



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO
DIVISIÓN DE CIENCIAS E INGENIERÍA

**“Evaluación de la calidad, a Través del Proceso de Acreditación
Unidades de Primer Nivel. Municipio de Othón Pompeyo Blanco.
Estudio de caso: Centro de Salud Rural La Libertad”**

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PLANEACIÓN

PRESENTA
LIC. EN BIOLOGÍA YOLANDA EK SOLÍS

DIRECTOR
DR. CÉSAR CRISTÓBAL ESCALANTE

ASESORES
DRA. CRUCITA AURORA KEN RODRÍGUEZ
M. PL. MARÍA ANGÉLICA GONZÁLES VERA
DR. WILLIAN CARRILLO INTERIÁN
DR. FRANCISCO J. AGUIRRE CRESPO





UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO
DIVISIÓN DE CIENCIAS E INGENIERÍA

TRABAJO DE TESIS BAJO LA SUPERVISIÓN DEL
COMITÉ DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y
APROBADA COMO REQUISITO PARA OBTENER
EL GRADO DE: MAESTRIA EN PLANEACIÓN

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR:


DR. CÉSAR CRISTÓBAL ESCALANTE

ASESOR:


DRA. CRUCITA KEN RODRIGUEZ

ASESOR:


M. PL. MARÍA ANGÉLICA GONZÁLEZ VERA

ASESOR:


DR. WILLIAN CARILLO INTERIÁN

ASESOR:


DR. FRANCISCO J. AGUIRRE CRESPO



Contenido

Resumen

Introducción

Capítulo I Planteamiento del problema de investigación

1.1.- Estado actual de los procesos de acreditación en el Estado de Quintana Roo.	9
1.2.- Identificación del problema	10
1.3.- Justificación de la investigación	13
1.4.- Objetivos	15
1.4.1.- Objetivo General	15
1.4.2.- Objetivos específicos	15

Capítulo II Marco Teórico

2.1.- Paradigma de la investigación	16
2.1.1.- La planeación y la evaluación desde los sistemas.	16
2.2.- Conceptualización	17
2.3.- Antecedentes de la evaluación en el sector salud	18
2.4.- Evaluación de la calidad en establecimientos de primer nivel de atención medica.	20
2.4.1.- Enfoque conceptual para evaluar la calidad de la atención medica	24
2.5.- Modelos de evaluación de la calidad en la atención médica: Certificación y acreditación	28
2.6.- Conceptualización de la evaluación	32
2.7.- La evaluación de la calidad de la atención medica	33
2.8.- instrumento de evaluación para la acreditación	34
2.9.- Marco normativo para la acreditación	36

Capítulo III Marco Metodológico

3.- Marco Metodológico	38
3. 1.- Tipo de investigación (Estudio de caso)	38
3.2.- Diseño del estudio de caso	38
3.2.1 – Unidad de análisis	39
3.2.2 – Tipo de diseño de caso de estudio	39
3.3 – Conducción del caso (Preparación de la recolección de datos)	39
3.3.1.– Utilización del protocolo a seguir para la acreditación (Manual de acreditación para evaluar al establecimiento y personal médico)	39
3.3.2.– Utilización del Índice de Trato Digno medir la percepción del usuario.	40
3.3.3.– Entrevista con el personal de salud.	42
3.4. – Determinación de los instrumentos de medición	42
3.4.1.- Cedula de acreditación	42
3.4.2.- Índice de Trato Digno	42

3.5.- Proceso para el tratamiento de la información	43
3.5.1.- Análisis de la información derivada de los instrumentos de medición	43
3.5. 2.- Análisis de la información derivada de cédula de acreditación	43
3.5.2.1.- Análisis de la información para caracterizar las fallas de los criterios de acreditación	44
3.5.2.2.- Análisis de la información para priorizar las fallas al proceso de acreditación.	44
3.5.3.- Análisis de la información derivada de encuestas de trato digno	46
3.5.4.- Análisis de la información derivada de entrevistas	47
3.6.- Elección del estudio de caso	47
3.7.- Aplicación del protocolo	48
3.8.- Presentación de la información.	48

Capítulo IV Resultados y Discusión

4.1- Resultados	49
4.2.- Discusión	56
Conclusión	60
Bibliografía	61
Anexo 1 Cédula de acreditación	65
Anexo 2.- Cuestionario para la recolección de datos para el indicador de Trato Digno.	91
Abreviaturas	92

Índice de Tablas

Tabla 1. Matriz conceptual de los subprocesos de Acreditación	41
Tabla 2. Indicadores de trato digno para unidades de primer nivel	41
Tabla 3.- Clasificación de la gravedad del Modo Fallo según la repercusión en el usuario.	45
Tabla 4.- Clasificación de la frecuencia/probabilidad de ocurrencia del Modo Fallo	46
Tabla 5.- Clasificación de la facilidad de detección del Modo Fallo.....	47
Tabla 6.- Relación de conceptos de las tres fuentes de información aplicados al CSR la Libertad en el período 2013.....	49
Tabla 7.- Resultados alcanzados en los procesos de Capacidad, Seguridad y Calidad del CSR la Libertad en el periodo 2013.	50
Tabla 8.- Resultados comparativos alcanzados en la acreditación 2008-2013 CSR la Libertad.	51
Tabla 9.- Resultados del cumplimiento de la percepción del trato digno aplicado en el CSR la Libertad 2013.	52
Tabla 10.- Principales fallas de cumplimiento a los criterios de acreditación del CSR la Libertad. Grupos de Afinidad en los conceptos adaptados para este trabajo de investigación (Mano de obra, Equipo, Materiales, Medioambiente, Métodos).	53
Tabla 11.- Análisis del Modo y Efecto de las Fallas (AMEF) de las principales fallas en el proceso de acreditación CSR la Libertad 2013.....	54
Tabla 12.- Situación de mejora de las principales fallas en el proceso de acreditación CSR la Libertad 2013.....	55

Resumen

La presente tesis es una investigación de estudio de caso cuya finalidad es la de remarcar la importancia de la evaluación sistemática y periódica de cualquier sistema, plan, proceso o programa para retroalimentarlo y mejorarlo. Este trabajo de investigación hace énfasis en la utilización de varias fuentes de información para el aporte de datos validos y confiables que permitan otorgar un juicio de valor para los tomadores de decisiones.

El modelo de evaluación utilizado en esta investigación es la Acreditación aplicada al caso particular del Centro de Salud Rural (CSR) “La Libertad”. La Acreditación es un proceso de evaluación externa a través del cual se evalúa un establecimiento de salud para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el fondo de Gastos Catastróficos (FGC).

