este camino, representa para las instituciones que así lo deciden un hito conceptual, un punto de inflexión para toda la organización.

El *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez* ha decidido transitar desde hace seis años por esta vereda y recientemente (junio 6 de 2017) hemos logrado ser *Recertificado*. Por ello, en esta oportunidad compartir nuestra experiencia representa condición propicia para participar a otros establecimientos nuestra vivencia y de ella, los elementos primarios fundamentales no solo para intentar participar en este proceso, si no para salir airoso de esta aventura.



10 años
2007 - 2017

22

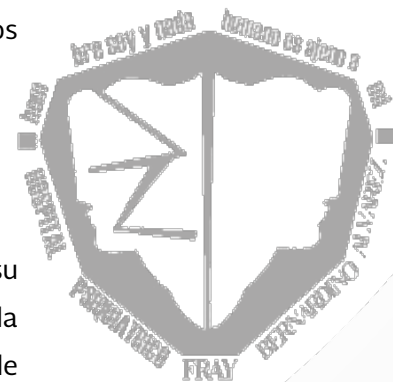
EXPERIENCIAS EXITOSAS CALIDAD, UNA CONVICCIÓN, UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO Y UN LOGRO. PERSPECTIVA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



La experiencia se puede analizar desde múltiples perspectivas, sin embargo, consideramos como la más importante, definir estratégicamente el principio. Para ello el primer paso, el más importante, es una **decisión** tomada prácticamente en solitario del director del establecimiento, en el que sintetiza y amalgama toda su experiencia, trayectoria y conocimiento del hospital, pues debe ser plenamente consciente de las fortalezas y debilidades de la organización que dirige, así como el **compromiso** requerido para enfrentar inercias y resistencias de trabajo, organizar, reorganizar y a veces permitir y promover la emergencia de procesos ausentes, a veces críticos y tener el temple para **transformar las resistencias en convergencias**.

“ El proceso en su conjunto no puede materializarse sin la participación decidida y comprometida de toda la organización ”

Se precisa también contar con un elemento capaz de coordinar, organizar, liderar, dirigir, supervisar y asesorar todos los elementos y requerimientos previstos en los Estándares para la Certificación del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General y otro elemento, también capital, que en mancuerna implemente el Modelo en todo el hospital.



No obstante estos elementos, es menester señalar que el proceso en su conjunto no puede materializarse sin la participación decidida y comprometida de toda la estructura del organización, condición que de manera alguna se da de facto, requiere una ardua labor de **cabildeo y convencimiento**, pues en la implementación del Modelo se experimentan todas las etapas de la resistencia al cambio:

Resistencia ⇒ Negación ⇒ Exploración ⇒ Aceptación

10 años
2007 - 2017

23

EXPERIENCIAS EXITOSAS CALIDAD, UNA CONVICCIÓN, UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO Y UN LOGRO. PERSPECTIVA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



En nuestro concepto la primera (resistencia) deriva del desconocimiento y la amenaza a la zona de confort y la segunda (negación) del esfuerzo requerido. Hasta aquí nada extraordinario, pero se suma un elemento que habrá de atemperarse, la frustración derivada de los acercamientos sucesivos que invariablemente se requieren para materializar los elementos medibles del Modelo del CSG.

Superar estos naturales fenómenos requiere, en nuestra experiencia (aunque pareciera obvio) la plena comprensión de los Estándares para Certificar Hospitales del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad. Condición que se logra de leer, releer, releer y releer el documento y cuando se cree haber comprendido a cabalidad se requerirá leer nuevamente. Recomendamos la lectura grupal comentada, inicialmente del equipo coordinador, para después realizar un ejercicio semejante en cada uno de los subgrupos de trabajo conformados para desarrollar cada uno de los 15 apartados del Modelo y en donde habrá de estar presente invariablemente el coordinador del proceso.

Al comprender el Modelo se podrán percatar que los estándares son prácticamente una receta de cocina, pero se requiere una mente muy abierta y luchar contra la natural tendencia de querer ver en los documentos y procesos preexistente los estándares requeridos, sin necesidad de hacer nada más, perspectiva equivocada que conspirará permanentemente e impedirá avanzar.

Es claro que no toda la organización avanzará al mismo paso, ni en la misma dirección (a veces en contra) y también encontrarán lamentablemente posiciones infranqueables de oposición, pero tener claro que así es la naturaleza humana ahorrará muchos sinsabores, pero aún así se podrá concretar el objetivo.

Hasta aquí nos hemos referido al esfuerzo que la institución ha desarrollado con sus propios recursos, resulta oportuno citar la asesoría de la Dirección General Adjunta de Articulación del Consejo de Salubridad General y la asesoría y acompañamiento que gentilmente nos ofreció el Director General del Hospital Central Militar a través de su profesional equipo de calidad.



EXPERIENCIAS EXITOSAS CALIDAD, UNA CONVICCIÓN, UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO Y UN LOGRO. PERSPECTIVA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



En este hospital se nos permitió visitar el establecimiento en varias oportunidades para conocer la organización y operación del modelo y sendas presentaciones sobre cada sistema crítico. A estas visitas acudimos varios servidores públicos, empezando por el director de nuestro hospital, los subdirectores, el equipo coordinador del proceso certificación, todos los jefes de división, la jefa de enfermería, el jefe de servicios generales, los responsables del desarrollo apartados y estándares específicos y la responsable del procedimiento de alto riesgo.

Destacó en esta experiencia, la presentación general del hospital, la presentación del kyosco de control de gestión y seguridad de las instalaciones, la demostración del protocolo de actuación ante la ocurrencia de derrames de sustancias químicas en el laboratorio clínico, la visita al servicio de lavandería, y la asistencia a la sesión sabatina del hospital donde se constato el preponderante lugar que ocupan los procesos de calidad para toda la comunidad hospitalaria.

