

GACET SiNaCEAM



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

COLABORADORES

Fotógrafo Sam Carrera

Mtra. Merary Merced Chávez Mancilla

Lic. Enf. Cuauhtémoc Campas González

Lic. Adriana Díaz Tovar

EEC. Cleotilde de la Cruz Martínez

Dra. Jessica Belinda Escobedo Peña

C. Antonio Gómez Gutiérrez

Dra. María Guadalupe Martínez León

Dr. med. Rodolfo Márquez Martín

Mtra. Montserrat Puntunet Bates

Dr. Mario Dumith Quintero Cruz

Dr. med. Víctor Manuel Peña Martínez

Dr. Juan Antonio Rodríguez Araujo

Dr. Jorge Salas Hernández

Mtra. María del Rosario Vázquez Larios

GACET

SiNaCEAM 2018



EN PORTADA

Título: Luna Azul
Descripción: Palma del Desierto
Lugar: Altiplano Potosino, SLP.
Autor: Fotógrafo Sam Carrera

CEREMONIA DE CERTIFICACIÓN 2018

El 17 de abril de 2018 celebramos la IX Ceremonia de Certificación en cual reconocemos públicamente a las organizaciones que fueron dictaminadas como CERTIFICADAS en el período de enero 2017 a abril 2018, y además se reconoció a las instituciones que colaboraron con la difusión del Modelo de Seguridad del Paciente y que apoyaron en el mismo período al SiNaCEAM; asimismo, se otorgaron reconocimientos a las personas que participaron como evaluadores, profesores y colaboradores.

En esta Ceremonia 2018, se entregaron 545 certificados y reconocimientos a personas y organizaciones de las siguientes instituciones que abarcan 30 entidades federativas:

- *Secretaría de Salud Federal*
- *Secretarías de Salud Estatales*
- *Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional*
- *Sanidad Naval de la Secretaría de Marina*
- *Instituto Mexicano del Seguro Social*
- *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*
- *Institutos Nacionales de Salud*
- *Hospitales Federales de Referencia*
- *Hospitales Regionales de Alta Especialidad*
- *Programa IMSS-Prospera*
- *Petróleos Mexicanos*
- *Instituciones Universitarias*
- *Instituciones Privadas*

La Ceremonia se llevó a cabo en el Auditorio del Centro Militar de Ciencias de la Salud (CEMICSA) y fue presidida por el Secretario de la Defensa Nacional, el Secretario de Marina, el Secretario de Salud Federal y el Secretario del Consejo de Salubridad General. Se contó con una asistencia de más de 100 personas.



CEREMONIA DE CERTIFICACIÓN 2018

Esta Ceremonia es muy importante ya que es la primera vez en la historia de la Certificación que se encuentra Certificada al menos una unidad de cada una de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud y continuamos con una gran participación y apoyo de las instituciones privadas. El año pasado certificamos por primera vez a Hospitales Rurales del Programa IMSS-Prospera, a la primera unidad del ISSSTE; la Clínica Hospital Huauchinango, y a los primeros centros de salud de una secretaría estatal, la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.

Por último, cabe resaltar que el Modelo fomenta en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende del error, y a la vez, se evita al máximo la ocurrencia de éstos mediante la implementación de barreras de seguridad de forma estandarizada y sistémica, con el principio de **“la manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias”**; con un enfoque de sistema lo cual implica, ver a la organización como un “todo”, en donde cada una de sus partes está involucrada y contribuye a los resultados en el paciente.

Trabajar con este enfoque requiere del involucramiento y la participación de todas las áreas y personas que conforman la organización.; así como el Consejo de Salubridad General a través del SiNaCEAM se articula con otras organizaciones e instituciones para mejorar la calidad y seguridad del paciente en nuestro país.



DISTINTIVOS SiNaCEAM

Con la finalidad de **agregar valor e incentivos a la Certificación**, de conformidad con lo establecido en el artículo 29 inciso c) del Reglamento Interno del SiNaCEAM, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) autorizó que el SiNaCEAM otorgue un **DISTINTIVO** por cada Sistema Crítico del Modelo de Seguridad del Paciente que implementen (Prevención y Control de Infecciones, Manejo y Uso de Medicamentos, Gestión y Seguridad de las Instalaciones, Competencias y Capacitación del Personal); como primeros pasos para lograr la certificación.

Además, se otorgará un **DISTINTIVO DE EXCELENCIA** a las organizaciones certificadas que hayan obtenido calificación mayor o igual a 9.5 en el primer dictamen (5 años de certificación) y



Ética, calidad y trato digno para médicos en formación; necesidad social urgente

Dra. María Guadalupe Martínez León. Coordinadora de Calidad del Hospital Zánitas, Evaluadora y Profesora del SiNaCEAM

El médico es uno de los profesionales que requiere un proceso de formación de los más complejos y extensos que existen actualmente, dentro del programa académico se estudian todas las materias que se requieren para entender la composición y funcionamiento del cuerpo humano, como lo son la anatomía, la fisiología, histología, bioquímica, entre otras, así como aquellas para entender de qué se enferma el cuerpo humano y el mejor tratamiento para ello, entre estas materias se encuentran: patología, anatomía patológica, propedéutica médica, estudios diagnósticos, farmacología y las diferentes materias consideradas como troncales o básicas de las especialidades médicas; ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna, y algunas más como traumatología y ortopedia; dentro de estas materias claro, existen las subespecializaciones, y otras, sin embargo, durante toda esta educación no existe el mismo interés hacia la formación ética del alumno, ni a la adquisición de las competencias para su aplicación posterior, (Couceiro, 2008) (Liras & Arenas, 2010).

Para que el alumno de medicina desarrolle sus conocimientos y habilidades de forma integral, toda la formación académica es acompañada de una práctica continua la cual es ejercida a través de diferentes experiencias y situaciones a las que es expuesto el estudiante; sin embargo, como se pudo haber notado, no se menciona la formación ETICA, y mucho menos todo aquello que va relacionado con aprender a desarrollar una atención clínica de CALIDAD, que garantice o ayude a minimizar el riesgo en la atención que se brinda como profesional sanitario para todos los ciudadanos que acuden con el médico en busca de recuperar su salud (Institute of Medicine Report, 2000); no recibimos como médicos una formación integral en la cual nos enseñen sobre los riesgos de la atención y la forma de reconocerlos, para luego trabajar en ellos y disminuirlos a través de estrategias de SEGURIDAD DEL PACIENTE (Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General) y sobre todo implementación de BARRERAS DE SEGURIDAD CLÍNICAS a través de procesos bien diseñados, basados en evidencia y en buenas prácticas, o sobre cómo lograr una mejora continua en la atención que se brinda a la población, una atención segura y un trato digno a todo enfermo, a todo ciudadano que se acerque a solicitar una consulta médica (Ekles, Meslin, Gaffney, & Helft, 2005) (Viggiano, Pawlina, Lindor, Olsen, & Cortese, 2007).

Por otra parte, durante la formación práctica intervienen múltiples factores del entorno del estudiante de medicina para determinar posteriormente su actuar como profesional, tales componentes son tan sencillos como el convivir con sus compañeros, o tan complejos como el propio trato que recibe de maestros, otras disciplinas de la salud y de la misma sociedad (West & Shanafelt, 2007) (Hafferty, 2009). En Europa, existe un organismo, la “European Higher Education Area”(EHEA), documentado en la Carta Magna Universitaria en Bolonia (1988), creado con la intención de homogeneizar los sistemas educativos nacionales, a su vez, permitir competir por oportunidades de trabajo dentro de Europa (Carrasco, et. al, 2011). Esto como una respuesta a esta a las necesidades cada vez más apremiantes en la educación médica.



The doctor: Una semblanza iconográfica de Sir Luke Fildes (1891), conservada en la Galería Tate de Londres, que despierta los más gratos recuerdos de la mística con que se ejercía la profesión médica hasta hace algunos años. En plena época victoriana, el médico parece esperar la crisis de la enfermedad del niño enfermo, después de una noche en vela (la claridad del alba parece vislumbrarse por las rendijas de la ventana cerrada). En actitud meditabunda, la mano en el mentón, reclinado sobre el paciente parece estar dispuesto a esperar el tiempo que haga falta hasta el desenlace de la enfermedad que le ha obligado a pasar la noche fuera de casa.

El presente ensayo es la combinación de la experiencia personal adquirida durante la formación académica, así como la práctica profesional sumada a las ideas de diferentes autores con la capacidad y reconocimiento tanto por su expertis como por sus publicaciones.

