



MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD APLICADO PARA LA RECERTIFICACIÓN DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

**II. INDICE**

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>I. Portada y Título</b>	
<b>II. Índice</b>	
<b>III. Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>IV. Justificación .....</b>	<b>2</b>
<b>V. Objetivos .....</b>	<b>2</b>
<b>VI. Marco teórico .....</b>	<b>3</b>
<b>VII. Hipótesis .....</b>	<b>8</b>
<b>VIII. Metodología .....</b>	<b>9</b>
<b>IX. Resultados .....</b>	<b>23</b>
<b>X. Conclusiones .....</b>	<b>24</b>
<b>XI. Referencias jurídicas, bibliográficas y hemerográficas.....</b>	<b>25</b>
<b>XII. Síntesis .....</b>	<b>27</b>
<b>XIII. Exposición de motivos .....</b>	<b>29</b>
<b>XIV. Especificar que el trabajo no corresponde o es parte de alguna tesis, de instructivos o manuales.....</b>	<b>30</b>
<b>XV. Especificar el tipo de trabajo: si es teórico o práctico.....</b>	<b>30</b>
<b>XVI. Etapa en que se encuentra el trabajo.....</b>	<b>30</b>
<b>XVII. Fecha de inicio y de término .....</b>	<b>30</b>
<b>XVIII. Anexos .....</b>	<b>30</b>



### **III. INTRODUCCIÓN**

El modelo de gestión de calidad del Instituto Nacional de cardiología Ignacio Chávez, conocido por quienes lo desarrollaron como Modelo de Cardio-Calidad surge de la necesidad de lograr la re-certificación del Instituto en un corto periodo de tiempo, prácticamente sin presupuesto y con la mentalidad de crear un proceso exitoso.

Concedores de los nuevos estándares internacionales establecidos por el Consejo de Salubridad General, así como de la capacidad y desarrollo institucional, un grupo de profesionales emprendedores se dieron a la tarea de crear un Plan direccional que englobe todos los elementos necesarios para cumplir con el compromiso de la certificación.

Los factores de éxito con los que se contaban básicamente fue un grupo de profesionales de la salud, con una formación sólida en el conocimiento de la Institución, de la calidad y seguridad del paciente, disciplina, compromiso, interés en lograr la meta; una institución madura, con alto prestigio en la atención cardiovascular, acreditada, con un capital humano de alto nivel; el liderazgo institucional razonable, juicioso y equilibrado para comprender las necesidades de los líderes del proyecto y dispuesto a otorgar los recursos necesarios para aplicar el plan direccional.

Los factores críticos fueron el tiempo, se contaban con 71 días hábiles para desarrollar todo el proceso, en el momento de iniciar el plan, el departamento de calidad solo contaba con una persona para desarrollarlo, el nulo presupuesto para hacer frente a la certificación.

El Modelo de Cardio-Calidad consiste fundamentalmente en formar un grupo de trabajo comprometido, responsable e interesado en sacar adelante un proyecto, en un grupo de creativos que establecen cédulas de trabajo, campañas, carteles informativos, documentos de revisión, sesiones de trabajo, un alto nivel de comunicación e información, procesos de sensibilización, asesoría continua y una labor titánica, todo ello denominado como esfuerzo adicional; este esfuerzo capitalizado por otros dos grupos, uno el de las autoridades apoyando continuamente y el otro la comunidad del Instituto trabajando incesantemente, aprendiendo, enseñando, con un entusiasmo compromiso y responsabilidad fuera de serie.

Como resultado parcial se obtuvo la asimilación de una cultura de calidad que sin duda se mantendrá en los procesos institucionales, la formación de Agentes de calidad que aplicarán proyectos de mejora continua. La meta lograda fue la re-certificación del Instituto.

La conclusión del equipo líder del proyecto es que cualquier cambio de cultura organizacional requiere de tiempo, conocimiento y habilidades, así como el involucramiento de todos y cada uno de los niveles de la organización, ya que es bien conocido que los valores individuales son la base para lograr una verdadera transformación hacia la excelencia institucional.



#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

La certificación es un proceso para asegurar la calidad de la atención médica en las instituciones de salud, esta premisa ha llevado al Consejo de Salubridad General a desarrollar diversos sistemas de auditoría que permitan medir de manera fehaciente que un establecimiento garantice las mejores prácticas sanitarias, para ser competitivo internacionalmente. En noviembre de 2009 El instituto Nacional de Cardiología solicitó su re-certificación, la fecha asignada fue del 14 al 17 de junio de 2010, por ello se desarrolló una metodología propia, para que en un corto tiempo se lograra el objetivo de re-certificación del instituto con los nuevos estándares internacionales.

#### **V. OBJETIVOS**

Elaborar un programa de trabajo que le permita al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, autoevaluarse y establecer acciones de mejora para la re-certificación en un corto plazo, sin gastos adicionales ni modificación de la fecha establecida y así seguir otorgando una atención de calidad y seguridad a los pacientes, acorde a los Estándares internacionales del Consejo Nacional de Salud.

Establecer un modelo de gestión de calidad que permita identificar y solucionar áreas de oportunidad por medio de un equipo de trabajo multidisciplinario aplicado a crear, desarrollar y aplicar procesos de mejora continua con base en la misión, visión y los valores institucionales, particularmente el liderazgo, compromiso, responsabilidad, disciplina y competencia profesional.

## VI. MARCO TEORICO

La administración es una disciplina cuya finalidad es obtener la máxima eficiencia en la coordinación de los recursos para lograr los objetivos de un grupo social, con calidad y productividad, como disciplina ha buscado desde sus orígenes el logro de los objetivos con óptimos resultados, así todos los enfoques o escuelas administrativas han perseguido de alguna forma la calidad y la excelencia, los valores prevaecientes en una época y una sociedad determinadas influyen en las distintas escuelas o enfoques de la administración que se sintetizan en dos principales corrientes “La científica” de Frederick Taylor y la de enfoque a “las relaciones humanas” de Elton Mayo, estos dos enfoques que durante un tiempo fueron mutuamente excluyentes se combinan en la administración Japonesa, la teoría “Z”, en la cultura de la calidad total y la excelencia, es bien conocido que las organizaciones atraviesan a lo largo de su ciclo de vida por diferentes etapas en las que utilizan diferentes estilos de gestión, tanto el esquema de Greiner como el modelo de excelencia empresarial de Grid de Blake y Mouton, son herramientas valiosas que sirven para diagnosticar y evaluar el estado de una organización e iniciar un cambio hacia la excelencia y calidad total.

En el camino hacia la excelencia, el cambio es un factor estratégico y cambiar a las organizaciones supone cambiar la cultura organizacional y a los individuos que la conforman, para que una organización pueda sobrevivir, deben tener la capacidad de identificar y adaptarse al cambio en forma inteligente. Las empresas exitosas manejan el cambio en forma eficaz, adaptando continuamente su trabajo administrativo, estrategias, sistemas, productos y culturas para sobrevivir a los golpes y superar las fuerzas que destruyen la competencia; para ello Blake y Mouton sugieren que toda empresa que pretenda un cambio sistemático y total en la cultura deberá:

- Cambiar la cultura en toda la organización.
- Conducir el cambio por medio de la alta dirección.
- Realizar el esfuerzo a través de miembros de la misma organización y en una operación de conjunto.
- Aplicar formas sistemáticas de análisis y reflexión con el fin de lograr un modelo de excelencia para la compañía.
- Comprometer a sus miembros en el cambio de todas aquellas actividades que no son en la actualidad lo que deberían ser.
- Posibilitar a quienes dirigen y manejan la compañía para que estudien la situación de ésta en términos específicos y operacionales.
- Proceder en forma ordenada y por etapas.

Es bien sabido que para que una empresa llegue al logro de sus objetivos, deberá llevar a cabo una planeación estratégica la cual se define como la ciencia de formular, implantar y evaluar las decisiones a través de las funciones, ésta se centra en la integración de la gerencia, la mercadotecnia, las finanzas, la producción, las operaciones, la investigación, el desarrollo y los sistemas de información; como propósito tiene el explotar y crear oportunidades nuevas y diferentes para el futuro; intenta optimizar las tendencias actuales. El proceso de administración



estratégica se basa en la creencia de que las empresas deben continuar vigilando las tendencias de los acontecimientos externos e internos de tal forma que cuando sea necesario se realicen los cambios de manera oportuna.

El proceso de planeación estratégica cuenta con tres etapas: la formulación de la estrategia, implantación de la estrategia y evaluación de la estrategia. La formulación de la estrategia incluye la creación de una misión y visión, la identificación de las oportunidades y amenazas externas de una empresa, la determinación de las fortalezas y debilidades internas, el establecimiento de objetivos, la instauración de estrategias alternativas y la elección de estrategias específicas a seguir. La implantación de la estrategia requiere que una organización establezca objetivos, diseñe políticas, motive a los empleados y distribuya los recursos de tal manera que se ejecuten estas; incluye el desarrollo de una cultura que apoye las estrategias, la creación de una estructura de organización eficaz, la preparación de presupuestos y utilización de sistemas de información; esta fase se conoce a menudo como la etapa de acción de la administración estratégica y significa movilizar a los empleados y gerentes para poner en acción las estrategias formuladas, es importante mencionar que las habilidades interpersonales son necesarias para lograr el éxito, y el reto está en estimular a los gerentes y empleados de una empresa para que trabajen con orgullo y entusiasmo hacia el logro de objetivos establecidos. La evaluación de la estrategia es la etapa final donde los gerentes necesitan saber cuando ciertas estrategias no funcionan adecuadamente; y la evaluación es el principal medio para obtener esta información, existen tres actividades fundamentales: 1) la revisión de los factores internos y externos; 2) la medición del rendimiento, y 3) la toma de medidas correctivas; se considera que la evaluación de la estrategia es necesaria porque el éxito de hoy no garantiza el éxito de mañana.

Uno de los grandes beneficios de la administración estratégica es que permite a una organización ser más proactiva que reactiva al definir su propio futuro, ya que ésta tiene la posibilidad de iniciar e influir en las actividades (en lugar de solo responder), ejerciendo control en su propio destino.

