



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

COLABORADORES

Dr. Roberto Arturo Baños Tapia
Cap. Nav. SSN. MC. N. P. Derm. Luis Alberto Bonilla Arcaute

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña

Dra. Cinthya Zahidaly Castro González

Tte. Nav. SSN. MC. N. P. Lizbeth Chávez Valdez

Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez

Mtro. Raymundo Escutia Gutiérrez

Lic. Enf. Susana García Osorio

Dra. Sara Gómez Romero

Mtra. Ana Laura Lerma Cruz

QFB. Adriana Angélica Martínez Rodríguez

Mtro. Pedro Mendiola Morales

Tte. Frag. SSN. QFB. Celeste D'abril Ruíz Leyja

Dra. Rosa Isela Sánchez Nájera

Dr. Rafael Santana Mondragón

Dr. Fausto Sarabia Díaz

Dra. Reyna Yacaman Handal

100

CENTENARIO DEL CONSEJO
DE SALUBRIDAD GENERAL

1

GACET

2017

SiNaCEAM

EN PORTADA

Título: Árbol viviente

Autor: Cap. Nav. SSN. MCN. Derm. Luis Alberto
Bonilla Arcaute

Técnica: Mixta sobre tela

2

Medio Informativo Trimestral del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Otoño 2017 | Número 3 | Octubre - Diciembre

SiNaCEAM
Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica

ÍNDICE

Editorial	4
Árbol Vibrante, Árbol Viviente	5
La Empatía en la relación “médico-paciente”, una ruta esencial obligada	6
La búsqueda de la Calidad y la Seguridad de los actos médicos: una cuestión de profesionalismo y ética	8
Ética y calidad en salud. Observación de un tema “vintage” pero con tintes actuales	16
SISTEMA CRÍTICOS: perspectivas	
La importancia de la farmacia hospitalaria en el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG	20
Memorias Fotográficas	23
Experiencias Exitosas	
Retos y perspectivas del Centro Médico ABC a 18 años de la primera Certificación por el Consejo de Salubridad General.	25
La Experiencia en la Implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG: perspectiva de un Secretario de Salud.	29
Certificación de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León por el Consejo de Salubridad General	32
Experiencia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE durante el sismo del 19 de septiembre de 2017	36
Seguimiento de las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente; una mirada a 2 años de su implementación en los Hospitales Rurales de IMSS-Prospera	39
Cápsulas culturales	43



@sinaceam

EDITORIAL

A 10 años de su conformación, el SiNaCEAM cuenta hoy 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.

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. Mientras que 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. Esta **GACETA SiNaCEAM** en su número de OTOÑO se le dedica a la ÉTICA.

En este número nos honra con su participación el Dr. Rafael Santana Mondragón quien escribe sobre la empatía, el profesionalismo y la ética, que sirven como marco para los temas relacionados con los lamentables sucesos del pasado 19 de septiembre en la Ciudad de México y sobre la experiencia en el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, del Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, el Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez.

La Gaceta de Otoño se distingue, además, por las obras artísticas plasmadas en ella, de las cuales aumenta su valor al haber sido realizadas por personas comprometidas con el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. La portada se ilumina con la obra **ARBOL VIVIENTE** del Cap. Nav. SSN. MCN. Derm. Luis Alberto Bonilla Arcaute quien es el Director General Adjunto de Sanidad Naval.

**“GACETA
SiNaCEAM:
primer medio
informativo del
Sistema
Nacional de
Certificación de
Establecimientos
de Atención
Médica”**



ÁRBOL VIBRANTE, ÁRBOL VIVIENTE...

Pedro Alberto Mendiola Morales
Maestro en Historia del Arte Mexicano

*Creció en mi frente un árbol.
Creció hacia dentro.
Sus raíces son venas,
nervios sus ramas,
sus confusos follajes pensamientos.*

*Octavio Paz
(fragmento de "Árbol adentro")*

Los vibrantes colores que se contraponen en intensidad van regando la semilla que después crece en árbol, imagen mítica que simboliza la vida inagotable, la sabiduría infinita y que **Luis Alberto Bonilla Arcaute** representó en su obra "**Árbol viviente**".

El artista oriundo de Tampico, Tamaulipas combinó su preparación pictórica con una formación profesional en la Escuela Médico Naval. La disciplina y rigidez propia de los cadetes que ingresan para convertirse en Oficiales para la Armada no disminuyó su oficio por la pintura. Por el contrario, se refugió en ella pues en los años posteriores a graduarse como Médico Cirujano Naval, realizó diversas exposiciones individuales y colectivas. El pertenecer a las fuerzas navales propició que su arte arribara a diversos puertos como el de Coatzacoalcos en Veracruz, y llegó hasta el pacífico en Salina Cruz, Oaxaca, incluso a Mazatlán en Sinaloa, pero también en la ciudad que lo adoptó a la edad de 6 años, la Ciudad de México.

Su obra, aunque figurativa, deambula por momentos en el terreno de la abstracción y denota lo académico de su formación por los temas que aborda pues parecen siempre referirse al cuerpo humano. La fuerza de los colores y los marcados trazos caracterizan sus composiciones. El dominio de las técnicas como el óleo, la acuarela y el acrílico le permiten explorar esa imaginación hasta lograr contrastantes composiciones de formas orgánicas.

"El árbol viviente" puede asumirse como un reflejo de sí mismo, pues se nutre de un suelo colorido que simboliza su creatividad inacabable, el tronco representa su fortaleza, las ramas sus aspiraciones y los frutos sus logros. El cuadro nos habla de esa síntesis que existe en *el médico con alma de artista*.

LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN “MÉDICO-PACIENTE”, UNA RUTA ESENCIAL OBLIGADA

Dr. Rafael Santana Mondragón

*...la sabiduría...No la verán los necios, porque está lejos de la
soberbia y de la mentira.
Eclesiástico 15:7*

EMPATIA

s. f. Sentimiento de solidaridad del que comparte los afectos o emociones de otra persona o grupo.

La medicina ha sido y es, una actividad sumamente compleja. Quienes la han ejercido han gozado de los más altos reconocimientos en todas las sociedades. El encontrarse con las limitaciones producto de las enfermedades y el enfrentar al dolor y las dificultades para entender el fenómeno de la muerte, azuelan constantemente y con gran dureza hasta debastarlos, a quienes al practicar la medicina o recurrir a ella se involucran en estos procesos, haciéndolos olvidar procesos tan o más importante que los mencionados como es el atender y entender la preservación de la salud.

Desde tiempos inmemoriales, se han observado errores de diferentes causas en su ejercicio, pero fue hasta finales del siglo pasado y cuando por circunstancias de todos conocidas, se ha experimentado un gran impulso para lograr que no se produzcan estos errores y cuando existan analizarlos para conocer las causas, aprender de ellos para evitarlos, alejarse en lo posible del tomar conductas punitivas.

Para lograrlo, hemos forjado múltiples caminos, algunos sustentados en reglamentos de complejidades y objetivos diversos, otros con objetivos precisos, unos son conducidos por entidades gubernamentales, otros por organizaciones particulares, religiosas, etc.

Ninguno de estos caminos es único, todos convergen en una meta común: la seguridad y calidad en la atención médica.

Al analizar el avance de estos procesos y como se integran a una ruta común, podemos observar que una parte esencial de esa ruta es la empatía, cuya definición inicia estas deducciones. Es la empatía la que fortalece la actitud de los médicos, la que alivia los cansancios, la que estimula al esfuerzo continuo para la superación y la actualización constante, la que ayuda a superar los escapes depresivos.

Y entonces ¿Dónde se enseña? ¿Qué sitio ocupa en los currícula universitarios? ¿se contempla? ¿En qué parte de las togas y esclavinas debe bordarse? ¿La encontraremos camuflada en las borlas de los birretes?

6

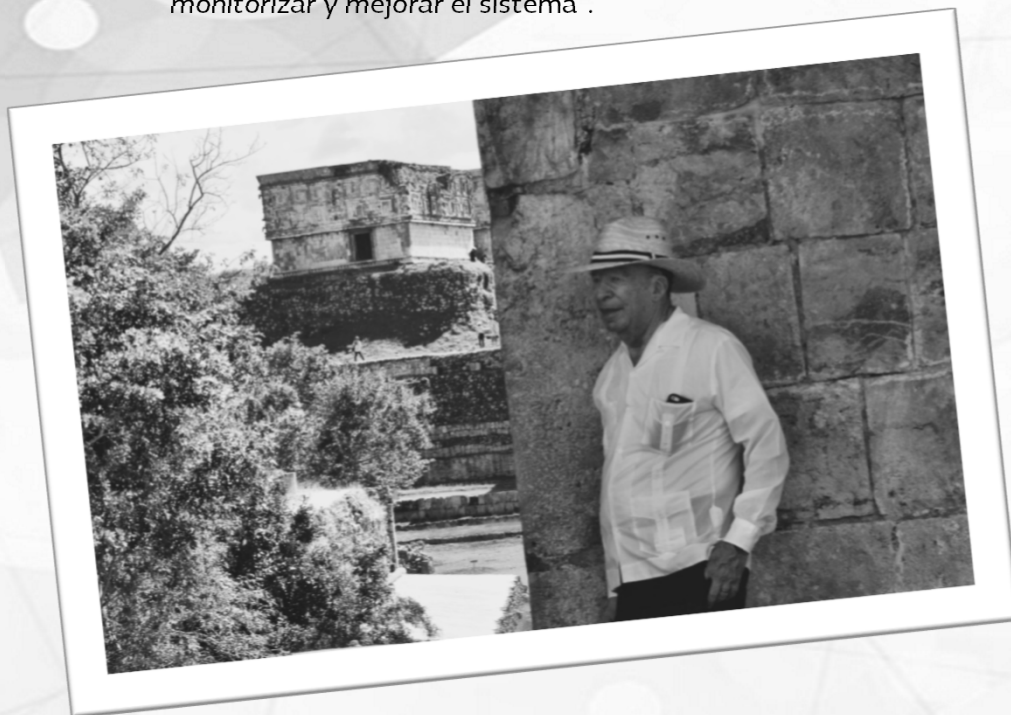
NO, la empatía se vive, se experimenta constantemente, se despierta ante el ejemplo, se fortalece con la experiencia. Se experimenta mirándose a los ojos, permitiendo los diálogos, tocando la piel y examinando los cuerpos con respeto, superando las complejidades de los avances tecnológicos, conllevando los avances en las herramientas informáticas con el intercambio franco y humilde de sentimientos.

SI, la materia en la que se enseña es la vida, es el amor. Así lo expresó AVEDIS DONABEDIAN:

“La atención a la salud es una misión sagrada...una empresa con bases y metas morales y científicas. No es una empresa fundamentalmente comercial, ya que no se vende un producto. No tenemos un consumidor que “entiende todo” y hace “elecciones racionales”. Los médicos y enfermeras son albaceas de algo precioso...