Todo inicia cuando recibes la noticia que has sido aceptado para cursar la carrera de medicina, la vida cambia instantáneamente, si en la familia no hay un médico, la familia considera que a partir de ese momento ya lo eres, realidad curiosa, ya que inmediatamente solicitan tu consejo para diferentes situaciones, aún cuando no te has inscrito si quiera a la universidad; el rol que se juega como miembro de la familia y de la sociedad cambia, aunque algunas cosas no lo hacen (West & Shanafelt, 2007) (Hafferty, 2009) . Todo esto lo menciono como parte importante de la misma formación, ya que las experiencias que se viven establecen el inicio del currículum oculto del estudiante de medicina (Hafferty & Franks, 1994).

Ya dentro de la carrera, la carga académica de las materias mencionadas anteriormente comienzan a ser una tarea difícil, que va requiriendo para lograr la meta de cumplir con todas ellas, además se requerirá de gran tenacidad, motivación interna y personal respecto al por qué se hace lo que se hace; comienzan a disminuir otras actividades que antes eran parte de la vida normal, como el salir a convivir con los amigos, familiares o realizar actividades deportivas y recreativas como solía hacerse, todo esto queda atrás y son necesarias adaptaciones en la vida del estudiante, como el resistir el hambre, el sueño, aprender a callar y aceptar órdenes, aprender que la ciencia debe regir tu conducta y actuar como profesional (Cassell, 2005). Disminuye el contacto humano que te mantiene sensible a necesidades o situaciones cotidianas, aprendes, vives y relacionas la mayoría de las cosas de acuerdo a lo que ves en el aula y posteriormente lees en el libro y contestas en un examen (Iglehart, 2008) (Hafferty, 1998) (Frank, Carrera, Stratton, & Bickel, 2006).

La situación actual en la mayoría de las escuelas de medicina en México y en gran parte del mundo, es que no enseñan en la formación académica, práctica, ni currículo oculto, los principios éticos básicos y elementales, se enseña una relación médico-paciente basada en la evidencia, en la ciencia, no en el ser, queda incompleta la relación humano-humano, para poder llegar a la dignidad propia del paciente, el trato que se aprendió en el aula es científico, el trato que recibió el estudiante de medicina es científico, estricto, con restricción de sus necesidades básicas fisiológicas sociales, con relaciones humanas limitadas (Frank, et. al, 2006) (Ozolins, Hall, & Peterson, 2008). Un estudio realizado por Silverbeberg y col. en el cual participaron 134 instituciones educativas, de las cuales 118 eran escuelas de medicina alópata y 16 homeopáticas se les envió un cuestionario, del cual sólo se obtuvo respuesta de 88(71%), encontraron que 69 escuelas cuentan con un programa de bioética bien estructurado, 10 un currículo y 7 (6%) no tiene programa, sin embargo, llama la atención que no menciona ni se evalúa la calidad de la enseñanza, menciona que 63 (51%) instituciones enseñan 40 horas (Haidet & Stein, 2006) (Carrasco, et. al, 2011). Otro estudio fue realizado por Lehmann y col. este estudio fue realizado al mismo tiempo en instituciones educativas de Estados Unidos y Canadá, un total de 131 escuelas, 125 de Estados Unidos y 16 de Canadá, de éstas el 78% a contaba con una materia de ética, y con el mismo problema que en el Estudio de Lehmann y col., existe la materia, pero se carece de profesores adecuados, es un número de horas reducidas y con dificultad para las mismas, entre otros (Brainard & Brislen, 2007) (Carrasco, et. al, 2011).

Si bien el concepto de salud en general se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” OMS (1948). Pudiéramos decir por tanto, que el estudiante de medicina y posteriormente el profesional de la salud, no vive en completo estado de salud y no se le brindan las herramientas básicas y fundamentales para sobrellevar de una manera totalmente digna y ética su actuar (Ekles, et. al, 2005); el estudiante de medicina aprende a sobrevivir a su formación académica científica, y luego nos preguntamos, ¿por qué el médico realiza diversas acciones o toma ciertas decisiones? Basadas en qué premisas son sus decisiones (Frank, et. al, 2006) (Brainard & Brislen, 2007). Si la vida del estudiante de medicina se convirtió en únicamente las aulas y libros y lo que la sociedad le aporte como solicitantes de su atención ¿qué esperaríamos obtener del conjunto de todos estos factores?

En México podemos hablar acaso de que ¿en algún momento se le enseñó al estudiante de medicina en el aula, en el libro, la medicina basada en valores y no sólo en evidencia?, ¿acaso se enseñó al estudiante lo que significa un trato digno?, ¿acaso en el currículo oculto el estudiante recibió un trato digno?, ¿en qué momento se le enseñó lo trascendente que es la **SEGURIDAD DEL PACIENTE** y más aún las estrategias que existen para ello y para brindar una atención de verdadera calidad? ¿en qué parte de la formación médica quedó todo lo que la filosofía y lo que la sociedad exige al médico de ética, respeto, trato digno, honestidad, transparencia, calidad?, cuando el médico, en su mayoría de ocasiones desconoce siquiera los significados de esto, no por ignorancia, sino porque en su aprendizaje se le ha exigido la ciencia como la base y como el fin (Cassell, 2005). En el 2007, se realizó un estudio en las universidades de México, por García-Guerrero y col., participaron 48 escuelas de medicina públicas y 26 privadas, 72% cuentan con la materia de ética exclusivamente teórica, 3% como materia optativa (Carrasco, et. al, 2011).

Los principios éticos que la familia brinda a cualquier ser humano siempre serán la base para recibir o no recibir valores agregados e importantes. Cabe mencionar que los principios éticos familiares no incluyen todos los valores profesionales, los valores universitarios, los valores académicos, la ética profesional, ¿dónde deberíamos aprenderlos? (Shelton, 1999) (Patenaude, Niyonsenga, & Fafard, 2003). Si bien, durante la formación académica universitaria existe la materia de ética, ¿acaso esta materia se da de igual forma en todas las escuelas?, ¿recibe el crédito y valor real que se requiere?, ¿el estudiante de medicina es expuesto realmente a las situaciones éticas guiadas, así como lo es a la ciencia? (Ekles, Meslin, Gaffney, & Helft, 2005) (Couceiro, 2008).

Existen Universidades que ya están orientando a sus alumnos cada vez más hacia la cultura ética y dando la importancia real de la misma. Eckles y cols. realizaron una revisión sistemática muy interesante y completa tratando de responder a cuestionamientos cada vez más generalizados, su revisión la hicieron de 26 años atrás a la realización del estudio en el 2004, 59 artículos, encontrando que no existe consenso para la enseñanza ética, surgen dos visiones, una hacia la formación de médicos con competencias basada en solución de problemas y otra hacia médicos virtuosos (Ekles, Meslin, Gaffney, & Helft, 2005) (Carrasco, et. al, 2011).

La sociedad es otra parte importante de la formación del estudiante de medicina, los medios de comunicación, entre otros, que si bien, son influencia para toda la sociedad en sí; particularmente del área médica exhiben un estándar de televisión para una situación real de carencia, se piden cualidades únicas en el médico, cuando no se brindan las oportunidades para adquirirlas. Hay una sociedad si bien cada vez más exigente, lo cual nos impulsa a la mejora, es menos tolerante, lo que involucra violencia en ocasiones; la sociedad debe virar no sólo a la exigencia, lo cual es parte importante, sino al involucramiento en la salud y en la misma formación de lo que se desea exigir o solicita como cualidad (Frank, Carrera, Stratton, & Bickel, 2006) (Suchman, Williamson, & Litzelman, 2004). Como es sabido, el estudiante de medicina en México, realiza su práctica médica y propio aprendizaje en los hospitales escuela del Sistema Nacional de Salud, ya sea en la secretaría de salud, IMSS, ISSSTE, etc., e incluso hospitales privados, donde se aprende haciendo, donde la relación médico-paciente no se simula, se vive, donde el estudiante visualiza las necesidades de salud de la sociedad, y reconoce a su vez, lo que la sociedad le ofrece (Osuch, 2009) (Couceiro, 2008) (Suchman, Williamson, & Litzelman, 2004).

