



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

**“Autoevaluación para la certificación mediante estándares del Consejo de
Salubridad General en la Unidad de Medicina Familiar número 55 del Instituto
Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla”**

DICIEMBRE 2020

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA MAESTRÍA EN

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Presenta:

HILDA WENDY BADILLO MORALES

DIRECTOR DE TESIS: **C.D. IRMA PÉREZ CONTRERAS**

ASESOR DE TESIS: **M.A.S.S. LIS ROSALES BÁEZ**

AUTOEVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN MEDIANTE ESTÁNDARES DEL
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN LA U.M.F. 55 DEL I.M.S.S.

INDICE		PAGINA
1	Resumen	1
2	Introducción	
	a. Antecedentes Generales	4
	b. Antecedentes Específicos	9
3	Objetivos	14
4	Material y métodos	15
	a. Variables e instrumentos	15
	b. Procedimiento	16
5	Resultados	17
6	Discusión	23
7	Bioética	26
8	Referencias	27

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Muchos esfuerzos de mejora relacionados con la salud tienen como objetivo principal otorgar servicios la más alta calidad, es decir, con eficiencia, eficacia, evitando cualquier riesgo posible y plena satisfacción del paciente. La certificación es la evaluación de la calidad por personal externo al establecimiento. En México la certificación se encuentra a cargo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM). Consta de cuatro fases, en la primera fase llamada registro, se realiza la inscripción y la autoevaluación. La autoevaluación es el documento facilitado por el Consejo de Salubridad General en su página web, está enfocada en evaluar el cumplimiento de los elementos mínimos necesarios en cuanto a estructura y diseño, de acuerdo a la legislación aplicable vigente; la realiza el mismo directivo del establecimiento. Para considerarse aprobatoria la autoevaluación y se continúe con la siguiente fase del proceso de certificación debe de cumplir con el 100% de los estándares ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los “Necesarios” y el 50% o más de los “Convenientes”.

El propósito de la Unidad de Medicina Familiar número 55 es otorgar el más alto nivel de calidad a sus derechohabientes, autoevaluarse es una estrategia de desarrollo y una herramienta para planificar sus procesos de mejora continua, además de impulsar a su personal en alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno; sería la primera unidad del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla en buscar la certificación.

OBJETIVO GENERAL:

Realizar la autoevaluación de Clínicas de Atención Primaria del Consejo de Salubridad General a la Unidad de Medicina Familiar número 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla, en junio de 2020.

MATERIAL Y METODOS:

Escrutinio Observacional, Transversal, Unicentro. Unidad de análisis: Los procesos y la estructura física de los diferentes Servicios de la UMF 55 durante el mes del estudio; criterios de inclusión: todos los departamentos de la UMF 55. Las variables fueron: autoevaluación, certificación, estándares centrados en el paciente y en la gestión ponderados como indispensables, necesarios y convenientes. Posterior a la autorización del director de la unidad médica se conformaron diez equipos de trabajo entre los jefes de servicio de cada área para aplicar el formato de autoevaluación 2012 indicado por el Consejo de Salubridad General. Posterior a eliminar aquellos estándares que no aplican en la unidad, se calificó de acuerdo a escala dicotómica: si cumple, no cumple.

RESULTADOS:

De los 371 estándares de la autoevaluación, se determinó que 50 no aplican para el tipo de servicios que presta la Unidad. La autoevaluación quedó con un total de 321 estándares; 152 indispensables, 112 necesarios y 57 convenientes.

La UMF 55, cumple con un total de 292 estándares (90.97%) de los 371 aplicables; de éstos, el 95.39% (n=145) son ponderados como indispensables, el 88.39% (n=99) como necesarios y el 84.21% (n=48) como convenientes.

Son siete los estándares ponderados como indispensables que no cumple la clínica, uno pertenece a la sección de recursos humanos, otro a la sección de expediente clínico y cinco a la sección de documentación, dos centrados en el paciente y tres centrados en la gestión.

CONCLUSIONES:

La UMF 55 no puede pasar a la segunda fase del proceso de certificación, debido a que debe cumplir con el 100% de los estándares ponderados como indispensables, por lo que debe realizar un plan de acción a corto plazo para que dé cumplimiento a dichos estándares.



Gracias queridos docentes de la maestría en
Administración en Servicios de Salud de la BUAP, por
brindarme sus conocimientos en el transcurso de estos
dos años.

Gracias a mis padres porque siempre están dispuestos a
apoyarme en lo que sea.

Este trabajo se lo dedico a mi esposo Ismael, por su
paciencia y su incondicional apoyo; gracias amor por
cuidar a Leo mientras yo estudiaba y por desvelarte
conmigo cuando lo necesité.



2. INTRODUCCIÓN

A. ANTECEDENTES GENERALES

Hoy en día, la calidad de la atención es el elemento central y transversal de los sistemas de salud, al tomar en cuenta la satisfacción y necesidades del usuario final, logrando los mejores resultados posibles con el mínimo de riesgos.¹

McLees A. y colaboradores en el 2015, desarrollaron una tabla para la medición de la mejora de la calidad en el campo de salud pública, cuyas variables fueron la eficiencia que evalúa el proceso y la reducción de costos; y la eficacia por la satisfacción de los usuarios, definiendo a la mejora de la calidad de la atención de salud pública como la prestación de servicios de manera más efectiva y eficiente posible.²

En la década de 1980, la planificación de la calidad comenzó a ser ejercida desde las instituciones. En esta etapa la auditoria médica surge como una autoevaluación sistémica realizada por los mismos médicos quienes comparaban las características o la calidad de la atención ideal con la observada, al principio con el expediente clínico, posteriormente con la formación de comisiones. Mas adelante, se establecieron estrategias para alcanzar la calidad, a través de la capacitación al personal, la planeación, sistemas de control y estudios del comportamiento humano.⁴