...Finalmente el secreto de la calidad es el amor.

Tienes que amar a tu paciente, a tu profesión, a tu Dios. Si así amas, trabajarás en *monitorizar y mejorar el sistema*”.



*Médico, viajero y amigo,
incansable en los asuntos de
la calidad y seguridad para
sus pacientes*

7

*El médico que no cuente con mi inteligencia
está vencido de antemano.
El que quiera curarme sin contar con mi comprensión,
que renuncie.
Lo que no acepte mi mente,
dificilmente entrará en mi biología.
Alfonso Reyes*

LA BÚSQUEDA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS ACTOS MÉDICOS: UNA CUESTIÓN DE PROFESIONALISMO Y ÉTICA.

Dr. Rafael Santana Mondragón
Médico (A gran orgullo)

La medicina es la ciencia en la cual se enfrentan, con integridad, la condición humana de dos seres iguales, en la que se exponen al desnudo las necesidades de todo tipo con las supuestas capacidades de entenderlas y superarlas. (En el acto médico, el paciente llega a desnudarse físicamente, pero más importante y por lo tanto más trascendente: **también se llega a desnudar** emocionalmente, expone lo más íntimo de su individualidad).

En este enfrentamiento que llamamos “Acto Médico” se abarca desde el conocimiento de los mecanismos moleculares (siempre en proceso de descubrirse ante los esfuerzos de la inteligencia humana que constantemente cuestiona a la naturaleza) hasta los mecanismos de comunicación entre dos seres, paciente y médico, buscando el romper barreras y que no obstante frecuentemente las levanta al no permitir por múltiples causas dicho rompimiento.

La medicina es una actividad cuyo concepto integral es muy discutido, si es una ciencia o un arte o la combinación de ciencia y arte, si es una profesión o varias.

La medicina es una ciencia que para ser comprendida requiere el vivirla, el practicarla, que necesita de la experiencia del enfrentarse, en el acto médico, a esas dos entidades: paciente y médico para que se perciba su realidad. No es posible entenderla desde un escritorio, ni con Siri la asistente virtual, ni con Alexa, Cortana, Watson u otros sistemas de inteligencia artificial cuya capacidad multicreciente nos abrumba y hasta nos enmudece pero que nunca podrán substituir la realidad humana hermosamente presente en el binomio del acto médico.

Para entender la medicina y en particular al “Acto Médico” se debe precisar el que cuando se habla de “paciente” se involucra no únicamente al enfermo, sino a su familia, sus amigos, su ambiente social y cultural y al referirse al “médico” se implica necesariamente al personal de enfermería, trabajo social, y a todos aquellos que participan en ese acto, en ese encuentro. Se deben percibir las angustias del paciente y de su familia y las del médico que les enfrenta, ante las amenazas, las realidades de la enfermedad y de la muerte, entre muchas otras realidades que rodean a las actividades médicas. No es el objetivo de este escrito el definir las, pero cualquiera que sea el concepto que las comprenda implica, entre otras muchas cosas, el manejar una relación íntima y de una profunda sensibilidad, entre los entes que se involucran en ella, ya que en algún o en muchos momentos se manipularán la salud y la vida, condiciones prioritarias en la concepción de la inmensa mayoría de los seres humanos.

8

En un análisis superficial, parecería que la atención médica se proporciona a todos o a la mayoría de las personas que la necesitan, de manera que la calidad y la seguridad con que se preste se viva como una experiencia a plenitud. Sin embargo, análisis recientes realizados a profundidad y con la máxima honestidad, revelan que no es así, que a pesar de un esfuerzo constante, secundario a informes y reflexiones, una gran cantidad de pacientes en todo el mundo, independientemente del nivel de desarrollo del país o región en que se encuentre, de las capacidades económicas, de la tecnología con que se cuente o del nivel educativo de quienes prestan el servicio, los errores en la atención médica que conducen a una prestación de servicios con sensación de inseguridad y minusvalía en la calidad. Existen sí, pero si no se han vivido esas realidades, se llega al riesgo de al no entenderlas, condenarlas sin analizarlas y explotarlas hacia el amarillismo populista en lugar de comprenderlas y solucionarlas o sancionarlas efectivamente cuando exista una verdadera negligencia.

Al preguntarnos entonces la causa de que se den estos errores con una desafortunadamente alta frecuencia e incluso con graves consecuencias, ¿podríamos pensar en una falta de profesionalismo?, ¿una falta de ética? y para entenderlo bien ¿qué significan profesionalismo y ética en la atención a la salud? Definiciones pudieran ser:

- ✓ **PROFESIONALISMO:** El uso habitual y juicioso de la capacidad de comunicación, la integración de los diversos aspectos del **conocimiento**, de las **habilidades técnicas**, del **razonamiento clínico**, de las **emociones** y los valores; todo ello con una **profunda reflexión** en la **práctica clínica cotidiana** para actuar en **beneficio de los individuos y de la comunidad** a la que se presta servicio.
- ✓ **ÉTICA:** la rama de la filosofía que estudia **lo correcto o equivocado** del comportamiento humano, la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir. Además, tiene como centro de atención las acciones humanas y aquellos aspectos de las mismas que se relacionan con el bien, la virtud, el deber, la felicidad y la vida realizada. Así, parafraseando a Fromm en su “Ética y psicoanálisis” comprenderemos que **el vivir, en si es un arte**, un arte en el cual el “ser humano” **es al mismo tiempo** el artista y el objeto, el escultor y el mármol, **el médico y el paciente.**

Las ciencias de la salud dan grandes privilegios como los señalados en párrafos anteriores, y por ello exigen grandes responsabilidades. Podemos asumir, al observar el desempeño de los profesionales de la salud, que el profesionalismo y la ética en las ciencias de la salud son principios que SIEMPRE han estado presentes en la mayoría de quienes las han ejercido, que están vigentes en la actualidad, aún en el contexto complejo de nuestros tiempos.

Son entonces, un COMPROMISO PERMANENTE. Sin embargo, el mismo Abraham Flexner, quien al inicio de la segunda década del siglo XX con su reporte sobre la enseñanza de la medicina, indujo a un cambio radical en el cómo otorgarla, reflexionaba en 1925: “La medicina científica en los Estados Unidos de América -joven, vigorosa, positivista- hoy se encuentra, tristemente, deficiente en bases culturales y filosóficas,” concepto que nos motiva igualmente a reflexionar si estas inquietudes que embargaban al mismo educador que instigó a reformar la educación médica no solamente en los Estados Unidos y Canadá sino en todo el mundo, también son permanentes. Quienes integramos los equipos de salud, debemos reafirmar los principios del profesionalismo y de la ética que involucran no sólo el compromiso personal con el bienestar de los pacientes, sino también a los esfuerzos colectivos que mejoren el sistema de atención a la salud y el bienestar de la sociedad. Reflexionar constantemente en los que nos conciernen.

Por ello, independientemente de que los responsables de la educación médica entiendan que el “Profesionalismo médico” y la “Ética Médica” son en sí un “RETO PARA LA ENSEÑANZA” y por lo tanto, quienes participan en la enseñanza, además del compromiso con las profesiones de la salud, deben encontrar el camino para que estos conceptos se inserten *Ab imo pectore* en quienes se inician o continúan en lo que en sí es: EL ACTO MÉDICO, que tengan presentes, para reconocerlos y evitarlos, los factores que puedan inducir a olvidar dichos principios o conceptos como serían:

- El abuso del poder, la arrogancia;
- El rencor, la envidia, la voracidad;
- La mentira y el fraude;
- La incapacidad voluntaria, la falta de autocrítica;
- La ausencia de información;
- Los posibles conflictos de interés,
- Olvidar o dejar a un lado la educación permanente.

Para ello es indispensable el tener un compromiso vocacional. El maestro Ignacio Chávez señalaba: **“La vocación es aquella voz del espíritu que bulle en lo más hondo de cada ser, es el ansia de saber y el deseo de hacer el bien”**. El arte de curar exige conocimiento, esfuerzo y abnegación perennes. Requiere vocación, trabajo y solidaridad.

El actuar así inspira respeto y agradecimiento. Sin embargo, el sistema de salud se enfrenta a grandes retos como se aprecia en el esquema siguiente:



Como se aprecia, un Sistema de Salud está expuesto a múltiples presiones, todas ellas cambiantes a una gran velocidad ya que hay una renovación continua del conocimiento científico en múltiples campos, crece la población, en algunos grupos hay menos nacimientos, en cambio se aumenta la población de adultos mayores, aumenta la incidencia de enfermedades crónicas, hay cambios constantes y rápidos en las tecnologías tanto de la información y comunicación como en el equipamiento, se exige una mayor diversificación en los perfiles de los diversos profesionistas de la salud, aumenta la complejidad en la formación y distribución de los profesionales especializados, la población se encuentra más informada (y también más malinformada), los recursos son siempre finitos para una demanda infinita, etc. Todos ellos son factores que influyen en el proporcionar la atención con seguridad y calidad.

Por lo que, así como se refiere en el Huehuetlatolli (**la palabra antigua o la palabra de los viejos**): “Comenzaban por enseñarles: como han de respetar a las personas, como se han de entregar a lo conveniente y recto. Han de evitar lo malo, huyendo con fuerza de la maldad, la perversión y la avidez” un compromiso constante es el velar porque los principios de seguridad del paciente y calidad en la atención a la salud estén siempre presentes y sean una prioridad.

Por otra parte, un reto explícito es lo que generalmente se expresa como “deshumanización de la medicina,” ello le mereció a Juan Ramón de la Fuente expresar: “El fenómeno de la deshumanización de la medicina ha erosionado el ejercicio de nuestra profesión. Ha dejado secuelas y en no pocos casos la sociedad mira con desconfianza a los médicos, más por su actitud que por su impericia”.

Refuerza todo ello la reflexión ya comentada: **es nuestro deber el insistir en sembrar en todo el personal dedicado a la atención a la salud, la cultura de seguridad del paciente y calidad en la prestación de dicha atención.**

Y ¿qué es la seguridad del paciente? Una definición muy simple es:

La ausencia de riesgo o la confianza en algo o alguien. Es el reducir el riesgo de daño innecesario asociado a la atención médica, hasta un mínimo aceptable.



Según Maslow, en la concepción de las necesidades en los seres humanos, la seguridad ocupa el segundo nivel dentro de sus *prioridades*. Aunque obviamente ha sido objetado por algunos, ese concepto, permite tener una idea clara de esta característica. En términos generales se puede también definir a la seguridad como el "estado de bienestar que percibe y disfruta el ser humano".