Sabemos que existen profesionales de la salud que son considerados como verdaderos ejemplos de vocación, por su compasión y por el trato que brinda a sus pacientes, por llevar a su máxima expresión la relación médico-paciente, también existen profesionales excelentes con la ciencia, quienes tienen los conocimientos más avanzados en tecnologías y procedimientos innovadores, no necesariamente en cuanto a la relación médico-paciente, así como también existen médicos investigadores, médicos clínicos, médicos salubristas (su enfoque no es a un paciente enferme, sino a conocer de qué se enferma la sociedad y su mejor opción), médicos administradores, médicos calidólogos (su enfoque es centrado en la seguridad del paciente, pero no exclusivamente estando en contacto directo con el paciente, es un concepto mucho más amplio la visión es todo el sistema de atención, el paciente es el hospital, incluso el mismo sistema de salud, lo que los afecta y lo que los orienta hacia la calidad y su mejora continua, lo que los hace seguros para la población y sus necesidades de salud) (Haidet & Stein, 2006).

Entre tan variadas opciones tan iguales y diferentes, situaciones diferentes geográficas, políticas, económicas, sociales dentro del mismo país, ¿qué es lo que impulsa al médico a hacer lo que hace y tomar las decisiones que requiere? **¿Cómo, como sociedad evaluamos el desempeño médico?** En base a lo que recibimos y necesitamos **¿cómo aportamos al desempeño del profesional de la salud?** (Liras & Arenas, 2010).

Existen muchas teorías sobre las motivaciones de las personas, las diferentes motivaciones de las profesiones, las motivaciones incluso de los delincuentes, las características y motivaciones de los grandes líderes, etc. Guerrero encontró que 55% de los estudiantes de medicina no son motivados por sus profesores, lo más impactante es que sólo el 5% conoce el fundamento ético para tomar decisiones (Carrasco, et. al, 2011).

Hablamos mucho de calidad, utilizamos la palabra para calificar o descalificar diferentes situaciones; la calidad de la atención clínica definida como: "**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**" (Donabedian, 1980) y más tarde definida por la OMS como "**Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o 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**". Sucede no en raras ocasiones, que sin saber los conceptos básicos, el mismo profesional de la salud, se le solicita sea un profesional de calidad y se le califica en base a ello, o en base a lo que se considera calidad y de igual manera, la calidad requiere un imperativo ético (Álvar & Suñol, 2012).

Es importante que la cultura de la calidad inicie desde el proceso de formación mismo, ya que cuando se desea hablar de cultura, el mejor momento para empezar es ahora, dejarlo para después, ya es tarde; y así lo vemos en la mayoría de nuestros hospitales y servicios de salud, sobre todo del sistema público, que olvidamos que podemos mejorar y que los pacientes acuden en busca de un servicio que les brinde seguridad, que les brinde ese confort (Álvar & Suñol, 2012), y esa relación interpersonal que les transmita la confianza y empatía, trabajamos como obreros, realizando trabajo en serie, un paciente tras otro, y si trae un padecimiento que no corresponde a mi área, no le pregunto más, pase a la siguiente ventanilla, con el siguiente profesional que sólo se enfocará de igual manera al problema correspondiente con su área de especialización, dividimos al ser humano en partes corporales, lo cual en ocasiones nos oculta el verdadero problema (Couceiro, 2008).

Sabemos que existen muchas quejas de atención, de trato digno y de la información que se le proporciona al paciente o familiar, son de las quejas más frecuentes, al igual que el tiempo de espera, si el médico está ocupado, podemos entender que el tiempo de espera es lógico y deseamos que de igual manera cuando seamos atendidos nos otorguen el tiempo necesario, ni más ni menos, para atender nuestro problema de salud, pero, y ¿por qué el mal trato del médico hacia su paciente?, ¿por qué no explicar a un paciente su padecimiento y su tratamiento? ¿por qué luego suceden los errores de medicación, incluso cuando el paciente se encuentra en su domicilio siguiendo el tratamiento y no se le instruyó adecuadamente por lo que puede ocurrir que no siga el tratamiento y por tanto no se obtenga el resultado esperado, la recuperación de la salud; no es esto otra forma de maltrato?. Y ¿quién se encarga entonces de garantizarnos un trato digno, y una atención segura?, ¿no es acaso el mismo profesional de la salud y su profesionalismo? (Hafferty, 1998).

Si revisamos el currículo de la mayoría de las escuelas, en sus programas no se oferta la materia de calidad de la atención médica, por lo que son temas que el estudiante de medicina desconoce, y posteriormente el profesional de la salud, realiza su mayor esfuerzo con lo poco que sabe o como cree que es mejor, o como ha visto o le han enseñado que es mejor (Hafferty, 1998). Al estudiante de medicina, como lo mencionamos anteriormente, se le enseña anatomía, se le enseñan los padecimientos y cómo deben ser tratados científicamente, no cómo tratar a las personas, incluso no se le enseñan las definiciones básicas, los conceptos y teorías básicas sobre la calidad y seguridad del paciente, si bien son varios temas que han ido adquiriendo auge en los últimos años, también son temas en los que en México aún estamos rezagados, y no nos decidimos a trabajarlos desde la formación académica, nos hace falta la enseñanza estandarizada, basada en competencias (Couceiro, 2008).

Conocemos las diferentes situaciones que se consideran como inseguras en los hospitales, que van desde adquirir una infección asociada a la atención a la salud hasta el robo de infantes dentro de la institución, cirugías o procedimientos erróneos, etc., situaciones muy bien documentadas alrededor del mundo, varias publicaciones lo han descrito, el mejor ejemplo es el famoso libro llamado “Errar es humano”, el cual nos menciona que “*se producen de 44,000 a 98,000 muertes anuales por errores asistenciales*” (Institute of Medicine Report, 2000), pero, ¿sabemos trabajar bajo esta inseguridad en nuestras unidades de salud al igual que lo hacemos con una enfermedad?, o simplemente nos justificamos o nos quejamos, o juzgamos y sancionamos, sin aprender de esos errores y por tanto sin mejorar, volviendo a equivocarnos una y otra vez, incluso en los mismos centros de atención médica; posteriormente la prensa y la población se encargan de castigar y juzgar al personal y a la institución nuevamente, sin producirse una mejora substancial (Institute of Medicine Report, 2000) (Haidet & Stein, 2006).

Desde esta perspectiva, la propuesta es desde el inicio de la formación médica concientizar al estudiante de medicina en todo lo que implica su profesión, no sólo es aprender enfermedades y tratamientos, es ser ético, es brindar una atención segura, con calidad, con calidez, basada en evidencia, principios éticos, valores, en conocimientos, con una cultura de mejora continua, con la ruta de la calidad y de la mano con la sociedad y la integración del paciente y su familia como parte fundamental y central de la atención (Inui, 2003) (Hafferty, 1998) .

Existen en México programas académicos innovadores como lo son el del **Tecnológico de Monterrey** y el de la **Universidad Autónoma de Nuevo León**, ambos han incluido temas de calidad de la atención clínica en la currícula para la formación médicos a nivel pregrado. Cabe mencionar que si bien existen resultados inmediatos de estas innovaciones, como lo es una mayor consciencia en la seguridad del paciente, el mayor impacto podrá conocerse en un plazo más grande cuando dichos estudiantes se integren al mercado laboral.

Así pues, podemos decir que no es un camino virgen el que se propone se trabaje, sin embargo, ha sido un camino solitario para las instituciones que inician, si bien, se han establecido programas o iniciativas nacionales para implementación de sistemas similares en todas las escuelas de medicina, éstos no han florecido de la manera adecuada, o cabe mencionar, no han recibido el impulso e importancia que se merece, no se ha hecho la reflexión a nivel social de la importancia de lo que se ha implementado en el ITESM y UANL , así como de la necesidad de la misma sociedad de promover el desarrollo de dichos proyectos en todas las escuelas de medicina del país (Suchman, Williamson, & Litzelman, 2004) (Hafferty, 1998); no basta con que una escuela lo implemente, ese es el inicio y la semillita, todos debemos colaborar para que crezca y no sea solo una flor, sino crear el campo fértil lleno de flores.



Evaluadores y Profesores del SiNaCEAM, egresados de la especialidad de Calidad de la Atención Clínica del Tecnológico de Monterrey



EXPERIENCIAS EXITOSAS

17

LA EXPERIENCIA DEL INER EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL Y EL PROCESO DE EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN.

Dr. Jorge Salas Hernández.. Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Lic. Adriana Díaz Tovar.. Directora de Planeación Estratégica y Desarrollo Organizacional del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Recientemente el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas obtuvo la certificación en el Modelo de Seguridad del Paciente que otorga el Consejo de Salubridad General (CSG), mismo que refrenda nuestro compromiso con la mejora continua. Hoy tenemos claro que la certificación se trata de un proceso de planeación, análisis, difusión, entendimiento, aplicación, supervisión, medición, corrección y discusión siempre de forma interdisciplinaria y colaborativa, es decir, es un proceso integral de permanente aprendizaje y mejora continua.