El gerente de la organización debe provocar que esta alcance su misión con productividad, aprovechando lo mejor posible los recursos y generando productos o servicios de calidad competitiva.

Por otra parte, la innovación o renovación, vista como un mejoramiento constante de la calidad y el servicio, es un factor de cambio que forma parte de la cotidianidad de las empresas sobresalientes, ya que el cambio genera y transforma las amenazas y los problemas en oportunidades de superación. Se dice que los periodos de crisis o de turbulencia son una situación natural en la vida de las organizaciones y que representan una oportunidad de mejoría, un punto de fortaleza, más que una amenaza o debilidad.

En la actualidad no se puede hablar de calidad, sin pensar en la planeación estratégica, que permita dirigir las acciones y proyectos de una organización hacia la excelencia, sin embargo, no es fácil alcanzar un acuerdo sobre "calidad" entre las definiciones más representativas de esta se encuentran:



Para E. Deming es el grado predecible de cumplimiento de requisitos y de costo satisfactorio del mercado, para K. Ishikawa calidad significa el desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto que sea el más económico, útil y siempre satisfactorio para el consumidor, es así mismo un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo y mejoramiento de calidad realizados por las diversas áreas de la organización para la satisfacción plena del cliente. J.M. Jurán considera la calidad como la adecuación de un producto o servicio al uso; el concepto de P.B. Crosby sobre la calidad, es que debe definirse como cumplir con los requisitos. Para Taguchi un artículo de calidad es aquel que actúa conforme a las funciones pretendidas sin variabilidad y que causan poca o ninguna pérdida y efectos colaterales incluyendo el costo de utilización, finalmente Feigenbaum dice que la calidad es resultante de las características del producto y/o servicio a través de las cuales las necesidades del cliente.

Todos los autores coinciden en ciertos elementos de tal forma se puede decir que la “Calidad es la cultura organizacional orientada a la satisfacción integral de las necesidades del cliente mediante la producción de artículos y/o servicios que cumplen con un conjunto de atributos y requisitos.” También se puede “entender como los requerimientos del cliente y proveer los procesos que satisfagan esos requerimientos de manera coherente y sostenida”. Por “requerimientos” nos referimos a qué tipo de productos o servicios proveemos y qué características deben tener para que sean bien acogidos por nuestros clientes. Cuando hablamos de “procesos” nos referimos a la forma de proveerlos para que alcancen los estándares que los clientes reclaman. En ese sentido, una compañía que proporciona productos de calidad asegura a sus clientes que dichos productos siempre cumplirán con las especificaciones prometidas.

La calidad total y la excelencia han adquirido gran popularidad en el ámbito empresarial, tanto que algunos gerentes suponen que contratar los servicios de un grupo de expertos en calidad, es suficiente para lograr, como por arte de magia, reducir los costos y elevar la calidad y la competitividad, este es uno de los más grandes mitos. Si bien es cierto que los avances en calidad y productividad logrados por algunos países desarrollados, principalmente Japón, son en gran medida resultado de la cultura empresarial de excelencia y calidad total, también lo es, que ésta es fruto de la cultura y de los valores que prevalecen en dichas sociedades.

La calidad total y la excelencia resultan del ejercicio de una serie de valores y son una forma de vida de la organización en la que todos y cada uno de los trabajadores, se orientan hacia la satisfacción integral de las necesidades del cliente mediante la mejora continua, es una cultura no un estado, la calidad total como cultura organizacional surge en Japón después de la Segunda Guerra Mundial cuando Deming capacita a los Industriales y a la Asociación de Ingenieros de Japón (JUSE) en control estadístico de procesos, las herramientas de calidad y la cultura japonesa (Lealtad, Holismo y Honor) dieron como fruto la cultura de calidad total. Que a diferencia de la calidad tradicional se aplica en todas las áreas, tiene en cuenta a los proveedores, clientes internos y externos, tiene como fin el bienestar de la humanidad considerando en primer lugar la calidad no las utilidades a largo plazo, orientación al consumidor o cliente no hacia el producto, considera que el proceso siguiente es su cliente; derribar barreras y conflictos, todas las áreas de las organizaciones se consideran clientes





internos, utilización de métodos estadísticos, administración totalmente participativa e interfuncional, considera la importancia de la educación en el proceso de mejora continua.

La cultura de calidad total se fundamenta en los valores y las actitudes de los individuos que conforman las organizaciones, iniciar una cultura de excelencia y calidad requiere de un largo y continuo proceso de educación que lleva tiempo y esfuerzo es algo que se conquista mediante acciones constantes y diarias enfocadas hacia la calidad y a cada una de las áreas de la organización. La cultura requiere del ejercicio continuo de los principios que mejor conduzcan a la organización al éxito, es algo más que un curso o un programa de asesoría brindada por agentes externos a la misma; es una forma de vida que caracteriza a las instituciones sobresalientes en todas las épocas.

De ahí que algunos autores sugieran que una vez que se ha definido el modelo de calidad que se desea implantar, sea el equipo directivo quien se capacite para implementarlo; pues si hay algo cierto en el mundo de la administración es que los asesores de más alta calidad en una organización no son precisamente los externos, sino las personas que trabajan dentro de esta y que conocen a fondo sus características, de ahí la importancia de los valores individuales del capital humano para el logro de la excelencia en las organizaciones, así como el liderazgo, son algunos de los mecanismos transformadores de la cultura organizacional; excelencia y calidad van de la mano aún y cuando la excelencia, es un concepto que puede o no incluir las herramientas de calidad total.

Uno de los objetivos de la Alta Dirección debe ser la comprensión y el compromiso de todos los empleados, quienes deben entender lo que la organización hace y sus motivos provocando que se sientan parte de ella; esto es especialmente cierto cuando los empleados comprenden los vínculos entre su propia compensación y el rendimiento de la empresa, pueden volverse sorprendentemente creativos e innovadores cuando entienden y apoyan la misión, los objetivos y las estrategias de la organización. Un gran beneficio es la oportunidad de que el proceso otorgue poder a los individuos siendo este el acto de estimular el sentido de eficiencia de los empleados, animándolos y recompensándolos por participar en la toma de decisiones así como ejercitar su iniciativa. Para obtener el mejor esfuerzo de los empleados, se deben ceder responsabilidades y darles la oportunidad de utilizar sus aptitudes para solucionar problemas en el trabajo, en cuanto a la mejora de la calidad, utilizando convenios que permitan que los empleados diseñen su propia forma de trabajo que se adapte a las necesidades de cada área y que con ello permita el logro de los objetivos.

Es de reconocer que estas capacidades se logran formando círculos de calidad; entendiendo a este como un pequeño grupo de personas que se reúnen voluntariamente y en forma periódica, para detectar, analizar y buscar soluciones a los problemas que se suscitan en su área de trabajo y que requieren que los proyectos se manejen siguiendo planes, objetivos y metas de calidad de la organización. Se hacen esfuerzos de participación por los gerentes del nivel medio, así mismo se ofrecen oportunidades de capacitación lo que se busca es un enfoque corporativo total para satisfacer y exceder las expectativas del cliente y para reducir drásticamente los costos resultantes de una mala calidad, mediante la formación de nuevos sistemas gerenciales.



El aseguramiento de la calidad se entiende como las actividades planificadas llevadas a cabo dentro del sistema de calidad para garantizar la confianza de que una entidad satisface los requisitos de calidad, comprende una serie de acciones que monitorean todas las etapas de los procesos productivos para prevenir errores y garantizar la eficacia. Esta tiene el doble propósito de dar confianza a la gerencia y a los clientes.

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, mejorarla requiere una labor compleja que afecta a toda la organización en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo. Abarca casi todas las disciplinas y a los profesionales de la salud, por lo tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio, así como para encontrar soluciones generales a largo plazo para la organización.

La complejidad de los procesos de atención en salud hace necesario que sean considerados sistemas de alto riesgo, y por lo tanto, se involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención de un paciente.

Hoy, la seguridad del paciente es una preocupación universal, debido a que existen fallas en la atención, en todos los países. La Organización Mundial de la Salud lanzó en el año 2005 la "Alianza mundial para la seguridad del paciente" buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud prácticas que brinden mayor seguridad y menos errores. Lo anterior se logra uniformando el conocimiento y estimulando la investigación.

La estrategia de seguridad orienta a que cada vez las instituciones y los profesionales de la salud sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y a prevenirlos instaurando progresivamente la cultura de seguridad del paciente. Además existen formas de medir la efectividad de estas estrategias, tanto de manera interna como externa. La forma interna se realiza con el apoyo de los trabajadores que participan en el círculo de calidad y que emprenden acciones con el objetivo de identificar áreas de oportunidad en cada uno de los servicios de la organización.

La verificación externa consiste en acreditar que se cumplan los requisitos de las normas y políticas, que se realizan por entidades de certificación, que auditan la implantación y mantenimiento de las mismas, emitiendo un certificado de conformidad. Estas entidades están vigiladas por organismos nacionales o internacionales que regulan su actividad.

La globalización hace necesaria la existencia de una tendencia a estandarizar los niveles de calidad entre productos y servicios de toda índole entre países, de manera que les permita ser altamente competitivos, esto influye en la necesidad de contar con sistemas de certificación que permitan en primer lugar, asegurar niveles relativamente homogéneos de calidad y seguridad, así como, comparar servicios entre sí para valorar su grado de competitividad.





Por ello el Consejo de Salubridad General en 2008, aprobó que los nuevos estándares ya homologados y la nueva metodología de rastreadores también homologada, entraran en vigor en enero de 2009, siendo México el primer país que ha homologado sus estándares con la Joint Commission International y mantuvo además una sección destinada a preservar los requisitos propios de las normas oficiales mexicanas y de programas prioritarios.

En los demás países certificados con estándares internacionales, es la propia Joint Commission International la que acude a certificarlos pues no se les ha reconocido la capacidad para homologar sus estándares y métodos con los de ésta.