Por lo que respecta al concepto de calidad, lo expongo aquí en una paráfrasis de la definición de la OMS en 1991:

“Una atención a la salud de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos y de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

La definición propuesta por Avenis Donabedian es:

“Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”

La **CALIDAD**, independientemente de cómo la definamos, para ser efectiva requiere:

- ❑ Ser percibida.
- ❑ Vivirse en forma sistémica (en donde el todo es un valor mayor que la suma de las acciones para lograrla)
- ❑ Tener continuidad en la atención.
- ❑ Conocer y respetar las pluralidades.
- ❑ Conocer y valorar el entorno físico y temporal.
- ❑ No tener una meta total definida. Siempre podrá superarse.

Cuando se afirma que **la calidad debe ser percibida** se implica que debe ser comprendida por:

- Quien la otorga.
- Internamente: entre los pares y por los diferentes profesionales de la salud.
- Externamente: entre los receptores de la atención:
 - Tanto por los individuos, como por sus familias y por la sociedad en general.

Sin embargo, **años de estudios** en la observación de la difusión de innovaciones, de cambios en diversos manejos, de cambios en comportamientos, **han demostrado** que el aumentar las demandas de trabajo – sobre todo **si no se entienden los por-qué, los para-qué**, si se perciben como innecesarios, o el que no van a conducir a ninguna o muy poca mejoría – a lo que conduce es a frustración, a fatigas, a resistencias, al cinismo, al *burnout*, al: ¡basta!

Por ello existe la plena conciencia de insistir en la necesidad de insertar en la cultura de la atención a la salud los principios de seguridad del paciente y calidad en la atención clínica como inherentes a ella. Para cubrir estos propósitos, existen varios caminos todos ellos convergentes.

En nuestro entorno una de ellos lo ha hecho suyo el Consejo de Salubridad General (CSG) al tener entre sus funciones señaladas en el artículo 9 de su Reglamento Interior, la de: **“Determinar las acciones e instrumentos que sean necesarios para la evaluación y la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica.”** Es así que desde marzo de 1999 estructuró un plan para iniciar el proceso de certificación de hospitales que ha progresado y madurando, inicialmente homologando los estándares de certificación a estándares internacionales, y posteriormente acotándolos a nuestras normas y reglamentos. Además estableció el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (**SiNaCEAM**) cuyo objetivo señala dicho Consejo, ha sido el **coadyuvar en la mejora continua de la calidad de la atención médica y de la seguridad que se brinda a los usuarios**, en los diferentes servicios, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar continuamente su posición en el entorno a través del proceso de la certificación de establecimientos de atención médica.

13

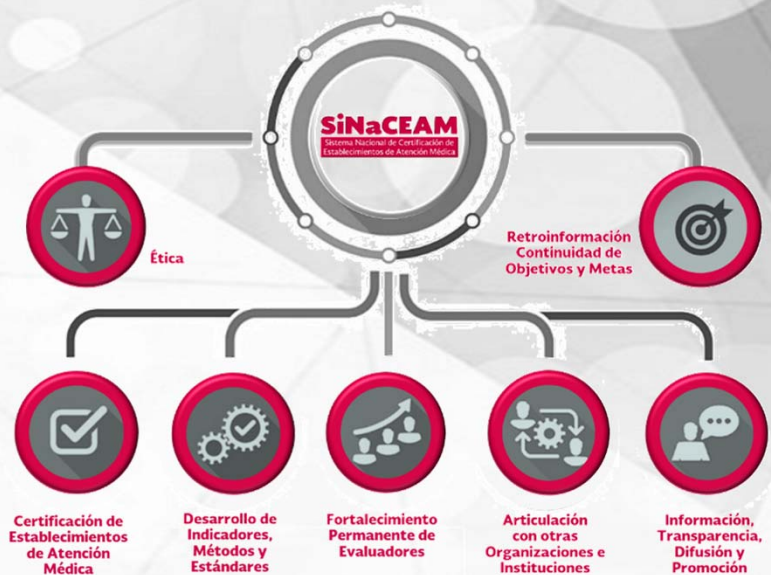
Por lo cual el SiNaCEAM precisa el que ha trabajado intensamente enfocado en los siguientes objetivos que han sido integrados como subsistemas:

- 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 sus Evaluadores.**
- 4. Articulación con otras organizaciones e instituciones.**
- 5. Información, la Transparencia, la Difusión y la Promoción.**

Es una gran satisfacción el que en el centenario del Consejo de Salubridad General, el SiNaCEAM incluyó dos subsistemas más:

- 6. Retroinformación y Continuidad de Objetivos y Metas.**
- 7. Ética.**

El sustento a todo esto es el hecho de que existe, por naturaleza, una inquietud perpetua de buscar la mejora continua. Debemos entonces evitar la desesperanza que la ahuyenta, en cambio debemos alentar todo esfuerzo que intente lograr desarrollar e implementar esos conceptos de calidad y seguridad, evitando protagonismos que desvirtúen los principios multicitados.



Es ampliamente reconocido el que todos estos procesos requieren de un trabajo multidisciplinario en el que todos aquellos que participan en la atención a la salud en cualquier establecimiento que se trate, estén convencidos y comprometidos en trabajar sistémicamente en la aplicación del Modelo del Consejo de Salubridad General (hablando de los estándares del SiNaCEAM).

La tendencia actual es el trabajar con normas únicas, comunes. Establecer sistemas de evaluación, usar incentivos, generar contextos para que mejore la parte humana del proceso.

Con cualesquiera de estos caminos (ya que hemos citado únicamente a uno) se debe buscar el que se conozcan los propósitos y la forma de lograrlos. El que para observar su aplicación y ejecución en lugar de efectuar visitas fiscalizadoras con espíritu punitivo si se encuentran errores o fallas, se logre **un cambio de cultura, el hacer suyo en cada integrante del equipo médico esos caminos, esos modelos. Ello requiere el convencimiento del qué, del porqué, del paraqué de cada paso, de manera que se puedan definir los riesgos existentes, para en seguida priorizarlos, rediseñar los procesos que los disminuyan y adaptarse a las nuevas prácticas, acompañar a los establecimientos de atención médica y a las instituciones educativas en todo este proceso.**

Es necesario el evitar trabajar para lograr aparecer como que se ha cumplido con elementos medibles y que solo aparenten cumplimientos. Eso sería oneroso **en tiempo y en recursos** de todo tipo. Hay que trabajar en **lograr implementar los cambios que sean necesarios**. Es más productivo, más satisfactorio y menos caro en todos sentidos.

Trabajar más inteligentemente, no más duro; limitar en forma eficiente y clara las cargas de trabajo innecesarias. Preguntarnos:

- ¿QUÉ PARTE DEL CAMINO HEMOS RECORRIDO?**
- ¿HA SIDO UN CAMINO PROBADO, CORRECTO, ELEGIDO?**
- ¿CONOCEMOS LO QUE SE NOS PROPONE?**
- ¿SUS PORQUÉS, ¿SUS PROPÓSITOS?**
- ¿CUÁNTO NOS FALTA POR RECORRER?**

Vuelvo entonces al Huehuetlatolli para terminar diciendo: ***“Con esto voy a terminar mi discurso; metedlo en vuestro corazón, conservadlo y ponedlo en la casa de vuestro corazón; no es grande el discurso; hasta donde nos alcance, hasta ahí quisiéramos decir. He aquí, pues, dos cosas que hay que guardar, que hay que meter en el corazón, las cuales nos dejaron, nos dieron, nos hicieron guardar los que al irse nos abandonaron”***

To Err Is Human: Building a Safer Health System. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. <http://www.nap.edu/catalog/9728.html> consultada el 25 de noviembre 2016.
Bunting R.F. Jr. From To Err Is Human to Improving Diagnosis in Health Care : The risk management perspective. Journal Of Healthcare Risk Management • Volume 35, Number 3, 10-23, 2016
BELL R.M. Errors in Medicine: Do something now? Inside Medical Liability Third Quarter 2015 34-36
Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US, BMJ 2016;353:i2139.
Moskovitz M. Re: Medical error—the third leading cause of death in the US.
Modificado de Epstein and Hundert, Defining and assessing professional competence. JAMA 2002;287(2):226-235.
Flexner A.: Medical education: a comparative study. New York: The MacMillan Company, 1925.
HUEHUETLATOLLI Libro Sexto del Códice Florentino. Coordinación de Humanidades. Seminario de Estudios para la Descolonización de México. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995
Juan Ramón de la Fuente, comentarios al libro “Médico de Personas”, del Dr. Fernando Martínez Cortés.
Jonathan García-Allen. Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas. <https://psicologiymente.net/psicologia/piramide-de-maslow> consultada el 25 de noviembre 2016.
Donabedian A.: The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.
Horstman M.J. Naik A.A. : A ‘Just Culture’ for performance measures. <http://qualitysafety.bmj.com/> consultada el 2 de diciembre 2016
Op Cit HUEHUETLATOLLI.

ÉTICA Y CALIDAD EN SALUD OBSERVACIÓN DE UN TEMA “VINTAGE” PERO CON TINTES ACTUALES

Dra. Cinthya Zahidaly Castro González

Ética, como fundamento de Calidad

El enfoque en Calidad y por ende en la Seguridad del Paciente, se ha incrementado dramáticamente en esta última década (Zipperer, 2014), por lo que también la demanda de calidad, del paciente y su familia, de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que evalúan la calidad, han aumentado en este tiempo sus requisitos para la calidad, exigiendo mejores resultados (Enthoven, 1997). Esto nos ha conducido a la implementación de iniciativas y estrategias para mejorar la calidad en los hospitales y sistemas de salud; lo que permite que, en ciertas ocasiones, éstas sean revisadas intensivamente desde el punto de vista ético; incluso al momento de revisar las causas o áreas de oportunidad que se presentan cuando un error se ha cometido deliberadamente y no por accidente los conceptos de ética, profesionalismo y la moral han surgido en las mesas de discusión.

La importancia de la Ética aumenta en el tema de la Mejora de la Calidad, cuando con la intención de brindar mejores resultados, las acciones o proyectos terminan inadvertidamente causando un daño al paciente o con el uso inadecuado de los recursos. Por lo anterior comentado, algunos autores apuntan a la Ética como un **elemento esencial** e incluso como **base fundamental del ejercicio de Mejora de la Calidad** (Fox, 2013) (Wynia, 1999).

Como punto de partida y para abordar el tema, es necesario hablar el mismo idioma, por lo que la revisión del concepto de ética y calidad debe ser abordado. El diccionario de la Real Academia Española define a la ética como “parte de la filosofía que trata el bien y del fundamento de sus valores.” También lo expresa como el “conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida. Ética profesional, cívica y deportiva.” En cuanto a la moral, la define “perteneciente o relativo a las acciones de las personas, desde el punto de vista de su obrar en relación con el bien o el mal y en función de su vida individual y, sobre todo, colectiva.” (Diccionario de la Real Academia Española, 2017).