La implementación se llevó a cabo a través del nombramiento de líderes, cada uno dirigiendo un grupo multidisciplinario de profesionales de diversas áreas, donde se llevaron a cabo múltiples sesiones de trabajo de análisis y discusión, siempre con una visión propositiva y crítica que nos permitió reconocer las posibles áreas de oportunidad con la finalidad de mejorar en todo momento los procesos de atención médica y priorizando el bienestar de nuestros pacientes. Este desarrollo no se construye de la noche a la mañana, requiere de un periodo razonablemente extenso de tiempo pero con la garantía de obtener los mejores resultados para la institución.

El INER tiene una plantilla de 2300 trabajadores, distribuidos en 6 turnos laborales, todo ello en un hospital horizontal ubicado en un predio de más de 8 hectáreas. Técnicamente tenemos muchas dificultades para la movilización de pacientes, familiares y personal debido a su estructura horizontal, así lo hemos hecho y aprendido a lo largo de 82 años; sin embargo, explorar y emplear nuevas alternativas de seguridad de la atención ha sido una valiosa oportunidad que este proceso nos ha dado. El integrarse a cumplir los estándares de calidad, sin duda alguna nos ha hecho una mejor institución, simple y sencillamente porque los adecuamos y aplicamos cabalmente a nuestros procesos de atención y todo el personal hemos adoptado los criterios y métodos de trabajo integrativo.

No es fácil abrir la puerta, de lo que consideramos nuestra segunda casa, para que alguien externo evalúe nuestro trabajo, sin embargo toda la comunidad del Instituto mostró la mejor disposición y actitud para recibir a los evaluadores. Esto es resultado de la confianza que genera el trabajo conjunto realizado con las autoridades del CSG, que en todo momento nos acompañaron y siempre estuvieron dispuestos a escuchar nuestras dudas.

También es importante mencionar el ejercicio que realizamos con otras instituciones certificadas que nos abrieron sus puertas y compartieron experiencias en la implementación del modelo, lo que sin duda fue fundamental para alcanzar nuestro objetivo.

El proceso puede ser difícil para las instituciones y por supuesto también para los evaluadores, a quienes les reconocemos su imparcialidad, su profesionalismo, el respeto por la gente y la institución, el cuidado en sus opiniones, la intensidad de su trabajo que desarrollan por lo menos durante 12 horas diarias y su espíritu altruista. Nuestro amplio reconocimiento a la labor del CSG y los evaluadores en esta difícil tarea. El resultado siempre es importante; sin embargo, el proceso para alcanzar la meta es el que realmente construye a las instituciones, aprendimos y crecimos juntos, nos consolidamos como un gran equipo y hoy el INER es otro, ***¡todos caminamos juntos por la calidad de la atención y la seguridad de nuestros pacientes!***

Hoy, lo que hemos logrado a través de este proceso son cambios favorables:

- Por supuesto la certificación como uno de los mayores compromisos de la institución para con nuestros pacientes y el sistema de salud del país.
- Unificación de criterios y métodos de trabajo.
- Optimización de la interrelación del trabajo de las diferentes direcciones.
- Comprensión y aplicación adecuada del concepto y del lenguaje de la seguridad.
- Fortalecimiento de un ambiente de trabajo colaborativo y obtención de logros comunes.

A partir de la certificación la exigencia es otra, hoy por hoy la mejora continua de los procesos es el reto constante, la obtención de este reconocimiento reafirma nuestro compromiso con la mejora de la atención.

Por otra parte, deseamos hacer una invitación a quienes integramos el Sistema de Salud a vivir de cerca el proceso de evaluación de nuestras instituciones. Les podemos asegurar que estos logros no hubieran sido posible sin una labor de grupo, de muchos meses y quizá hasta años de preparación, de intensas emociones, de grandes satisfacciones y de compromiso permanente por mejores estrategias de trabajo.

Finalmente, vemos ahora que surgen más y nuevas necesidades que nos permitan mejorar a las instituciones certificadas y a la vez cooperar con el Consejo de Salubridad General, por ejemplo: la Profesionalización de integrantes de las instituciones certificadas que nos permita mantener esa excelencia y a la vez participar en los futuros procesos de evaluación de otras sedes, los Institutos Nacionales de Salud pueden ser actores importantes de desarrollo.

EVOLUCIÓN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Mtra. Monserrat Puntunet Bates, EEC. Cleotilde de la Cruz Martínez, C. Antonio Gómez Gutiérrez, Mtra. Ma. Del Rosario Vázquez Larios.



La complejidad de los procesos de atención en salud los convierte en sistemas de alto riesgo, por lo que es indispensable que en su diseño y evolución integre barreras de seguridad que permitan prevenir los fallos involuntarios que pueden presentarse durante la atención o minimizar su impacto.

Un principio fundamental de la atención en salud es la seguridad del paciente, además de ser un componente crítico de la gestión de la calidad; mejorarla requiere una labor compleja que afecta a toda la organización, incluye la gestión de riesgos para optimizar el funcionamiento, la seguridad del entorno. Requiere la participación de todas las disciplinas y de los profesionales de la salud, con la finalidad de contar con un enfoque integral para la identificación y gestión de riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente, los visitantes y el personal.

La seguridad del paciente se ha convertido en un tema prioritario a nivel mundial, por lo que las estrategias de seguridad están orientadas a que las instituciones y profesionales de la salud sean cada vez más hábiles en identificar fallos en el sistema, aprendan a gestionarlos y a prevenirlos incorporando barreras de seguridad.

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en apego a su misión y compromiso de ofrecer servicios de calidad, se mantiene en constante evolución para brindar atención médica especializada de calidad y con calidez a los sectores sociales desprotegidos de nuestro país; así como, generar el conocimiento necesario para establecer la mejor práctica médica en la cardiología, esto a través de la investigación y de la formación profesional de los mejores especialistas en la materia y ramas afines.

20

En concordancia con lo anterior, desde el año de 1999, en que se publica en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, se comenzaron a aplicar diversas estrategias y actividades enfocadas a la obtención de la Certificación por el Consejo de Salubridad General con una vigencia del 2000 al 2004; posteriormente se obtuvo la siguiente certificación para el periodo 2005-2008.

El Instituto evolucionó a la par que lo hizo el Consejo de Salubridad General (CSG), quien enriquece los Estándares para certificar hospitales, mediante la homologación de estándares nacionales e internacionales y pone en práctica una nueva metodología rastreadora; siendo México el primer país que equipara sus estándares con los de la Joint Commission International; además de mantener una sección destinada a preservar requisitos propios de las Normas Oficiales Mexicanas y los Programas Prioritarios; los cuales entran en vigor a partir de enero de 2008. Así mismo, el CSG concreta un convenio de colaboración entre la Asociación Nacional de Hospitales Privados y la Institución Mexicana de Instituciones de Seguros, para que a partir del 2010 se exigiera la certificación para establecer convenios de pago entre hospitales y aseguradoras.

En noviembre de 2009 el Instituto solicitó la certificación, la fecha asignada fue del 14 al 17 de junio de 2010, por lo que se desarrolló una metodología propia, para que en un corto tiempo se lograra el objetivo de certificación del Instituto con los nuevos estándares homologados.

En el año 2010 fueron confirmados sus niveles de excelencia funcional y operativa del Instituto, tanto de las áreas sustantivas de Asistencia Médica, Investigación y Enseñanza, como de su plataforma administrativa, al obtener por parte del Consejo de Salubridad General la Certificación del Instituto bajo estándares homologados, con vigencia de 3 años, de agosto 2010 a agosto 2013.

Para el logro de dicha certificación resultó indispensable el desarrollo de un modelo denominado Cardio-calidad, proceso que se llevó a cabo con recursos propios; fundamentado en un Plan Direccional respaldado por las autoridades del Instituto y cuya principal fortaleza fue la creatividad de un equipo líder y la integración de capital humano comprometido en el proceso.

El Modelo de Cardio-calidad consistió fundamentalmente en la formación de un equipo de trabajo comprometido, responsable e interesado en concluir de manera exitosa el proyecto, un grupo de creativos que diseñaron cédulas de trabajo, visuales para la difusión y proceso de sensibilización, sesiones de trabajo, asesoría continua y una labor titánica, capitalizado por todo el personal del Instituto, desde el nivel gerencial hasta el operativo.