Los resultados de la evaluación del CSR “La Libertad” evidencian que en los procesos de seguridad y calidad en el periodo 2013 existe un decremento porcentual de 71.4% y 28.3%, en el orden mencionado, con respecto a un 85% como mínimo a cumplir. Cuando se compara con la última evaluación efectuada al establecimiento en 2008 el comportamiento se mantiene similar; seguridad con 60%, y calidad con 27% de decremento porcentual. Por otro lado, los resultados demuestran que las fallas se deben a la falta de insumos, medicamentos, tiempo asignado para la atención al paciente, atención de quejas y seguimiento de indicadores de calidad; siendo lo anterior una responsabilidad compartida entre los tres niveles jerárquicos que intervienen en el proceso (operativo, jurisdiccional y central).

Se concluyó que a través de técnicas e instrumentos validados la medición de los procesos que integran la acreditación del CSR “La Libertad” permiten la recolección de información pertinente y relevante para evaluar su desempeño actual. La evaluación demuestra deficiencias en los procesos de capacidad, seguridad y calidad en el periodo 2013, la cual es atribuible a la falta de control y seguimiento. La evaluación conlleva a efectuar modificaciones y rectificaciones en el periodo evaluado y permite solucionar, perfeccionar y mejorar los procesos.

Palabras Claves: Evaluación, Calidad, Acreditación.

Abstract

This thesis is a case study research, which aims to highlight the importance of systematic and regular evaluation of any system, plan, process, or program in order to improve it and to feed it back. It emphasizes the use of multiple sources of information to contribute with valid and reliable data that could permit giving a value judgment for the decision makers.

The evaluation model used for this research is the Accreditation model. It was applied to the particular case of the Center for Rural Health (CSR) "La Libertad". The Accreditation model is an external assessment process through which a health facility is assessed to determine if it meets a set of criteria or standards of capacity, quality and safety, which are needed in order to provide the services defined by the Social Protection System Health Catalog Universal Health Services (CAUSES) and The Catastrophe Expenses Fund (FGC).

The results of the evaluation of CSR "La Libertad" show that in the safety and quality processes in the 2013 period, there exists a decrement of 71.4% and 28.3%, in that order, that contrast with the 85% minimum to meet. When it is compared to the last assessment made to "La Libertad" in 2008, the percentages remain similar with 60% in safety and 27% in quality. Moreover, the results show that failures have to do with the lack of supplies, medicines, attention scheduling, handling complaints, and monitoring of quality indicators. It was concluded that the responsibility for that is shared between the three hierarchical levels involved in the process (operational, jurisdictional and central).

It was determined that through technical and validated instruments the measurement of the accreditation processes that integrate CSR "La Libertad" allow the collection of relevant and important data to assesses its current performance. The evaluation demonstrates deficiencies in the processes of capacity, safety and quality in the period 2013 which could be attributable to the lack of control and monitoring. The evaluation allows changes and corrections in the period evaluated that permit on the go solutions and improvements for the processes.

Keywords: Evaluation, Quality, Accreditation.

Introducción

La calidad ha evolucionado en la misma medida en que han evolucionado las sociedades, personas, métodos de producción y distribución, transporte, medios de comunicación, tecnología de la información y mercados. Ha transitado de la típica inspección del siglo XIX, hasta una fuerte vocación por el control estadístico, conceptos más recientes que tienen que ver con el mejoramiento continuo de la calidad.

Estos avances en las concepciones teóricas, prácticas y metodológicas de la calidad estuvieron marcados por su origen y posterior evolución en el campo de la industria. Su introducción en el campo de los servicios ha tenido necesariamente que adecuarse a las particularidades que lo distinguen del sector industrial (proceso intangible, prestador y cliente deben coincidir en tiempo y forma). Las particularidades de los servicios resultan aun más significativas cuando se trata del sector salud, debido que la calidad en salud no está vinculada solamente con la satisfacción y manejo adecuado de los costos, incluye como primicia mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar que se enfermen o mueran innecesariamente.

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontramos su origen en papiros egipcios, en el código Hammurabi o en el tratado de la Ley del propio Hipócrates. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente es la esencia del ejercicio médico.

La eficacia presidio del trabajo de Florence Nightingale, (1820-1910) cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea. La efectividad de las intervenciones quirúrgicas era el interés fundamental de Ernest A. Codman (1869-1940) a principios del siglo, siendo ambos los precursores más cercanos de la calidad asistencial como característica intrínseca de la práctica clínica.

La definición de calidad de la atención médica ha evolucionado en el transcurso de los años, 75 años después, la definición considerada como clásica, es de Avedis Donabedian (1919-2000), quien la definió como una propiedad de la atención medica que puede ser obtenida en diversas medidas.

Esta propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención medica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales actuales . Donabedian enfatiza el estudio de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultados; así como su análisis mediante tres dimensiones: Calidad técnica, interpersonal y amenidades.

Los conceptos que recientemente se han venido manejando con respecto a la calidad en salud son: garantía de la calidad, control de calidad total y mejoramiento continuo de la calidad.

Saturno 2001, expone que para mejorar la calidad es necesario primero definirla operativamente, determinando atributos que puedan ser valorados o identificados es decir establecer un sistema de medición de la calidad (Aguirre Gas 2008:191). Al ser medida la calidad deja de ser subjetiva.

El concepto "calidad", es abstracto, se intuye, y depende de la comunidad que la utiliza; la determinación de la existencia o no de calidad en un bien o servicio puede establecerse únicamente diciendo si el bien o servicio tiene o no determinado atributo y se propone una escala de valores absolutos determinado por criterios derivado del concepto de calidad para su evaluación.

La garantía de la calidad en salud hace énfasis en la evaluación desde fuera, es decir una persona o equipo de personas valoran la intervención o el proceso realizado por otra persona o equipo de personas. El punto débil de este enfoque es cuando los resultados de la evaluación no se convierten en acciones correctivas.

La evaluación es un proceso que permite obtener información pertinente para emitir juicios y tomar decisiones. Se basa en la comparación entre dos estados de un sistema: el estado real en el momento "t" y el estado deseable en ese momento: "St y Sdt". Conocer el estado de un sistema en cualquier momento es fundamental para todo proceso relacionado con la planeación, la programación y la evaluación.

El estado de un sistema se conoce al determinar los valores de las variables de estado del sistema, esto es de los aspectos característicos relevantes. Ello implica realizar procesos de tomar información, de observar y registrar, de medir en forma continua y sistemática, de elegir los indicadores pertinentes, y de conocer la dinámica de cambio del sistema y de su entorno (Cristóbal, 2008: No publicado).

Para el Sector Salud la acreditación es un proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el fondo de Gastos Catastróficos (FGC). Proceso que se aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primer y segundo nivel de atención o servicios de alta especialidad. La acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad para llevar a cabo procesos de atención, así como para la calidad y seguridad de los pacientes.