En nuestros días, una estrategia para mejorar la calidad en la atención a los pacientes es a través de la acreditación o certificación, procesos que tienen como objetivo el cumplimiento a la normatividad vigente, evitar daños innecesarios durante la intervención y ser eficaces en el tratamiento, por lo que garantizan la seguridad de sus instalaciones y de sus usuarios, otorgando confianza a la sociedad sobre el prestador de atención médica.⁵

La certificación es la evaluación por parte de auditores capacitados para la búsqueda de evidencia en el cumplimiento de requisitos relacionados con la estructura, el diseño, los procesos y las funciones que marca la ley y demás normativa general vigente nacional o internacional. La acreditación es definida como la declaración formal de la capacidad del establecimiento para llevar a cabo procedimientos específicos, directamente relacionados con la atención al usuario final. La evaluación la realiza una autoridad que conoce el campo de la medicina a profundidad. En algunos países se utiliza acreditación y certificación de manera indistinta.⁶

Algunos modelos de acreditación de excelencia son el Premio a la Calidad Malcolm Baldrige de los Estados Unidos de América; el modelo europeo EFQM (European Foundation for quality Management o Fundación Europea para el manejo de la Calidad); y las certificaciones utilizando la norma ISO 9001 de la Organización Internacional de Normalización (ISO) con sus adaptaciones al sector de la salud. Estos mismos modelos se pueden utilizar para la autoevaluación interna y para la gestión de la calidad.⁷

Algunos programas de Acreditación hospitalaria como la Joint Comission International (JCI) que es el brazo internacional de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (JCAH) fundada en los Estados Unidos en 1951, facilita los servicios de acreditación en todo el mundo. De esta institución se han desarrollado programas de acreditación como el de Organizaciones Nacionales Integradas de Salud (NIAHO) de Det Norste Veritis, Noruega.⁸

La JCI en 2011 se fusionó con la Société Générale de Surveillance SA-SGS (en Suiza) para ofrecer la Certificación ISO 9001, la cual se ha convertido en un modelo a seguir para lograr la acreditación de hospitales. ISO 9001: 2015 se basa en 7 principios de gestión de la calidad que permiten a los administradores tener una visión integral de la gestión de su organización, anticipar riesgos y promover mejoras.⁹

En la unión europea 14 organizaciones multinacionales europeas crearon en 1988 la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad; siendo éste un instrumento de autoevaluación en todos los niveles de una organización de atención médica e instrumento de auditoría para el Premio a la Calidad. El Instituto Nacional Holandés para la Calidad, el Instituto Nederlandse Kwaliteit, imparte capacitación y administra el programa de premios de calidad holandés. El Centro Jellinek realizó evaluaciones internas y externas y recibió en 1996, como la primera organización de atención médica, el Premio Holandés a la Calidad.¹⁰

Ejecutivos de hospitales Medicare y Medicaid también han desarrollado procesos para evaluar su calidad como fue la encuesta telefónica nacional realizada en 2005 sobre medidas de calidad hospitalaria; aquellos que han implementado dichas medidas, informaron una mayor inversión en proyectos de mejora de la calidad; los médicos estaban más informados y prestaban más atención a las pautas de mejores prácticas y mejoras en la documentación de esa atención. Además, aquellos hospitales acreditados o que habían comenzado a recopilar datos nuevos en los últimos 2 años presentaron mejores niveles de calidad a la atención.¹¹

En América Latina la Organización Panamericana de la Salud con la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) han estado trabajando en la definición del Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe.⁵

En Países como Cuba la acreditación se realiza por el Ministerio de Salud.¹²

Colombia cuenta con el Sistema de Acreditación en Salud (SUA) que a su vez debe de estar acreditado por la ISQua o Sociedad Internacional para la Calidad en Atención en Salud. Un referente a nivel mundial para las instituciones acreditadas. El SUA está basado en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalaria.¹³

En México, los mecanismos de evaluación en el contexto de la calidad para acreditar los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención del Sistema de Protección Social en Salud, se encuentran fundamentados en los artículos 77 Bis 9 de la Ley General de Salud y del 23 al 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.¹⁴ Por lo que en 1998, el Consejo de Salubridad General (CSG), junto con la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud y los asesores de Qualimed Corp., diseñaron el Programa Nacional de Certificación de Hospitales; y en el año 2007, establecen contacto con la Joint Commission International, y se homologan los criterios del CSG, sobre todo los relacionados a la seguridad del paciente. Así, el 13 de junio de 2008, surge el acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), publicado en el Diario Oficial de la Federación. Contando a partir de esta fecha con el fundamento jurídico para fortalecer el proceso de certificación, que es la parte medular del SiNaCEAM.¹⁵

El proceso de certificación consta de cuatro fases: Registro, evaluación, dictamen y continuidad. La primera fase se inicia cuando se recibe en el CSG copia simple de las autorizaciones sanitarias correspondientes al establecimiento y la autoevaluación aprobada, dicho documento se puede encontrar en la página del CSG: <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/inscripcion-autoevaluacion.html>.¹⁶

Algunas de las ventajas competitivas que adquiere un establecimiento al certificarse, son el reforzamiento de su imagen institucional, ya que evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal del establecimiento y la sociedad, prueba que su establecimiento es competitivo, garantiza a sus usuarios la seguridad en sus procesos y sus instalaciones y el apego a la normatividad vigente y las políticas nacionales prioritarias en salud.¹⁷