El Modelo constó de tres fases:

1. Pre-Proyecto: Incluyó la toma de decisión de afrontar el proceso con recursos propios, integración del equipo líder, el desarrollo de un Plan Direccional e integración de un grupo representativo de todas las áreas denominado “Agentes de Calidad” y acciones generales para realizar una autoevaluación.
2. Metodología para sensibilizar a la comunidad Institucional mediante diferentes visuales; así como, el inicio de auditorías para conocer el porcentaje de cumplimiento de los estándares y elementos medibles; lo que permitió definir líneas de acción acorde a los resultados.
3. Revisión exhaustiva de situaciones que se encontraban en no cumplimiento para determinar medidas oportunas para su cumplimiento; integrar el acervo institucional y establecer la logística para recibir a los auditores.

El proceso de auditoría con los estándares del CSG homologados, se llevó a cabo en tiempo y forma, se obtuvo un dictamen de excelencia y se certificó al Instituto por tres años, con una calificación de 9.76; siendo el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el primer Instituto Nacional de Salud en obtener dicho reconocimiento.

El proceso y la logística para obtener la certificación fueron documentados, habiéndose presentado el trabajo resultante para su participación por el Premio Nacional de Administración 2010, concurso en el cual se obtuvo el 1er. lugar, cuyo galardón fue entregado por el Titular de la Secretaría de la Función Pública, Lic. Salvador Vega Casillas, el 7 de diciembre de 2010.

El mejoramiento constante de la calidad en la atención y el servicio que se presta en el Instituto, requiere del cambio de paradigmas que permita transformar las amenazas y los problemas en oportunidades de superación de manera cíclica.

Es así, que ante la actualización del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, y los Estándares para Certificar Hospitales 2015, el Instituto solicita la re-certificación.

Tomando como base el modelo de Cardio-calidad y dando continuidad a las estrategias predecesoras, se desarrolló del Programa de Mejora continua de la Calidad y Seguridad del Paciente; que mediante la metodología de gestión de riesgos, se establecieron las directrices para garantizar que en el Instituto se otorgue una atención segura y de calidad.

La gestión de riesgos consistió en identificar los riesgos y problemas con un enfoque multidisciplinar y sistémico, la priorización de los mismos, establecer acciones con el propósito de minimizar la probabilidad de ocurrencia y crear mecanismos de control que fundamentan la toma de decisiones y de una manera cíclica retroalimentar el proceso de mejora continua, a manera de anticiparse a las necesidades del paciente, su familia, visitantes y personal que labora en el Instituto.

Un aspecto relevante en esta etapa de la cultura de calidad y seguridad, fue el impacto en la visión sistémica y la participación multidisciplinar para el logro de la meta.

Fue en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), junto con el Consejo Técnico de Administración y Programación, que se comentaron, discutieron, acordaron y se tomaron las decisiones importantes relativas a la formalización del proceso y la logística necesaria para la operatividad de la Certificación y, posteriormente, las auditorías de seguimiento a las observaciones del Consejo de Salubridad General; dentro de las que se destacan las siguientes:

- ✓ Con el objetivo de establecer la logística adecuada y llevar a cabo las actividades necesarias para preparar al Instituto para el proceso de re certificación, se acordó reforzar los equipos de Agentes de Calidad, con integración multidisciplinar y con las competencias necesarias para aportar sus conocimientos y experiencia a dicho proceso.
- ✓ Se capacitó a los Agentes de Calidad en el conocimiento de los Estándares para la Certificación de Hospitales 2015.
- ✓ Se entregaron carpetas con la documentación de los Estándares Internacionales para la Certificación de Hospitales a los diferentes servicios y, con la finalidad de realizar una evaluación preliminar, física y funcional del Instituto, se definió la necesidad de establecer auditorías previas y visitas de inspección por parte de los agentes de calidad a dichas áreas y servicios, estableciendo compromisos para la solución de problemas debidamente identificados.
- ✓ Se difundió el proceso de re certificación con la finalidad de involucrar, sensibilizar y motivar al personal del Instituto.
- ✓ Se revisaron los procesos de atención, con la finalidad de contar con procesos con enfoque sistémico y multidisciplinar que cumplan con el propósito solicitado en el apartado correspondiente; así como con la misión institucional.

La auditoría por parte del CSG se realizó del 11 al 15 de abril del 2016, en un marco de cordialidad, respeto y acompañamiento; posteriormente se realizó una auditoría complementaria el 24 de junio y finalmente se recibió el dictamen de Certificación por una vigencia de tres años el día 23 de agosto 2016; con una calificación general de 9.5; siendo nuevamente el primer Instituto Nacional de Salud que obtiene la re certificación con los estándares 2015.

Cabe señalar que durante cada uno de los procesos de preparación para la certificación, el Instituto contó siempre con el apoyo incondicional y asesoramiento del CSG.

A la par que se trabajó en los procesos de certificación, las experiencias y conocimientos adquiridos favorecieron los procesos de obtención de acreditaciones necesarias para incorporar los servicios que presta el Instituto al programa de Seguro Popular. Es así que se han obtenido las acreditaciones siguientes:

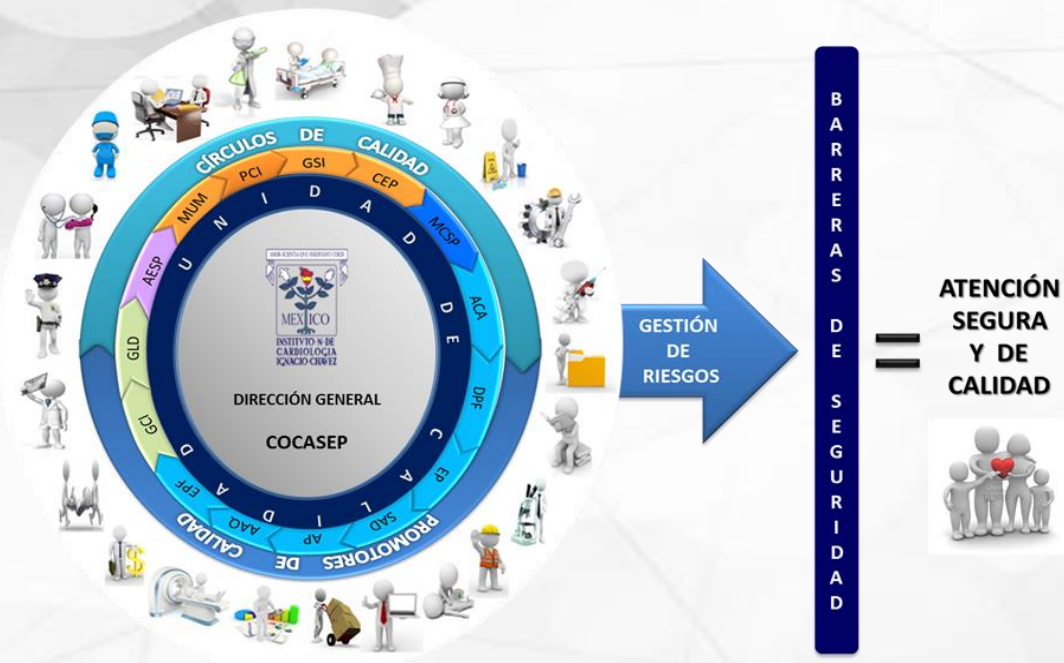
- Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, dentro del fondo de protección contra gastos catastróficos; obtenido el 1 de enero de 2009.
- Atención del Infarto Agudo al Miocardio, del fondo de protección contra gastos catastróficos; obtenido el 11 de agosto de 2011.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), obtenido el 19 de abril de 2016.

A partir del año 2017, el Instituto se adhirió a un movimiento internacional para la seguridad del paciente “*Patient Safety Movement*”, mediante la adquisición de compromisos para la implementación de acciones para la seguridad del paciente; lo que permite robustece la cultura de calidad Institucional.