Así mismo el Consejo de Salubridad General logra concertar un convenio de colaboración, inédito, entre la Asociación Nacional de Hospitales Privados y la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros para que, a partir de 2010, empezara a ser exigida la certificación para establecer convenios de pago entre hospitales y aseguradoras. En este contexto, con la participación de la Joint Commission International y representantes de las instituciones públicas y privadas que brindan atención a la salud, se modificó la Cédula para auditar hospitales, la cual responde a los requisitos en materia de la Seguridad de Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Naciones Prioritarias. Esta Cédula consta de tres secciones, la primera abarca los estándares centrados en el paciente, la segunda, estándares de gestión del establecimiento de atención médica y la tercera las metas internacionales para la seguridad del paciente. Siendo los objetivos y los elementos medibles contenidos en la sección de las metas internacionales para la seguridad del paciente, los que se basan en las "Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente" publicadas por la Organización Mundial de la Salud el 27 de mayo de 2007.

## **VII. HIPÓTESIS**

Con un esfuerzo adicional del Capital Humano del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se conseguirá la re-certificación con los Nuevos Estándares Internacionales del Consejo de Salubridad General, en un corto plazo.



## **VIII. METODOLOGÍA**

La certificación es un proceso para asegurar la Calidad de la Atención Médica en las Instituciones de salud, esta premisa ha llevado al Consejo de Salubridad General a desarrollar diversos sistemas de auditoría que permitan medir de manera fehaciente que un establecimiento de salud garantice las mejores prácticas sanitarias.

En el año 2009 se llevó a cabo un curso de inducción a los nuevos estándares internacionales del Consejo de Salubridad General en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, esta evaluación de la Institución, con los nuevos estándares, dio como resultado un diagnóstico con base en el cual departamento de calidad trabajó para elaborar un proyecto que llevara a la Institución hacia una certificación de buen nivel.

Surgieron diversas propuestas para llevar a cabo el proceso, las autoridades se entrevistaron por lo menos con dos agencias que ofrecieron sus servicios de asesoría, ésta incluía un diagnóstico inicial, la elaboración de una propuesta, indicando qué acciones se deberían de realizar y una vez cumplidas estas etapas, solicitar otra agencia que su labor fuese auditar con base en los estándares de la Joint Commission International, lo cual determinaría si la Institución estaba en condiciones de solicitar la Certificación por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General, este proceso se extendería por 12 meses aproximadamente y el costo del mismo implicaría un promedio de 8 millones de pesos, que el Instituto no había presupuestado para esta causa.

Un aspecto importante de mencionar es que durante la práctica-evaluación del curso antes referido, se llevaron a cabo diversas observaciones que permitieron valorar la situación de la Institución.

Con estos antecedentes la Subdirección de Planeación estructura un Plan Direccional cuya premisa es, que con un esfuerzo adicional del capital humano del Instituto, se conseguirá la re-certificación con los nuevos estándares, en un corto plazo.

El primer paso fue solicitar al cuerpo Directivo del Instituto su confianza, apoyo y compromiso para desarrollar un proyecto a muy corto plazo.

Se formuló un Plan que consideraba las siguientes acciones primarias (anexo 1):

Solicitar a la Dirección General del Instituto a cuatro profesionales de enfermería destacadas por su responsabilidad, compromiso, experiencia, conocimiento e interés en las actividades de calidad y seguridad en la atención de los pacientes, se requería que trabajaran tiempo completo en este proyecto; se autorizó y se comisionaron al Departamento de Calidad de la Subdirección de planeación; sin duda este primer paso fue prioritario para el logro de los objetivos del proceso.



Formar un Grupo de Agentes de Calidad de las áreas sustantivas del Instituto, que integraran el grupo de trabajo, para difundir, modificar, revisar y evaluar cada proceso desarrollado en la institución con base en los sistemas, subsistemas, estándares y elementos medibles, que se describen en la Cédula para auditar hospitales, los cuales corresponden a los requisitos en materia de la seguridad de los Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias.

Estructurar jerárquicamente las líneas de comunicación y reporte de los avances del proceso, el Director General nombra: como líder del proyecto al Director Médico, como líder ejecutivo a la Subdirectora de Planeación, como secretaria ejecutiva a la Jefe del Departamento de Calidad, que junto con las cuatro jefes de los servicios de enfermería comisionadas, integraron el equipo líder del proyecto.

Definido el Plan Direccional, se estructura el Plan Específico, con base en una Gráfica de Gantt, (Anexo No. 2) en donde se destacaron las siguientes acciones:

El equipo líder de certificación sesionaba de manera cotidiana y se preparaba en el conocimiento de los estándares, los elementos medibles, la metodología rastreadora, así como la normatividad específica aplicable al Instituto.

Se asignaron áreas de responsabilidad a cada uno de los integrantes del equipo líder; se realizó un primer recorrido en las instalaciones del Instituto, en el cual se realizaron observaciones, registros, bitácoras, se tomaron fotografías para fundamentar la evaluación inicial y establecer el diagnóstico situacional.

Se preparó un curso de inducción a los nuevos estándares internacionales del Consejo de Salubridad General; se eligieron a 27 médicos, líderes de los servicios básicos de la Institución, 20 enfermeras dirigentes y líderes de opinión y 17 profesionales del área administrativa de alto nivel; se elaboró un disco compacto con la información recibida del Consejo de Salubridad General, que está integrada por el Programa de Curso de Inducción a los nuevos estándares, Los estándares para la certificación de hospitales y el Manual de Proceso para la certificación de Hospitales. Un factor de éxito establecido con los Agentes de calidad, fue que se les otorgó una credencial elaborada específicamente para este fin, tamaño 9.5 x 12 cm, con la cual se acreditaba a la persona para participar y desarrollar las actividades del proceso, en el reverso de la misma se resaltaba que una política del instituto era la calidad, vista como un compromiso de mejora continua para proporcionar siempre satisfacción y seguridad al paciente a través de la evolución continua en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud que presta; así mismo se define agente de calidad como la persona experta en aplicar, analizar y evaluar la calidad del servicio que se otorga al cliente interno y externo del Instituto, con base en una metodología y propone acciones de mejora, que incidan en los resultados cualitativos y cuantitativos, que llevan a la institución a la acreditación y la certificación y sitúe a la calidad en la agenda permanente del Instituto.

Se llevó a cabo el Curso de Inducción a los nuevos estándares, durante dos días, 10 horas al día, el primer día teórico-práctico en el aula y el segundo día en el Instituto; con este curso se

despertó el interés de un grupo importante de profesionales de la salud, que elaboraron interesantes porras que dieron ánimo al grupo. Con la información obtenida de este curso se estableció el diagnóstico inicial, donde la calificación promedio fue de 44% de cumplimiento de los estándares, las acciones establecidas de inmediato fueron las siguientes:

- Solicitar la participación en el grupo líder de tres médicos, en los cuales se observó interés por trabajar en la certificación.
- Crear cédulas en formato Excel con cada uno de los elementos medibles de los estándares, en los cuales se estableció el sistema de semaforización para conocer el status del mismo, Constaba de 6 columnas: 1ª) Código del estándar, 2ª) descripción del estándar, 3ª) elemento medible; 4ª) Status; 5ª) Causa de la falta de cumplimiento del estándar y 6ª) Acuerdo para dar cumplimiento. Al finalizar la hoja se explicaba la técnica de semaforización, verde si se cumple satisfactoriamente; amarillo si tiene algunas situaciones perfectibles y rojo si no se cumple. (Anexo No. 3)
- Entregar estas cédulas a cada uno de los Agentes de calidad para su aplicación, y su devolución al equipo líder de la certificación una semana después.

Algunas de las acciones que dieron continuidad al Plan direccional fueron:

1.- Elaboración de un directorio de los Agentes de calidad, donde se anotó el nombre completo, nombramiento, área de adscripción, teléfono y/o extensión, correo electrónico, este último se les pidió que fuese el que revisaban de manera cotidiana.

2.- Se solicitó a la subdirección de informática una cuenta de correo específica para certificación, con acceso directo a todos los miembros del equipo líder, a través de este se estableció contacto con todos los Agentes de calidad, se les informaba de cada sesión, se les enviaba el orden del día, se les daba asesoría, Etc.

3.- Se elaboró un cartel mediante el cual se dio a conocer a toda la comunidad del Instituto que se estaba en pleno proceso de preparación para la re-certificación; este cartel tenía un calendario donde se actualizaba el número de día hábil que faltaba para el inicio de la auditoría por el Consejo de Salubridad General. El contenido del cartel exponía lo siguiente: "El Instituto Nacional de Cardiología está trabajando para obtener la certificación por el Consejo de Salubridad General, faltan --- días (en el espacio se determinaban los días, por ejemplo: -faltan 59 días-), súmate, con tu participación y entusiasmo lograremos situar a la calidad en la agenda permanente del Instituto". (Anexo No. 4)

4.- Reuniones con los agentes de calidad los días lunes y jueves de 12 a 13 horas en el aula A del Instituto, las acciones a realizar fueron:

- Tener una lista con sus nombres, para firmar su asistencia.
- Mantener una actitud cordial, positiva, optimista y de trabajo, iniciar con una bienvenida, con una posición propositiva.
- Revisar las situaciones que colocaban a los agentes de calidad y los servidores públicos en desventaja para avanzar en el proceso interno de auditoría. Dar opciones de trabajo para

lograr la meta, dar asesoría inmediata o proponer fecha y hora para asistir al área y otorgar el apoyo.

- Presentar un estándar, elementos medibles o el establecimiento de alguna política o procedimiento como tema central de la sesión.
- Presentar cada quince días “capsulas de calidad de gestión”.
- Crear un espacio para preguntas y respuestas de aspectos generales de la Institución que podrían modificar el proceso de la re-certificación.

A partir del día 39 previo a la certificación la reunión del lunes se convirtió en una auditoría interna y en la del jueves se seguía con el esquema anterior.