Pertinente resulta también compartir a guisa de corolario, **que no existen atajos, no existe copiar la "tarea"**. Ocupar tiempo en ello solo hará más confuso el trabajo, mayor la frustración y eventualmente la desesperación, ya que al final se percatarán que cada institución por semejante que pudiera ser, es única, tiene su propia fisonomía, su propia personalidad construida por todos quienes ahí laboran.

Placentero resulta observar al ir construyendo el modelo, la vehemencia del personal participante en este trabajo y el **sentimiento satisfacción, identidad, orgullo y cohesión que se genera**, así como **la transformación de desencuentros en filiación y cooperación**.

“Cada organización es única, tiene su propia fisonomía, su propia personalidad construida por todos quienes ahí laboran”



10 años
2007 - 2017

25

EXPERIENCIAS EXITOSAS

MODELO INSTITUCIONAL PARA LA COMPETITIVIDAD

“MC”, JUNTOS HACIA LA META



ING. NORBERTO MIGUEL RAMÍREZ
COORDINADOR TÉCNICO DE COMPETITIVIDAD EN UNIDADES MÉDICAS

DRA. ANA LAURA CAJIGAS MAGAÑA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE COMPETITIVIDAD EN UNIDADES MÉDICAS

LIC. MARÍA DEL CONSUELO MORALES SANTACRUZ
JEFE DE ÁREA DE IMPLEMENTACIÓN DE MC Y FORMACIÓN EN CALIDAD Y COMPETITIVIDAD

MTRA. ROSA LUZ GUTIÉRREZ VALDOVINOS
JEFE DE ÁREA DE IMPLEMENTACIÓN DE MC Y DESARROLLO DE PRÁCTICAS COMPETITIVAS

El Instituto Mexicano del Seguro Social, “es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943, para ello, combina la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados”. Por lo que, para elevar la competitividad de las unidades médicas que atienden a los usuarios, se ha desarrollado un modelo de gestión directiva que se enfoca en generar prácticas competitivas que impacten en el punto de intercambio de los servicios, el cual se denomina Modelo Institucional para la Competitividad “MC”, que además persigue la consolidación de una cultura de calidad, calidez y seguridad del paciente, mediante la homologación de los criterios del “MC” con los Estándares de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, en aras de eficientar esfuerzos, recursos e impulsar la implementación simultánea de ambos modelos en las Unidades Médicas del IMSS, con principios de integralidad, identidad y transversalidad.

Para lograr la homologación de los criterios del “MC”, desde el 2014 se llevaron a cabo sesiones de intercambio de conocimiento con el Consejo de Salubridad General, y a la par se desarrollaron trabajos transversales e integrales de las áreas de Competitividad y Cultura Institucional con la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Mejora a la Gestión de Servicios de Salud, Área de Calidad y Seguridad del Paciente, Directivos de Unidades Médicas, Divisiones de Calidad de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Coordinadores y Asesores Delegacionales de Competitividad, potencializando los esfuerzos e innovando con pasión el modelo de competitividad para integrar la gestión de la calidad a los procesos naturales de las unidades e incluir las iniciativas del Instituto de forma sistémica.

“
El Modelo Institucional para la Competitividad “MC” persigue la consolidación de una cultura de calidad, calidez y Seguridad del Paciente
”

10 años
2007 - 2017

26



El "MC" se compone por 8 criterios que se describen a continuación:

- ▶ **Criterio 1. Usuarios.-** Se centra en el usuario y sus familias, implica conocer a profundidad y comprender las necesidades específicas a partir de sus expectativas y del punto de vista clínico, además de su satisfacción.
- ▶ **Criterio 2. Liderazgo.-** Se basa en la pasión, promueve las gestiones efectivas, el desarrollo de los líderes y directivos, cumplimiento de la normatividad aplicable.
- ▶ **Criterio 3. Planeación.-** Vislumbra el futuro y presenta el diseño, ejecución y seguimiento de la planeación estratégica, operativa y del plan de calidad y seguridad del paciente.
- ▶ **Criterio 4. Procesos.-** Contiene el deber ser, mediante la administración de procesos y la generación de valor, mejora continua, rediseño e innovación y la consolidación de sistemas críticos para el funcionamiento de una unidad médica.
- ▶ **Criterio 5. Talento Humano.-** Comprende los mecanismos para favorecer el conocimiento, desarrollo laboral, competencias, bienestar y satisfacción del personal.
- ▶ **Criterio 6. Información, conocimiento e innovación.-** Incluye las acciones que aseguran la generación, captación, difusión permanente y sistemática de la información y conocimiento organizacional y para el paciente.
- ▶ **Criterio 7. Responsabilidad Social.-** Es el compromiso con la comunidad y el medio ambiente.
- ▶ **Criterio 8. Resultados.-** Refleja el desempeño de las unidades y el impacto en la calidad y seguridad del paciente.



Por último, es importante destacar que la homologación ha permitido enfocar los esfuerzos en los objetivos en común de calidad, competitividad y seguridad del paciente al efficientar recursos y llevar a cabo la suma de voluntades en pro de nuestros pacientes, aunque es un camino largo, seguimos dando pasos en firme hacia la meta.

10 años
2007 - 2017

27

MEMORIAS

Fotográficas



Como parte de la celebración del “Día Mundial de la Higiene de Manos” el pasado día 5 de mayo organizaciones que han implementado el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG realizaron diversas actividades acompañados de varios profesionales de la salud, quienes sumados a esta campaña se comprometieron con la seguridad del paciente, la reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud y la lucha contra la resistencia a los antibióticos. Mostramos algunas de las imágenes que orgullosos nos compartieron.