B. ANTECEDENTES ESPECIFICOS

El primer instrumento propuesto en la literatura para medir calidad del servicio de forma generalizada es el SERVQUAL, diseñado por Parasuraman, *et al.* (1988). Este instrumento mide del cumplimiento de 22 atributos agrupados en cinco dimensiones: tangibles, aseguramiento, respuesta, empatía y confianza.¹⁸

Pascale Carayon en el año 2012 con el uso de la ingeniería abordar la seguridad del paciente y otros problemas de calidad de la atención por medio de un modelo desarrollado por ellos, que incorpora la macro ergonomía a la triada Estructura-Proceso-Modelo para la búsqueda de la calidad asistencial y la Estructura-Proceso-Resultado de Donabedian. Dichos sistemas se convirtieron en una herramienta importante para introducir y promover los factores humanos y la ergonomía en los investigadores, profesionales y educadores de la salud.¹⁹

En Estados Unidos de Norteamérica, a partir de 1952 se inició una evaluación específica de los servicios de salud, por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, actualmente conocida como JCI (Joint Commission International). Sus evaluaciones se encuentran disponibles para que puedan ser utilizados por cualquier establecimiento sanitario públicos o privados a nivel internacional; con el objeto de mejorar la calidad de la atención del paciente. Los estándares se pueden descargar gratis desde el sitio web de la JCI para adaptarlos a las necesidades de cada país. Están agrupados por funciones, centrado en el paciente son aquellos que se relacionan con ofrecer una organización segura y efectiva y centrados en la gestión evalúan la buena administración.²⁰

En Europa se han desarrollado dos grandes proyectos dirigidos a la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica: la International Society for Quality in Health Care desarrolló el Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programmes for Health Care), habiéndose consolidado en 1999 con la creación del Accreditation Federation Council, enfocado específicamente a la acreditación de servicios de salud,

con una vocación de mejora continua. Y La European Foundation for Quality Management que desarrolló un sistema para evaluar en forma integral la calidad total. Actualmente este sistema es el utilizado para el otorgamiento del Premio Europeo de Calidad.²¹

El Ministerio de Salud y Educación Médica en Irán en junio de 2012, adaptó el modelo de la JCI a su modelo nacional llamado Modelo de Excelencia. Los estándares del JCI fueron adaptados de acuerdo a los criterios, subcriterios, directrices y puntos complementarios del Modelo de Excelencia del sector salud; los resultados de la adaptación se revisaron a través reuniones de expertos.²²

Implantar sistemas de certificación hospitalaria, o acreditación cómo se le denomina en muchos de los países que la realizan, no ha sido fácil, particularmente en América Latina. México fue el primer país fuera de los Estados Unidos cuyos estándares están homologados internacionalmente.²³

Para fortalecer el proceso de certificación, entre 2009 y 2010 se logró formalizar un entendimiento entre la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP) al aceptar que las compañías de seguros exigieran a los hospitales privados estar certificados por el Consejo para hacer pagos directos; además del Acuerdo del Consejo que exige a los establecimientos privados que otorguen servicios al sector público estar certificados por este organismo.²⁴

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) en apego a la Ley General en Salud realiza el proceso de acreditación, el cual consisten en la evaluación de la calidad, capacidad y seguridad para el paciente. Su proceso se realiza mediante dos fases: la autoevaluación y la dictaminación. En ambas fases se utiliza el mismo instrumento de evaluación el cual se encuentra disponible en su página web: <http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/acreditacion.html>.

Aquellos establecimientos que cumplen satisfactoriamente los criterios y son comprobados por un evaluador externo, se otorga la acreditación hasta por 5 años.²⁵

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de manera oficial en 1957 se formó la Comisión de Supervisión Médica del IMSS; en 1972 la auditoria médica evolucionó a Evaluación Médica, editándose un fascículo de instrucciones para la evaluación de la calidad que posteriormente fue adoptado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). A partir de 1974 se consolida el procedimiento y se divide la evaluación Médica en Interna, también llamada autoevaluación y externa, llamada evaluación. Como complemento a esta evaluación se normaron la operación y funciones de los comités médicos asistenciales como el del expediente clínico. Para 1987, el IMSS editó el documento “Evaluación de la calidad de la atención en las Unidades Médicas del IMSS”, incluyendo un instructivo y una cédula de registro, los cuales fueron utilizados por el Sector Salud para editar sus propias bases para la evaluación de la calidad en sus unidades.²⁶

El Programa Institucional 2014-2018 del IMSS define en el objetivo 4, mejorar el modelo de atención a la salud, con calidad y seguridad a través de la certificación por el Consejo de Salubridad General.²⁷

Hasta el 11 de marzo de 2020 en México, 338 unidades de atención médica se encontraban certificadas; de éstas 205 pertenecen al sector privado (60.65%), 46 Unidades pertenecen a PEMEX (13.60%), el 6.8% (23 unidades) al Instituto Mexicano del Seguro Social; 18 unidades a la secretaría de salud(5.33%); el ISSSTE cuenta con 12 unidades certificadas (3.55%), CCINSHAE con 6 unidades (1.78%); las Unidades educativas con 12 (3.55%); Bienestar con nueve unidades (2.67%); SEMAR con 2 unidades (0.59%), SEDENA con tres unidades certificadas (0.88%); la Presidencia y el DIF con una unidad cada una (0.30%).²⁸