Con base en los conceptos previos, la ética médica se podría concebir como “Disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida.” (Aguirre-Gas, 2002). En esta misma línea de pensamiento, el éticista americano Tom L. Beauchamp y James F. Childress desarrollaron un marco de referencia con cuatro principios éticos: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y finalmente Justicia (Beauchamp, 2001).

Estos principios forman un marco moral, una base fundamental desde donde las organizaciones, los médicos, el paciente y su familia, analizan las actividades de atención médica, y por supuesto que se relaciona sinérgicamente con las actividades para Mejorar la Calidad en la atención clínica.

Para tener en cuenta, la definición de Calidad en Salud difundido por el Instituto de Medicina en Estados Unidos, la detalla como “El grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.” y describe posteriormente que la Calidad está constituida por seis dimensiones: Segura, efectiva, centrada en el paciente, a tiempo, eficiente y equitativa (*Institute of Medicine, 2001*).

Ésos requisitos no solo son sinérgicos con Ética, sino que los conceptos y razonamientos, son la base y el fundamento detrás de los conceptos de calidad. Por ejemplo, la atención centrada en el paciente, nos invita a que se viva a través del proceso compartido de decisión de la atención médica; basado por supuesto en el principio descrito por Beauchamp de Autonomía, que observamos en la práctica de consentir con el paciente su atención hospitalaria (o de algún procedimiento) y documentarlo en el consentimiento informado.

Ética en la Mejora de Calidad

La ética no solamente está inmersa en los conceptos de calidad sino también en su ejecución, ya que la calidad en la atención clínica emerge de tres factores principales: las Actitudes Morales como resultado de la conciencia o la sensibilización; la Cultura como resultado de la educación y el uso de conocimientos técnicos y la Aplicación de Normas o estándares como resultado del aprendizaje y la formación (*Halis, 2007*).

Identificamos el ejercicio de la ética desde el análisis de los errores en salud, hasta en la toma de decisiones y las prácticas que se implementan y difunden las organizaciones de salud en torno al tema de Calidad. Y en este punto en específico, organizaciones como *The Hastings Center* en el 2006 presentan iniciativas, para identificar e investigar de una manera general los temas de ética que se identifican en la teoría y práctica de la mejora de calidad. Entre las recomendaciones generales identificadas, se enfatiza el uso de metodologías de Calidad con disponibilidad para ayudar a transformar las organizaciones con una cultura comprometida con mejorar la calidad, es decir, no solo por cumplir con un requisito, si no que las acciones estén encaminadas en crear una cultura de calidad para proteger los derechos y seguridad de los pacientes y el personal de salud. (*Baily, 2006*).

Para el monitoreo de las diferentes recomendaciones sobre el tema, existen organizaciones que estudian y que supervisan la Ética en Calidad, como el *National Center for Ethics in Health Care* en Estados Unidos, quienes señalan que la Calidad Ética, significa que “las prácticas en toda la organización son consistentes con los estándares éticos, normas o expectativas ampliamente aceptadas para una organización de atención a la salud y su personal, establecidos en las declaraciones de misión y valores de la organización, códigos de ética, consensos y políticas públicas e institucionales” e incluso definen niveles de Calidad Ética con diez dimensiones (por ejemplo: prácticas éticas del día a día en el área de trabajo, prácticas éticas en investigación, prácticas éticas en los negocios y la gestión, profesionalismo en el cuidado del paciente, entre otras) que no se deben perder de vista en la Mejora de la Calidad (*IntegratedEthics, 2017*).

En nuestro país, desde su creación en 1992, la Comisión Nacional de Bioética, es responsable de definir en México las políticas relacionadas con el tema Bioética en salud. La Comisión, tiene como objetivo promover la creación de una cultura bioética a través de fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria de los temas vinculados con salud humana y el desarrollo de normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud. Esto lo lleva a cabo con la creación de Comisiones Estatales de Bioéticas, quienes guían las actividades de atención a la salud y educación con ética. (*CONBIOETICA, 2017*).

Ética en la Evaluación de la Mejora de Calidad

Actualmente en las organizaciones de salud, el reto de los profesionales es desarrollarse multidisciplinariamente en un entorno cambiante, por lo que las decisiones y acciones que realicemos, deben ser el reflejo de una calidad ética. Para lograrlo, es importante cuidar tanto los aspectos individuales como organizacionales con dos enfoques: el enfoque del uso o mal uso de la información (desde la confidencialidad, hasta la integridad de los datos, etc) y el enfoque del comportamiento profesional (toma de decisiones, acciones, actitudes, comportamiento, etc). Por lo tanto, también es necesario supervisar ese desarrollo, medirlo y por supuesto evaluarlo para asegurar el mayor crecimiento con calidad ética de los individuos y de la organización.

Ya desde 1999 Wynia y Fox en el 2006, nos mostraban la importancia de la evaluación en las prácticas organizacionales con el objetivo de promover calidad ética en salud, es decir evaluar para fomentar prácticas éticas en los comités que permitan la consulta y la implementación de una cultura y ambiente en el que sea fácil “hacer lo correcto”, desde el manejo ético de la información para la mejor toma de decisiones hasta la organización de los esfuerzos en los hospitales o clínicas para mejorar el entorno ético durante la atención.

Este es el punto en ocasiones controversial de la mejora de calidad desde la perspectiva de la ética: la medición de lo implementado. Es precisamente los métodos con los que se miden las mejoras los que causan controversia, pues algunos creen que la investigación de personas humanas y la Mejora de Calidad no han sido delimitadas adecuadamente y esto puede conducir a situaciones éticamente complejas.

En algún momento, podemos pensar que sólo los estudios de investigación requieren una revisión ética y que un proyecto de mejora que implica datos capturados previamente para la atención del paciente, no puede tener implicaciones éticas, sin embargo, recordemos que cualquier actividad que plantee un riesgo de daño psicológico o físico a cualquier paciente debe tener consideraciones éticas.

Es importante la identificación de prácticas irregulares para su corrección, desde la toma de decisiones hasta en el diseño e implementación de sus sistemas, procesos organizativos y por supuesto proyectos de mejora de la calidad con todo y sus auditorías clínicas. Organizaciones dedicadas a la evaluación de la Calidad Ética, han desarrollado herramientas para la medición, programas completos desde entrenamientos, libros de trabajo y estándares propios accesibles en el internet. Esto proporciona herramientas para ayudar al personal de salud en las organizaciones, a decidir que actividades se proponen para mejora de la calidad, casos de investigación (o híbridos) y a decir que actividades y cuales no requieren una revisión ética. También existen herramientas que nos permiten evaluar la calidad ética local y a identificar las necesidades de recursos adicionales para mejorar la cultura organizacional en torno al tema de la Ética.

Como pudimos revisar, Ética y Calidad, son un binomio inseparable (Orosco, 2011), la supervisión y el aseguramiento de que las mejores prácticas, basadas en evidencia sean implementadas con los principios éticos para beneficio del paciente, no debe dejarse al libre albedrío o buena voluntad de los participantes, es necesaria la figura de un líder constante que fomente el crecimiento de los Comités donde se puedan revisar estos dilemas éticos en la práctica de la mejora en calidad.

Aguirre-Gas, H. (2002). *La ética y la calidad de la atención médica*. Cirugía y Cirujanos: Academia Mexicana de Cirugía, 50-54.
Baily, M. A. (2006). *The ethics of using QI Methods to Improve Health Care Quality and Safety*. New York: The Hasting Center .
Beauchamp, T. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
Diccionario de la Real Academia Española. (01 de Agosto de 2017). Real Academia Española. Obtenido de RAE: <http://www.rae.es/>
Enthoven, A. (1997). A vision of quality in health Care Delivery. *Health Affairs* , 44-57.
Fox, E. (2013). Evaluating Ethics Quality in Health Care Organizations.: *AJOB Primary Research*, 71-77.
Halis, M. (2007). *The relationship between ethics and quality: conflicts and common grounds*. *Serbian Journal Of Management*, 127-145.
Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
Wynia, M. K. (1999). *Performance Measures*. American College of Physicians–American Society of Internal Medicine, 294-299.
Zipperer, L. (2014). *Patient Safety: Perspectives on Evidence, Information and Knowledge Transfer*. Burlington : Gower Publishing Limited.

SISTEMAS CRÍTICOS

PERSPECTIVAS

LA IMPORTANCIA DE LA FARMACIA HOSPITALARIA EN EL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL CSG.

Mtro. Raymundo Escutia Gutiérrez
Vicepresidente del Colegio Mexicano de Farmacia Hospitalaria
Jefe del Departamento de Vinculación Interinstitucional. Instituto Jalisciense de Salud Mental.
Académico de la Universidad de Guadalajara

La situación actual de la Farmacia Hospitalaria en México, es un tema con un alto grado de complejidad, debido al contexto propio del país, donde el rol del profesional farmacéutico aún está tomando el sentido que requiere la sociedad, donde recientemente están siendo publicados documentos legales como el Acta de Verificación para Farmacias Hospitalarias emitida por la Comisión Federal Para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), y donde próximamente saldrá publicada la sexta edición del Suplemento para Establecimientos Dedicados a la Venta y Suministro de Medicamentos y Demás Insumos para la Salud de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) el cual incluye justamente un capítulo actualizado sobre Farmacia Hospitalaria.

Ahora bien, considerando que la Farmacia Hospitalaria tiene como objetivo apoyar y promover el Uso Racional de Medicamentos (URM); proporcionar información actualizada de éstos a los profesionales de la salud y a los pacientes, así como llevar a cabo actividades de farmacia clínica orientadas a lograr un uso seguro y costo-efectivo de los medicamentos y demás insumos para la salud, es justo ahí donde radica su importancia en el Sistema de Salud.

Desde mi particular punto de vista, la implementación y desarrollo de la Farmacia Hospitalaria, requiere como primer paso contar con profesionales farmacéuticos en la plantilla laboral del hospital. Y para ello en México contamos con múltiples opciones, entre las que destacan las siguientes licenciaturas: Químico Farmacobiólogo, Químico Farmacéutico Biólogo (QFB) y Licenciado en Farmacia o en Ciencias Farmacéuticas. Recientemente las Universidades que ofrecen alguna de las licenciaturas antes mencionadas, modificaron su perfil curricular o están en proceso de hacerlo, integrando nuevas unidades de aprendizaje con enfoque en los servicios farmacéuticos hospitalarios, tal es el caso de la Universidad de Guadalajara que a partir del 2013 realizó la modificación del plan de estudios de la Licenciatura en Químico Farmacobiólogo.