@sinaceam



MEMORIAS



Fotográficas

El programa IMSS-Prospera, encargado de otorgar servicios médicos a la población más vulnerable del país que no cuenta con seguridad social y vive en zonas rurales o urbanas marginadas, celebró el pasado 29 de mayo la recepción del Certificado por el primer Hospital Rural en el país, y el primer hospital en el estado de Zacatecas, en implementar el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG a manos del Mtro. Mikel Arreola Peñalosa, Director General del IMSS, quien estuvo acompañado de la Dra. Frinné Azuara Yarzabal, Coordinadora Nacional del Programa IMSS-Prospera y el Lic. Alejandro Tello Cristerna, Gobernador del Estado de Zacatecas.

Encaminarnos en el Proceso de Certificación nos ha hecho abrir los ojos y situarnos en la realidad. Hemos aprendido. Hemos mejorado la atención de la población con muy alta marginación en el país. La Certificación fortaleció nuestra misión.

Fausto Sarabia, Evaluador Líder del SiNaCEAM
IMSS-PROSPERA



CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA, A UNA DÉCADA DEL INICIO DE LA RESIDENCIA MÉDICA

DRA. KARLA PATRICIA PACHECO ALVARADO
EVALUADORA EN FORMACIÓN DEL SiNaCEAM

DIRECTORA ACADÉMICA DE LA ESPECIALIDAD EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, TEC SALUD, TECNOLÓGICO DE MONTERREY



A pesar de que Calidad en los servicios de salud es un concepto reciente, a los profesionales de la salud siempre les ha interesado hacer las cosas bien, oportunamente y con los menores riesgos posibles. Razón por la que la especialización, como en todas las ramas médicas, comprende campos de conocimiento, metodología propia y un campo propio de investigación.

Tal es el caso de la Especialidad médica de Calidad en la Atención Clínica, primera a nivel nacional en su ramo al combinar la clínica con la gestión, de la cual primera generación ingresó en el año 2006 dentro del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del Tecnológico de Monterrey en conjunto con la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. Es importante señalar que diez años después (2016), la especialidad recibe un reconocimiento a la calidad de la formación por el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNCP) del CONACYT.

La Residencia tiene por objetivo el de formar excelentes médicos, que desarrollen conocimientos y prácticas innovadoras de calidad y seguridad del paciente en todos los niveles macro y micro de atención a la salud. Para ingresar a ella es necesario inscribirse al Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas y además aprobar la Prueba de Admisión a Estudios de Postgrado (PAEP) del Tec de Monterrey y el examen TOEFL. Actualmente se ofertan siete plazas para médicos mexicanos y una plaza para extranjeros.

El programa académico brinda la oportunidad de obtener experiencia en los centros hospitalarios más importantes del país, tanto del sector público como del sector privado; así como, en las entidades gubernamentales estatales y federal, tal es el caso de la colaboración con el Consejo de Salubridad General desde el año 2007 con la primera generación de residentes y hasta el día de hoy, en donde cabe señalar que a la fecha más de la mitad de los egresados son evaluadores del SiNaCEAM.

“El objetivo: formar excelentes médicos, que desarrollen conocimientos y prácticas innovadoras de calidad y seguridad del paciente.”

10 años
2007 - 2017

30

CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA, A UNA DÉCADA DEL INICIO DE LA RESIDENCIA MÉDICA



De la misma forma, el programa brinda la oportunidad de obtener experiencia en Instituciones Médico-Educativas de Estados Unidos, Europa y Latinoamérica, a fin de adquirir un perfil de Internacionalización en su área de especialidad. Como parte de la experiencia de estas rotaciones, de la orientación de algunos egresados y la experiencia acumulada de otros, se ha visto reconocido el resultado de los trabajos clínicos en muchas organizaciones por medio de premios regionales, nacionales e internacionales en diversos foros, congresos y plataformas donde se ha participado; lo que demuestra el buen desempeño y la dedicación de todos los calidólogos.

Asimismo, uno de los pilares fundamentales del programa académico, es el equipo docente multidisciplinario (médicos, enfermeros, ingenieros, mercadólogos, psicólogos, administradores, etc.) de reconocido prestigio académico en diversas áreas, que favorecen el desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores para el ejercicio profesional y ético de la Calidad en la Atención Clínica a través de una educación tutorial personalizada.



Como parte de las habilidades y competencias de los egresados de la residencia médica de Calidad de la Atención Clínica se encuentra:

- ▶ Provocar y dirigir el cambio y la innovación organizacional a través de la gestión de los recursos humanos y la infraestructura de los servicios de salud, para construir, transformar y operar procesos clínicos y administrativos de atención médica, que estén centrados en el paciente y su familia, buscando siempre garantizar la calidad, la seguridad y la auto-sustentabilidad de los servicios de salud.



Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
TecSalud



Secretaría de Salud
Nuevo León
GOBIERNO DEL ESTADO

10 años
2007 - 2017

31

CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA, A UNA DÉCADA DEL INICIO DE LA RESIDENCIA MÉDICA



- ▶ Provocar y dirigir el cambio y la innovación organizacional a través de la gestión de los recursos humanos y la infraestructura de los servicios de salud, para construir, transformar y operar procesos clínicos y administrativos de atención médica, que estén centrados en el paciente y su familia, buscando siempre garantizar la calidad, la seguridad y la auto-sustentabilidad de los servicios de salud.
- ▶ Desarrollar y transformar su comunidad a través de la construcción de conocimientos en forma colaborativa; el desarrollo permanente de sus habilidades y destrezas; el desarrollo profesional fundado en valores éticos; el desarrollo de investigación científica relevante en la interface clínico-sistémica; y el desarrollo continuo de su capacidad de desenvolverse con calidad en el ámbito nacional e internacional.
- ▶ Reconocer y analizar los problemas más comunes de las diferentes áreas clínicas y servicios de apoyo en establecimientos de atención médica.
- ▶ Desarrollar el razonamiento, juicio clínico y toma de decisiones para identificar problemas y necesidades y producir soluciones e intervenciones para una mejor atención clínica.
- ▶ Construir, transformar y operar procesos clínicos y procesos de apoyo en la atención médica centrados en el paciente y su familia.
- ▶ Garantizar la calidad, la seguridad y la auto-sustentabilidad de los servicios de salud.
- ▶ Desempeñar su práctica profesional fundada en valores y principios éticos para desenvolverse con calidad en el ámbito nacional e internacional.
- ▶ Ser y desempeñarse como un médico especialista perspicaz, creativo, innovador, sensible, tenaz, con habilidades de liderazgo, trabajo colaborativo y de solución de problemas.