La reunión de los martes se llevaba a cabo en la sala de trabajo de la Dirección General, era presidida por el Director General y el Director Médico (líder del proyecto), en ella se debía de:

- Presentar un orden del día, los puntos a tratar tenían como idea principal todas aquellas tácticas o acciones que implicaban la toma de decisiones de alto nivel.
- Mostrar los avances que se habían obtenido con el equipo líder y los agentes de calidad.
- Requerir el material y equipo necesario para continuar los procesos críticos aplicables a las auditorías y cumplimiento de estándares.
- Establecer fecha-compromiso para las mediciones de los sistemas de gestión y sistemas de pacientes.

La reunión de los viernes se desarrollaba particularmente con el Director médico y el Director de Administración, las actividades específicas fueron:

- Seleccionar las acciones donde se unían aspectos de tipo asistencial y administrativos relacionados con la gestión, los recursos materiales, financieros, humanos, recursos tecnológicos y muy en particular con los servicios generales como protección civil, ingeniería biomédica, intendencia, mantenimiento, Etc.

5.- Al inicio de la 4ª semana de trabajo se planearon las campañas de difusión de procesos específicos que se deseaban impulsar para precisar el conocimiento respecto a un tema. En esta actividad se utilizaron herramientas de tecnología de la información para que éstas tuvieran tal magnitud que sensibilizaran, motivaran y educaran a toda la comunidad institucional. (Anexo No. 5)

Este procedimiento ya se había realizado en un proyecto previo, con el propósito de garantizar la calidad y la seguridad de la atención médica, se llevó a cabo en el 2º semestre de 2007. Las campañas se implementaron con la siguiente metodología:

- Se elaboraba un cartel con la información que se deseaba precisar.
- Al mismo tiempo se manufacturaba la misma información que en el cartel, en un formato tamaño gafete (9.5 x 12) en el anverso contenía la misma información y en el reverso se anotaban los puntos específicos del tema. (Anexo No. 6).
- Se llevaron a cabo diez campañas, cada una duraba una semana, se colocaban los carteles en las entradas principales del Instituto, al término de cada campaña el cartel pasaba a un área diferente, y en los espacios principales se colocaban los carteles de la campaña en

turno. Así mismo se entrega el formato de la campaña para anexarlo al gafete y tener así la manera de consultar el tema del momento; de esta forma se logró tener una consistencia en el conocimiento, que permitía mantener informados e interesados en la certificación a todo el personal del Instituto, validaba el conocimiento y se observaba la tendencia creciente del interés y el compromiso en el proceso.

- Las campañas tenían además la intención de impulsar temas de cumplimiento elemental, las diez campañas desarrolladas fueron:
  - Dar a conocer la misión, la visión, así como la aplicación de los valores institucionales.
  - Identificar y aplicar los derechos de los pacientes, médicos y del personal de enfermería.
  - Favorecer el cumplimiento de las medidas de seguridad del paciente establecidas en el Instituto.
  - Promover el uso correcto y continuo del gafete durante la permanencia del personal en el Instituto.
  - Dar a conocer un principio básico, que dentro del Instituto no se permite fumar, es decir que la institución es un área libre de humo de tabaco.
  - Especificar los cambios en el manejo del expediente clínico, actualizar el orden de presentación de los hojas, establecer las políticas de manejo del mismo y la importancia de la aplicación de la NOM-168-SSA1-1998
  - Especificar los elementos de protección civil establecidos en el Programa de Hospital Seguro.
  - Difundir los 6 objetivos de las metas internacionales.
  - Actualizar y fomentar el uso del formato de consentimiento informado, acorde a lo establecido en los estándares centrados en el paciente.
  - Recordar el compromiso de la aplicación continua del código de conducta para los profesionales de la salud.

6.- Al mes del primer curso de inducción a los estándares y formación de los Agentes de calidad, se fue observando la necesidad de capacitar un número mayor de servidores públicos, por ello se elabora un 2º curso, a este se invita a personas que trabajan muy de cerca en su servicio con los Agentes de calidad, se integra un grupo de 60 personas con un alto sentido de responsabilidad, interés y competencia, es así que se obtiene el grupo final de trabajo, con 126 profesionales de todos los niveles y áreas del conocimiento que colaboran en el Instituto, todos con un mismo lenguaje conceptual sobre la calidad.

7.- Las auditorías internas semanales, tuvieron como propósito: a) sensibilizar al personal ante la imagen de un auditor, b) que los agentes de calidad en su carácter multidisciplinario se integran como equipo institucional, c) retroalimentar el conocimiento integral de los estándares y sus elementos medibles, d) incrementar la visión de los agentes de calidad como auditores internos, más allá de su función como servidores públicos del Instituto, y e) conocer integralmente al Instituto, no solo el área de competencia laboral.

Para esta tarea se estableció la siguiente logística: a) se eligió un estándar que por su estructura compleja, o por la modificación dentro de la organización política o técnica de la institución necesitaba de un cambio conceptual radical, b) se elaboraba una cédula de auditoría





específica que se entregaba al líder y a la persona que fungía como secretaria del equipo, c) se dividía al grupo de trabajo general en equipos multidisciplinarios, con los cuales se integraban de 12 hasta 22 equipos, cada uno con un auditor líder, un secretario y un coordinador, a cada equipo se le asignaba un área o un servicio, en el cual revisarían el tema determinado previamente; como resultado de este proceso de auditoría se podía evaluar con mayor eficiencia y eficacia los avances y retrocesos que llevaba cada elemento medible a monitorear, cabe mencionar que los equipos se integraban siempre con diferentes miembros, que las funciones también se rotaban así como las áreas a auditar con el fin de garantizar el mejor aprovechamiento del capital humano y d) el equipo líder realizaba funciones de supervisión para apoyar la dinámica de trabajo.

Los alcances de este proceso dieron lugar a poder fundamentar recomendaciones con un alto grado de certeza a las áreas responsables del cumplimiento específico, tales como intendencia, mantenimiento, protección civil, almacén, farmacia, enfermería, organización y métodos, Etc., así mismo en las reuniones con los altos directivos, las peticiones tenían una justificación en los reportes de cada uno de los equipos de trabajo.

8.- 2ª Evaluación general. Se llevó a cabo del 21 al 29 de abril, se revisaron todos los sistemas, estándares y elementos medibles. Se analizó la información, se cotejó con la documentación como evidencia del desarrollo del proceso, la calificación se asignó de la siguiente manera: el status en verde se ponderó con un 1(uno), el amarillo con 0.5 (medio punto) y el rojo con un 0 (cero).

El informe tiene los siguientes objetivos: a) dar a conocer el avance del Plan Direccional para obtener la re-certificación por el Consejo de Salubridad General, ya que sus estándares internacionales están homologados con los de la Joint Commission International, y b) sustentar la toma de decisiones para señalar las tácticas y las líneas de acción para cumplir en tiempo y forma las políticas y procedimientos del Plan Direccional. Se obtuvieron los siguientes resultados: los estándares centrados en el paciente en nivel de cumplimiento fue del 65% y los estándares centrados en la gestión se obtuvo un cumplimiento mínimo del 73%; existían situaciones críticas parcialmente cubiertas, las cuales eran: a) las metas internacionales con respecto a la seguridad del paciente, en particular la identificación estaba aún en proceso; b) el Programa de cirugía segura, salva vidas, está implementada, pero no universalmente cumplida, c) el procedimiento sistematizado de manejo de medicamentos, en proceso la colocación del monitoreo de la temperatura de refrigeradores, documentación del sistema de fármaco vigilancia, así como el tener acceso en línea de la bases de datos del cuadro básico de medicamentos del Instituto.

9.- Se inició la estructuración de la recepción del grupo de auditores del Consejo de Salubridad General, se determinaron las necesidades de acuerdo al grupo de auditores y observadores que asistirían, se organizó el acervo, se integraron documentos generales del Instituto como el estatuto orgánico, manual de organización del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, manual general de procedimientos del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ley de creación del Instituto, la Ley de los Instituto Nacionales de Salud, los manuales específicos de los servicios, comité y subcomités integrados del Instituto, plan maestro de protección civil y

seguridad, guías clínicas médicas, guías clínicas de enfermería, y todos los documentos que fundamentan jurídicamente el trabajo diario en el Instituto.

10.- La integración del diagnóstico final, se llevó a cabo con el resultado de las auditorías semanales, los reportes de avance continuo, el cumplimiento de tareas específicas, la observación realizada por el grupo líder de manera aleatoria, con la presencia de las autoridades o sin ella. Se llevó a cabo un Taller de 4 horas de duración, al cual se invitó a todo el Grupo de Trabajo para la re-certificación de Instituto.

Los objetivos de este taller fueron:

- a) Que los miembros del grupo de trabajo para la calidad y seguridad de los pacientes de Instituto se sintieran incluidos durante el desarrollo de la auditoría.
- b) Que el grupo se hiciera consciente del nivel de cumplimiento alcanzado durante el desarrollo del Plan Direccional.
- c) Se obtuviera con base en el nivel de cumplimiento obtenido, claridad para determinar 10 elementos de éxito para lograr la certificación y 10 elementos críticos que tendrán que ser evaluados continuamente hasta eliminarlos, después de la certificación.
- d) Presentar una carta de adhesión en la cual se establece el compromiso de continuar con las tareas de calidad y seguridad en las instalaciones del Instituto, después de la auditoría del Consejo de Salubridad General, para mantener de manera continua la calidad en la agenda del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
- e) Mostrar el acervo al grupo de trabajo para la calidad, para agradecer sus aportaciones, e integrarlo a sus conocimientos institucionales.
- f) Exponer al Director General el trabajo realizado en el taller, los avances logrados, los factores de éxito para lograr la certificación y los factores críticos que necesitarán el trabajo continuo, hasta su resolución.