El Centro de Salud Rural la “Libertad” es una unidad de primer nivel de los Servicios Estatales de Salud en el Estado de Quintana Roo, presta servicios de atención médica a los afiliados del Seguro Popular se encuentra acreditado desde 2008, posterior a este proceso no han recibido evaluaciones externas. El realizar una evaluación en este periodo 2013 de los procesos de atención y servicios al usuario permite determinar su estado actual y valorar su factibilidad de corrección y adecuación. La relevancia de esta investigación está enfocada en demostrar la importancia de las evaluaciones periódicas que permiten mantener la continuidad de los procesos y por ende la calidad, incorporando en la evaluación a los usuarios internos y externos para enriquecer la información.

La evaluación externa es referenciada en el proceso de acreditación e indicadores de trato digno; este modelo integra los atributos del servicio, estándares e indicadores de desempeño y satisfacción al usuario, clasificados en Capacidad, seguridad y calidad.

Los resultados de la evaluación permitirán un mayor compromiso de los que otorgan los servicios de asistencia médica con los resultados del proceso y con las medidas correctoras que de él deriven, por lo que se hacen más factibles las soluciones a los problemas que se detecten. Su aplicación práctica en una unidad de atención primaria de salud; permite conocer la calidad de la atención a los usuarios. Este nuevo enfoque demuestra que para mejorar el desempeño de una organización es necesario abordarlo mediante una planeación sistemática; iniciando por la identificación del problema; su análisis, propuestas de cambio, implantación, evaluación y retroalimentación; siendo un ciclo que se repite de forma infinita para la toma de decisiones basadas en evidencias documentadas y no con base en apreciaciones.

Para tal fin el documento se encuentra estructurado en los siguientes apartados.

El capítulo I. Planteamiento del problema describe el estado actual de los procesos de acreditación en el Sistema de Salud en el Estado de Quintana Roo, identificación del problema, conjuntamente con su interrogante, justificación, objetivo general y específicos.

El capítulo II. Marco teórico, presenta el paradigma de la investigación, los antecedentes de la evaluación de la calidad en el sector salud a nivel mundial, la calidad de los servicios de salud en México, la calidad en los establecimientos de primer nivel de atención medica, la evaluación de la calidad en la atención medica, conceptualización de la calidad, los mecanismos de evaluación externa de la calidad como son la certificación y acreditación, los instrumentos de evaluación para la acreditación y las herramientas de planeación para el análisis de la información.

El capítulo III. Marco metodológico. Describe el diseño metodológico de un estudio de caso, definiciones conceptuales y operacionales, instrumentos y procedimientos para obtención de la información.

El Capítulo IV. Resultados y Discusión. Presenta el análisis como resultado de aplicar las herramientas de evaluación de la situación actual de las dimensiones que integran el modelo teórico de la acreditación y los resultados obtenidos del trato digno expresadas en tablas.

La discusión es la parte final del trabajo de investigación en él se plasma y discute el comportamiento de los resultados para llegar a la conclusión de lo relevante en este trabajo de investigación.

La bibliografía, señala las fuentes bibliográficas documentales y electrónicas que sirven de base a la investigación.

CAPITULO I

1.- Planteamiento del problema de investigación

1.1.- Estado actual de los procesos de acreditación en el Estado de Quintana Roo.

Como estrategia para garantizar la calidad de los servicios de salud otorgados por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es requisito obligatorio la acreditación para los establecimientos de primer nivel de atención médica, que deseen incorporarse al sistema (DOF 08-06-2011:6).

Los procesos de evaluación para dictaminar la acreditación de los establecimientos de primer nivel de atención médica, en el Estado de Quintana Roo iniciaron a principios del 2007, de tal manera que a finales del mismo año fueron dictaminados como aprobados 29 centros de salud, número que aumento a 74 en 2008, y entre 2009 -2010 se acreditaron otros 58 establecimientos obteniendo un total de 132 unidades con este reconocimiento (Informes de resultados de supervisiones 2007-2010; Servicios Estatales de Salud el Estado de Quintana Roo. Información no publicada).

Para realizar la evaluación que dictamina la acreditación de un establecimientos, se hace uso de un instrumento de medición, llamado cedula de acreditación, su aplicación será determinante para definir si un establecimiento cumple con los criterios mínimos indispensables de calidad, y con base en ello determina si es acreditada o no (DOF 08-06-2011: 6).

1.- Artículo 23. Para brindar certidumbre respecto a la calidad, que incluye capacidad y seguridad, en la prestación de los servicios del Sistema, los establecimientos prestadores de servicios de atención médica requerirán de la acreditación correspondiente en los términos de los artículos 77 Bis 9 de la Ley y 25 de este Reglamento. Lo anterior, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia. *Artículo reformado DOF 08-06-2011*

Artículo 24. Los prestadores de servicios esenciales y de los servicios cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos deberán sujetarse a los requerimientos definidos por la Secretaría en los términos de la Ley, de este Reglamento y del Manual de Acreditación, sin menoscabo del cumplimiento de otras disposiciones jurídicas y reglamentarias aplicables en la materia. *Artículo reformado DOF 08-06-2011*

Artículo 25. La acreditación se documentará mediante el dictamen correspondiente, el cual será favorable si cumple con la calidad a que se refiere el artículo 23 del presente Reglamento y constituirá un requisito previo para que los prestadores de servicios de atención médica sean incorporados al Sistema. *Artículo reformado DOF 08-06-2011*

1.2.- Identificación del problema

La calidad se ha convertido no solo en un atributo o cualidad de un producto o servicio, es también una cultura gerencial que se aplica en todas las actividades de una organización; es requisito esencial, factor clave y estratégico del que se depende para asegurar éxito, posición en el mercado, satisfacción, rentabilidad, competitividad e incluso asegurar la supervivencia, por esto mismo la calidad se planifica, controla, asegura y mejora (Frometa *et al* 2008, versión electrónica).

Una de las metas establecidas en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 es lograr para el 2012, un sistema de salud universal, al que todos los mexicanos tengan acceso, de manera equitativa a los servicios médicos (PNS 2007-2012:118). En este sentido se crea el Sistema de Protección Social en Salud, el cual pretende integrar establecimientos de atención médica para la prestación de estos servicios; cabe destacar que para el ingreso a este sistema, se hace obligatoria la acreditación.

Este proceso se basa en la evaluación de tres dimensiones (capacidad, seguridad y calidad), que surgen a partir de un modelo teórico de evaluación de la calidad en la atención médica; cuyos componentes son: estructura, procesos y resultado (Donabedian 1996:166-203).

Para el seguimiento de esta meta nacional, en el nuevo Plan de Gobierno 2013-2018, en materia de salubridad uno de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo es asegurar el acceso a los servicios de salud por ello se propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran. Asimismo, se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica y la aplicación de estándares de calidad rigurosos (PND 2013-2018:117).