Escuela de Medicina y
Ciencias de la Salud
TecSalud

10 años
2007 - 2017

32

CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA, A UNA DÉCADA DEL INICIO DE LA RESIDENCIA MÉDICA



A pesar del creciente interés mostrado en diferentes organizaciones para investigar y resolver problemas de calidad y seguridad en la atención médica, se enfrentan a la ausencia de profesionales de la salud especializados en este campo, por lo que se ven obligados a introducir especialistas del sector industrial quienes han desarrollado esfuerzos y trabajos titánicos por ayudar en resolver sus riesgos y problemas. Desafortunadamente muchos de ellos se enfocan en la infraestructura y el confort; o bien, se forman empíricamente conforme la práctica diaria los desarrolla con poco impacto sobre procesos clínicos y quirúrgicos de la relación médico-paciente, dejando la seguridad del paciente fuera de la atención de los programas y planes de calidad que se desarrollen en ese momento; la Especialidad en Calidad de la Atención Clínica consiste en un adiestramiento teórico-práctico con duración de tres años que responde a la necesidad de profesionales que se integren en un proceso dinámico, evolutivo y renovador vinculado a la experiencia y realidad hospitalaria y ambulatoria, con conocimientos que se profundicen y consoliden en varias áreas de la medicina para fortalecer el ejercicio de la profesión médica inmerso en el equipo multidisciplinario.



Dentro de la residencia se facilita la integración de conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes concernientes a la Calidad de la Atención Clínica a un nivel de profundidad suficiente que le permita al residente y futuro especialista tener el liderazgo para dirigir y ayudar en el análisis, reestructuración y mejora de los procesos de cambio de la atención médica y quirúrgica en cualquiera de los tres niveles de atención tanto ambulatorio, hospitalario y de emergencias, que afectan la salud física, mental y social de los individuos.



10 años
2007 - 2017

33

CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA, A UNA DÉCADA DEL INICIO DE LA RESIDENCIA MÉDICA



Los conocimientos relativos a la calidad, seguridad, auto sustentabilidad y estandarización de procesos clínicos se integran al marco de una medicina basada en evidencias que garantice su aplicación desde el primer contacto del paciente hasta su reintegración a la sociedad en cualquier servicio del sistema de salud público y privado. Alineados a las estrategias planeadas en el Programa Sectorial de Salud con el objetivo de “Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad” a través de la estrategia de mejorar la calidad de los servicios de salud, siempre teniendo un enfoque en calidad y seguridad del paciente

Por lo que actualmente, en el marco de sus primeros 10 años de antigüedad, la especialidad médica ha egresado a más de 50 destacados profesionales de la salud que implementan y evalúan estrategias de operación efectivas en organizaciones prestadoras de servicios de salud, con base en procesos de investigación e innovación, ayudando al cambio en dicho sector.

El Consejo de Salubridad General, le otorgó un Reconocimiento a la Residencia de Calidad de la Atención Clínica en la Ceremonia de Certificación 2017 que se llevó a cabo el día 6 de marzo en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en el marco de la conmemoración del Centenario del Consejo de Salubridad General.



100

CENTENARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

REFERENCIAS:
PROGRAMAS OPERATIVO Y PROGRAMA ACADÉMICO DEL PROGRAMA MULTICÉNTRICO DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA, EMCS, TECSalUD, TECNOLÓGICO DE MONTERREY

ESTUDIO DE POSICIONAMIENTO DE LA ESPECIALIDAD EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA EN EL MERCADO. REALIZADA POR LA GENERACIÓN 8 (2014), MATERIA DE MERCADOTECNIA PARA INSTITUCIONES DE SALUD.. PROFESORA: DRA. SILVIA DEL SOCORRO GONZÁLEZ GARCÍA



<http://escuelademedicina.itesm.mx/>
[@RCA.EMCS.TecMty](#)

10 años

2007 - 2017

34

LOS ESPECIALISTAS EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”

DRA. JESSICA BELINDA ESCOBEDO PEÑA
ESPECIALISTA EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA
EVALUADORA LÍDER DEL SINACEAM

COORDINADORA DE LA SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Los especialistas en Calidad de la Atención Clínica que laboran en *el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León*, han contribuido con su trabajo a múltiples mejoras de la calidad en la atención en el hospital, como la implementación de un modelo de calidad, la estandarización de procesos a través de la implementación de protocolos de atención como el de Catéter Venoso Central, Punción Lumbar, la gestión de riesgos, la implementación de un sistema electrónico de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente, entre otros.

“ Han contribuido con su trabajo a múltiples mejoras de la calidad en el hospital ”

También han contribuido al diseño curricular del Programa de Pregrado en la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero de la Universidad, de la materia de “Calidad y Seguridad en la Atención a la Salud”. Esta materia es parte del programa curricular de los estudiantes de medicina en el quinto semestre y está conformada por 7 módulos que abarcan los temas esenciales de la Calidad en Salud como: Herramientas de la Calidad, Buenas Prácticas de Calidad en Salud, Modelos de Calidad en Salud, entre otras; culminando en un trabajo final de Proyecto de Mejora en Salud donde se obtiene un producto final integrador.