A la fecha el modelo de Calidad del Instituto Nacional de Cardiología, se sustenta en la gestión de riesgos y se encuentra subdividido en los siguientes apartados:

- ❑ **Acciones básicas para la seguridad del paciente:** procesos sistémicos y multidisciplinarios con la integración de metas internacionales y acciones esenciales para la seguridad del paciente.
- ❑ **Sistemas críticos:** integración multidisciplinaria y sistémica de procesos indispensables y prioritarios para el funcionamiento oportuno, seguro y con calidad del instituto, lo cual incluye:
 - Manejo y Uso de Medicamentos
 - Prevención y Control de Infecciones
 - Gestión y Seguridad de las Instalaciones
 - Capacitación y Competencias del Personal
- ❑ **Procesos centrados en el paciente:** estandarización de procesos multidisciplinarios con enfoque sistémico para disminuir la variabilidad en la atención y garantizar la calidad en todo momento.
- ❑ **Procesos centrados en la gestión:** estandarización de procesos apegados a la normatividad vigente; así como, a la misión Institucional con la finalidad de garantizar la disponibilidad, continuidad, funcionalidad, oportunidad y calidad de los servicios que proporciona.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ MODELO DE CALIDAD



Tanto la Certificación, la Acreditación y la adhesión a un movimiento internacional para la seguridad del paciente, han sido posibles como producto del cumplimiento, por parte del Instituto, de objetivos y estrategias definidas en estricto apego a la normatividad en vigor y vinculadas a los lineamientos establecidos a nivel nacional, sectorial e institucional.

A manera de conclusión, la participación activa de la Dirección del Instituto en la toma de decisiones a partir del COCASEP; así como el compromiso del capital humano mediante el trabajo conjunto y en pro de la seguridad, tanto del paciente como de los trabajadores, resulta fundamental para mantener las acciones emprendidas y fortalecer cada vez más la cultura de calidad y seguridad.

Las acciones emprendidas en el Instituto a partir del año 2000 se han encaminado no solo a resolver deficiencias o problemas, sino a la implementación de una cultura de calidad que nos permita mejorar continuamente como organización de salud.

La obtención de la Certificación en diferentes momentos, por sí misma, forma parte de los objetivos funcionales del COCASEP y, dada su importancia, con las calificaciones obtenidas, es la muestra más palpable de que los procesos y acciones que se siguen en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez están enfocados siempre a dar atención a nuestros pacientes con calidad y calidez, con un alto grado de seguridad.

La Certificación también representa un alto compromiso para el Instituto, que lo obliga a mantenerse como un centro de excelencia en sus áreas sustantivas, cumpliendo cabalmente con su Misión, Visión y objetivos institucionales.

Para finalizar, es indispensable reconocer el esfuerzo, dedicación, compromiso y pasión de todo el personal del Instituto Nacional de Cardiología, que de manera directa o indirecta ha participado en los procesos para el logro de los objetivos, “**Amor y ciencia al servicio del corazón**”.

Bibliografía

Consejo de Salubridad General. *Estándares para la Certificación de Hospitales*. México 2009.

Consejo de Salubridad General. *Estándares para la Certificación de Hospitales*. México 2012.

Consejo de Salubridad General. *Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad*. 2ª ed. México 2015.

Jiménez y Villegas, María del Carmen; Añorve Gallardo, Araceli; De la Cruz Martínez, Cleotilde; Flores Montes, Imelda; Rueda León, Claudia Esther. *Modelo de gestión aplicado para la certificación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez*. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0576.php>

Acervo del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA ESTRUCTURADO DE CAPACITACIÓN EN SOPORTE VITAL AVANZADO “REANIMA” EN PRO DE LA ATENCIÓN SEGURA PARA EL PACIENTE

Barceló Corrales, Susana¹; Quintero Cruz Mario Dumith², Chavez Mancilla Merary Merced²; Campas González Cuauhtemoc².

¹Dirección de Prestaciones Médicas, Asesoría. IMSS. ²Delegación Sonora, IMSS

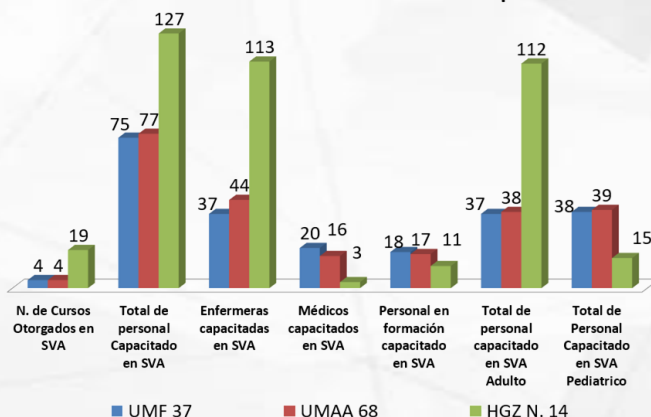
Se implementó el **Programa Estructurado de Capacitación en Soporte Vital Avanzado Adulto y Pediátrico: REANIMA** con el objetivo de evaluar la adquisición de estas competencias en el personal clínico participante, así como el ahorro financiero en relación al costo de esta capacitación efectuada por la Unidad de Atención Médica.

El Programa de capacitación REANIMA se implementó en tres Unidades de Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Hermosillo Sonora de enero a diciembre 2016. Consistió en efectuar un programa estructurado de capacitación en soporte vital avanzado adulto y pediátrico con las directrices del Modelo de Seguridad del Consejo de Salubridad General, con apoyo del recurso humano competente de la misma Institución, para personal clínico de áreas críticas en Unidades Médicas de primer y segundo nivel de atención, con siete componentes (Cuadro 1).

La evaluación del personal clínico participante se realizó mediante la aplicación de casos clínicos críticos para realizar la *Evaluación de Competencias* considerando aspectos teórico- prácticos en la aplicación del soporte vital avanzado adulto- pediátrico respectivamente. La estimación del ahorro con la aplicación de este programa estructurado de capacitación se calculó considerando el costo promedio del curso en la región por instancias externas a la Unidad de Atención Médica.

El programa permitió la capacitación de 279 profesionales de la salud en total en las tres Unidades Médicas participantes, de las cuales el 31% fueron médicos y el 69% enfermeras, todos asignados a áreas críticas en su Unidad de Atención Médica. El 67% recibió capacitación en Soporte Vital Avanzado Adulto y el 33% en Soporte Vital Avanzado Pediátrico. Las unidades seleccionadas no contaban inicialmente con personal capacitado en soporte vital avanzado adulto y pediátrico vigente.

Personal Clínico Capacitado En Soporte Vital Avanzado en las Tres Unidades Médicas Participantes



Con el **programa REANIMA** se cuentan con el 100% de sus equipos conformados en áreas críticas y el 100% de los mismos tiene una evaluación de competencias satisfactorias en soporte vital avanzado-pediátrico respectivamente. *El ahorro en términos económicos mediante este programa estructurado de capacitación (relacionado al costo del curso) fue de \$1'255,500.00.*

Programa Estructurado de Capacitación en Soporte Vital Avanzado Adulto y Pediátrico

Revisar y validar las competencias de los instructores de soporte vital avanzado adulto y pediátrico.

R Se seleccionó de la plantilla de personal perteneciente a la Delegación, personal con competencias avaladas por una organización con reconocimiento oficial en materia de facilitadores/instructores en soporte vital avanzado adulto y pediátrico.

Establecer los equipos de soporte vital avanzado en cada área crítica de la Unidad (365/24).

E Cada una de las Unidades Médicas participantes identificó sus áreas críticas de acuerdo a su contexto y seleccionó de esas áreas, el personal clínico (médicos y enfermeras) para conformar los equipos de soporte vital avanzado, en la selección de las áreas, se estableció que al menos deberían ser consideradas terapias intensivas, urgencias, y atención médica continua (en el caso de Unidades de Medicina Familiar).

Aplicar el programa de capacitación en soporte vital avanzado al personal clínico seleccionado.

A Al personal seleccionado se le otorgó el programa de capacitación basado en los lineamientos internacionales actualmente vigentes para la práctica de la reanimación cardiopulmonar avanzada adulta- pediátrica, según corresponda, con abordaje teórico y práctico. La cual finaliza con una evaluación de competencias, para determinar que asistentes a la capacitación han adquirido la competencia para otorgar soporte vital avanzado y formar parte de los equipos de soporte vital avanzado de las áreas críticas de la Unidad Médica.

Notificar los resultados de las evaluaciones, para ratificar la conformación de equipos de soporte vital avanzado.

N De acuerdo a la evaluación de competencias efectuada se selecciona a las personas con competencias satisfactorias, mismas que son evaluadas por los facilitadores/instructores del programa de capacitación y con ello se confirman o reestructuran los equipos de soporte vital avanzado en cada turno y área crítica a fin de garantizar la presencia de personal capacitado las 24 horas del día los 365 días del año.

Implementar el sistema de pruebas periódicas (simulacros), que garantice la permanencia de la competencia adquirida.

I Para dar continuidad en forma permanente a la capacitación y competencias adquiridas, se estableció un programa de simulacros a lo largo del año, con planteamiento de casos clínicos de acuerdo al contexto de cada Unidad Médica, en la que se continúa practicando el protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada para reforzar y actualizar la competencia adquirida en forma permanente.