El diagnóstico final se elaboró con los siguientes objetivos: a) presentar la situación que tenía el Instituto previo al proceso final de auditoría, b) que las autoridades identificaran los últimos avances, y c) valorar el esfuerzo del personal del Instituto. En la revisión realizada a los estándares centrados en el paciente encontramos un nivel de cumplimiento del 91%, el déficit se encontró en un 8% de no cumplimiento en el estándar de los derechos de los pacientes y su familia y un 9% de no cumplimiento en el manejo y uso de los medicamentos, con respecto a los estándares centrados en la gestión el nivel de cumplimiento final fue del 82%, los estándares de mejora de la calidad y la seguridad del paciente tuvo un 6% de no cumplimiento, el de prevención y control de infecciones un 4% y el de gestión y seguridad de las instalaciones un 16% de no cumplimiento; con respecto al cumplimiento de las metas internacionales se mejoró el cumplimiento sustancialmente y quedo un 33% de cumplimiento parcial. (Anexo. No. 7)

11.- La auditoría por el Consejo de Salubridad General se organizó con la agenda de trabajo enviada por las autoridades del mismo, a cada uno de los auditores se les asignó un guía y un secretario, ellos organizaron la ubicación de los observadores; se les concedió un espacio limpio, amplio, cómodo, cerca del acervo establecido y equipo de computo necesario para trabajar durante el periodo determinado. Se inicio la evaluación con una sesión de apertura,



cada mañana durante los días de la auditoría se llevó a cabo un informe; el reporte final constó de 60 observaciones, con las cuales se inició el trabajo de corrección apenas terminó el proceso.

12.- Post-Certificación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Las observaciones realizadas por los auditores del Consejo de Salubridad General da lugar a la elaboración de un plan de trabajo a largo plazo para ello se determinaron estrategias que permitirán fortalecer la cultura de la calidad institucional, se establecen tácticas que en un mediano plazo permitirán valorar el avance para el cumplimiento de los estándares, las líneas de acción se implantan para que en los próximos seis meses se revise el grado cumplimiento, se tiene claridad que en este periodo se podrá cumplir un 75% de las observaciones y quedarán aquellas que implican un alto presupuesto que tendrá que gestionarse para el ejercicio presupuestal 2011.

Algunas generalidades para la mejora continua institucional, son:

- El equipo líder de certificación trabajará 2 veces al mes para elaborar los proyectos específicos en cumplimiento de las observaciones.
- El equipo general de trabajo desarrollará auditorías para determinar el grado de avance de las observaciones realizadas en los estándares y las metas internacionales.

Proyecto a largo, mediano y corto plazo post-certificación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, de julio de 2010 hasta la siguiente certificación:

Metas Internacionales No. 1: Identificar correctamente a los pacientes, las estrategias establecidas para lograr el cumplimiento total de esta son: a) Consolidar la identificación correcta del paciente en el Instituto, por el personal médico, de enfermería y de todas las áreas clínicas que tienen relación con el paciente y b) Gestionar oportunamente la adquisición y almacenaje de los insumos necesarios que permitan la identificación del paciente.

Las tácticas a desarrollar, son: a) En cuatro meses realizar la evaluación de las políticas elaboradas para dar cumplimiento a la meta internacional No. 1, por el personal de enfermería, médicos y todos los profesionales y técnicos que tengan relación con el paciente y necesiten dar seguridad en sus procedimientos y b) Aplicar una vez cada semestre una evaluación por los Agentes de calidad del Instituto para revisar su cumplimiento. (Anexo. No. 8)

Las acciones específicas a corto plazo, a desarrollar en el 2º semestre de 2010 son: a) Identificar de manera correcta y confiable al paciente, a quien va dirigido el servicio o tratamiento, e inversamente que el servicio o tratamiento coincida con la persona, se deberá poner especial cuidado en medicamentos de alto riesgo, uso de hemoderivados, toma de exámenes de laboratorio y procedimientos invasivos y b) Identificar al paciente por su nombre, registro y fecha de nacimiento, aplicar las políticas de utilizar por lo menos 2 de estos datos.

La meta internacional No. 2: mejorar la comunicación efectiva, se desarrollarán las siguientes prácticas estratégicas: a) Aplicar la política establecida para la recepción de las órdenes verbales en el Instituto Nacional de cardiología y b) Difundir dicha política, verificar que se encuentre en los manuales de procedimientos de los servicios clínicos donde aplica.



Una táctica básica para esta meta, es: a) Evaluar la aplicación de la política a través de la práctica diaria.

Las líneas de acción a desarrollar de manera inmediata son: a) Evaluar a través del sistema de Agentes de calidad su aplicación y seguimiento: i) el receptor de la orden o del resultado del análisis anota la orden o el resultado del análisis emitido verbalmente, registra los datos completos del paciente y de quien emite la orden o resultado, ii) la orden o resultado se vuelve a leer por el receptor de la información, iii) la orden o resultado del análisis son confirmados por la persona que los dictó y b) Presentar los resultados para re-evaluar la aplicación en una siguiente revisión.

La meta internacional No. 3: mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo: para cumplir esta meta se despliegan las siguientes estrategias: a) Aplicar política y procedimientos establecidos para el control de los medicamentos de alto riesgo en el Instituto Nacional de Cardiología y b) Unificar el Uso del Sistema de control de estos medicamentos (Caja de Medicamentos de Alto riesgo), así mismo uniformar - con base en la mejor práctica- el sistema de resguardo de los narcóticos.

Las tácticas para esta meta son: a) Verificar la aplicación de las políticas de manejo de electrolitos concentrados instituidas en el procedimiento de manejo de medicamentos de alto riesgo, b) Capacitar al personal sobre las especificaciones y cuidados que implica el uso y manejo de los medicamentos de alto riesgo, en particular de los electrolitos concentrados y c) Asegurar a través de una revisión trimestral que se está llevando a cabo el procedimiento como está establecido: ubicación, etiquetado y almacenamiento de los electrolitos concentrados.

Las actividades inmediatas para menguar esta observación son: a) Reforzar mediante sesiones de discusión del procedimiento de manejo y de resguardo de medicamentos de alto riesgo y b) Auditar a través del sistema de Agentes de calidad las políticas y procedimientos para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, particularmente unificar las prácticas de éxito desarrolladas por el personal de enfermería.

La meta internacional No. 4: Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto, se propagarán las practicas: a) Difundir y aplicar el programa establecido en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; este programa denominado "cirugía segura, salva vidas", la firma de este convenio asegura que el paciente revisará junto con el médico y marcará en su caso el sitio donde se llevará a cabo la cirugía, b) El grupo quirúrgico, debe de conocer, repetir y llevar cabo en cada procedimiento quirúrgico las acciones determinadas en el documento establecido, de tal manera que garantice la cirugía en el lugar correcto, el procedimiento correcto y al paciente correcto y c) Dar lugar a los siguientes pasos a partir del mes de mayo de 2010, sin excepciones: i) el marcaje del sitio quirúrgico, como proceso de verificación preoperatorio, ii) se realizará en el lugar justo donde se llevarán a cabo los procedimientos.



Los métodos a mediano plazo son: a) Establecer una comunicación eficiente entre todos los profesionales que integran el equipo quirúrgico, b) Definir la forma y tipo de marcaje quirúrgico.

- Enfatizar la participación del paciente en su marcaje, y así asegurar que comprendió lo que se le va a realizar, c) Verificar el sitio exacto donde se realizará el procedimiento, d) Asegurar que estén disponibles todos los documentos, imágenes, estudios relevantes, etiquetados y exhibidos en la unidad donde está el paciente y d) Determinar la presencia de las prótesis e implantes (en su caso) que se aplicarán al paciente.

Las tareas a breve tiempo serán: a) Aplicar la lista de verificación de la seguridad en la cirugía en cada uno de los procedimientos quirúrgicos: de entrada, intermedio quirúrgico y salida, b) A través de los Agentes de calidad hacer una revisión durante el mes de octubre de 2010 y c) Revisar en 4 meses, el expediente de pacientes que fueron sometidos a un acto quirúrgico en los últimos 3 meses para valorar esta meta internacional.

De los estándares centrados en el paciente se pondrá especial atención en la aplicación de las siguientes prácticas, con respecto a los derechos del paciente y su familia:

- Como estrategias: a) Aplicar la política establecida para el consentimiento informado, en caso de reconsiderar la necesidad de más de un formato aplicar pruebas piloto que fundamenten esta situación y b) Debe de quedar perfectamente claro que cada procedimiento que ponga en riesgo la vida de la persona amerita un consentimiento informado.
- Como tácticas: a) Proponer una reunión con el Director Médico y todas las áreas médicas para retroalimentar sobre la importancia de solicitar el consentimiento informado antes de llevar a cabo un procedimiento, o el ingreso del paciente: cirugía, anestesia, banco de sangre, arritmias, rehabilitación cardíaca, hemodinámica, procedimientos invasivos como la colocación de un catéter central, un catéter de flotación, el balón de contrapulsación, Etc.
- Las líneas de acción: a) Evaluar en una práctica de agentes de calidad la aplicación in situ del formato del consentimiento informado, dentro del expediente clínico y b) El personal asignado al departamento de Calidad valorará la aplicación del (de los) formato(s) en expediente de pacientes que tienen de 4 a 6 meses de su egreso.

La Evaluación de pacientes debe de partir del principio de que cada uno de ellos, es una persona única, con necesidades, fortalezas, valores y creencias; todas las unidades hospitalarias deben de aplicar y cumplir con los derechos de los pacientes, entre ellos salvaguardar los datos registrados en el expediente del paciente y mantener su confidencialidad; para cumplir con este precepto se establecen las siguientes estrategias:

- a) Mantener la confidencialidad de los datos personales del paciente, b) Modificar la política establecida por la Dirección de Enfermería, el paciente debe de ser evaluado las primeras 24 horas, para ser exacto debe ser evaluado en el momento de su ingreso a cualquier área de hospitalización, ya que es la oportunidad de conocer el estado físico, psicológico y social del paciente, así como elaborar su historia clínica; llevar a cabo la revisión de los exámenes de laboratorio y gabinete con los que cuente, y de esta manera poder realizar el plan de



atención específico que cubra las necesidades del paciente, c) Otra observación se relaciona con el registro de la temperatura del refrigerador de medicamentos de alto riesgo, para ello se debe de aplicar la política y el procedimiento establecido y unificar el formato establecido para el monitoreo de la temperatura y d) La última observación de este estándar se relaciona con la aplicación del plan de alta para el paciente, establecer criterios que permitan que sea un proceso sistemático y estructurado, donde las acciones de enfermería se desarrollen desde que se conoce la situación clínica del paciente y se inicien medicamentos y terapéutica que tendrá que seguir a largo plazo.