La Unidad de Medicina familiar número 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social, otorga servicios de salud en el primer nivel de atención. Hasta octubre de 2019 ha brindado 260,685 consultas de medicina familiar durante ese año. Diariamente se otorgan en promedio 1008 consultas de medicina familiar en sus 42 consultorios en dos turnos matutino y vespertino; cuenta con servicios auxiliares y/o complementarios como los módulos de prevenimss, nutrición, trabajo social, psicología, salud en el trabajo, atención médica continua, laboratorio, rayos x, prestaciones económicas y farmacia. Actualmente no cuenta con ningún tipo de certificación o acreditación.²⁹

Las instituciones deben inscribirse voluntariamente al proceso de certificación. En la primera fase del proceso de evaluación por el Consejo de Salubridad General (Registro) se debe incluir la autoevaluación, cuyos requisitos incluyen los mínimos indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión de un establecimiento de atención médica y se dividen en dos: los que debe cumplir en función a lo dispuesto en la legislación aplicable vigente y los requisitos relacionados con el diseño y la implementación de procesos y sistemas dentro del modelo de seguridad del paciente. Es aplicada por el mismo personal del establecimiento y para considerar la autoevaluación aprobatoria, y puedan acceder a la segunda fase de la certificación, la autoevaluación debe cumplir con el 100% de los estándares ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los “Necesarios” y el 50% o más de los “Convenientes”.¹⁷

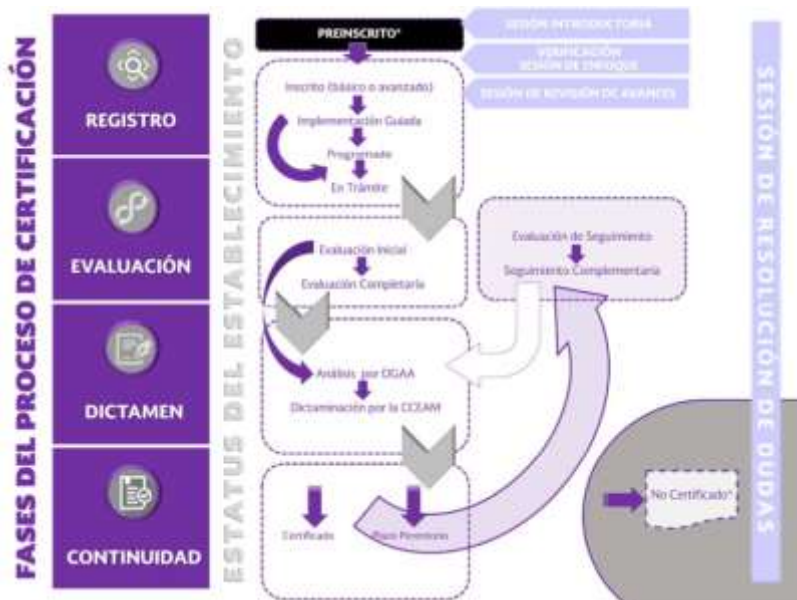
Los requisitos para la autoevaluación se agrupan en diez secciones (recursos humanos, instalaciones físicas, equipamiento, insumos, expediente clínico, atención y quejas, comités, organización y métodos, gobierno y documentación), cada una de ellas con dos o más Requisitos donde el directivo deberá verificar el cumplimiento. No existen medios puntos, por lo que se debe cumplir al 100% el punto a verificar para que sea calificado como tal, en caso contrario se debe calificar como no cumple. Si de acuerdo a las actividades, misión y objetivos del establecimiento algún punto a verificar con coincide, se deberá calificar como no aplica.¹⁷

La evaluación es la segunda fase del proceso de certificación, se lleva a cabo por medio de la evaluación del hospital con la Cédula de Evaluación de Hospitales, la cual se ha actualizado en sus versiones 2011, 2012, hasta conformarse en la actualidad como Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad plasmado en los “Estándares para Certificar Hospitales 2015”; “Estándares para la certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades (CAPCE)” y “Estándares para la Certificación de Unidad de Hemodiálisis”; los cuales son aplicados por auditores expertos.³⁰

La tercera fase del proceso es el Dictamen y es aquí donde, de forma colegiada, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica dictamina si un Hospital es Certificado o no. La última fase del proceso llamada continuidad es el seguimiento complementario que se le realiza a la unidad certificada.¹⁶

1. MAPA CONCEPTUAL

“Fases del Proceso de Certificación en México por el SiNaCEAM”



El Proceso de Certificación por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, del Consejo de Salubridad General.

El propósito de la Unidad de Medicina Familiar número 55 es otorgar el más alto nivel de calidad a sus derechohabientes, autoevaluarse es una estrategia de desarrollo y una herramienta para planificar sus procesos de mejora continua, además de impulsar a su persona en alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno. Sería la primera unidad del IMSS en Puebla en buscar la certificación.

Por lo anterior, es necesario conocer si la Unidad de Medicina Familiar número 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla, cuenta con los requisitos indispensable en diseño y estructura de la normatividad vigente para que pueda aprobar la autoevaluación del CSG; por lo que en este trabajo se proponen los siguientes objetivos:

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar la autoevaluación de Clínicas de Atención Primaria del Consejo de Salubridad General a la Unidad de Medicina Familiar número 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla, en junio de 2020.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el grado de cumplimiento de los requisitos ponderados como Indispensables.
2. Identificar el grado de cumplimiento de los requisitos ponderados como necesarios.
3. Identificar el grado de cumplimiento de los requisitos ponderados como convenientes.

4. MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un escrutinio Observacional, Transversal, Unicentro. Unidad de análisis: Los procesos y la estructura física de los diferentes Servicios de la Unidad de Medicina Familiar número 55 durante el mes de junio; Población de estudio: No aplica. Unidad de Análisis: Los procesos y la estructura de los diferentes departamentos de la UMF 55. Criterios de selección: De inclusión: todos los departamentos de la Unidad de Medicina Familiar número 55. De exclusión: no aplica.