En lo que respecta al Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General (CSG), en su Tercera Edición del año 2015, se considera al Sistema de Uso y Manejo de Medicamentos (MMU) como un Sistema Crítico para la Seguridad del Paciente, y desglosa el Sistema de Medicación en sus respectivas etapas: Selección y adquisición, Almacenamiento, Prescripción, Transcripción, Distribución/Dispensación, Preparación, Administración, y Control.

Y precisamente el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG menciona a los **Líderes de la Organización** como los responsables del Sistema de Uso y Manejo de Medicamentos, y es en este punto donde surge la figura del Farmacéutico lo cual coincide con lo que menciona la Federación Internacional de Farmacéuticos (FIP), al mencionar las 7 “estrellas” (características o fortalezas) que debe tener el Farmacéutico, entre la que se encuentra precisamente ser **líder**, además de ser estudiante, profesor, comunicador, gestor, tomador de decisiones y cuidador.

El desarrollo e implementación de servicios de Farmacia Hospitalaria en las instituciones de salud del país ha observado una evolución en el marco legal para su establecimiento y funcionamiento y que de acuerdo al Modelo del CSG, la integración del sistema de medicación incluye la planeación de cada una de sus fases de la medicación con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas, la implementación de procesos seguros y barreras de seguridad, la capacitación del personal, la supervisión integral de todo el sistema, la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación, los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema, el sistema es supervisado por personal capacitado con un enfoque multidisciplinario y la supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las fases antes mencionadas.

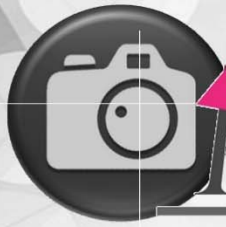
La implementación de la farmacia hospitalaria representa una excelente oportunidad para la identificación de las situaciones de riesgo de manera multidisciplinaria. Esta evaluación tiene como propósito identificar riesgos y áreas de oportunidad para la calidad y la seguridad del paciente dentro de los procesos que conforman el sistema, para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros. Sin duda una valoración de los riesgos asociados a la preparación de medicamentos, con el fin de evitar, entre otros, los riesgos de contaminación y los errores de medicación; es una labor clave para la seguridad del paciente.

Otro punto importante en el ámbito hospitalario es la programación de medicamentos, la cual debe estar coordinada por el Comité de Farmacia y Terapéutica. El objetivo es contar con una programación eficiente del suministro de medicamentos y demás insumos para la salud de acuerdo con el presupuesto asignado. Es justo en dicho Comité donde el rol del farmacéutico tiene alto impacto en el uso racional de los medicamentos, dado que la selección adecuada de los mismos es clave para evitar por un lado el desabasto y por el otro los medicamentos caducados en los hospitales.

Es una realidad que a raíz de que los hospitales que deciden participar en los procesos de certificación y acreditación, tanto por el **Consejo de Salubridad General** como de organismos internacionales como *Joint Commission Internacional*, se ha favorecido sustancialmente la **inclusión de profesionales farmacéuticos** en lo relacionado al Manejo y Uso de Medicamentos donde su rol está definido claramente y no deja lugar a dudas de su importancia dentro del equipo multidisciplinario de salud.

Conclusiones:

Con lo anteriormente expuesto, se pone de manifiesto la relación entre la farmacia hospitalaria y el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, relación que es sinérgica sabiendo aprovechar al máximo cada estándar del Sistema Critico de Medicación. Lograr un cambio significativo en la situación actual de los Farmacia Hospitalaria en México, no será tarea sencilla, sin embargo una estrategia que podría resultar adecuada, es la integración e interrelación de los principales actores en el sistema, donde las universidades concreten los cambios curriculares que se requieren para que sus egresados tengan los conocimientos, habilidades y competencias necesarias, los hospitales abran sus puertas a los farmacéuticos y les permitan trabajar en el área que les corresponde, la población asuma su responsabilidad y compromiso como usuarios del medicamento y esto en conjunto dé como resultado que México sea un país donde el **Uso Racional de los Medicamentos** deje de ser solo una utopía y sea convertida en realidad.



MEMORIAS

Fotográficas



@sinaceam



La Enfermera Hilda Espino Loya de la Unidad Médica Rural Ojachichi, Chihuahua; su comunidad 100% indígena, llamados Tarahumaras o Rarámuris recibe las acciones de Salud Pública y Medicina Preventiva con total respeto e interculturalidad: ideas, valores y creencias para una mayor y mejor respuesta a la adopción de mejoras a la salud de la Comunidad.

Dr. Fausto Sarabia Díaz
Evaluador Líder del SiNaCEAM
Responsable de Políticas de Calidad y Seguridad
IMSS - Prospera



EXPERIENCIAS EXITOSAS

24

RETOS Y PERSPECTIVAS DEL CENTRO MÉDICO ABC A 18 AÑOS DE LA PRIMERA CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Dra. Reyna Yacamán Handal
Directora Corporativa de Calidad, Centro Médico ABC

El Centro Médico ABC es una Institución de Asistencia Privada cuyos orígenes datan de la fundación del Hospital Americano en 1886 y del Sanatorio Cowdray en 1923, constituida y organizada conforme a la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal (LIAP's), está gobernada por un Patronato que supervisa que se cumpla con los Valores y Misión de los Fundadores. Todos los beneficios que se obtienen son reinvertidos en el desarrollo de la propia Institución y en programas de beneficio de comunidades vulnerables, programas de Residencia Médica y enseñanza a otros profesionales de la salud y a la investigación; es una institución dedicada al logro de la promoción, restauración y preservación de la salud a través de la aplicación de las mejores prácticas conocidas en el mundo.

La historia del Centro Médico ABC es una cadena de exitosos acontecimientos que lo han posicionado como la Institución líder en la medicina privada de nuestro país. Liderazgo que no está basado en el tiempo transcurrido, sino en los hechos que han forjado un legado de solidez, calidad y experiencia.

Al celebrar el 130 aniversario de la fundación del Centro Médico American British Cowdray IAP, se reafirma el compromiso con la calidad, la innovación y las mejores prácticas médicas. La trayectoria demuestra que es una institución que siempre ha buscado la mejora continua en cada una de sus áreas, especialidades y procesos, lo cual se ve reflejado en los altos estándares de seguridad para la atención al paciente. El liderazgo demuestra visiblemente su compromiso ya que desde 1993 la Calidad tuvo un enfoque orientado al paciente iniciando con el tema de Satisfacción del Paciente; las quejas y comentarios sobre el servicio que presta la organización las visualizó como oportunidades de mejora por lo que el paso siguiente fue conformar los grupos de trabajo para los llamados "círculos de mejora".

A nivel nacional se facultó al Consejo de Salubridad General (CSG) en su Sesión Ordinaria, celebrada el 8 de marzo de 1999 a instrumentar las bases para el Programa Nacional de Certificación de Hospitales, y en abril de ese mismo año, en el Diario Oficial de la Federación (DOF) se publicaron los primeros criterios (iniciaron con 60 criterios esquematizados en estructura, proceso y resultados) para la certificación de hospitales; las autoridades de la institución vieron congruencia y oportunidad en ello por lo que se trabajó para integrar las actividades de calidad a su esquema de operación a través del desarrollo de un

Modelo de Gestión de la Calidad ABC.



25

Los primeros criterios de la Certificación de Hospitales se decía que no eran un fin, sino un medio para proteger a la población y para estimular el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. La certificación no garantizaba que todos los resultados de los procesos de atención fueran en los mejores términos para el paciente; sólo acreditaba que la organización certificada contaba con una estructura, así como con un diseño y operación de sus procesos de tal manera que incrementa la probabilidad de producir los mejores resultados a la salud del paciente, situación que mejoró con el paso de los años.

El Modelo de Gestión de la Calidad ABC (1999-2006) tenía como parte central estructura, proceso y funciones, como base los resultados, como soporte la mejora continua y el control de riesgos, enfatizando la retroalimentación. Una vez que se logró difundir en toda la institución el modelo de gestión de calidad, el siguiente paso fue documentar los procesos y actividades que se llevaban a cabo en todas las áreas, para ello, se redactaron políticas, protocolos y procedimientos; información que se consolidó en carpetas y que hoy, a través de las auditorías realizadas, es cada vez más clara, precisa y útil para todos los colaboradores y que aún cuando la institución cuente con dos campus, no haya diferencia de atención toda vez que los procesos se han estandarizado.

El Centro Médico ABC considera una muy buena herramienta a la **Certificación por el CSG**, para construir el camino por la Calidad al paciente, escenario complejo y difícil por recorrer pero alcanzable y altamente gratificante, lleno de desafíos a afrontar, objetivos por realizar y con muchas perspectivas por alcanzar teniendo como mayor motivador el cuidado y seguridad de sus pacientes. Con la primera Certificación llegaron los desafíos y uno de ellos fue asegurar que lo que se había logrado se mantuviera y es que se corría el riesgo de creer que el objetivo *per se* era conseguir un diploma de aprobación, sin embargo, el verdadero reto ha sido lograr la calidad del servicio en todas sus aristas, lo cual supone un camino continuo y tortuoso, y un compromiso permanente.



Una forma de comprobar que la Calidad había permeado fue la apertura, y que periódicamente el Centro Médico ABC recibiera a evaluadores del Consejo de Salubridad General que validaran los protocolos de seguridad y calidad de la organización, es así cuando en 2004 se obtiene la segunda Certificación para el Campus Observatorio e inicia operaciones Campus Santa Fe, y de esta forma surge un nuevo reto a vencer, lograr que los colaboradores y directivos de ambos campus hablaran y entendiera la calidad en los mismos términos y así como desarrollar una cultura de seguridad con todos quienes conformaban el Centro Médico ABC.

Debido al incremento en infraestructura, recurso humano y tecnología entre otros, se vio en la necesidad de actualizar el Modelo de Gestión de la Calidad ABC y es en 2007 que plasma como parte central de este modelo la atención integral al paciente. Es en ese mismo año se tiene la oportunidad de revalidar que se trabaja con las mejores prácticas y es cuando obtiene la certificación para ambos campus.

Entonces, el ABC debía demostrar que, al tiempo que el Consejo de Salubridad General lo reconocía como una organización que cumple satisfactoriamente con los criterios de evaluación, estaba adquiriendo un compromiso con sus pacientes, visitantes, médicos y colaboradores en general; cimentando las bases para lo que más adelante sería una cultura de calidad y seguridad con la que la comunidad ABC adquiere el compromiso de mantener y mejorar cada día en pro de sus pacientes.

Lograr que el paciente, su familia, los visitantes y la comunidad en general se involucren en la seguridad y calidad de la atención no ha sido tarea fácil, sin embargo a base de educación continua y perseverancia, los pacientes junto con su familia han sido copartícipes a través de realizar evaluaciones del servicio que recibieron.