10 años
2007 - 2017

35



Otro de los trabajos realizados es la publicación del libro "Calidad y Seguridad en la Atención del Paciente", en el cual especialistas en Calidad de la Atención Clínica así como profesores especialistas, directivos de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario y expertos en calidad en el país, abordan temas desde los "Conceptos de calidad en salud" hasta "La investigación clínica y su vinculación con un sistema de calidad y seguridad hospitalaria", los cuales permiten a los lectores comprender los temas relacionados a la Calidad en Salud y su aplicación en el Hospital Universitario, de una manera práctica y sencilla.

“SiNaCEAM: el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica”

Actualmente dos de los egresados de la especialidad se encuentran cursando el Doctorado en Medicina en esta Universidad, programa académico de posgrado con una duración de tres años cuyo objetivo es formar al médico como investigador capaz de generar investigación original, experto en su respectiva área de formación que pueda integrarse a un grupo de investigación establecido o desarrollar el suyo propio y que fomenten la formación de recursos humanos de excelencia mediante su participación en programas de pregrado y de posgrado. Los protocolos de investigación en los cuales se encuentran trabajando son: "Comparación de la farmacocinética de la rifampicina en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente y diabetes mellitus" así como el protocolo denominado "Impacto de la terapia secuencial en la seguridad".



10 años
2007 - 2017

36

EL SENTIR DE UN EVALUADOR: PERSPECTIVA DE UNA ESPECIALISTA EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

DRA. ANA LAURA CAJIGAS MAGAÑA
ESPECIALISTA EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA
EVALUADORA LÍDER DEL SINACEAM
JEFA DE DIVISIÓN DE COMPETITIVIDAD EN UNIDADES MÉDICAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



“Los pacientes tienen nombre: Sarah, Alan, Jack; sienten miedo, vergüenza y se sienten vulnerables, se sienten enfermos y por sobretodo quieren ponerse bien. Por esas razones ponen sus vidas en nuestras manos”. Diálogo encabezado por el Dr. McKee en la Película, “The Doctor” 1991.



Existen muchas frases e historias que puedo expresarles para compartir el sentir de todos los evaluadores que pertenecemos al Consejo de Salubridad General. Les tengo que confesar que el sentimiento en verdad es indescriptible, cuando se nos encomienda “una misión”, nuestros teléfonos suenan al estilo de agente 007, y de pronto todo sucede, de todas partes del país, los evaluadores llegamos a los establecimientos de atención médica, convocados por el SiNaCEAM; con la esperanza y la firme convicción de encontrar cristalizado el gran esfuerzo que las instituciones hacen por mejorar el sistema de salud; un esfuerzo, que denota la pasión, el amor por el servicio sincero, por ayudar al que más lo necesita.

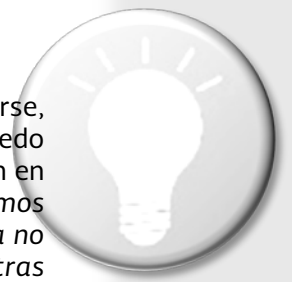
Gracias líderes, directores, cuerpos de gobierno, enfermeras, médicos, técnicos, guardias, tropa de todos los hospitales, corporativos, clínicas de atención primaria, estomatológicas, rehabilitación y unidades de hemodiálisis, por ese liderazgo incansable; que a veces a pesar de no ver cercana la meta, siguen avanzando, empujando y jalando a quien está y confía en Ustedes que impulsan, crean y motivan a la acción. Por todas esas cosas buenas que hacen y a nombre de estos evaluadores que están atentos a los éxitos de las organizaciones, celebrando a la par los logros a favor de la calidad y seguridad del paciente, a nombre de todos ellos y los que no están aquí, quiero decirles felicidades a todos aquellos que han logrado cumplir con los estándares de calidad y seguridad del paciente,

Gracias por enseñarnos que todo es posible, por inspirarnos, y por hacernos vivir. Es bueno saber que no estamos solos en esta lucha contra los sistemas de atención sanitaria disfuncionales; allá afuera, hay cientos de personas como ustedes, y me atrevo a decir, que ustedes son los antecesores de esa mayoría, amablemente los contagiaron del virus de la calidad, a esas personas que diariamente luchan por alcanzar la meta de cuidar a los pacientes y prevenir eventos adversos.

10 años
2007 - 2017

37

EL SENTIR DE UN EVALUADOR: PERSPECTIVA DE UNA ESPECIALISTA EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA



Hoy no hablo solo por mí, sino también por aquellos que hoy quieren expresarse, hablo de sus pacientes, que acuden con un grito de auxilio y socorro, con más miedo que ganas, poniendo en sus manos lo más valioso que poseen: **su vida**. Y confían en ustedes y en su cuidado; *“porque nos damos cuenta de la salud cuando estamos enfermos, nos damos cuenta de la importancia de ser asistidos cuando la fuerza no alcanza para presionar un botón, nos damos cuenta de cuanto amamos nuestras piernas cuando estamos atados a una silla de ruedas, nos damos cuenta de la importancia de amar a los demás cuando todos se han ido”*, por eso aprovechemos este día que la vida nos da, para seguir cuidando con amor a nuestros pacientes; y hoy los invito a celebrar a cada paciente que hoy se encuentra en sus hospitales, pero también es el día de aquellos pacientes que han sufrido eventos adversos, que incluso han muerto, porque hemos permitido que los sistemas sean disfuncionales, pero también hemos aprendido de esos errores, porque errar es de humanos y hemos hecho de la atención, una atención segura. Por todos esos pacientes guardemos 10 segundos de silencio en señal de respeto porque reconocemos lo valiosos que son para nosotros, son: *“Nuestra razón de ser”*.

Por otra parte sería un pecado no reconocer la premisa de que *“la pasión se transmite”* y hemos escuchado de la voz de nuestros líderes del Consejo de Salubridad General y quienes los acompañan en esta aventura por la calidad y seguridad del paciente, transmitirnos con fervor la teoría de un modelo, una ideología para luchar a favor de procesos seguros y con calidad, unirnos en contra de la indolencia, porque ustedes han llegado para cambiarnos la forma de ver la vida, gracias por la oportunidad de ser parte de esta gran familia. Estamos para servir.