El Manual de Acreditación es el instrumento rector que contribuye a poner en práctica la Política Nacional de Calidad, seguridad en el paciente y a institucionalizar la calidad en el Sistema Nacional de Salud; siendo que define los criterios y condiciones bajo los cuales se debe de llevar el proceso de acreditación y donde se establecen los estándares en formato de cédulas, para evaluar los establecimientos.

El instrumento normativo en su nueva versión (2012) refiere dos apartados que vulneran el proceso de evaluación.

a).- Con base en el desempeño histórico del estado y a decisión de la Federación en algunas autoevaluaciones; con puntajes aprobatorios se otorgará el Dictamen de acreditado, siendo visitadas posteriormente para ratificar o rectificar el caso. (Procedimiento exclusivo para el CAUSES). Como se observa en el párrafo se emite un juicio positivo sin validar en el sitio el alcance de la acreditación; otorgando un voto de confianza al estado. Esto se puede argumentar que es

bueno porque representa ingresos ya que genera ganancias directas a los establecimientos al ser traducidas en recursos económicos globales por unidad o por tratamientos completos. Desde el punto de vista de oportunidades de mejora que es el objetivo de la evaluación, se pone en riesgo los procesos de capacidad, seguridad y calidad; porque aunque las autoevaluaciones son mecanismos de control interno necesarios, no son suficientes para mantener la operación del sistema ya que se centra en una sola persona y no involucra a los integrantes de la organización; sobre todo cuando se tienen que tomar decisiones cuando el sistema no está cumpliendo su función asignada por la falta de insumos y se requiere la intervención de los niveles jerárquicos más altos para la resolución de los mismos. Recordar que las oportunidades de mejora si no son atendidas a corto plazo; pueden llegar a convertirse en amenazas para el sistema.

En los establecimientos de atención médica las autoevaluaciones se realizan con el mismo instrumento de medición para la acreditación y es una actividad realizada por el médico de la unidad; condición que no se considera válida como mecanismo de control, debido a que no garantiza la imparcialidad y certeza de la información; siendo que el evaluador no debe ser juez y parte de sus mismas actividades. Por lo tanto, es importante definir la división de funciones que garantice y mejore la independencia del criterio entre evaluados y evaluadores en los diferentes niveles de intervención y se garantice la operatividad; muchos documentos normativos se establecen pero no se llevan a la práctica.

b).- La vigencia de la acreditación en la nueva versión del manual de acreditación (instrumento normativo) lo establece como indefinida; dice: la Acreditación será indefinida tanto para los establecimientos proveedores de servicios del Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), como para los Servicios de Alta Especialidad dentro del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. La vigencia a este dictamen va en contra de los principios de la administración o gestión de un sistema que comprende las fases de (planificación, organización, dirección y control); donde la evaluación es un proceso de control que debe ser continuo y permanente para realizar su función oportuna más aun por el dinamismo de cambio que guardan los sistemas con su entorno y sus mismas relaciones internas; no es factible concebir que en un periodo indefinido las condiciones que guardan los establecimientos acreditados se mantienen estáticos (Secretaria de Salud 2012:17-18).

Como ejemplo de esta acreditación indefinida se hace referencia el Centro de Salud la "Libertad" el cual fue acreditado hace 5 años (2008) y el personal médico responsable de la unidad cita la falta de supervisión por personal externo al centro de salud en el periodo antes señalado. Con respecto a la intervención de niveles jerárquicos asignadas a nivel jurisdiccional, en el tema de la calidad se entrevistaron a los responsables de calidad a nivel estatal refiriendo falta de recursos económicos y humanos destinados a las actividades de supervisión y evaluación para estas unidades de salud. El seguimiento de indicadores establecidos en los procesos, para la unidad refiere la recopilación y envió de

resultados a nivel jurisdiccional detectándose a este nivel fallo en la retroalimentación hacia la unidad aplicativa.

En Quintana Roo para dar cumplimiento a la meta nacional, la acreditación inicio desde 2007 y continua; muchos establecimientos alcanzan este requisito; pero con el transcurso del tiempo su permanencia es cuestionable ya que se carece de procesos de evaluación permanentes y continuos que permitan documentar el alcance de lo proyectado con lo alcanzado por los Servicios Estatales de Salud del Estado.

Por otro lado, el entorno social, político y económico en que se desempeñan estas unidades de salud son variables, la gestión de procesos para dar respuestas rápidas a los cambios que suceden, se encuentran frecuentemente condicionados al costo de su aplicación. Si el medio muestra complejidad, la organización responderá a través de adecuaciones o modificaciones en el momento que los procesos lo requieran. Las evaluaciones periódicas permiten mantener la continuidad de los procesos y por ende la calidad.

Ante esta situación se identifica la relevancia de realizar un análisis al establecimiento objeto de estudio con la finalidad de responder las siguientes preguntas:

¿La evaluación del Centro de Salud la “Libertad” permite documentar los niveles actuales que guardan los procesos de estructura, seguridad y calidad?

¿El Centro de Salud la “Libertad” mantiene la funcionalidad de los procesos de capacidad, seguridad y calidad que le reconocen el status de acreditada?, o ¿los procesos de capacidad, seguridad y calidad se han modificado en el periodo de 5 años?

¿El esquema de evaluación aplicado en 2013 para el caso la “Libertad”, permite diseñar acciones para asegurar los mínimos esperados y cambiar el status actual que tienen los procesos de estructura, seguridad y calidad?

1.3.- Justificación de la investigación

A pesar de la importancia que tiene la evaluación para las organizaciones, no siempre se da el peso y la relevancia que se requiere; actualmente en la práctica se elaboran planes, programas, pero no se evalúan y no se cumple en el marco de un ciclo continuo de planeación; por lo que se infiere, una carencia de información pertinente para tomar decisiones certeras.

La importancia de este trabajo de investigación es demostrar jerárquicamente la relevancia que tiene la evaluación para medir y mejorar el desempeño de un servicio, proceso, plan, programa, entre otras estrategias, en la atención médica; ejemplificando su acción en el caso particular del Centro de Salud la "Libertad".

A través de la metodología referenciada en el proceso de acreditación, es factible evaluar la calidad en la atención médica; utilizando para ello la guía de acreditación que integra: atributos del servicio, estándares e indicadores de desempeño y satisfacción, clasificados en capacidad, seguridad y calidad; recabando información mediante una auditoría externa.

La aplicación de esta metodología permitirá un mayor compromiso de los que otorgan los servicios de asistencia médica con los resultados del proceso y con las medidas correctoras que de él deriven, por lo que se hacen más factibles las soluciones a los problemas que se detecten. Se documentará como su aplicación práctica en una unidad de atención primaria de salud, permite conocer la calidad de la atención a los usuarios.