En 2009 los Estándares del CSG se homologan con los de *Joint Commission International*, para integrar y fortalecer el tema de la seguridad del paciente y darles un nivel competitivo internacionalmente. El Centro Médico continúa convencido de que ese es el camino que se debe seguir y nuevamente a través de un arduo trabajo a nivel de toda la organización, se logra otra recertificación para ambos campus, así sucesivamente cada tres años se sometió al escrutinio de los auditores del Consejo de Salubridad General.

A veinte años de haber iniciado el compromiso por la calidad y seguridad en la atención de los pacientes, se afirma sin lugar a dudas, que se eligió el camino correcto, en el que ha habido obstáculos, también muchas satisfacciones, más lecciones aprendidas y el desarrollo de equipos de trabajo multidisciplinarios.

Actualmente, la estrategia de calidad y seguridad en la atención al paciente guía la selección, capacitación y el desarrollo del talento humano, lo cual es percibido por el paciente como un valor agregado. La organización completa aborda todos los temas desde la calidad, seguridad, indicadores, análisis de eventos adversos, planes de mejora y satisfacción.

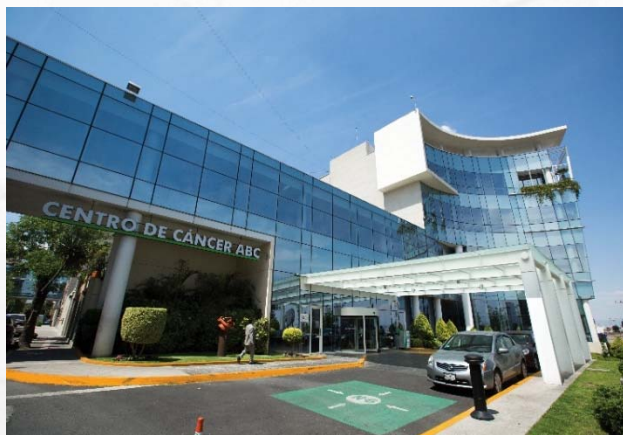


27

Hoy el reto es el compromiso con la seguridad del paciente así como la promoción y fortalecimiento de la cultura de calidad, afrontando los cambios en el ámbito de la medicina; asegurando a los pacientes atención y seguridad bajo las mejores prácticas nacionales e internacionales. La institución está plenamente convencida de que la certificación de los servicios que provee es la herramienta ideal para el logro de la transformación del cuidado de la salud.

Desarrollar e implementar el Modelo de Calidad ABC enfocado en la mejora continua, que tenga como centro de atención el cuidado y la seguridad de los pacientes, es y seguirá siendo prioridad; lograr que todos los colaboradores de la organización desarrollen sus actividades en un entorno de seguridad y que actúen con estándares de calidad todos los días, permite ver una cultura de atención homologada entre los diferentes servicios y campus.

Todos quienes integramos el Centro Médico ABC somos responsables y copartícipes del cuidado, educación y seguridad del paciente, trabajando para mantener los más altos estándares de calidad en la atención, siempre a la vanguardia, con la adopción y aplicación de las mejores prácticas conocidas y potenciando el desarrollo más valioso en toda la organización: el talento humano.



LA EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL CSG: PERSPECTIVA DE UN SECRETARIO DE SALUD

Dr. Daniel A. Díaz Martínez
Secretario de Salud del Estado de Guanajuato



Se dice que **la cultura de una organización es el corazón de la misma**. Es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, la que conforma el modo en que sus colaboradores piensan, actúan y afrontan el trabajo. En pocas palabras, representa la manera de funcionar específica de cada organización.

“Estoy convencido, que el movimiento por lograr una “cultura de la seguridad del paciente” está en marcha y si bien es cierto, que no podemos cambiar la condición humana proclive a los errores, pero sí podemos cambiar las condiciones bajo las que trabajamos en nuestras unidades médicas”.

Durante mi experiencia en tres hospitales de segundo nivel de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, participado, colaborado, implementado y culminado satisfactoriamente el Proceso de Certificación de cada uno ante el Consejo de Salubridad General; los primeros dos hospitales con los Estándares 2009 y el tercero con los Estándares 2012.

Implementar el Modelo de Seguridad del Paciente 2012 en el último hospital, representó todo un desafío:

- Primero, cambiar el paradigma de los colaboradores del hospital y el mío de aceptar que los seres humanos nos equivocamos y los que trabajamos en los hospitales, también.
- Segundo, comprender el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG el cual implicó además de su lectura, la capacitación y resolución de dudas, ya que es un modelo complejo por su enfoque sistémico y de procesos y desconocido hasta entonces por todos nosotros.
- Tercero, algunos dicen que la calidad no cuesta, sin embargo; no podemos obtener resultados distintos haciendo lo mismo, y la implementación del Modelo implicó inversión de tiempo en la identificación y análisis de los riesgos en nuestros procesos y el rediseño de los mismos, capacitación en todo nuestro personal, resistencia del personal para el apego a los nuevos lineamientos y también recurso económico.

Hasta aquí se lee complejo, pero **el impacto positivo de la implementación del Modelo es invaluable:**

- El comenzar a identificar riesgos implicó conocer a fondo nuestro hospital, como en el argot de los ingenieros se dice “*Bajar al Gemba***”, conocer cada uno de los procesos y los dueños de los mismos; y si bien descubrimos áreas de oportunidad también descubrimos talento y fortalezas en nuestro personal, e implícitamente se labró una relación más estrecha y confiable entre los mandos medios y el personal operativo.
- Una vez conocido el engranaje que mueve el hospital, siguió el ponerlo en movimiento con procesos acordes al Modelo de Seguridad del Paciente y entonces observar como los eventos adversos iban disminuyendo, y los centinelas no se volvían a repetir.
- Observar la mejora en los indicadores que intencionadamente medían los procesos clave priorizados para nuestro hospital, también fue motivo de satisfacción para todos los involucrados, el superar cada una de nuestras metas aumentaba la cohesión como equipo.
- Empezar a vivir la cultura de la Seguridad del Paciente, cuando los colaboradores ya sabían identificar los eventos adversos, se apegaban a los nuevos procesos y mejor aún reportaban riesgos, fue un momento crucial y de satisfacción para el equipo que liderábamos el proceso de implementación del Modelo y al que llamamos “*Staff de Calidad*”.
- Finalmente se concluyó el proceso de Certificación con un promedio de calificación de 9.4, lo cual nos otorgó un plazo de tres años como hospital certificado.

**** Gemba:** Concepto clave de Lean Manufacturing y significa “ver lo que sucede en las áreas de trabajo”.

La seguridad del paciente es un pilar fundamental para lograr la calidad en la prestación de los servicios de salud,

para garantizar calidad en nuestros procesos necesitamos un referente medible, cuantificable y que al mismo tiempo nos guíe y para ello contamos con una herramienta sinigual como lo es el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, el cual a través de mi experiencia puedo afirmar que es actualmente es la mejor vía para garantizar una atención segura y por lo tanto de calidad para nuestros pacientes.

Mi agradecimiento a todos los colaboradores que trabajaron conmigo y al igual que yo creímos en el Consejo de Salubridad General.

Mi invitación a todos los establecimientos de atención médica a creer en el Modelo de Seguridad del Paciente.

Y todo mi reconocimiento al Consejo de Salubridad General y especialmente al Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, por su loable labor incrustando estrategias de referencia internacional de seguridad del paciente en el Sistema de Salud Nacional.

La calidad es consecuencia de nuestras acciones en salud, de lo que hacemos, no hacemos o dejamos de hacer...



31

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

*Dra. Rosa Isela Sánchez Nájera
Directora de la Facultad de Odontología de la UANL y
Presidente de Escuelas y Facultades de Odontología de
América Latina y el Caribe*

La **Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León** creada un 05 de septiembre de 1939 es una Institución de enseñanza universitaria que es formadora de recursos humanos y prestadora de servicios involucrados en la salud bucodental de una población no solo para Nuevo León sino para gran parte del norte de México, hecho que nos compromete a trascender en el ámbito internacional y globalizado de las instituciones de educación superior. Cuenta con un programa educativo basado en competencias con la licenciatura y con 9 programas de posgrado, distribuidos en maestrías y especialidades; Maestría en Ciencias Odontológicas en el área de Odontopediatría, Endodoncia y Periodoncia con Implantología Oral, Especialización en Endodoncia, Especialización en Cirugía Oral y Maxilofacial, Maestría en Ortodoncia, Maestría en Odontología Avanzada, Maestría en Prostodoncia y Maestría en Ciencias de la Salud Pública.

El programa de licenciatura oferta la carrera de Cirujano Dentista en diez semestres. Y con la creación de una Secretaría de Acreditación Pedagógica y en conjunto con la coordinación de seguimiento de egresados se realizan estudios que nos permiten realizar rediseños curriculares basándonos en los requerimientos de empleadores, en buscar mejorar los índices de aprobación y los resultados del examen general de egreso que presentan con CENEVAL, además de tomar en cuenta la percepción del docente.

Hoy en día estamos viviendo en un mundo que requiere de personas profesionistas que estén capacitadas y certificadas en su área y el Cirujano dentista no es la excepción. Teniendo una matrícula de 3559 estudiantes, la tarea no es fácil.



32

Estoy plenamente convencida de que la calidad debe verse como una cualidad necesaria para el bienestar de la práctica odontológica y el deber de las universidades es cumplir con la misión de formar profesionistas que basen sus conocimientos en evidencia científica de libros y en revistas indexadas y que lleven a la práctica la ciencia. Y esta calidad solo se puede lograr si se cumplen con estándares, indicadores que a través de organismos internos y externos nos confirmen que estamos haciendo las cosas bien y hacerlas de esta manera a la primera y siempre.



La Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León se comprometió en el año 2011 a llevar a cabo una evaluación de sus procesos administrativos y académicos a través del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008 y esto abrió las puertas a un mundo hasta ese entonces desconocido, un vocabulario nuevo, estándares e indicadores que se volvieron con el tiempo parte de la rutina diaria y creo firmemente que el trabajar de una manera ordenada y sistemática dio una mayor facilidad para lograr la renovación de la acreditación nacional por parte del CONAEDO Consejo Nacional de Educación Odontológica avalado por COPAES Consejo para la Acreditación de la Educación Superior, en el año 2013. Y al tener la acreditación nacional se puede acceder a la búsqueda de acreditaciones internacionales, que en caso de la Facultad de Odontología se dio la oportunidad con la RIEV Red Internacional de Evaluadores en 2014, lo que nos ha permitido un intercambio estudiantil y docente en distintos países lo que nos posiciona en un lugar muy privilegiado ya que estamos accediendo a nuevas culturas y nuevas formas de trabajar que amplían el panorama de la educación. La Facultad robustece la formación académica con actualizaciones permanentes que hacen de los profesores un elemento central y que asume con inteligencia, la noble y generosa tarea de iluminar con entrega y compromiso ese desarrollo tecnológico y de innovación a la mente de los jóvenes. No dejando de lado nuestro compromiso como profesores tutores, asesores e investigadores.