Las tácticas a desarrollar a mediano plazo para dar cumplimiento total a este estándar son: a) Evaluar que datos permiten el control de los pacientes hospitalizados, b) Instaurar un Programa de trabajo en donde se desarrollen políticas y procedimientos para cumplir con este estándar y c) Capacitar al personal de enfermería para que continúe proporcionando educación para la salud de calidad, que aclare las dudas del paciente y fomente el autocuidado.

Las actividades para subsanar a corto plazo este compromiso son: a) Llevar a cabo una evaluación trimestral por el personal asignado al departamento de calidad, b) Con la información confidencial del paciente evitar que esté expuesta en áreas comunes, c) Llevar a cabo la revisión del uso adecuado de información confidencial del paciente, una vez al mes para determinar el cumplimiento, d) Auditar los expedientes de los pacientes hospitalizados por los médicos jefes de los servicios cada mes, e) Aleatoriamente el grupo del departamento de calidad revisar que se cumpla con este procedimiento, f) Auditar este estándar y poner especial cuidado en la respuesta que se otorga al paciente a sus dudas en la práctica diaria y como se hace el registro en las hojas de enfermería.

En el estándar de atención de pacientes, se hizo particular observación en que no se lleva a cabo un registro estandarizado de la dieta que se otorga al paciente, para ello se proponen las siguientes prácticas:

- Estrategias: a) Evaluar que se cumpla la misión en relación a la atención del paciente, b) Analizar la planificación de la atención integrada y coordinada por entornos y servicios y c) Observar las políticas y procedimientos de atención a pacientes críticos y pacientes con características o necesidades específicas.
- Tácticas: a) Asegurar que los médicos, enfermeras, trabajadora social, dietistas y demás profesionales de la salud, planean la atención de cada paciente en las primeras 24 horas de su ingreso, b) Garantizar que el plan se actualice de acuerdo a la evolución del paciente y se registre en el expediente, c) Fortalecer los registros en el expediente clínico de las órdenes, indicaciones, sugerencias y recomendaciones de los profesionales de la salud, en los formatos establecidos para ello; todas estas acciones deben estar firmadas por los profesionales que las emitieron, d) Informar al paciente y su familia de las acciones realizadas y los resultados de éstas, e) Incluir esta acción en los registros y e) Establecer políticas y procedimientos que aseguren que la preparación, manipulación, almacenamiento y distribución de los alimentos sean seguros y cumplan con las leyes, reglamentaciones y prácticas vigentes aceptables.



- Las líneas de acción serán: a) El personal dirigente de dietología y nutrición, supervisa de manera cotidiana que los alimentos se preparan y se almacenan de tal manera que se reduce el riesgo de contaminación y putrefacción; así como la distribución puntual y específica de cada paciente, b) Los Agentes de calidad hacen una evaluación en un periodo no mayor a 30 días de como se otorga la alimentación de los pacientes del Instituto, c) En la evaluación antes mencionada se revisa y registra todo tipo de alimentación otorgada al paciente (oral, parenteral, Etc) dentro del expediente clínico y d) Se valoran las necesidades de paciente y se evitan errores de cantidad, tipo y calidad.

El estándar de educación del paciente y su familia, se deberá fortalecer a través de los siguientes mecanismos:

- Estrategias: a) La dirección médica y la dirección de enfermería deben reforzar las políticas y procedimientos de educación al paciente y su familia, que les permita participar en la toma de decisiones sobre su atención.
- Táctica: a) Registrar en las notas correspondientes, el tipo de orientación, capacitación e información otorgada al paciente.
- Línea de acción: a) Evaluar mediante el sistema de rastreo si se otorga esta educación al paciente y su familia, mediante entrevista directa y revisión del expediente clínico en un periodo no mayor a dos meses.

El manejo y uso de medicamentos es un estándar básico en la atención del paciente se mejorará su cumplimiento a través de:

- Estrategia: a) Verificar y capacitar sobre la aplicación de las políticas y procedimientos establecidos y en caso necesario crear alternativas de acción que permitan garantizar la seguridad del paciente con respecto al uso y manejo de medicamentos, ya que como es sabido el manejo de medicamentos es un componente importante de los tratamientos paliativos, sintomáticos, preventivos y de curación de las enfermedades.
- Táctica: a) Revisar en grupos de trabajo integrados por médicos y enfermeras los estándares que integra MMU y crear las líneas que lleven a los elementos más sencillos y medibles en la práctica diaria y b) Establecer las políticas y procedimientos para el desecho de medicamentos, particularmente los considerados de alto riesgo.
- Línea de acción: a) Llevar a cabo una evaluación en tres meses por los agentes de calidad del estándar manejo y uso de medicamentos y sus elementos medibles, haciendo especial énfasis en los riesgos observados por los auditores del Consejo de Salubridad General.

A cerca de los estándares centrados en la gestión las observaciones se realizaron con respecto a los siguientes estándares, se inicia con el de mejora de la Calidad y Seguridad, para éste se elaboraron las siguientes acciones:

- Estrategias: a) Los directivos y responsables de las áreas del establecimiento priorizan y determinan los procesos que deben controlarse para garantizar la calidad y la seguridad del paciente y su familia, determinando y documentando lo que se considera un evento centinela, b) Se establecen mecanismos seguros de comunicación e información, lo cual permite el conocimiento de todo el personal y la aplicación de políticas y procedimientos una vez que fueron emitidas, particularmente en lo que se refiere al expediente clínico y c) Se

llevará a cabo un nuevo curso, en donde se capacite a un mayor número de agentes de calidad para favorecer y fortalecer la cultura institucional sobre la calidad y la seguridad del paciente.

- Táctica: a) Asesorar el área médica y de gabinetes sobre los elementos medibles de QPS, para su aplicación y seguimiento.
- Líneas de acción: a) capacitar al personal en general para identificar los elementos que implican una cuasi-falla, un evento adverso y un evento centinela y b) Evaluar el avance real del expediente clínico electrónico y establecer estrategias, tácticas y acciones que permitan en el corto plazo dar formalidad a su conclusión.

Prevención y control de infecciones es uno de los puntos fuertes del trabajo institucional, aún así se elaboraron algunas observaciones y esto da lugar a la elaboración de las siguientes prácticas:

- Estrategias: a) Los directivos y responsables del Comité de Control de Infecciones verifican que se cumplan las políticas y procedimientos de Prevención y control de Infecciones y b) Fundamentar con políticas y procedimientos el uso del Circuito Venoso Externo Libre de Agujas (CLAVE), lo cual permitirá solicitar el retiro de esta observación.
- Tácticas: a) Valorar cada vez que se tenga en un servicio un paciente aislado, las técnicas y procedimientos que se llevan a cabo con él, a fin de fortalecer y garantizar la seguridad en el cuidado y b) Retroalimentar al personal de enfermería en general y al de nuevo ingreso en particular en el desarrollo de procedimientos de pacientes en aislamiento.
- Línea de acción: a) Evaluar con el grupo de agentes de calidad la atención que se otorga al paciente en aislamiento, así como el uso de contenedores y recipientes donde se colocan los desechos, en las diversas categorías aplicables al Instituto.

El estándar de gobierno, liderazgo y dirección para subsanar las observaciones y dar cumplimiento a las mismas se elaboran las siguientes acciones:

- Estrategia: a) Los responsables de la contratación de empresas subrogadas establecen con puntualidad las características que debe tener el personal contratado, así mismo les da a conocer las políticas aplicables para el desempeño de su trabajo.
- Táctica: a) Capacitar al personal de Instituto y subrogado para la aplicación de las medidas de seguridad, en apoyo a su persona, el paciente, su familia y las instalaciones del Instituto.
- Línea de acción: a) Evaluar con el grupo de agentes la aplicación de las medidas de protección personal en las diversas áreas del Instituto.

Un foco rojo se refiere al estándar de gestión y seguridad de las instalaciones, este grupo de edificios que integran al Instituto Nacional de Cardiología data de mediados de los 70's, y aunque para su tiempo fueron estructuras de vanguardia, las necesidades y especificaciones que deben de tener los establecimientos de atención a la salud han cambiado en los últimos años, para hacer frente a las observaciones y dar cumplimiento a éstas, se realizarán las siguientes acciones:

- Estrategias: a) El Director General y el Consejo directivo del Instituto están comprometidos en mantener una instalación segura y funcional para pacientes, familiares, visitantes y

personal, b) Este grupo directivo debe esforzarse en reducir y controlar los peligros y riesgos; prevenir accidentes y lesiones, así como mantener condiciones seguras, c) Re-estructurar el Plan Maestro de Gestión y Seguridad de las instalaciones, específico y único del Instituto Nacional de Cardiología, d) Gestionar presupuesto federal para llevar a cabo un Dictamen de seguridad estructural del Instituto y cumplir con el Reglamento de construcciones del Distrito Federal; también solicitar presupuesto para: i) colocar detectores de incendio y cumplir con la NOM-002-STPS-2000; para tener en el Instituto las Condiciones de seguridad, prevención y combate de incendios, ii) establecer un sistema de evaluación de la carga real que tolera el Instituto y iii) mejorar la infraestructura de los vestidores del personal de Instituto.