Mantener el programa de capacitación continua en soporte vital avanzado que integre al resto del personal clínico.

M En forma paulatina se integra a personal clínico adicional a este programa, para reforzar las áreas críticas y contar con cuadro de remplazo para casos de ausentismo en las 24 horas del día e integración de áreas no críticas en este programa.

Agregar las competencias adquiridas al perfil de puesto del personal involucrado.

A El personal que pertenece a los equipos de soporte vital avanzado, en la evaluación de responsabilidades y funciones asignadas a su perfil de puesto se integra la evaluación de las competencias adquiridas en soporte vital avanzado como parte de sus nuevas responsabilidades.

CONCLUSIONES

La implementación del programa estructurado de capacitación en soporte vital avanzado adulto y pediátrico mediante los lineamientos del Modelo de Seguridad del Consejo de Salubridad General, ofrecen a las Unidades de Atención Médica una estructura metodológica para garantizar la formación de profesionales clínicos en estas competencias para brindar atención segura y oportuna a sus pacientes en áreas críticas.

Este tipo de estrategias a su vez permite a las Unidades de Atención Médica conformar sus equipos de soporte vital avanzado adulto–pediátrico de acuerdo a su población derechohabiente, con uso de su propio recurso humano eliminando la problemática económica que obstaculiza este tipo de capacitaciones indispensables para el personal de áreas críticas e integra a su personal en una cultura participativa e integradora de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Este programa continuara con seguimiento a fin de contar con información sobre el impacto en la atención directa del paciente por los equipos de soporte vital avanzado conformados en las Unidades de Atención Médica participantes.

¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LA EDUCACIÓN ORIENTADA A LA CALIDAD EN SALUD?

Dr. med. Rodolfo Márquez Martín*, Dr. med. Víctor Manuel Peña Martínez, Dra. Jessica Belinda Escobedo Peña*, Dr. Juan Antonio Rodríguez Araujo*

*Evaluadores del SiNaCEAM, Subdirección de Planeación, Desarrollo y Calidad del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León

En el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, el implementar el Modelo de Calidad y Seguridad del Consejo de Salubridad General ha sido un enorme reto (como lo ha sido para todas las organizaciones), ya que nos hemos enfrentado a múltiples obstáculos tanto estructurales, como económicos y organizacionales, sin embargo sin duda alguna para nosotros el mayor ha sido establecer y mantener una cultura de calidad entre todo el personal de la Institución.

Para poner en contexto, el Hospital Universitario es un Hospital de atención abierta al público de la región noreste del país, que además atiende población de convenio, algunos de sus datos generales son los siguientes:

- ✓ 700 camas censables
- ✓ 380 Médicos
- ✓ 584 Médicos Residentes
- ✓ 3,000 trabajadores
- ✓ 7400 alumnos de medicina de pregrado (2,800 son preinternos)
- ✓ Convenios de colaboración académica con 50 países
- ✓ Campo clínico para 6 escuelas de enfermería
- ✓ Campo clínico para la preparatoria técnica medica

La Dirección ha mantenido desde hace ya varios años una política de firme compromiso con la calidad, la cual ha transmitido a las jefaturas médicas y administrativas, quienes apoyan incondicionalmente el proyecto, y esto asociado a un personal operativo comprometido (principalmente el de enfermería), esto ha hecho que poco a poco el cambio cultural se esté dando, sin embargo en la cadena organizacional de la calidad el eslabón débil lo hemos identificado en el personal rotatorio, particularmente los Médicos Residentes en formación, quienes por las características de nuestra institución, conforman un contingente además de numeroso de suma importancia, ya que ellos se encuentran involucrados en prácticamente todos los procesos de nuestra organización.

Para el Médico Residente el establecer barreras de seguridad y procesos redundantes como son la conciliación de medicamentos, el time out, la doble verificación o la herramienta de continuidad en la atención SBAR por mencionar solo algunos, son solo situaciones que incrementan su ya saturada agenda de trabajo, y que a su simple entender “no son necesarios”, para ellos es más importante realizar una cirugía o un procedimiento técnico o diagnóstico como una endoscopia que “perder el tiempo en esas tonterías o llenando formularios inútiles”, ya que, “ellos ya conocen a sus pacientes y esas barreras de seguridad no aportan nada mejor y si hace más laborioso su trabajo”.

Para el personal de Calidad de la institución esta labor ha sido en ocasiones extenuante y frustrante ya que apenas estamos “educando al grupo de residentes y estudiante de pregrado”, cuando como consecuencia de sus diversos programas académicos, cambian de servicios, realizan rotaciones e incluso, concluyen su entrenamiento, y entonces hay que empezar de nuevo

La explicación a este fenómeno es multifactorial, cambiarlo no es sencillo, los alumnos de pregrado y más aún los de posgrado han crecido con vicios que se han adquirido en diversos sitios, algunos desde la escuela, otros aprendidos y heredados incluso de profesionales con larga trayectoria, otros importados desde otras instituciones, todo ello potencializado por la innata resistencia al cambio.

Ante este panorama que en cierta forma es nuestra razón de ser como hospital-escuela llegamos a preguntarnos ¿qué podemos hacer para que el esfuerzo sea más efectivo y perdurable?.

No existe una respuesta única ni definitiva, pero para nosotros después de analizar el fenómeno en forma global encontramos que una entre varias estrategias y posibles respuestas que hoy día vemos esperanzadora fue ir a la raíz del problema, fue tomar a los futuros médicos e involucrarlos desde sus primeros años en la carrera de medicina en los conceptos de calidad y seguridad del paciente como una parte integral de su formación, con el objetivo de que crezcan, se familiaricen e interioricen en los conceptos y el lenguaje de calidad, así como crecemos y formamos parte de nuestra otros lenguajes como el de la anatomía humana o la microbiología que en un inicio fue algo nuevo incluso difícil, baste recordar palabras como plano mediosagital o coronal, músculos y huesos con nombres raros como macetero, gastrocnemio, platisma o sartorio, o huesos como la glabella, el escafoides, el esfenoides o el ulnar, o algún parásito denominado *strongyloides stercolaris* (mejor conocida como lombriz intestinal) por mencionar solo algunos.

Bajo este panorama la Universidad Autónoma de Nuevo León se comprometió a introducir el Modelo de Calidad y Seguridad del Consejo de Salubridad General dentro de los programas de estudio de las diferentes carreras relacionadas a la Salud. La Facultad de Medicina decidió aprovechando la revisión curricular de la Carrera crear una nueva asignatura la cual se denominó Calidad y Seguridad en la Atención a la Salud, la cual es obligatoria con duración de un semestre (40 horas de clase presenciales y otras 80 de trabajo extra clase) y ubicada en el tercer año de la carrera.

La asignatura está estructurada siguiendo el modelo educativo de la UANL, basando el programa en competencias y en donde las materias (ahora denominadas unidades de aprendizaje) se dividen en etapas, las cuales al finalizar cada etapa debe demostrar evidencias de aprendizaje, estas evidencias pueden ser desde ensayos, resúmenes, investigaciones, presentaciones multimedia, videos, etc.

Una descripción sencilla de la estructura de nuestra asignatura es la siguiente: consta de siete etapas:

1. Historia de la calidad.
2. Modelos de calidad.
3. Liderazgo.
4. Herramientas para describir y evaluar la calidad.
5. Aprendiendo del error.
6. Buenas prácticas.
7. Administración de proyectos.

En cada etapa se lleva de la mano al estudiante a que conozca, entienda y aplique los conceptos de calidad, específicamente a interiorizarlos como parte de su ADN de formación como Médicos, cada etapa como ya se mencionó debe desarrollar una evidencia y al finalizar en “una 8ª etapa denominada Producto Integrador”, en ella se le pide al estudiante que analice un problema y a partir del mismo desarrolle un proyecto de mejora en el cual se pongan en práctica los conceptos aprendidos durante las 7 etapas previas.



32

Al día de hoy hemos tenido nuestra primera experiencia al finalizar el primer semestre y terminar el primer grupo de 250 alumnos, y estamos a punto de iniciar a finales de enero con el segundo grupo.

Como es de esperarse estamos en la etapa de análisis del curso, y algunas de las preguntas obligatorias han sido:

- ❑ ¿Cómo nos fue?
- ❑ ¿Qué aprendimos?
- ❑ ¿Qué piensan los alumnos?
- ❑ ¿Realmente será útil?
- ❑ ¿Qué podemos cambiar o mejorar?