Así mismo, será posible resaltar el desempeño de los procesos de estructura, seguridad y calidad actual con respecto a los criterios mínimos de funcionalidad establecidos como obligatorios por el Sistema de Protección Social en Salud; este comparativo comprobará el grado de apego de la organización a lo establecido; la información de las desviaciones al ser analizadas con herramientas de planeación, aportará información para rectificar o mejorar los procesos evaluados.

Bajo este enfoque se pretende apoyar el desempeño de una organización mediante una planeación sistemática; iniciando por la identificación del problema; su análisis, propuestas de cambio, implantación, evaluación y retroalimentación; ciclo que se repite de forma infinita para la toma de decisiones basadas en información documentada y no con base a las apreciaciones.

La metodología propuesta en este trabajo de investigación puede lograr un cambio en el paradigma del proceso de acreditación en las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud, proceso que solo es visto como un requisito obligatorio para formar parte de los establecimientos que otorgan servicios de salud en el marco del Sistema de Protección Social en Salud y garantía de un recurso económico para el Estado de Quintana Roo al ser parte del padrón de establecimientos. Es factible considerar que la práctica de procesos de

acreditación permita un aseguramiento de calidad (UNE-EN-ISO 9000:2005:9), la define como parte de la gestión de la calidad el proporcionar confianza de que se cumplirán los requisitos de la calidad. Consiste, en seguir una línea de actuación dirigida al cumplimiento de un conjunto de acciones planificadas, sistematizadas e implantadas al interior del Sistema de Calidad de la organización.

El diseño puede servir de modelo para replicarse en otras unidades médicas del sector salud.

1.4.- Objetivos

1.4.1.- Objetivo General

Elaborar una propuesta de evaluación sistemática que permita expresar los niveles de calidad en la atención médica en el Centro de Salud Rural la “Libertad”. Municipio de Othón P Blanco. Periodo 2008-2013.

1.4.2.- Objetivos específicos

1.4.2.1.- Valorar el cumplimiento de capacidad, seguridad y calidad del Centro de Salud rural la “Libertad” en el periodo 2013.

1.4.2.2- Caracterizar los factores que influyen en el no cumplimiento de los elementos que se evalúan en el proceso de acreditación para el Centro de Salud Rural la “Libertad” en el periodo 2013.

1.4.2.3.- Comparar los resultados de la acreditación en el año 2008 con los obtenidos en 2013.

1.4.2.4.- Valorar la evaluación sistemática como determinante de la calidad del Centro de Salud Rural la “Libertad”. Municipio de Othón P. Blanco periodo 2008-2013.

CAPITULO II

2.- Marco teórico

2.1.- Paradigma de la investigación

El marco de referencia para este trabajo está sustentado en aspectos de la Teoría General de Sistemas, en experiencias relacionadas y procedimientos realizados en torno a los proceso de acreditación de instituciones de salud.

2.1.1.- La planeación y la evaluación desde los sistemas.

El interés de la humanidad por los sistemas está asociado con su interés por poder conocer el entorno en el que vive, poder describirlo, explicar sus cambios, predecirlos para poder utilizar esos fenómenos y propiedades en su beneficio. Se denomina sistema a un conjunto organizado de elementos interactuantes e interdependientes, que se relacionan, formando un todo unitario y complejo, para realizar una función (Skyttner, 2001:37).

La teoría de sistemas es un sistema conceptual cuya función es describir los sistemas, sus propiedades y clasificaciones. Los sistemas se identifican por los elementos que lo integran, por su organización y por sus funciones (Skyttner, 2001:37). Existen muchas formas de clasificar a los sistemas, aquí nos interesa lo correspondiente a los sistemas artificiales, es decir, aquellos sistemas que crea el hombre con un propósito.

Para crear un sistema es esencial conocer el propósito, es decir, la función que realizará el sistema. Con base en este propósito, se deben elegir los medios, recursos, procesos y materiales que permitirán al sistema realizar esa función o alcanzar el objetivo (Skyttner, 2001:87). Este proceso no es sencillo o simple, es un proceso continuo que usualmente sigue una serie de etapas muy relacionadas:

Planeación – diseño - construcción – operación- evaluación- rediseño actualización -.

La creación de un sistema con un propósito parte del conocimiento que ha desarrollado la sociedad por los elementos que lo integrarán. Es decir, la creación de un sistema parte de una serie de supuestos que se aplican para integrar los componentes del sistema, que funcionen como sistema y realicen la función establecida. Este es un proceso de planeación (Fuentes y Sánchez, 1995:261). La planeación no es un proceso aislado, está íntimamente relacionado con la operación o puesta en acción del sistema creado. Al entrar en operación el sistema creado se pueden determinar si el sistema realiza la función en los términos que se consideraron en su diseño y creación. ¿Funciona el sistema? ¿Hay que realizar cambios? ¿Si no funciona, esto es, si no produce resultados con

las características consideradas, que cambios hay que realizar? Siendo entonces necesario realizar un proceso de evaluación del sistema.

Evaluar es comparar, en este caso es comparar dos estados: El estado deseable del sistema y estado real del sistema. Las diferencias darán información sobre los elementos o subsistemas que pueden ser necesarios modificar (Fuentes y Sánchez, 1995: 261).

Esto implica tomar continuamente, en diferentes momentos, decisiones sobre las acciones que deben realizarse sobre el proceso de desarrollo del sistema para que opere eficiente y eficazmente. Las acciones de evaluación continua implican describir el estado del sistema en los momentos en que se desea evaluar y tener en forma clara el estado deseable del sistema en ese momento.

$$E_i \rightarrow E_1 \rightarrow E_2 \rightarrow E_3 \rightarrow \dots \rightarrow E_k \dots \rightarrow E_{\text{final}}$$

Donde E_k significa estado del sistema en el tiempo k.

El estado de un sistema se describe considerando las características o variables relevantes para la función.

La evaluación es un proceso que permite obtener información pertinente para emitir juicios y tomar decisiones. Se basa en la comparación entre dos estados de un sistema: el estado real en el momento "t" y el estado deseable en ese momento: " S_t " y " S_{dt} ." Conocer el estado de un sistema en cualquier momento es fundamental para todo proceso relacionado con la planeación, la programación y la evaluación.

El momento de un sistema se conoce al determinar los valores de las variables de estado del sistema, de los aspectos característicos relevantes. Ello implica realizar procesos de toma de información, observación y registro, de medición en forma continua y sistemática, de elección de los indicadores pertinentes, así como el conocer la dinámica de cambio del sistema y de su entorno (Cristóbal, 2008. No publicado).

2.2.- Conceptualización

Para medir la calidad y evaluarla necesitamos conocer el significado y alcance de términos tales como:

Calidad

Según la International Organization for Standardization (ISO 9000 2005:8) es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades, expresadas o implícitas.