4.1 VARIABLES E INSTRUMENTOS:

Se definió como Autoevaluación al instrumento emitido por el Consejo de Salubridad General.

Certificación es el proceso que de manera voluntaria acepta un establecimiento para que el CSJ por medio del SiNaCEAM evalúen el nivel de cumplimiento de los estándares centrados en el paciente y en la gestión.

Los estándares son aquellos puntos a cumplir en base a la normatividad vigente; y son ponderados por el CSG de acuerdo al grado de importancia en indispensables, necesarios y convenientes.

El documento para la autoevaluación se puede obtener de manera gratuita en la página del Consejo de Salubridad General, su última actualización fue en el 2012, cuenta con 371 estándares, los cuales se ponderan en 182 indispensables, 115 necesarios y 74 convenientes, repartidos en diez secciones: recursos humanos, instalaciones físicas, equipamiento, insumos, expediente clínico, atención y quejas, comités, organización y métodos, gobierno y documentación. Estas secciones cuentan con dos o más requisitos, que a su vez se pueden dividir en varios puntos a verificar.

El directivo de la Unidad, lo primero que debe identificar son aquellos estándares que no aplican de acuerdo a las características de los servicios de la clínica y posteriormente se realiza el análisis y la calificación dicotómicamente en cumple y no cumple al resto de los estándares. No existe el cumplimiento parcial como una calificación aprobatoria.

En el caso particular de la sección “Documentación” que incluye los planes, programas, políticas y procedimientos del establecimiento y que por su importancia han sido ponderados como indispensables, la calificación “cumple” solamente se asignó cuando se presentó el documento adaptado a la unidad con fecha de última actualización menor a cuatro meses y la difusión al personal de la organización como mínimo también cuatro meses anteriores a la fecha de realizar la autoevaluación.

Para que se considere que el UMF puede acceder a segunda fase, llamada evaluación, debe cumplir con el 100% de los requisitos ponderados como indispensables, 80% o más de los ponderados como necesarios y 50% o más de los ponderados como convenientes del total de los estándares aplicables a la Unidad.

4.2 PROCEDIMIENTO:

En un principio se establecieron 10 equipos de 3 integrantes cada uno (un equipo por sección), que incluyó al jefe de servicio de cada área de responsabilidad y otros dos usuarios internos. Se establecieron fechas para la capacitación del llenado del documento, sin embargo, debido a la contingencia por COVID-19 se tuvo que capacitar por separado a cada equipo y se establecieron fechas para la entrega del documento durante el mes de mayo del año en curso.

Solo un representante de cada equipo participó en la reunión final, donde se analizó cada punto calificado como no aplica, cumple y no cumple. Posteriormente se vaciaron los resultados en una base de datos en Excel, se eliminaron los estándares que no aplican, se expresaron los resultados en cuadros estadísticos y gráficos y se efectuó un análisis descriptivo de las variables objetos de estudio (autoevaluación y estándares indispensables, necesarios y convenientes).

5. RESULTADOS

Se identificaron las 10 secciones: Recursos Humanos (17 estándares), Instalaciones Físicas (15 estándares), Equipamiento (277 estándares), Insumos (12 estándares), Expediente clínico (5 estándares), Atención a quejas (2 estándares), Comités (4 estándares), Organización y Métodos (un estándar) y gobierno (5 estándares) con un total de 371 estándares ponderados en tres: indispensables (182), necesarios (115) y convenientes (74).

Tabla 1. Estándares de Autoevaluación por el Consejo de Salubridad General.

AUTOEVALUACION POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL					
	SECCIONES	TOTAL, DE ESTÁNDARES	INDISPENSABLES	NECESARIOS	CONVENIENTES
	TOTAL:	371	182	115	74
1	RECURSOS HUMANOS:	17	5	11	1
2	INSTALACIONES FÍSICAS	15	5	7	3
3	EQUIPAMIENTO	277	122	85	70
4	INSUMOS	12	8	4	0
5	EXPEDIENTE CLÍNICO	5	5	0	0
6	ATENCIÓN Y QUEJAS	2	0	2	0
7	COMITÉS	4	2	2	0
8	ORGANIZACIÓN Y METODOS	1	0	1	0
9	GOBIERNO	5	2	3	0
10	DOCUMENTACION	33	33	0	0

De los 371 estándares, se determinó que 50 elementos medibles no corresponden a la misión, servicios y tecnología de la UMF por lo que fueron calificados como “No aplican”. Por lo que la autoevaluación quedó con un total de 321 estándares divididos en 152 indispensables, 112 independientes y 57 convenientes.

AUTOEVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN MEDIANTE ESTÁNDARES DEL
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN LA U.M.F. 55 DEL I.M.S.S.

De los 50 estándares que no aplican, 48 pertenecen a la sección de equipamiento, sobre todo del área de laboratorio y atención de partos y esto es porque los procesos que se realizan en laboratorio ya son con equipos actualizados que hacen que los procesos se realicen con el mínimo de equipo manual; y la unidad no atiende partos.

Un estándar de la sección de recursos humanos no aplica, debido a que no se cuenta en la unidad con médicos generales, todos los médicos que laboran en la UMF son médicos especialistas en medicina familiar y cuentan con el documento que lo avala. Un último estándar que no aplica se encuentra en la sección de documentación ya que en la unidad no se otorga atención a pacientes sometidos a sedación.