En respuesta a las preguntas podemos decir que ha sido una experiencia muy enriquecedora para el cuerpo docente ya que nos hemos obligado a leer e investigar más acerca de todos los temas, hemos desarrollado material audiovisual que nos será útil en otros escenarios, hemos tenido que estandarizar la forma de evaluar a los alumnos, en cuanto al diseño de la asignatura creemos que debemos dedicar más tiempo a la etapa de buenas prácticas.

Creemos que será una mejor estrategia estimular al alumno a que desde el inicio del curso se defina su proyecto y que al ir paulatinamente accediendo a los conceptos aprendidos en la clase, éstos elementos nutran y enriquezcan el proyecto, teniendo la oportunidad de ir corrigiendo en el camino, y no solo como un producto final de la materia.

Durante la evaluación del “Producto Integrador” al finalizar el curso, nos encontramos con ideas muy interesantes, algunas vanguardistas e innovadoras, muchas de ellas enfocadas en la utilización de las TICs (Tecnologías de la Información y Comunicación), otras muy orientadas a la calidez en el servicio, por mencionar solo algunas, con lo cual se cumple uno de nuestros objetivos que es el de despertar en las etapas tempranas de formación de los estudiantes, futuros médicos de nuestro país, la semilla de la mejora de la calidad centrada en la atención del paciente.

Otro punto que creemos hay que destacar es el hecho que al recibir realimentación por parte de los alumnos (a partir de encuestas y evaluación al desempeño del curso), ellos mencionan literalmente lo siguiente: *“Pensábamos que esta sería una materia más de relleno, sin embargo al finalizar el curso vemos que no es así, incluso creemos que está mejor estructurada y será más útil para nosotros que otras de las materias que hemos cursado previamente”*, otros alumnos nos mencionan la posibilidad de apoyarnos en otros cursos para aprender más, o bien que si puede haber becarios para la materia (auxiliares de los profesores), etc., es decir ellos piensan que será muy útil en su futuro desarrollo.

El 100 % de los alumnos aprobaron el curso, con un promedio de calificaciones superior al de las demás materias que se cursan en la carrera.

Saber si será en realidad útil, es pronto para saberlo, pero como ya se mencionó previamente es esperanzador saber que estamos formando a “*nuestras fuerzas básicas en la cultura de la calidad en salud*”.

¿Qué podemos cambiar a corto plazo?, bueno, una estrategia es la de rediseñar el programa para que desde inicio del curso el profesorado asigne los proyectos, y entonces convertirnos más en tutores y guías en el camino que evaluadores al final del curso, además de dar mayor énfasis a las buenas prácticas.

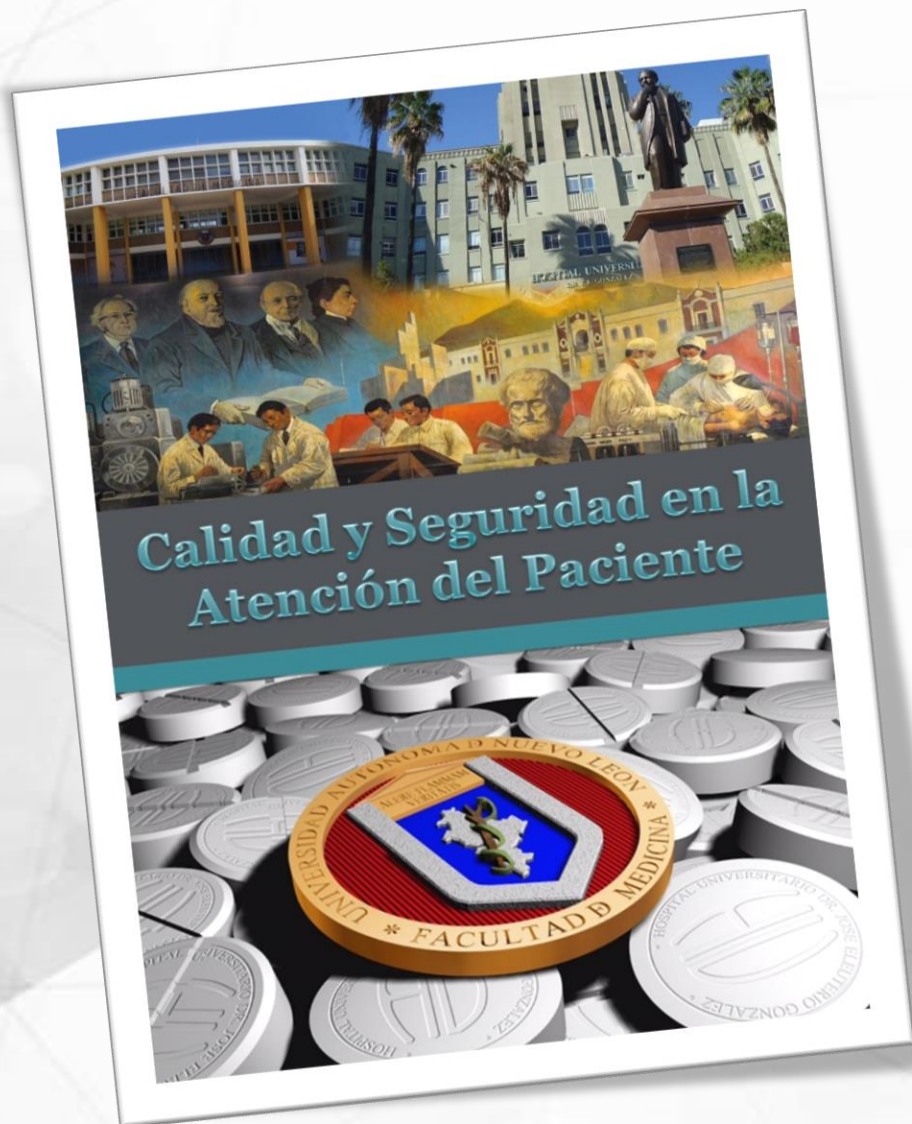
Nosotros también vemos más allá de un solo curso de pregrado, ya que estamos estableciendo las bases académicas para los siguientes pasos como son:

La segunda edición del libro Calidad y Seguridad en la Atención del Paciente.

Desarrollo del programa de posgrado (Residencia en Calidad).

Diplomados básicos en Calidad para el resto del personal de salud que incluya a los médicos que no realizarán la residencia en calidad.





***"Si planificas para un año planta una semilla,
si lo haces para 10 años planta un árbol. Si es
por 100 años, enseña a la gente.
Cuando siembres una semilla, recogerás una
única cosecha. Cuando enseñes a la gente,
recogerás cien cosechas."***

35

BIODIVERSIDAD Y BIOÉTICA A TRAVÉS DE LA FOTOGRAFÍA.



CÁPSULAS culturales

“LA FOTOGRAFÍA COMO INSTRUMENTO FUNDAMENTAL DE
LA BIODIVERSIDAD Y HERRAMIENTA INVALUABLE EN EL
CORAZÓN DE LA BIOÉTICA”.

Es ya una responsabilidad social el conocimiento y respeto de todas las especies vivas que nos rodean; hoy, la fotografía se ha convertido en un instrumento esencial para el reconocimiento y ubicación de especies y en una invaluable herramienta no sólo para la denuncia de faltas a la Bioética sino también para su promoción.

A través de la Fotografía hemos logrado ubicar animales en zonas donde desconocíamos su existencia y disfrutar de una agradable sorpresa al descubrir la presencia de otros que suponíamos ya no estaban.

En esta exposición te presento algunas de las tantas especies de Animales de México y también algunos de sus increíbles paisajes.

Fotógrafo: Sam Carrera.

36

CÁPSULAS

culturales



TITULO: "El despertar del Volcán"
DESCRIPCION: El Popocatepetl desde el refugio de Altzomoni.
LUGAR: Parque Nacional Izta-Popo, México



TITULO: "La Cima de México"
DESCRIPCION: El Pico de Orizaba al amanecer.
LUGAR: La Malinche, TLAX.



TITULO: "La Encrucijada"
DESCRIPCION: Amanecer en los bosques de mangle.
LUGAR: Reserva de la Biósfera la Encrucijada, CHIAPAS.



TITULO: "Azul Turquesa"
DESCRIPCION: La Cascada de Tamul.
LUGAR: Aquismón, SLP.

Fotógrafo Sam Carrera
San Luis Potosí
samcarrera@live.com

SiNaCEAM

Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica

www.csg.gob.mx