Virgilio Torres Morales dice que es la adecuación a determinados estándares o normas tomados como referencia. Cuando mayor es la calidad de un producto o servicio, mayor será su aproximación a los estándares adoptados (Nardi 2005: 11)

Calidad en salud

OMS la define como cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud (OPS 2007: 288).

Estándar

Es el parámetro mínimo exigido para considerar satisfactorio el logro alcanzado por el objeto de la evaluación. Los estándares no son más que los niveles mínimo y máximo deseados, o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, actividad, programa o servicio. Es la norma técnica que se utilizara como parámetro de evaluación de la calidad (Nardi 2003:2).

Medición

Es un proceso por el cual se asignan números o símbolos a atributos de entidades del mundo real de tal forma que los describa de acuerdo con reglas claramente definidas (Fenton y Pfleeger 1997: 5).

Evaluación

La evaluación es un proceso que permite obtener información pertinente para emitir juicios y tomar decisiones. Se basa en la comparación entre dos estados de un sistema: el estado real en el momento "t" y el estado deseable en ese momento: " S_t y S_d " (Cristóbal 2008: No publicado).

2.3.- Antecedentes de la evaluación en el sector salud

Los primeros datos relacionados con la calidad en la atención se remontan a la época de Florence Nightingale, quien introduce importantes principios que desde entonces favorecían la calidad, el primero fue la formación de enfermeras, es decir, que el cuidado brindado tuviera fundamento científico (requisito primordial en la calidad en salud) y el segundo, el estudio que hizo acerca de la tasa de mortalidad en los hospitales en el curso de la guerra de Crimea en donde observo que un mejor seguimiento de las normas de asepsia y una mejor ubicación de hospitalización disminuyo el índice de mortalidad de un 40 al 4% (Young 2011:1).

En el ámbito internacional, la instauración del Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales (1950) y de la *Join Comisión on Acreditación of*

Hospitals (JCAH) (1951), se inicia la creación y generalización de las normas para la acreditación y parámetros de calidad (Aranaz Jesús 2011:3).

Las primeras acciones institucionales para mejorar la calidad de la atención médica en México datan desde hace más de medio siglo, una de las mejores documentadas es la del Hospital la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1956, utilizó la revisión sistemática de expedientes como método para evaluar la calidad de la atención médica. En la década de los setenta impulsó una cultura institucional para evaluar la calidad de la atención médica tipo ex - post, que enfatizaban la revisión de expedientes y el análisis de autopsias como técnicas de evaluación e instrumentos para conocer la calidad con que se otorgaba la atención médica (González *et al.*, 1975; Lee *et al.*, 1975:7).

Esto no era fortuito ya que corresponde a la época de la postguerra donde el énfasis de la evaluación de la calidad en la industria, se enfocaba a la revisión del producto terminado; época en que el mundo empezaba a adoptar los conceptos propuestos por Willian Edwards Deming (1900-1993) donde la evaluación de la calidad consistía en verificar, mediante la inspección, si el producto elaborado cumplía o no con las características antes de salir al mercado (evaluación ex – post). Si durante la inspección se verificaba que el producto no cumplía con los requisitos de producción (producto no conforme), era desechado o devuelto a los departamentos de producción para su corrección, evitando de este modo que salieran a la venta o se ofertara al público un producto defectuoso. Este enfoque aunque reducía un menor número de productos no conformes llegaran al usuario, significaba pérdidas económicas a las empresas al tener que contratar más personal para realizar supervisiones; además de introducir nuevamente el producto defectuoso al reproceso para su recuperación.

Desde el punto de vista de evolución del concepto de la calidad, este enfoque aportó el análisis estadístico para construir la calidad en los productos. Este enfoque sufrió muchos cambios, uno de los más importantes fueron las aportaciones de Juran Joseph (1990) quien fue el primero en tratar los aspectos de la calidad a nivel dirección; su aportación más importante es su trilogía de la calidad que consiste en planeación de la calidad, control y mejora de la calidad (Guajardo Garza 2003:37).

A finales de la década de los setenta, en el ámbito sanitario se incorpora un enfoque novedoso para evaluar la calidad, centrado en la relación médico – paciente, por considerar que está constituía un elemento cardinal y determinante de la calidad de atención. Se produce así un cambio radical de enfoque de evaluación exp – post hacia un enfoque centrado en el proceso, más que en el resultado (Garduño 1976; Pucheu, 1979:291).

A mediados de los ochenta, suceden dos acontecimientos que tienen gran influencia en el proceso de mejoramiento de la calidad en atención a la salud. El primero de ellos se refiere a las propuestas de Avedis Donabedian (1919-2000)

sobre el enfoque sistémico (estructura, proceso y resultados) y las tres dimensiones de la calidad de atención (técnica, interpersonal y amenidades). El enfoque sistémico es el que se sigue utilizando en el contexto sanitario y que conceptualmente se ha adaptado al proceso de acreditación; y que se dará énfasis en este trabajo de investigación. El segundo acontecimiento se relaciona con la implantación de los denominados círculos de calidad, que se desarrollaron a partir de 1985 en el Instituto Nacional de Perinatología y el Hospital López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Donabedian, 1984; Ruelas *et al.*, 1990:20).

Argumentando en los trabajos de los diferentes autores el proceso de evaluación de la calidad en la atención a la salud se ha ido adaptando a las momentos y necesidades de las instituciones así como para dar respuesta a las demandas de los usuarios; pasando de una evaluación centrada en el producto o servicio a una evaluación centrada en los procesos y resultados.

2.4.- Evaluación de la calidad en establecimientos de primer nivel de atención médica.

El sistema de salud en México, está estructurado funcionalmente en tres niveles de atención. El primer nivel de atención está formado por una red de unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio; el segundo nivel está formado por una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas y necesidades de salud que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias, finalmente el tercer nivel de atención está conformado por una red de hospitales de “alta” especialidad, adicionalmente, en este nivel se encuentran las subespecialidades y equipos de apoyo que no encontramos en el segundo nivel de atención (Soto Estrada 2010:15).

En la declaración de Alma Ata (URSS) de 1978 se definió la Atención Primaria de Salud (APS) como: *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad...”* (Declaración de Alma Ata (URSS, 1978:19).

En México de acuerdo a lo establecido al Artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud referido al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, los establecimientos de primer nivel de atención deben ofertar prestaciones orientadas a la prevención y fomento del autocuidado de la salud, aplicación de exámenes preventivos, programación de citas para consulta, atención personalizada, integración de expedientes clínicos, continuidad de cuidados

mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia, prescripción, surtimientos y control de medicamentos, información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como el otorgamiento de orientación terapéutica.