Tabla 2. Estándares que serán autoevaluados en la UMF 55 por secciones, se excluyeron los que no aplican (NA).

		UMF 55				
	SECCIÓN	NA	INDISPENSABLE	NECESARIO	CONVENIENTE	Total
	Total	50	152	112	57	321
1	RECURSOS HUMANOS:	1	4	11	1	16
2	INSTALACIONES FISICAS	0	5	7	3	15
3	EQUIPAMIENTO	48	94	82	53	229
4	INSUMOS	0	8	4	0	12
5	EXPEDIENTE CLÍNICO	0	5	0	0	5
6	ATENCIÓN Y QUEJAS	0	0	2	0	2
7	COMITÉS	0	2	2	0	4
8	ORGANIZACIÓN Y METODOS	0	0	1	0	1
9	GOBIERNO	0	2	3	0	5
10	DOCUMENTACION	1	32	0	0	32

Para que en la UMF 55 pueda considerarse que cuenta con los requisitos para inscribirse al proceso de certificación, debe de cumplir con el 100% de los estándares indispensables (n=152), 80% o más de los estándares necesarios (n=89) y el 50% o más de los estándares ponderados como convenientes (n=29).

Tabla 3. Estándares requeridos para que la UMF pueda pasar a la siguiente fase:

<i>ESTANDAR</i>	n	%
<i>INDISPENSABLES</i>	152	100
<i>NECESARIOS</i>	89	80
<i>CONVENIENTES</i>	29	50

De los 321 estándares aplicables a la UMF 55, cumple con un total de 292 estándares (90.97%), de éstos, 12 son de la sección de recursos humanos (75%), 12 son de la sección de instalaciones físicas (80%), 213 de equipamiento (93.01%), 4 estándares pertenecen a la sección expediente clínico (80%), 27 a documentación (84.38%) y en las secciones de insumos, atención y quejas, comités, organización y métodos y gobierno, la UMF cumple con el 100% de los estándares.

AUTOEVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN MEDIANTE ESTÁNDARES DEL
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN LA U.M.F. 55 DEL I.M.S.S.

Tabla 4. Total, de estándares que cumple la UMF por secciones.

	SECCIÓN	RESULTADOS UMF 55							
		INDISPENSABLE 100%	% CUMPLIMIENTO	NECESARIO 80%	% CUMPLIMIENTO	CONVENIENTE 80%	% CUMPLIMIENTO	n	%
	Total	145	95.39	99	88.39	48	84.21	292	90.97
1	RECURSOS HUMANOS:	3	75.00	8	72.73	1	100.00	12	75
2	INSTALACIONES FISICAS	5	100.00	4	57.14	3	100.00	12	80
3	EQUIPAMIENTO	94	100.00	75	91.46	44	83.02	213	93.01
4	INSUMOS	8	100.00	4	100.00	0	-	12	100.00
5	EXPEDIENTE CLÍNICO	4	80.00	0	-	0	-	4	80.00
6	ATENCIÓN Y QUEJAS	0	-	2	100.00	0	-	2	100.00
7	COMITÉS	2	100.00	2	100.00	0	-	4	100.00
8	ORGANIZACIÓN Y METODOS	0	-	1	100.00	0	-	1	100.00
9	GOBIERNO	2	100.00	3	100.00	0	-	5	100.00
10	DOCUMENTACION	27	84.38	0	-	0	-	27	84.38

Gráfico 1. Estándares que cumple la UMF por secciones.



De acuerdo a la ponderación de los estándares, la unidad solo cumple con el 95.39% (n=145) de los estándares indispensables requeridos (falta el cumplimiento de siete estándares para alcanzar el 100%); en cuanto a los estándares ponderados como necesarios y convenientes, cumple con el porcentaje requerido (89.19% y 84.21% respectivamente).

Tabla 5. Porcentaje de estándares cumplidos.

ESTANDARES	REQUERIDOS		OBTENIDOS		CUMPLE
	n	%	n	%	
INDISPENSABLES	152	100	145	95.39	NO
NECESARIOS	89	80	99	89.19	SI
CONVENIENTES	29	50	48	84.21	SI

Son siete los estándares ponderados como indispensables que no cumple la clínica, uno pertenece a la sección de recursos humanos, ya que no se tiene evidencia por escrito del mecanismo que permita analizar el comportamiento y apego del personal al cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos. El segundo estándar indispensable que no se cumplió pertenece a la sección de expediente clínico y tiene que ver con la falta de requisitos con los que debe cumplir la receta que emite la unidad. Los últimos cinco estándares pertenecen a la sección de documentación, dos centrados en paciente (ECP 16.5 y ECP 16.9) que tienen que ver con la existencia de políticas y procedimientos de atención a pacientes en etapa terminal y aquellos que se les realiza algún procedimiento invasivo o considerados como de alto riesgo; y tres centrados en la gestión (ECG 1, ECG 2 Y ECG 20.1).

De los estándares centrados en la gestión su cumplimiento fue parcial, pero debido a las reglas de autoevaluación se tuvieron que calificar como no cumplen; ya que la unidad si cuentan con un programa de Calidad y Seguridad del paciente y un plan documentado para materiales y sustancias peligrosas, Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, contra incendios, de protección civil y de servicios básicos, pero debido a las políticas internas del propio IMSS estos programas y comités se actualizan cada 12 meses y no hay evidencia de difusión al resto del personal.

AUTOEVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN MEDIANTE ESTÁNDARES DEL
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN LA U.M.F. 55 DEL I.M.S.S.

Tabla 6. Estándares indispensables que no se cumplieron.