¿Qué significó para la UANL comenzar a trabajar conforme el Modelo del Consejo de Salubridad General?

Identificación de riesgos, trabajo en equipo, organización, compromiso, y avanzar paso a paso para lograr una meta que parecía nunca llegar.

La Facultad de Odontología de la UANL en el año 2013, decide acceder a la verificación por parte de expertos para la Certificación de Unidades de Atención de Estomatología a través del Consejo de Salubridad General. Nos dimos a la tarea de conocer el Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente en clínicas estomatológicas y las metas internacionales de seguridad del paciente, estándares centrados en el paciente y en la gestión. Creamos el COCASEP (Comité de Calidad y Seguridad del Paciente) que analiza con un enfoque multidisciplinario y sistémico los riesgos o problemas de la calidad en la atención en la FOUANL y establece las actividades que serán implementadas para mejorar los procesos y los sistemas del establecimiento, para mantener la cultura de calidad, en Junio 2014 se realiza la autoevaluación basada en los estándares de Consejo de Salubridad General y con esto nos damos una idea de los cambios en infraestructura básica que teníamos que realizar para la seguridad de nuestros pacientes, personal clínico y no clínico (creación de rampas, señaléticas, rutas de evacuación de personal, botiquines de emergencia, creación de espacios para personas en sillas de ruedas, almacenamientos adecuados de Residuos Peligrosos y Biológico Infecciosos, cisternas, equipamiento de succión para las 420 unidades dentales), además de comenzar con la capacitación y concientización de todo el personal administrativo, docente y estudiantil de la Facultad de Odontología, realizamos campañas para dar a conocer un cambio de cultura en nuestro trabajo, además de la incorporación de la unidad de aprendizaje de Calidad y Seguridad en la Atención al Paciente en el cuarto semestre del Programa de la Licenciatura de Cirujano Dentista que comprende los temas de Calidad y Seguridad del Paciente como: Modelos de Calidad en Salud, Estrategias Internacionales en Seguridad del Paciente, Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente, Herramientas de Calidad entre algunos otros temas.

La seguridad en la atención odontológica en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León es uno de los componentes principales de la calidad y un derecho de nuestros pacientes.

El hablar de seguridad de pacientes en el contexto de una organización de salud implica generar varias medidas que van desde la prevención o minimización de fallas que conlleven la aparición de eventos adversos hasta la disminución de las consecuencias cuando el hecho se ha producido.

De esta manera la FOUANL fomenta el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende del error, y a la vez, se evite al máximo la ocurrencia de éstos mediante la implementación de barreras de seguridad.

Trabajar en la Universidad estos últimos 20 años me ha hecho sentir la necesidad de trabajar apegada a lo que creo que es mejor para los estudiantes, las Universidades tenemos que comprometernos, como lo estamos haciendo, y mi compromiso como directora es seguir apoyando los proyectos estratégicos de los organismos evaluadores, para mejorar la educación y la salud en el estado y de esta manera poder trascender en México para acrecentar y formar recursos humanos de alta calidad y que sobre todo se tenga el impacto en la comunidad y que esto beneficie a nuestros pacientes.

En 2017 la UANL estuvo lista para ser evaluada y yo me quedo pensando en que si la UANL puede con 420 unidades, 180 profesores y 24 clínicas, que pasaría si todos y cada uno de los dentistas que existen en nuestro país pudiéramos lograr lo mismo en nuestros consultorios particulares, entonces tendríamos la capacitación para poder atender a nuestros pacientes con calidad pero también con profesionalismo, con espíritu de servicio y con gran calidad humana.

Lograr la Certificación de Consejo de Salubridad General significó además multiplicación de resultados gracias al trabajar en equipo.

Las Universidades y su comunidad constituyen un buen ejemplo de lo que podemos hacer los mexicanos cuando existe un rumbo claro y de disposición, de actitud y compromiso de gente que se compromete a realizar las actividades requeridas con los más altos estándares de desempeño.



“El resultado de una Autoevaluación nos dice como estamos, la evaluación externa lo confirma.”

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS DEL ISSSTE DURANTE EL SISMO DEL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2017

Unidad de Calidad y Seguridad de Atención Médica (UCySAM)

El Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos trabaja bajo el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, esto permitió que en el sismo registrado el día 19 de septiembre a las 13:14:40 hrs, con intensidad de 7.1 grados en escala Richter, se actuara acorde a las siguientes acciones:

Antes del evento:

Como parte de las actividades relacionadas al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se tiene identificado como un riesgo externo los movimientos telúricos, y al ser un hospital clasificado por la SEGOB mediante el programa hospital seguro como un hospital rojo de alta resolución, razón por la cual está preparado para operar durante y después de una emergencia o desastre. Se cuenta con un programa de manejo de emergencias externas así como la integración del comité de protección civil que está conformado por personal capacitado (brigadas: comunicación, búsqueda y rescate, primeros auxilios, combate contra incendios y evacuación), rutas de evacuación identificadas, salidas de emergencia, escaleras de emergencia, zonas de menor riesgo, puntos de reunión, alerta sísmica y puestos de mando, lo que facilitó la participación del personal conforme al área en donde se encontraba de acuerdo a lo indicado por protección civil del gobierno de la Ciudad de México; debido a la estructura del hospital, se hizo repliegue en algunos servicios y en otros se evacuó de manera parcial las instalaciones, en el simulacro del sismo conmemorativo del 19 de septiembre que se programó a las 11:00 hrs.

Durante el evento:

Se llevó a cabo el repliegue del personal a las áreas de menor riesgo y la evacuación de los niveles sótano, planta baja y primer piso; debido a que la alarma sonó momentos después de iniciado el movimiento telúrico.



◀ *Repliegue durante el simulacro*



Evacuación después del siniestro ▶

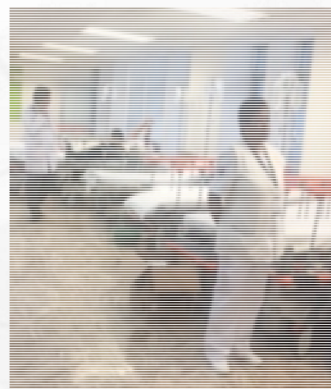
Después del evento:

El personal de mantenimiento y brigadistas evaluaron el estado inmediato de la instalación para determinar el nivel de seguridad después del movimiento sísmico, se hizo una búsqueda intencionada de lesionados, se verificó el funcionamiento de los servicios prioritarios para la operación del hospital (agua, electricidad, gases, etc), una vez garantizada la integridad de los edificios, se autorizó el ingreso a las instalaciones por parte de protección civil.

Conforme los medios de comunicación informaban del colapso de edificios cercanos al hospital y ante la posibilidad del arribo de pacientes lesionados después del sismo, así como de sobrevivientes rescatados de escombros y como parte del programa de manejo de emergencias externas, se suspendieron los procedimientos quirúrgicos programados de 5 quirófanos, se habilitaron 47 camas en las áreas de hospitalización, en la sala de espera del servicio de urgencias se dispuso de 12 camillas y 30 camas-camillas frente al mezzanine del hospital en caso de arribo masivo de pacientes.

Al respecto de la reconversión de estas áreas, se destinó material de curación que se tenía en stock, movilización de equipo médico necesario para la atención de pacientes críticos (camillas, equipos de rayos x, monitores, entre otros) así como de la concentración de personal médico, enfermería y administrativo para la posible recepción masiva de pacientes y brindar atención a población abierta.

En total se atendieron 132 pacientes lesionados, siendo la mayoría pacientes que requerían servicios de ortopedia, cabe mencionar que el personal del turno matutino que participó en éstas actividades permaneció hasta altas horas de la noche. Las condiciones de alerta y la instalación de áreas permanecieron activas durante 48 horas.



Además el hospital funcionó como centro de acopio de víveres, material de curación, ropa y productos de higiene, que fueron distribuidos por personal médico y administrativo de éste hospital regional.

Los resultados reflejados de los eventos registrados nos dejan las siguiente experiencias: fraternidad, compromiso, solidaridad, profesionalismo y trabajo en equipo; Pero sobre todo, la implementación de planes y la actitud proactiva de una institución que ofrece servicios de salud en apego al Modelo de Seguridad del Paciente.



La respuesta ante un desastre no se improvisa...es resultado de un trabajo planificado y colectivo



38

SEGUIMIENTO DE LAS 6 METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE; UNA MIRADA A 2 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN EN LOS HOSPITALES RURALES DE IMSS-PROSPERA

Dr. Fausto Sarabia Díaz
Responsable de Políticas de Calidad y Seguridad
IMSS - Prospera

Las Reglas de Operación del Programa (ROP) IMSS-PROSPERA emitidas en 2015 instruyeron para la implementación progresiva de las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) en los Hospitales Rurales.

Las ROP vigentes señalan que con el fin de proteger la seguridad de los pacientes atendidos en los establecimientos médicos del Programa, se desarrollarán programas de capacitación en cultura de la seguridad de los pacientes y serán objeto de seguimiento las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

En los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) de los Hospitales Rurales se autorizaron paulatinamente las políticas de las 6 MISP donde quedaron descritas las Recomendaciones para sistematizar y homogenizar las barreras de seguridad necesarias para su implementación a través de acciones de difusión, capacitación, monitoreo y supervisión con el involucro y coordinación de las jefaturas de enfermería y los Gestores de Calidad y Educación en Salud.

A dos años de la implementación de las 6 MISP, la División de Enfermería y el responsable de políticas de Calidad y Seguridad Dr. Fausto Sarabia Díaz convocaron para recopilar la experiencia de su implementación a través de evidencias con las “Memorias Fotográficas de las MISP”.

1. La recopilación fue de carácter de obligatorio a todos los Hospitales Rurales del Programa IMSS-PROSPERA.
2. Generalidades: los 80 Hospitales Rurales participaron en el envío de las memorias fotográficas de las MISP
3. Especificaciones de las evidencias
 - 3.1. Una Foto por cada Meta Internacional de Seguridad del Paciente por cada Hospital Rural.
 - 3.2. Al pié de cada foto poner el título la Meta y el Nombre del Hospital Rural.
 - 3.3. Las 6 fotos, se enviaron por medio electrónico.
 - 3.4. La Jefatura de enfermería de la Unidad en coordinación con el Responsable de Políticas de Calidad y Seguridad del Paciente participaron en la recopilación y selección de las mejores muestras fotográficas.