Los servicios otorgados por los sistemas de salud necesitan ser eficientes y eficaces para cubrir las demandas de la comunidad y ayudar a reducir las enfermedades sociales; que en articulación institucional e interinstitucional contribuyan a reducir la pobreza de los grupos más vulnerables como son las zonas rurales de nuestro país al disminuir los costos por salud-enfermedad que son la primera causa del deterioro financiero familiar y donde la atención primaria a la salud es el pilar fundamental en la prevención a la salud (OMS 2008:20).

La evaluación de 2008 de la calidad en las unidades de primer nivel de la secretaria de salud permite tener una aproximación del comportamiento de esta variable.

Para el análisis de disponibilidad de recursos físicos, la medición de la disponibilidad en el caso de los servicios de atención primaria, están representadas por los consultorios médicos de las unidades productivas el consultorio es el espacio físico donde se puede desarrollar el servicio médico respetando la confidencialidad del usuario y ofreciendo las condiciones necesarias para que el facultativo desempeñe adecuadamente sus funciones (Secretaría de salud 2010:29). Al cierre de 2008, se registraron 19,844 consultorios en los centros de salud; en números absolutos, la mayor parte de éstos se concentran en el Estado de México, que tiene 1,947, y en Guerrero, donde hay 1,889; para Quintana Roo existe un consultorio médico por cada 1,848 personas (se incluye consultorios de medicina familiar y de alta especialidad) Secretaría de Salud del Estado de Quintana Roo, 2013:27).

El análisis de disponibilidad estatal con relación a la población sin seguridad social en el país arroja una cifra de 35 consultorios por cada 100,000 personas sin seguridad social en el país. El análisis por entidades muestra diferencias notables en la disponibilidad de estos recursos. Nayarit tiene una disponibilidad de 98 consultorios por 100,000 habitantes sin seguridad social en la entidad. En el extremo opuesto, Chiapas sólo alcanza una disponibilidad de 16 consultorios por 100,000 personas sin seguridad social, menos de la mitad del promedio nacional y prácticamente siete veces menos que Nayarit. Para Quintana Roo la disponibilidad de este recurso es de 70 consultorios por cada 100,000 habitantes sin seguridad social en la entidad. El panorama nacional permite vislumbrar la inequidad de servicios de salud a la población que habite en las microrregiones con mayor grado de marginación y que, por su ubicación geográfica, dispersión o condiciones de acceso, carezcan de servicios médicos instalados.

Con la finalidad de llevar servicios de salud a las poblaciones donde no existe infraestructura física, a partir de 2007 se puso en marcha el Programa Caravanas de la Salud (PCS). El propósito del PCS es que la población de localidades

geográficamente dispersas y de difícil acceso cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles (Caravanas).

El personal sanitario es el recurso por excelencia para la atención a la salud. Es imprescindible la presencia de médicos, enfermeras, odontólogos, entre otros adecuadamente capacitados para poder cumplir con la demanda de atención a la salud (Secretaría de salud 2009:7).

En 2008 el SINERHIAS (Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud) registró la presencia de 26,612 médicos y 26,693 enfermeras en contacto con el paciente en los centros de atención primaria de los servicios de salud de las 32 entidades federativas del país. Dichas cifras representan una disponibilidad significativamente menor a la considerada usualmente como estándar internacional. Mientras que este estándar recomienda la existencia de por lo menos un médico por cada 1,000 personas, la cantidad de médicos en centros de salud de los SESA representa una disponibilidad de 0.46 médicos y enfermeras por 1,000 personas sin seguridad social en el país, menos de la mitad del valor considerado deseable.

Del total de médicos, 63.3% se ubica en centros de salud asentados en localidades rurales. Debe considerarse que se registran en este total los médicos en formación, incluyendo pasantes cumpliendo con su servicio social. En cuanto al personal de enfermería, el porcentaje de éste que se ubica en áreas rurales es ligeramente menor, de 60.3%. Esta diferente distribución provoca que la relación entre enfermeras y médicos pase de una razón de 1.1 enfermera por médico en áreas urbanas a 0.9 por médico en áreas rurales. En ninguna de las 32 entidades se alcanza el estándar usualmente recomendado, aunque Colima y Nayarit tienen valores próximos a la cifra mencionada de un médico por cada 1,000 habitantes. En Chiapas, por el contrario, la disponibilidad de médicos por habitante es prácticamente la mitad del promedio nacional y casi cuatro veces menor que la cifra recomendada.

Para que el personal de salud pueda desarrollar adecuadamente sus funciones, los centros de salud deben contar con diverso equipamiento básico, ya sea para auxiliarlos en sus tareas diagnósticas o para valorar el éxito de sus acciones terapéuticas.

Poco menos de 4% de los centros de salud de los SESA cuentan con laboratorio clínico en sus instalaciones. La entidad con mayor proporción de centros de salud con laboratorio es el Distrito Federal, donde 27% de las unidades cuenta con el servicio. Por el contrario, en Aguascalientes y Tabasco no se reportan centros de salud con laboratorio clínico. La existencia de laboratorios dentro de la unidad es más común en las áreas urbanas, donde 11.3% de las unidades de atención primaria cuentan con este servicio.

Otro equipo importante para el diagnóstico de ciertas patologías es el equipo de ultrasonido. Este equipamiento es más escaso que el de laboratorio. Sólo 1.1% de los centros de salud de los SEESA cuenta con él. Incluso entre los centros urbanos. El equipo ultrasonográfico está disponible en 1.5% de las unidades ubicadas en áreas urbanas. Entre los centros ubicados en áreas urbanas, la mayor disponibilidad la tienen Quintana Roo, con 6.9% de sus unidades, y Yucatán, con 6.7%.

Uno de los reclamos más frecuentes entre los usuarios de los servicios de salud es la falta de abasto de medicamentos en las unidades de atención, lo cual provoca que los fármacos necesarios para culminar el proceso curativo deban comprarse en el mercado privado, usualmente en condiciones desfavorables para el enfermo y su familia.

Los efectos negativos de la falta de medicamentos se concentran en los sectores más desfavorecidos de la población, gente que vive en comunidades rurales donde al costo regular de los fármacos es necesario agregar el costo del desplazamiento a los centros urbanos para buscar los medicamentos prescritos, lo que aumenta la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos como consecuencia del pago directo de sus medicinas.