LUGAR	ESTÁNDAR	
	1. RECURSOS HUMANOS	
Departamento de Recursos Humanos	Existe por escrito un mecanismo que permita analizar el comportamiento y apego del personal al cumplimiento de las normas y reglamentos establecidos.	<input type="checkbox"/> Se tiene evidencia por escrito del mecanismo.
	3. EXPEDIENTE CLÍNICO	
Consulta externa Farmacia	Toda receta que se emite dentro de la unidad cumple con los requisitos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Cada receta contiene: nombre y firma del médico, número de cédula profesional, fecha de expedición, nombre de la institución que le expidió el título y señalar si se trata de médico general o especialista.
	10. DOCUMENTACIÓN	
ECP.16.5	Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes en etapa terminal.	<input type="checkbox"/> Verificar la presencia del documento.
ECP.16.9	Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes en quienes se realizan procedimientos invasivos y/o de alto riesgo.	Verificar la existencia del documento que guíen la atención de los pacientes y servicios de alto riesgo identificados
ECG.1	El proceso para la prevención y control de infecciones está respaldado por un plan o programa acorde a la ubicación geográfica del establecimiento, su situación epidemiológica, tamaño, riesgos y complejidad.	<input type="checkbox"/> Verificar la presencia del documento.
ECG.2	Existe un plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el COCASEP, elaborado por los líderes del establecimiento, de manera multidisciplinaria con un enfoque sistémico y proactivo.	<input type="checkbox"/> Verificar la presencia del documento.
ECG.20.1	Existe un plan o programa documentado que describe el proceso de manejo de los riesgos para los pacientes, las familias, los visitantes y el personal.	El plan o programa incluye las siguientes seis áreas: Seguridad y protección, Materiales y sustancias peligrosas; emergencias; seguridad contra incendios; equipo médico; Sistemas de servicios básicos.

6. DISCUSION

Es ampliamente conocido que el IMSS es una institución que cuenta con una normatividad muy completa, con procedimientos estandarizados para todos sus servicios y de acuerdo al nivel de atención; sin embargo la realidad dentro de cada unidad médica es distinta, probablemente debido a las características de su población derechohabiente, su ubicación y la infraestructura, ya que no todas las unidades médicas aunque se encuentra bien clasificadas en su nivel de atención, varían en la capacidad de resolución y sus servicios internos; pero es la misma normativa del IMSS la que dá la pauta para que sean las propias unidades médicas quienes adapten sus procesos mediante un método específico de trabajo³¹, el cual debe ser autorizado por el Director de la Unidad de Medicina Familiar, y el visto bueno de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas. por lo que no resulta complicado que los estándares considerados como necesarios que no cumplió la UMF 55 en la autoevaluación se puedan alcanzar, sobre todo porque pertenecen a la sección de documentación.

En la primera fase del proceso de certificación del Consejo de Salubridad General a través del SiNaCEAM es requisito que los directivos de los establecimientos realicen la autoevaluación, la cual contempla lo mínimo indispensable en cuanto a infraestructura y equipamiento en base a la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, documento que su última actualización fue hace 22 años, y esa es la causa principal por la que en el presente estudio 50 puntos a verificar se calificaron como No Aplica. En apego al artículo 32 de la Ley de Infraestructura de la Calidad (antes Ley Federal sobre Metrología y Normalización), las normas oficiales mexicanas deben ser revisadas cada cinco años a partir de la fecha de su entrada en vigor, o perderán su vigencia, por lo que se debería considerar esto en la actualización de la autoevaluación.³²

Existe la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010 que también establece los requisitos mínimos de estructura y equipamiento, pero tiene algunas diferencias con la NOM-178-SSA1-1998, como son:

- 1) Es una norma más actualizada,
- 2) Tiene la terminación SSA3, la cual significa que el comité consultivo que la revisa es el de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, a diferencia de SSA1 que es de Fomento Sanitario
- 3) Ya no contempla la amplia gama de instrumental manual en diferentes servicios como son dental y laboratorio y hace mención de las innovaciones tecnológicas por lo que parece es más adecuada para ser utilizada como base para establecer los puntos a verificar en la Autoevaluación.^{33,34}

Además el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), cuya función es generar información en relación al uso y evaluación de tecnologías médicas y servicios de salud electrónicos para facilitar a los tomadores de decisión la utilización apropiada de las tecnologías de salud e incremento de la equidad y mejora de la calidad de la atención de la salud; en su compendio de Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con infraestructura y equipamiento médico no contempla la NOM-178-SSA1-1998.³⁵

Derivado a las innovaciones tecnológicas emergentes, los establecimientos que prestan servicios de salud, van adquiriendo tecnología en busca de mayor seguridad y efectividad, por lo que la Autoevaluación debería incluir la evaluación del uso adecuado de la tecnología, a través de comités internos encargados de verificar que dicha tecnología cumpla con el propósito por el que fue adquirido, que exista capacitación al personal que la utiliza para evitar el uso inadecuado, y evaluar la calidad del servicio prestado que utiliza dicha tecnología.³⁶

El efecto de la certificación sobre la mejora de la calidad de la atención no ha sido demostrado, pero podría realizarse una evaluación comparativa entre clínicas del IMSS homólogas a su nivel de atención, aquellas que si aprueban la autoevaluación contra las que no y a su vez comparar dichos resultados con indicadores en salud. Esto podría demostrarnos que realizar el proceso de certificación desde sus fases tempranas logra cambios positivos en la calidad de la atención.

La principal limitación de este estudio es la auto selección de los participantes de cada equipo evaluador de la Autoevaluación. El análisis no consideró el tiempo y la calidad de preparación de éstos, ya que se limitó por la pandemia por COVID-19; ni el perfil y experiencia de los responsables de cada servicio a evaluar; factores que pudieran incidir en la obtención de una calificación aprobatoria. Al respecto, se recomienda realizar estudios que incluyan estos elementos.