- Tácticas: a) Modificar y aplicar las medidas internacionales de evacuación de pacientes en caso de desastre interno o general. Asegurar que en los simulacros participen todas las áreas del Instituto, b) Colocar medidas de seguridad como pasamanos en los sanitarios de los pacientes en las áreas de rayos x, laboratorios, gabinetes, Etc., c) Aplicar las medidas establecidas para el manejo, control y almacenaje de las sustancias químicas peligrosas, d) Colocar protecciones en los tableros de control, identificar los interruptores y los conectores que tienen unión con la luz de emergencia, e) Establecer políticas y procedimientos para evitar que se abra la puerta de las unidades de pacientes que tienen acceso al balcón, en el 8o y 9o pisos, f) Observar que todas las medidas de seguridad establecidas en el plan maestro se cumplan, por ejemplo evitar la obstrucción de las vías de salida de emergencia, g) Aplicar las políticas y procedimientos establecidos por el Comité de Control de Infecciones y el área de manejo de residuos peligrosos, para el manejo de punzocortantes, h) Establecer una escalera de emergencia del servicio de Hemodinámica y darle las características necesarias para que cumpla con las especificaciones de seguridad, i) Revisar el Plan Maestro de Seguridad del Instituto Nacional de Cardiología, verificando contenga todas las políticas y procedimientos observados en la auditoría, ya concluido revisarlo con un grupo de agentes de calidad, j) En el área de plantas de emergencias es necesario reorganizar las áreas de trabajo a fin de dar seguridad al personal que allí labora, y k) Auditar trimestralmente el estándar FMS, involucrando en la primera auditoría al grupo administrativo responsable de área, en segundo lugar, con el personal del área, en ambos casos elaborar una bitácora que será entregada al COCASEP para su seguimiento.
- Líneas de acción: a) El equipo líder de certificación asesorará la re-estructuración del Plan Maestro de Gestión y Seguridad, b) Promover la capacitación del personal de servicios generales sobre los aspectos prioritarios de seguridad personal y de las instalaciones, c) Impulsar la cultura de seguridad personal y en las instalaciones a todos los recursos humanos de la institución, d) Difundir las prácticas de seguridad en el uso de energía eléctrica cotidiana y de emergencia, conforme al artículo 517-30 inciso "e" de la NOM-001-SEDE-2005. Corroborar durante las auditorías y e) Gestionar con los servicios subrogados la estandarización de las medidas de seguridad en los contenedores de gases medicinales, particularmente de CO<sub>2</sub>, nitrógeno y oxígeno.

En el estándar de calificaciones y educación del personal fue observado el aspecto de la descripción de funciones y privilegios de los médicos de acuerdo a su competencia, habilitación y puesto, para corregir se realizará la siguiente estrategia: a) El grupo directivo define el nivel

educativo, aptitudes, conocimiento y requisitos necesarios para cada puesto, conocido como “perfiles de puesto”.

- Táctica: a) La subdirección de administración y desarrollo de personal es la unidad responsable de verificar y asegurar la autenticidad de los documentos que avalan la formación académica del personal contratado.
- Línea de acción: b) Evaluar todos los estándares y elementos medibles del subsistema SQE dentro de 6 meses, para verificar su corrección.

Finalmente con respecto al estándar manejo de la comunicación y la información, las observaciones están básicamente relacionadas con el expediente clínico, para transformar a un cumplimiento total, se realizarán las siguientes conductas:

- Estrategias: a) Dar cumplimiento al 100% de la NOM 168-SSA1-1998 y b) Mantener la política de elaborar un expediente clínico por cada paciente que ingresa al Instituto, así como mantener su integridad y confidencialidad.
- Tácticas: a) Verificar el cumplimiento del Programa de auditorías mensuales del Expediente clínico, establecidas por el SubComité del Expediente clínico.
- Líneas de acción: a) En la reunión del 6 de julio del SubComité del Expediente Clínico se revisaron las observaciones realizadas durante la auditoría de la Certificación, b) Difundir mediante oficio la lista de procedimientos invasivos que requieren consentimiento informado, así como los requerimientos de éste; recordando el documento se encuentra en la intranet del Instituto y c) Evaluar que las notas médicas sean procesadas en texto electrónico y que las notas de enfermería se elaboren con letra legible; en ambos casos se estipulará que no se utilicen abreviaturas de ningún tipo; finalmente, se recordará que toda nota de un profesional de la salud, incluida en el expediente clínico, deberá ser firmada por quien la realizó.

Todas estas propuestas se conjuntaron en el Plan de Mejora de la calidad y seguridad del paciente para seguimiento a las observaciones realizadas durante la auditoría del Consejo de Salubridad General en el Instituto y así dar cumplimiento a los 342 estándares y los 1354 elementos medibles establecidos.

## **IX. RESULTADOS**

Obtención de la re-certificación por el Consejo de Salubridad General por un periodo de 3 años, con una serie de observaciones que ya se están controlando con el programa de mejora continua presentado en el apartado no.12 de este documento.

Estos resultados permiten a la Institución funcionar acorde a la misión, la visión y los valores, mantener su prestigio como un establecimiento sanitario de alto nivel, así mismo responder a las expectativas planteadas en el Plan Nacional de Salud 2007-2012, a las políticas de las instituciones educativas de grado y de pregrado que han puesto como requerimiento para continuar enviando a profesionales en formación, que las instituciones de salud estén acreditadas y certificadas, de igual manera las instituciones de aseguramiento en salud han establecido como requisito principal que sus asegurados sean atendidos en instituciones certificadas; como es bien conocido el 25% de presupuesto del Instituto Nacional de Cardiología



Ignacio Chávez depende de la atención a personas aseguradas o afiliadas a instituciones que tengan estas características.

Todos estos argumentos hacen que el equipo de trabajo que suscribe este documento esté muy satisfecho de haber contribuido a que esta prestigiosa institución haya logrado en el tiempo estipulado la re-certificación por el Consejo de Salubridad General con los nuevos estándares internacionales homologados con la Joint Commission International.

El impulso para presentar el modelo de cardio-calidad al Premio Nacional de Administración Pública se debe básicamente al logro de la re-certificación, como ya fue mencionado elemento prioritario para continuar funcionando con el prestigio institucional, que se logró de manera exitosa, se evitó el gasto excesivo y sobre todo se reforzó el conocimiento de los principios de calidad, de los esquemas de auditoría y conocer más profundamente a nuestra querida institución.

## **X. CONCLUSIONES**

Al término de esta experiencia el equipo líder ha confirmado que cualquier cambio de cultura organizacional requiere de tiempo, conocimiento y habilidades, así como la participación activa de todos y cada uno de los niveles de la organización, ya que los valores individuales son la base para lograr una verdadera transformación hacia la excelencia institucional, con esta premisa se establecen las siguientes conclusiones:

- El plan direccional establecido para el proceso de la re-certificación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, logró sus objetivos, ya que colocó a la calidad y la seguridad de la atención del paciente como un tema prioritario en la mente y el conocimiento de los trabajadores de la institución.
- Se confirmó la hipótesis de que el esfuerzo adicional del capital humano del Instituto, conseguiría la re-certificación de éste en un corto plazo, y con una calificación excepcional.
- La integración del equipo líder para la certificación deberá ser multidisciplinario, con base en personal de enfermería que por su disciplina, liderazgo, conocimiento institucional y competencias en el área de calidad, se comprometan y responsabilicen del proyecto.
- Que logrado el objetivo se mantenga el equipo líder para asegurar que la calidad permanezca en las acciones habituales de la institución, como una cultura.
- El grupo responsable de la calidad de un establecimiento sanitario debe estar constituido al menos por el 1% de la plantilla de la misma.
- Para aplicar un proyecto semejante al aquí descrito se sugiere lo desarrollen en un periodo mínimo de diez meses.



## **XI. BIBLIOGRAFÍA**

1. Hill, J. Administración del desempeño. Metas de retroalimentación, asesoría y reconocimiento. México: Panorama; 2002.
2. David, F. Conceptos de administración estratégica. 9ª ed México: Pearson. Prentice Hall; 2006.
3. Hernández, S. administración. pensamiento, proceso, estrategia y vanguardia. México: McGraw Hill; 2004.
4. Robbins, S., Coulter M. Administración. 6ª ed. México: Pearson. Prentice Hall; 2002.
5. Münch, L. Más allá de la excelencia y la calidad total. 2ª ed México: Trillas; 2002.
6. Ortega, C y Suárez M. Manual de Evaluación de la Calidad del servicio de Enfermería. 2ª ed. México: Panamericana; 2009.
7. Consejo de salubridad general. Estándares para la certificación de hospitales. Vigentes a partir del 1º de enero de 2009. México.
8. Consejo de salubridad general. Manual del proceso para la certificación de hospitales. Vigentes a partir del 1º de enero de 2009. México.
9. Condiciones Generales del Trabajo (CGT-SNTSA) 2006-2009 [base de datos en Internet 2007] [consultado el 3 de Marzo 2010]. Disponible en: <http://portal.camp.gob.mx/C16/IN11/Document Library/Condiciones.pdf.html>.
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma en Internet 2007 Febrero 12] [consultado el 3 Marzo de 2010] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/1.doc.html>.
11. Ley de los Institutos Nacionales de Salud. [REF DOF en Internet 2006 Junio] [consultado el 3 de Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/le260500.html>.
12. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (Reglamento del Apartado B del Artículo 123 constitucional). [última reforma publicada DOF en Internet 2006 Mayo] [Consultado el 5 de Marzo de 2010]. Disponible en: [http://ww.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/PR/Leyes/28/21963\(1\).pdf.html](http://ww.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/PR/Leyes/28/21963(1).pdf.html).
13. Ley General de Salud. [REF. DOF en Internet 2007 Junio] [consultado el 5 de Marzo de 2010]. Disponible en [http://www.seguro\\_popular.salud.gob.mx/descargas/marco\\_juridico/07\\_01\\_lgs.pdf.html](http://www.seguro_popular.salud.gob.mx/descargas/marco_juridico/07_01_lgs.pdf.html).
14. Normas Oficiales Mexicanas. [consultado el 8 de Marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>.
15. Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Salud 2007-2012. [base de datos en Internet 2007 Marzo] [consultado el 8 de Marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.Pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=salud.html>.
16. Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y acceso a la Información Pública Gubernamental. [DOF en Internet 2003 Junio] [consultado el 8 de Marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.cofemer.gob.mx/documentos/marcojuridico/reglamentos/rlftaipg.pdf.html>.
17. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Programa de Trabajo 2010. México.
18. Martínez, M. Programa de Trabajo 2009-2014. México.