39

3.5. Las mejores fotografías serán seleccionadas para ser consideradas en la reseña fotográfica de la implementación de las MISP en el Programa IMSS-PROSPERA y se realizará una selección para publicarse en la Gaceta SiNaCEAM

Resultados: se recibieron 600 fotografías en medio electrónico de las cuales quedaron como muestra una foto por Meta Internacional de cada Hospital Rural.

Las mejores fotografías de las Delegaciones/ Hospital seleccionadas fueron:

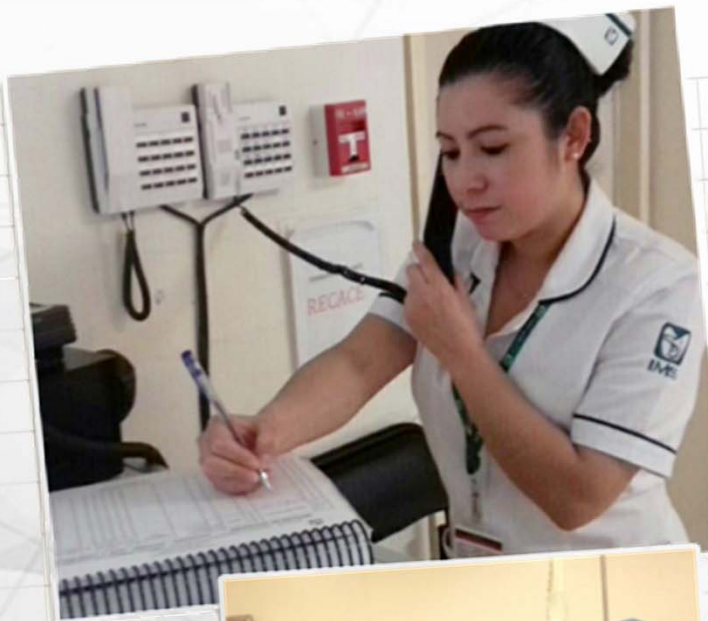
- ✓ San Quintín, baja California
- ✓ Amanalco, Estado de México
- ✓ Tuxpan, Michoacán
- ✓ Zacapoaxtla Puebla
- ✓ Ixtepec, Puebla
- ✓ Charcas, San Luis Potosí
- ✓ Papantla de Olarte, Veracruz
- ✓ Izamal, Yucatán
- ✓ Tlaltenango, Zacatecas

La Unidad del Programa IMSS-PROSPERA enviará un reconocimiento a los Hospitales Rurales ganadores.



Hospital Rural No. 12 Concepción del Oro, Zacatecas y Hospital Rural No. 14, Matehuala San Luis Potosí, primeros Hospitales Rurales Certificados en el país (Marzo y Septiembre 2017, respectivamente)

40



UNIDAD DEL PROGRAMA
IMSS-PROSPERA



41



UNIDAD DEL PROGRAMA
IMSS-PROSPERA



CÁPSULAS

culturales

CAP. NAV. SSN. MC. N. P. DERM.
LUIS ALBERTO BONILLA ARCÁUTE
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE SANIDAD NAVAL

Nació en la ciudad de Tampico, Tamaulipas el 14 de enero de 1969. A los 06 años ingresó al Colegio Simón Bolívar en la Ciudad de México donde llevó a cabo el taller de artes plásticas y conoció las diferentes técnicas de pintura; en ese periodo realizó un taller de verano de pintura y escultura en el Museo de Arte Moderno. Durante sus estudios en la Preparatoria La Salle ingresó al taller de grabado con el maestro Jazzamoart, donde realizó grabados en madera y linóleo por tres años.

Sus estudios universitarios los realizó en la Escuela Médico Naval y es durante el año 1990 cuando realizó en el Centro Universitario Cultural su primera exposición individual.

En el transcurso de los siguientes años posterior a graduarse como Médico Cirujano Naval expone en las ciudades de Salina Cruz Oaxaca, Coatzacoalcos Veracruz, Mazatlán Sinaloa. Así mismo en el Club Suizo de la Ciudad de México y en la Delegación Azcapotzalco.

En abril del 2016 en el Museo Naval de Veracruz presentó sus obras en la "Primera Exposición Temporal de Artistas Navales" la cual tuvo como objetivo fomentar las bellas artes dentro del personal naval.

Concluyó la licenciatura en administración de empresas y derecho y se especializa en Dermatología y Dermatología Quirúrgica.

Su obra es figurativa y ha ido evolucionando desde el lápiz en color sobre algodón hasta las técnicas mixtas que combinan óleo, acuarela, acrílico sobre papel de algodón y tela. Existiendo una influencia importante entre su formación académica y los temas que se tratan en su obra.

Reproducción Mundial, 1995
Técnica Mixta sobre tela ▼



▲ *Copia Fiel, 1992*
Técnica Gis Pastel en Papel

CÁPSULAS

culturales

MATERNIDAD PÉRDIDA, 2006

CAP. NAV. SSN. MC. N. P. DERM.
LUIS ALBERTO BONILLA ARCÁUTE.

Arte figurativo que representa una silueta de tiro en cuyo interior se está gestando una vida, esta se relaciona en su entorno con su mundo interior, el nuevo ser y un puente de conexión con el exterior, la simbología prehispánica combinada con elementos que representan la vida y el amor (corazón) resaltan este vínculo constante, a escasos centímetros de corazón presenta un orificio de proyectil de arma de fuego que representa esos segundos que pueden modificar toda una vida, unos planes, que se ven truncados por un evento fortuito que desconectan las tres esferas antes mencionadas, la figura femenina, creadora, se encuentra suspendida en el tiempo y en su piel denota que esta formada de células en contante recambio y regeneración. Los colores azules representan el cielo y el agua fuentes de vida y creación.

Maternidad Perdida, 2006
Técnica Mixta sobre tela ►



CÁPSULAS

culturales

**TTE. NAV. SSN. MC. N. P.
LIZBETH CHAVEZ VALDEZ**

**SUBDIRECTORA MÉDICA DE LA DIRECCIÓN GENERAL
ADJUNTA DE SANIDAD NAVAL**

Nació en la Ciudad de Toluca, Estado de México el 05 de noviembre de 1980. A los 18 años ingresó a la Escuela Médico Naval donde concluye sus estudios de Licenciatura y en enero del 2012 realiza el Diplomado de Medicina Hiperbárica y Subacuática impartido por la USA NAVY en la Escuela de Búsqueda Rescate y Buceo de la Armada de México, en la Ciudad de Acapulco Guerrero.

Actualmente se desempeña como Subdirectora Médica de la Dirección General Adjunta de Sanidad Naval.

A los 09 años manifestó su gusto por las Bellas Artes incursionando de forma nata en la caricatura y dibujo al carbón, a los 13 años realizó el Curso de Pintura y Artes Plásticas en la Casa de Cultura de la Ciudad de Toluca y a los 17 años realizó el Curso de Pintura en Acuarela, en el Museo de Acuarela de la Ciudad de Toluca, inclinándose por el paisajismo y figura humana.

En abril del 2016 en el Museo Naval de Veracruz presentó sus obras en la "Primera Exposición Temporal de Artistas Navales" la cual tuvo como objetivo fomentar las Bellas Artes dentro del personal naval.

Una base de su inspiración ha sido la figura humana, considerando con ello la conjunción perfecta entre el arte de la medicina y la pintura, siendo la estructura anatómica humana la obra de arte suprema por dios.



*Paseo por Nuestro Lugar, 2003
Acuarela*

*Viéndote partir, 2003
Acuarela*

*Inspiración, 2004
Acuarela*

CÁPSULAS

culturales

TTE. FRAG. SSN. QFB.

CELESTE D' ABRIL RUIZ LEYJA

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FARMACOECONOMÍA DE LA
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SANIDAD NAVAL

Es originaria de la Ciudad de México y nace el 29 de abril de 1983. Durante el 2007 se gradúa como Química Farmacéutica Bióloga egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México, Alma Máter que le permite vivir su pasión por la ciencia y la investigación. Realiza la Especialidad en Sistemas de Calidad y ha cursado diversos Diplomados en Medicina Genómica, Farmacovigilancia, Farmacoeconomía, entre otros.

Actualmente se desempeña como Jefa del Departamento de Farmacoeconomía de la Dirección General Adjunta de Sanidad Naval en la Secretaría de Marina y es Evaluadora de Hospitales del Consejo de Salubridad General. Abril

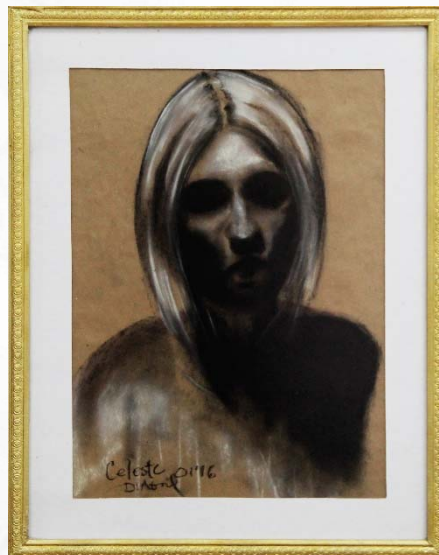
En abril del 2016 en el Museo Naval de Veracruz presentó sus obras en la “Primera Exposición Temporal de Artistas Navales” la cual tuvo como objetivo fomentar las Bellas Artes dentro del personal naval.

Su interés innato por las Bellas Artes ha sido evidente a lo largo de su vida; sin embargo, es en noviembre del año 2015, cuando tras asistir a una sesión libre de dibujo con modelo se despierta su interés por explorar sus habilidades artísticas y comienza su preparación en técnicas de pintura en el Foro Cultural Goya, ubicado en las Colonia Roma de esta Ciudad de México.

Consciente de que mucho camino por recorrer y aprender en el ámbito artístico, presenta orgullosamente su segunda exposición temporal en las instalaciones de la Secretaría de Salud y en la Gaceta de Otoño 2017 del Consejo de Salubridad General, mostrando algunas obras que forman parte de su inicio en la pintura, invitando al público a experimentar el “crear” arte, porque el “arte afina los sentidos” y cambia la manera de mirar el mundo.



*Hombre Demente, 2016
Pastel sobre papel*



*Existencia Sombría, 2016
Pastel sobre papel*



*Vida después de la Muerte, 2016
Pastel sobre papel*

46

CÁPSULAS

culturales



Las obras de los tres autores de la Secretaría de Marina se encontrarán en Exposición Temporal hasta el 15 de enero de 2018 en las Oficinas del Secretario del Consejo de Salubridad General, ubicadas en Lieja No. 7 Piso 2, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, CDMX.



SiNaCEAM

Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica

www.csg.gob.mx