7. BIOÉTICA:

El protocolo será sometido a la evaluación de los comités de investigación de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Además el investigador se hace responsable de cumplir con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964 y lo estipulado a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, que el 7 de febrero de 1984 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1o. de julio del mismo año; que en la mencionada Ley se establecieron y definieron las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la distribución de competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en Materia de Salubridad General, por lo que resulta pertinente disponer de los instrumentos reglamentarios necesarios para el ejercicio eficaz de sus atribuciones.

Corresponde a una investigación sin riesgo según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación. Se enfatiza cuidar el anonimato y la confidencialidad de la información según el Reglamento de la Ley General de Salud.

Nota: El presente estudio fue descriptivo por lo que no requirió de hoja de consentimiento informado para su realización.

8. REFERENCIAS:

1. García-Saisó, S., Álvarez-del Río, F., Terrazas-Valdés, P., & Molina-Mandujano, I. La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. *La calidad de la atención de la salud en México a través de sus instituciones*, 12.
2. McLees, A. W., Nawaz, S., Thomas, C., & Young, A. (2015). Defining and assessing quality improvement outcomes: a framework for public health. *American journal of public health*, 105(S2), S167-S173.
3. Guerra Bretaña, R. M., & Marín Álvarez, Y. A. (2017). Accreditation and certification of hospital quality: different or similar? *Revista Ingeniería Biomédica*, 11(21), 35-41.
4. Luce, J. M., Bindman, A. B., & Lee, P. R. (1994). A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. *Western journal of medicine*, 160(3), 263.
5. Zerbi, K. A., & Marquez, L. (2005). Approaches to healthcare quality regulation in Latin America and the Caribbean: Regional experiences and challenges. Quality Assurance and Workforce Development Project.
6. Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi medicine*, 31(4), 407-416.
7. Klazinga, N. (2000). Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 183-189.

8. Chilgren, A. A. (2008). Managers and the new definition of quality. *Journal of Healthcare Management*, 53(4), 221-229.
9. Van den Heuvel, J., Koning, L., Bogers, A. J., Berg, M., & van Dijen, M. E. (2005). An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(5), 361-369.
10. Nabitz, U., Klazinga, N., & Walburg, J. A. N. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 191-202.
11. Laschober, M., Maxfield, M., Felt-Lisk, S., & Miranda, D. J. (2007). Hospital response to public reporting of quality indicators. *Health care financing review*, 28(3), 61.
12. Mejías Sánchez, Y., Cabrera Cruz, N., Rodríguez Acosta, M. M., Toledo Fernández, A. M., & Norabuena Canal, M. V. (2013). Bases legales de la calidad en los servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 796-803.
13. Mina Rosero, L. (2013). Social protection systems in Latin America and the Caribbean: Colombia.
14. Ley General de Salud
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

15. La Calidad de la atención a la Salud en México, a través de sus instituciones. Segunda edición 2015. Secretaria de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro_03.pdf
16. <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/sinaceam.html>. Certificación SINACEAM, edición 2018.
17. Autoevaluación, Clínicas de Atención Primaria y consulta de Especialidades 2012. <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/inscripcion-autoevaluacion.html>
18. Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 6). National Academies Press.
19. Carayon, P. (2012). Sociotechnical systems approach to healthcare quality and patient safety. *Work (Reading, Mass.)*, 41(0 1), 3850.
20. Joint Commission International (JCI) Joint Commission International, & Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2015). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals*. Joint Commission Resources.
21. Shaw, C. D. (2000). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International journal for quality in health care*, 12(3), 169-175.

22. Yousefian, S., Harat, A. T., Fathi, M., & Ravand, M. (2013). A proposed adaptation of joint commission international accreditation standards for hospital—JCI to the health care excellence model. *Advances in Environmental Biology*, 956-968.
23. Ruelas, E. (2009). El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México: The pathway to international certification of hospitals in Mexico. *Revista CONAMED*, 14(3), 5-7.
24. Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Consultado el 11 de octubre de 2018 en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5044752&fecha=13/06/2008.
25. Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de diciembre de 2016.
26. Aguirre, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud pública de México*, 32(2), 170-180
27. Programa Institucional del Instituto Mexicano del seguro Social 2014-2018. PIIMSS. Consultada el 24 de octubre de 2018 en http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf

28. Establecimientos de Atención Médica Certificados, consultado el 14 de junio de 2020 en <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/establecimientos-atencion.html>.
29. Red Local de Consulta SIAIS, consultado el 1 de noviembre de 2018 en <http://11.109.22.150/ReporteRLC/Acceso.aspx>
30. Estándares para la Certificación de clínicas de atención primaria y consulta de especialidades. Consultado el 24 de octubre de 2018 en <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/modelo-seguridad.html>.
31. Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
32. Diario Oficial de la Federación, Ley de Infraestructura de la Calidad, publicada el 1 de julio de 2020. [DOF - Diario Oficial de la Federación](#)
33. NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. [DOF - Diario Oficial de la Federación](#).
34. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. [DOF - Diario Oficial de la Federación](#).

35. Compendio de Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con infraestructura y equipamiento médico. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [Compendio de Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con infraestructura y equipamiento médico | Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)
36. Gómez, J. G. B., Castro, A. E. M., Ruiz, L. B., & Arango, M. A. T. (2016). La evaluación de nuevas tecnologías en salud en hospitales: revisión narrativa. *Medicina UPB*, 35(2), 120-134.