## NORMAS

19. NOM-001-SSA2-1993 [Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/001ssa23.html), D.O.F 6 dic. 1994. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/001ssa23.html>
20. NOM-003-SSA2-1993 [Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/003ssa23.html) D.O.F 8 dic. 1993 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/003ssa23.html>
21. NOM-056-SSA1-1993 [Norma Oficial Mexicana NOM-056-SSA1-1993, requisitos sanitarios del equipo de protección personal](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/056ssa13.html) D.O.F 10 ene. 1996 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/056ssa13.html>
22. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 Norma Oficial Mexicana [NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html), Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo D.O.F 17 feb. 2003 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>
23. NOM-168-SSA1-1998 [Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html), D.O.F 30 sep. 1999 Fecha de modificación 22 de ago. 2003 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
24. NOM-170-SSA1-1998 [Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la práctica de anestesiología](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/170ssa18.html) D.O.F 10 ene. 2000 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/170ssa18.html>
25. NOM-171-SSA1-1998 [Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, para la práctica de hemodiálisis](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/171ssa18.html) D.O.F 29 sept. 1999 F. de modificación 12 sep. 2001. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/171ssa18.html>
26. NOM-190-SSA1-1999 [Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html) D.O.F 8 mar. 2000. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>
27. NOM-220-SSA1-2002 [Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2002, instalación y operación de la farmacovigilancia](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/220ssa102.html) D.O.F 15 nov. 2004 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/220ssa102.html>



## **XII. SÍNTESIS**

El modelo de Cardio-Calidad aplicado para la re-certificación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se basa en el empleo de los Nuevos Estándares Internacionales del Consejo de Salubridad General establecidos en el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, la metodología rastreadora, el cumplimiento de la autoevaluación de las instituciones sanitarias y las políticas de legitimación instituidas en el país.

Este Modelo fue creado ante la necesidad de desarrollar el proceso con recursos propios y en un periodo corto de tiempo, fue fundamentado en un Plan Direccional muy creativo, legitimado por las autoridades de la Institución que contempla como fortaleza su capital humano, el desarrollo y aplicación del proyecto estuvo a cargo de un equipo líder.

Esta metodología es aplicable a instituciones que deseen obtener la certificación y carezcan de un gran presupuesto para llevarlo a cabo, está avalado con los resultados obtenidos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

En síntesis el Plan Direccional consistió en:

- 1.- Establecer un equipo líder de trabajo, un grupo de agentes de calidad, todos ellos fueron incluidos en un directorio de trabajo para una comunicación eficiente y efectiva.
- 2.- Instaurar una cuenta de correo específica para certificación, con acceso directo a todos los miembros del equipo líder.
- 3.- Comunicar a toda la comunidad del Instituto que se estaba en pleno proceso de preparación para la re-certificación, mediante la utilización de un cartel donde se establecían en cuenta regresiva los días que faltaban para el inicio de la auditoría.
- 4.- Sesionar con los agentes de calidad dos veces por semana, durante una hora, para revisar los estándares que integraban la evaluación de calidad y seguridad de la atención médica; avances y retrocesos del proyecto.
- 5.- Reunir a los líderes del proyecto con los directivos del Instituto para revisar el avance del plan y tomar decisiones de alto nivel que implicaban recursos humanos, materiales o financieros.
- 6.- Difundir a través de campañas los estándares y los elementos medibles que tenían un nivel de cumplimiento mínimo o parcial. Estas campañas consistían en: a) colocar un cartel con uno o varios posters en las puertas y áreas de mayor circulación de



personas; b) manufacturar gafetes con esta misma información, así cada agente de calidad tenía en su mano el tema elaborado para esa semana, con lo que podía capacitar a todo el personal de su área.

7.- Auditar semanalmente un estándar, elementos medibles o una política o procedimiento institucional, con estas auditorías se lograron los siguientes propósitos: a) sensibilizar al personal ante la imagen de un auditor, b) que los agentes de calidad en su carácter multidisciplinario se integrarán como equipo institucional, c) retroalimentar el conocimiento integral de los estándares y sus elementos medibles, d) incrementar la visión de los agentes de calidad como auditores internos, más allá de su función como servidores públicos del Instituto, y e) conocer integralmente al Instituto, no solo el área de competencia laboral.

8.- Presentar a las autoridades del más alto nivel institucional el nivel de cumplimiento logrado en tres momentos: a las 2 semanas de iniciado el plan, 30 días hábiles antes de la certificación y una semana antes del proceso, en esta última se mostró un avance promedio del 90% de cumplimiento.

9.- Preparar la recepción del grupo de auditores del Consejo de Salubridad General, se organizó el acervo, en él se integraron los documentos generales del Instituto como el estatuto orgánico, manual de organización del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, manual general de procedimientos del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ley de creación del Instituto, los manuales específicos de los servicios, comité y subcomités integrados del Instituto, plan maestro de protección civil y seguridad, guías clínicas médicas, guías clínicas de enfermería, y todos los documentos que fundamentan jurídicamente el trabajo diario en el Instituto.

10.- Incluir a un número importante de servidores públicos al proceso fue primordial en la aplicación de este modelo, por ello previo a la semana de la auditoría se llevó a cabo un Taller para dar a conocer el cumplimiento logrado, los éxitos obtenidos, así como los elementos pendientes de alcanzar, pero sobre todo agradecer el esfuerzo realizado.

11.- Organizar la agenda y logística de la auditoría por el Consejo de Salubridad General, participar en el proceso fue una experiencia que enriqueció a todo el grupo de trabajo.

12.- Revisar y trabajar sobre las observaciones será una tarea interesante, que fortalecerá el conocimiento y la cultura de la calidad alcanzada.

Finalmente este modelo de Cardio-Calidad se podrá replicar en instituciones de salud que sitúen a la calidad y la seguridad del paciente como una prioridad.



### **XIII. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.**

De acuerdo al numeral tercero del Premio Nacional de Administración Pública 2010, igualdad de oportunidades, inciso 3.1 desarrollo integral se inscribe el trabajo: "Modelo de gestión de calidad aplicado para la re-certificación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez".

Este es un trabajo teórico-práctico, aplicado al 100% con base en los estándares internacionales del Consejo de Salubridad General.

Se implementó en un periodo de 3 meses y medio desde su concepción hasta la auditoría, se logra la re-certificación con una calificación excelente y se proyecta un programa de mejora continua con base en las observaciones obtenidas.

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez es un establecimiento de salud que tiene una normatividad alineada al Programa Nacional de Salud 2007-2012, al Programa quinquenal del Director General 2009-2014 y al Programa de trabajo 2010, en cada uno de ellos se establece como prioridad garantizar la calidad y seguridad del paciente, su familia y los usuarios internos; para sustentar este principio es necesaria la certificación, la cual había prescrito en el año 2008, esta situación constituyó un reto que implicaba alcanzar la re-certificación en un corto plazo, lo anterior creo la necesidad de generar una metodología que tenía como fortaleza la capitalización del recurso humano, mediante la capacitación, uso de la tecnología informática, liderazgo AYLO (administración yendo de un lugar a otro), integración de todas y cada una de las áreas en el proceso de mejora continua e involucramiento de todos los niveles jerárquicos.

El modelo de cardio-calidad se elaboró con base en un plan direccional en el que se establecieron como elementos indispensables:

- 1.- Integración de un equipo líder para conducir el cambio a través de la alta dirección.
- 2.- Realizar un esfuerzo adicional de los miembros de la organización y en una operación de conjunto lograr la meta con el compromiso de un grupo de 126 Agentes de calidad.
- 3.- Cambiar la cultura de la organización mediante la capacitación de los agentes de calidad sobre los nuevos estándares de calidad y seguridad del paciente.
- 4.- Comprometer a la comunicad del Instituto en el cambio de todas aquellas actividades que no se cumplieran al 100%.
- 5.- Aplicar formas sistemáticas de análisis y reflexión para evaluar los resultados en cada etapa del proceso, que permitiera la flexibilidad en la toma de decisiones para la corrección de las desviaciones encontradas.

Los resultados de esta metodología además de lograr la meta principal que fue la re-certificación del Instituto en un corto plazo, con recursos propios, sensibilizó a la comunidad institucional sobre la importancia de continuar otorgando una atención médica de alta calidad, conforme a lo estipulado en la misión y visión del Instituto desde su creación.

Este modelo es accesible y factible de aplicar en otras instituciones de salud, que requiera la certificación del Consejo de Salubridad General, adaptándolo a las características específicas de cada una de ellas.



---

#### ***XIV. ESPECIFICAR QUE EL TRABAJO NO CORRESPONDE, O ES PARTE DE ALGUNA TESIS, DE INSTRUCTIVOS O DE MANUALES.***

El Modelo de Gestión de la Calidad aplicado para la Re-certificación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, nombrado por las autoras como Modelo de Cardio-Calidad nace de la necesidad de que la Institución pueda seguir funcionando como un Establecimiento donde se otorga atención médica de calidad y con seguridad en sus procesos; por tanto es un proyecto original y específico para este fin.

#### ***XV. ESPECIFICAR EL TIPO DE TRABAJO: TEÓRICO O PRÁCTICO.***

La aplicación de este Modelo tiene una fundamentación teórica y conceptual, con la cual se desarrollan una serie de actividades de mejora de la calidad, aplicadas durante todo el proceso.

#### ***XVI. ETAPA EN QUE SE ENCUENTRA EL TRABAJO.***

El Modelo de Cardio-Calidad ha cumplido su primera etapa y fundamental que fue la re-certificación del Instituto Nacional de Cardiología, tal como se presenta en la metodología se ha iniciado la 2ª etapa que es la planeación estratégica, con tácticas y líneas de acción que permitan la operación continua del modelo y mantengan a la calidad en la agenda permanente el Instituto.

#### ***XVII. FECHA DE INICIO Y DE TÉRMINO.***

Desde la creación del proyecto para establecer la metodología del Modelo de Cardio-Calidad, hasta el logro de la re-certificación, que ahora denominamos 1ª etapa fue del 1º de marzo al 17 de junio de 2010, la 2ª etapa se inició el 28 de junio de 2010, hasta que sea necesaria la siguiente re-certificación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

#### ***XVIII. ANEXOS.***

En las siguientes páginas se presentarán los anexos.