Quiero mencionar a quienes nos apoyan desde nuestro trabajo, a nuestros jefes y compañeros, ya que sin ellos esto no sería posible, nosotros no seríamos quienes somos: Por entregar el tiempo para la construcción de una idea, de una solución. Que la vida los llene de abundancia.

Evaluadores, hermanos y amigos, decía julio Cortázar que *“las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay que decir desborda el alma”*, porque han dejado claro que para mover al mundo, solo basta esperanza, fe, amor y toda la voluntad; porque han renunciado a tantas cosas para mejorar las condiciones de atención que viven nuestros pacientes, porque han soñado, construido, derribado y vuelto a construir; a veces en la arena, a veces en contra de la corriente, a veces sin ganas de construir, pero firmes como robles, que no mueve el viento ni la tempestad; evaluadores: no dejen de transmitir lo que han descubierto, no dejen jamás de servir, la madre Teresa dijo alguna vez que *“el que no vive para servir no sirve para vivir”*, y al parecer tenía razón, tampoco paren de luchar sin miedo a equivocarse porque: *“La perfección es una pulida colección de errores”* según Mario Benedetti, porque aunque nos han dicho que a veces no es posible hemos descubierto que hace más el que puede que el que quiere. Benditas sus familias que respaldan su trabajo.

¡Líderes! de los establecimientos certificados, si nos preguntarán que les podemos decir nosotros los evaluadores a ustedes, eso es fácil: *“nunca se rindan, preserven todos esos logros, sigan sosteniendo todo lo que han logrado, que importa el diploma cuando tienen la maravillosa sonrisa de un paciente de cinco años con una carta en la mano que les dice: **“gracias por quererme y por cuidarme”**”*.

10 años
2007 - 2017

38

REVISIÓN

bibliográfica

EL TRIAGE: DE SUS ORÍGENES HASTA EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS MODERNOS DE CLASIFICACIÓN

DR. RODOLFO MÁRQUEZ MARTÍN
EVALUADOR LÍDER DEL SINACEAM
PROFESOR DE CIRUGÍA GENERAL Y DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD,
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIO DE LA SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



La palabra "Triage" corresponde a un galicismo de la palabra Triage, la cual se puede traducir como selección o clasificación, es por ello que en el Diccionario de la Real Academia española no existe el término triage pero se hace referencia al Triage como la acción y efecto de triar (escoger, separar, entresacar).

El Triage se emplea principalmente asociado a la Medicina de Emergencias y Desastres para definir la acción metódica de clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención de los pacientes, privilegiando las necesidades terapéuticas de acuerdo a la posibilidad de supervivencia, y a los recursos disponibles, de tal forma que su objetivo es evitar que se retrase la atención del paciente que potencialmente podría empeorar su condición clínica y su pronóstico por una demora en su atención, para ello se utilizan criterios para establecer las prioridades de atención.

Históricamente los primeros datos bien documentados se remontan a finales del siglo XVII y principios del siglo XVIII cuando durante la campaña de oriente del ejército de Napoleón en Barón Dominique-Jean Larrey (Figuras 1 y 2) cirujano en jefe del ejército implementa novedosas prácticas quirúrgicas e inventa un sistema de ambulancias a lomos de dromedarios, posteriormente éstas primeras formas de transporte de heridos evolucionan hacia las ambulancias volantes que usó el ejército de Napoleón en otras campañas destacándose la campaña Rusa (1812) y la famosa batalla de Waterloo en donde además en el campo de batalla se "seleccionaban" aquellos heridos que tenían posibilidades de sobrevivir, dándoles preferencia para su atención (Figuras 3 y 4). La evolución del Triage tuvo otro cambio muy destacado durante la Primera Guerra Mundial cuando no solo se seleccionaban a los pacientes en base a su posibilidad de sobrevivir, sino también de acuerdo a los recursos con que se dispone para su adecuado tratamiento tanto en campo como en hospitalización (Figura 5).



Figuras 1 y 2 Dominique-Jean Larrey (Beaudéan 8 de julio de 1766 – Lyon, 25 de julio de 1842). Cirujano francés que durante las guerras napoleónicas inició el transporte de heridos en ambulancias, trató a los soldados pacientes de basándose en su gravedad y no en su rango militar e introdujo los principios de la sanidad militar moderna, realizando los primeros triage en los campos de batalla.

REVISIÓN

bibliográfica

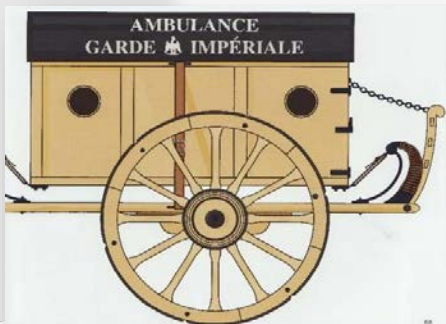
Actualmente este término se emplea para la selección de pacientes en distintos ámbitos y escenarios, ya sean urgencias prehospitalarias u hospitalarias, ya que en ambas se pueden presentar situaciones de demanda masiva (normal en los servicios de emergencias de todo el mundo), atención a múltiples víctimas por fenómenos hidrometeorológicos y sociales, además de las desafortunadas situaciones de desastre.

Existen diversas formas y métodos para clasificar a los paciente, entre los más conocidos están el propuesto conjuntamente por el American College of Emergency Physicians (ACEP) y la Emergency Nurses Association (ENA) que establece 5 niveles de atención de acuerdo a la respuesta a las siguientes preguntas a través de su Emergency Severity Index(ESI):

- ¿El paciente requiere una intervención para salvarle la vida en forma inmediata?
- ¿Es un paciente que puede esperar?
- ¿Cuántos recursos necesitará el paciente para su atención?
- ¿Cómo se encuentran sus signos vitales?

Existen otras formas de clasificar a los pacientes como son El Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage Score (MTS) y el Australasian Triage Scale todos ellos tienen en común denominador 5 niveles, pero difieren en tiempos de respuesta y denominación o categorización de los pacientes.

Esta diversidad de criterios de clasificaciones ha tenido como consecuencia malinterpretación de la esencia del Triage, ya que actualmente hay lugares en los que se utiliza el triage como un mero procedimiento administrativo, esto porque así lo solicitan los diversos organismos evaluadores, en algunos otros casos ha sido tomado como una moda, y en otros ha sido una forma de justificar tanto recortes o incrementos en los recursos, basándose solo en las estadísticas de la organización de las supuestas semaforizaciones de los colores y no tanto en el hecho de fundamentar la toma de decisiones en base a criterios médicos estandarizados (parámetros hemodinámicos y/o diagnósticos específicos).



Figuras 3 y 4. Dibujos de la ambulancia volante del ejército de Napoleón.

REVISIÓN

bibliográfica

Es muy importante no olvidar que el triage hospitalario también se debe realizar en pacientes gineco obstétricas y en la población pediátrica.

El Triage ha sido en ocasiones criticado por sus implicaciones éticas ya que en “situaciones normales” se privilegia la atención del paciente más grave, pero en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o desastre los criterios se han modificado dando prioridad a la víctima que tiene mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y en ocasiones a la disponibilidad de recursos

NOTA: El hecho de que un paciente sea clasificado como un nivel de Triage que pueda demorar su atención, no significa que el diagnóstico final no pueda ser una enfermedad grave, por ejemplo, un paciente con cáncer puede tener sus funciones vitales estables que no lo lleve a ser visto con premura, ya que se prioriza el compromiso vital inmediato y las posibles complicaciones sobre el diagnóstico y tratamiento definitivo del paciente.

En resumen los Objetivos de realizar un adecuado Triage son:

- ✓ Realizar una valoración rápida, ordenada y sistematizada de todos los pacientes a su llegada a los servicios de atención de Emergencias, para identificar los casos agudos o que requieren una atención médica inmediata, para ello se determinan niveles de priorización basados en criterios clínicos.
- ✓ Asignar el área de tratamiento adecuada.
- ✓ Organizar el ingreso de los pacientes para su atención, según la prioridad y los recursos físicos y humanos disponibles.
- ✓ Optimización de recursos de servicios de emergencias (generalmente saturados) identificando aquellos casos que se puedan derivar a otras áreas o niveles de atención
- ✓ Disminuir la ansiedad del paciente y la familia al establecer una comunicación inicial y proveer información sobre el proceso de atención.

Figura 5. Fotografía del puesto de Triage de la 42 División de Infantería, cerca de Suippes Francia, Julio 17, 1918





REFERENCIAS

1. American College of Surgeons Committee on Trauma. Resources for Optimal Care of the Injured Patient. Chicago, IL: American College of Surgeons Committee on Trauma; 2006.
2. American College of Surgeons. ATLS, Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Novena edición. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. Chicago, 2012.
3. Brillman J, Doezema D. Triage: limitations in predicting need for emergent care and hospital admission. *Ann Emerg Med* 1996; 27:493– 500.
4. Cook S, Sinclair D. Emergency Department triage: a program assesment using the tools of continuous quality improvement. *Emerg Med* 1993; 15: 889–894.
5. Derlet R, Kinser D. The Emergency Department and triage of non urgent patients: editorial. *Ann Emerg Med* 1994; 23:377–379.
6. Derlet R, Kinser D, Lou R, et al. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an Emergency Department: a 5 years study. *Ann Emerg Med* 1996; 25:215–223.
7. Derlet R, Reynolds J. Triageing patients with abdominal pain out of the Emergency Department: three months feasibility study. University of California, Davis Medical Center.
8. Emergency Nurses Association. Emergency Nurses Association (ENA) and American College of Emergency Physicians (ACEP) Joint Five-Level Triage Task Force. Standardized ED triage scale and acuity categorization: joint ENA/ACEP statement. Disponible en: <http://www.ena.org/about/position/ACEP/Joint5-LevelTriageTask.asp>.
9. Estrada E. Triage System. *Nurs Clin North Am* 1981; 16:13–24.
10. Funderburke Paula. Exploring Best Practice for Triage. *J Emerg Nursing*. 2008 180-183.
11. George S, Read S, Westakle, et al. Evaluation of nurse British accident at Emergency Department. *BMJ* 1992; 304:876– 878.
12. Iserson Kenneth, Moskop John C. Triage in Medicine, Part II. Underlying Values and Principles. *Ann Em Med*. 2007, 49-3: 282-287.
13. Kennedy K, Aghababian RV, Gans L, et al. Triage: techniques and applications in decision making. *Ann Emerg Med* 1996; 28:136–144.
14. Lowe R, Bindman A, Ulrish S, et al. Refusing care to Emergency Department patient: evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med* 1994; 23:286–293.
15. Loyola University Medical Center. Emergency Department: triage protocol. 1992. 13. Mower W, Sachs C, Nicklin E, et al. Pulse oxymetric as a fifth paediatric vital sign. *Pediatrics* 1997; 99:681–686.
16. Moskop John C., Iserson Kenneth. Triage in Medicine, Part I. Concept, History and Types. *Ann Em Med*. 2007, 49-3: 275-281.
17. Pulido H. Triage hospitalario. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Bogotá, 2000.
18. Robertson –Steel I. Evolution of Triage Systems. *Emerg Med J*.2006. 23: 154-155.
19. Sampalis J, Lavoie A, Williams J, et al. Impact of onsite care, prehospital time and level of in hospital care on survival in severely injured patients. *J Trauma* 1993; 34:252–261.
20. Soler E, Escalante H. Triage en Urgencias. Fundación Cardio Infantil. Bogotá, 2000.
21. Waldrop R, Harper D, Mandry C, et al. Prospective assessment of triage in an urban Emergency Department. *Sout Med J* 1997; 90: 1208–1212.
22. Williams R. Triage and Emergency Department services. *Ann Emerg Med* 1996; 27:506–506.
23. Vanegas S. Protocolo de triage del Departamento de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, 1995.

PREGUNTAS

más frecuentes



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE UN DICTAMEN DE SEGURIDAD ESTRUCTURAL?

Un establecimiento de atención en salud ante todo deberá garantizar, a los pacientes principalmente, pero también a quienes ahí laboran, así como a los visitantes ya sean los familiares del paciente, proveedores y otros profesionales, la seguridad de encontrarse resguardados de peligros relacionados con las condiciones físicas del inmueble, así como del entorno geográfico donde este se encuentre.

Es por tal motivo que los responsables del establecimiento en conjunto con el personal técnico especializado, responsables de obra, corresponsables de seguridad estructural y las autoridades locales competentes en materia de legislación vigente aplicable, son copartícipes de la evaluación y dictamen de las condiciones que ofrece un inmueble destinado a la atención en salud. Dependiendo del grado de complejidad del establecimiento y su cartera de servicios será el alcance que deberá cubrir dicho dictamen que en cualquier caso, deberá considerar al menos los puntos de seguridad estructural que se encuentran señalados en el *Estándar FMS.9 (Gestión y Seguridad de las Instalaciones)*.

Por lo anterior, un dictamen de seguridad estructural deberá considerar los requerimientos técnicos especializados para su levantamiento, considerando el sustento de un análisis de condiciones topográficas, levantamiento físico, condiciones geológicas y un extenso análisis de los elementos estructurales del establecimiento; cabe señalar, que acorde a los puntos mencionados éste dictamen tiene una vigencia asociada a los resultados obtenidos del análisis citado; por lo que los responsables del establecimiento de atención médica, deberán ser conscientes de la periodicidad con la que se deberá efectuar dicho análisis para mantener la confiabilidad de los mismos así como para la planificación de las acciones de mantenimiento y mejora de las condiciones del inmueble.

10 años
2007 - 2017

43

PREGUNTAS

más frecuentes



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE UN DICTAMEN DE SEGURIDAD ESTRUCTURAL?

Es importante señalar que estos análisis deberán obedecer al contexto de cada organización según sus factores de riesgo por las condiciones geológicas, hidrometeorológicas y fenómenos naturales que pudieran comprometer su integridad. Debido a lo anterior, las autoridades en materia de obras y construcciones específicas para albergar establecimientos de salud y atención a la población, definirán los requisitos mínimos indispensables para otorgar su aval a un dictamen de seguridad estructural por ejemplo, en el caso de la Ciudad de México un dictamen de seguridad estructural debe ser revisado en caso de presentarse un movimiento sísmico mayor a 6.0 grados en la escala de Richter. De igual manera, cada entidad cuenta con un reglamento de obras y construcciones que deberá ser observado acorde a lo dispuesto en materia de seguridad e higiene y protección civil.

Finalmente, respecto al programa “Hospital Seguro” un dictamen de seguridad estructural es indispensable según el nivel de complejidad y grado de resolución con el que sea considerado dicho establecimiento de atención en salud bajo el contexto del programa previamente mencionado, por lo que aquellos Hospitales considerados “Rojos, de alta complejidad o de referencia” deberán además de contar con éste dictamen, mantener de forma permanente la actualización del mismo y considerar la evaluación interinstitucional del Comité Estatal de Protección Civil y en caso de ser necesario contar con un plan para atender las observaciones de dichas evaluaciones en un periodo no mayor a 24 meses. Esto con el fin de asegurar la habitabilidad de sus instalaciones y que estas no representen un riesgo para los pacientes, su familia, los trabajadores, proveedores y visitantes ya que estos hospitales serán los establecimientos de atención médica, que ante una emergencia, deberán brindar el mayor apoyo a la población.



Frida Kahlo y Diego Rivera, 1932



Frida Kahlo y el Dr. Juan Farill.
Casa estudio de Coyoacán. 1951

CASO CLÍNICO

Paciente femenino con antecedente de poliomielitis a los 6 años con secuelas en miembro inferior derecho (deformidad y acortamiento).

A los 18 años de edad, sufre accidente al ir viajando en vehículo en movimiento, con múltiples fracturas en columna vertebral, sin daño aparente en la médula espinal ni lesiones graves en nervios periféricos. Múltiples fracturas en miembro inferior derecho. Perforación pélvica por barra de metal con orificio de entrada en región suprapúbica.

Diagnóstico de Espina Bífida oculta por hallazgo radiográfico a los 23 años. Se da tratamiento conservador con inmovilización y manejo médico.

Secuelas: dolor pélvico crónico, radicular en miembro inferior derecho, tratado con morfina.

A los 39 años se realiza una primera cirugía de columna. Se somete a múltiples cirugías y a los 46 años se realiza amputación de pierna derecha, diagnóstico posterior de Síndrome de miembro fantasma.

Muere a los 47 años con diagnóstico de neumonía.

Nombre del Paciente: Magdalena Carmen Frida Kahlo Calderón

Fecha de Nacimiento: 6 de julio de 1907

Frida decidió festejar su cumpleaños el 7 de julio, porque el 7 de julio de 1910 estalló la revolución Mexicana y ella reivindicó esta fecha como su propio cumpleaños porque decía que su vida comenzaba con el México moderno.

Este año se conmemoran 110 años del nacimiento de la gran pintora mexicana, de vestimenta tradicional y vida polémica, enamorada de Diego Rivera, el “panzón” y quien plasmó todo su dolor en sus obras.



SiNaCEAM

Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica

www.csg.gob.mx