En la evaluación de la disponibilidad de medicamentos en las unidades de primer nivel de los SEESA con base al Cuadro Básico de Medicamentos (CBM), se constató que los centros de salud acreditados cuentan con un mayor abasto de medicamentos (34%) del CBM que las unidades no acreditadas (30%). En términos absolutos, los porcentajes mencionados indican que los centros de salud acreditados cuentan en promedio, con noventa claves en existencia, mientras que los no acreditados tienen setenta y nueve de las 264 claves del CBM (Secretaría de salud 2009). Sin embargo, cada jurisdicción sanitaria establece un catálogo de medicamentos *ad hoc* que depende de la organización institucional y el perfil epidemiológico de cada población (Secretaría de salud 2009:14)

Actualmente hablar de la calidad de la atención de salud es una preocupación fundamental para los que administran los servicios de salud. Esta circunstancia está determinada por la necesidad de dar una adecuada respuesta a las reales necesidades de salud de la población y por otra parte porque es necesario responder satisfactoriamente a las expectativas de la gente, ya que actualmente cuestionan los servicios que se le ofertan.

La introducción del concepto de calidad en las prestaciones de salud es una preocupación que involucra a muchos países, principalmente en las últimas dos décadas y se ha convertido en un requisito de sobrevivencia económica, y afortunadamente para algunos, también de responsabilidad social e integridad social.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud define como principio ético el que cada individuo tiene derecho a la mejor asistencia sanitaria posible. Considerar la provisión de servicios de salud como un valor social, conlleva la obligación ética de verificar la disponibilidad y la calidad de esos servicios con el fin de satisfacer el principio de equidad, definida como la capacidad de ofrecer iguales oportunidades de acceso a los servicios y asegurar la distribución de los recursos según necesidades (OMS 2008:14).

La visión “Salud para Todos”, propuesta por la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), constituyen una meta para que la atención a la salud ofrezca resultados más amplios. Sin embargo, nuestro país aún enfrenta en sus servicios de salud grandes carencias de recursos, capacidad y tecnología, que son indispensables para ofrecer prestaciones de salud integrales. Si el sistema de salud no dispone de los recursos suficientes y adecuados para garantizar la atención a la salud de la población, difícilmente podrá lograr los cambios que se requieren ante los retos actuales que enfrenta.

2.4.1.- Enfoque conceptual para evaluar la calidad de la atención medica

La calidad de la atención médica fue motivo de preocupación social desde tiempos remotos; prácticamente surge con los primeros estados esclavistas o con la aparición de la profesión médica. Muchos hechos históricos así lo demuestran.

Durante la Edad Antigua, en los estados esclavistas de Egipto y la India, existían funcionarios que observan el cumplimiento de las normas sanitarias. En Babilonia, con el surgimiento del Código del Rey Hamarubi en 1770 a.n.e, se regulaba el trabajo medico y eran castigados severamente los “médicos” con malos resultados en la terapéutica u operaciones (Dominguez 2011:23).

Con la finalidad de garantizar calidad en las prestaciones de servicios de salud, desde los años ochenta en países de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS) han desarrollado esfuerzos orientados a incrementar la calidad y la eficacia de la atención de los servicios de salud, así como a incrementar la eficacia en el uso de los recursos (OMS/OPS 1993). La Resolución de octubre de 2007, dedicada a la calidad de los servicios, vincula la sostenibilidad de los servicios públicos de salud a la respuesta con calidad y seguridad, definiéndola como la cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud (OPS 2007:288).

En la actualidad existe una plena convicción acerca de que el éxito de cualquier empresa o misión depende en gran medida de la aplicación del proceso de administración, lo que equivale a una acertada planificación, organización, dirección y la aplicación de un programa de control de calidad. Debido a lo expuesto, se puede comprender porque cada día cobra mayor auge el interés por el tema de la calidad, tanto en países, como en organismos internacionales y científicos de todo el mundo.

De acuerdo con lo estipulado por la OPS, los esfuerzos del gobierno y de las instituciones deben orientarse hacia la mejora de la eficiencia en salud y hacia el desarrollo organizativo, en un ambiente de mejora continua de la calidad de la atención.

El organismo distingue tres enfoques en la gerencia de la calidad a la atención de los servicios de salud. El primero es el **control de calidad**, con el cual se busca la conformidad de un producto o servicio con las normas establecidas. El método consiste en prever lo que se hará, escribir lo que se prevé, hacer lo que está escrito, controlar y corregir las disparidades, y llevar un registro por escrito. Mide el desempeño de un proceso por medio de indicadores y de esta manera vigilar que la calidad esperada se lleve a cabo según lo estipulado, se identifique el logro de los objetivos propuestos y se propongan actividades para el mejoramiento, según corresponda.

El segundo enfoque es el de la **garantía de la calidad**, con la cual se busca la confianza en la obtención de la calidad. Con este fin conviene demostrar que se respetará el método señalado en el control de calidad y garantizarlo mediante un control externo como la fiscalización, certificación, acreditación y etiquetado.

El tercer nivel es de gestión o de **gerencia para la calidad** que es definido por la ISO como “modalidad de gestión de un organismo centrado en la calidad, basada en la participación de todos sus integrantes, que busca el éxito de largo plazo mediante la satisfacción del cliente y ofrece ventajas para todos los integrantes del organismo y para la sociedad (OPS 2007:288).

Este enfoque que propone la OPS y los diferentes modelos administrativos de gestión de la calidad tienen como objetivo el mejoramiento de la calidad. Ruelas – Barajas & Reyes – Zapata (1990:220); con el objeto de operacionalizar una definición proponen que: *la “Garantía de la calidad es un conjunto de acciones sistematizados y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes; a través de cinco elementos fundamentales: Evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional”*.

En efecto, la evaluación es el pilar fundamental para garantizar la calidad de la atención. No es posible mejorar algo cuyo comportamiento se desconoce. La medición sistematizada del comportamiento de una o varias variables durante

periodos establecidos y con frecuencias determinadas; es un componente indispensable de garantía, ya que permite establecer continuidad de manera cíclica en la observación de un proceso de la atención y sus resultados, con el objeto de dar la oportunidad requerida para la identificación y corrección de las situaciones que pudieran afectar el proceso.

La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual de lo que representa la calidad de la atención médica. A continuación se presenta los diferentes enfoques e ideas que presentan los autores dependiendo de su área de competencia, las épocas y sociedades, sin embargo analizaremos algunas para conceptualizar una propia.

Donabedian Avedis (1984:729) define calidad en la atención médica como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que está en juego son las expectativas de resultados que podrían ser atribuidas a la atención en el presente.

Para Ruelas (1993:300) “La calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde se pretende ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable”.

Sin embargo estas definiciones, aunque importantes, hacen referencia al proceso de atención donde se involucran recursos para obtener mejores resultados, minimizar riesgos; no mencionan hacia quien va dirigido; tampoco involucra en forma independiente al recurso humano que otorga el servicio; dos elementos importantes que se tienen que considerar en la prestación de un servicio intangible como es la atención médica.

Por lo que es importante resaltar que el producto o resultado del proceso de atención de salud no está en un objeto, sino intrínsecamente unido a las personas que reciben la atención, por tanto, estas personas, junto al profesional de salud, deben de tener una participación muy activa durante el proceso de atención y también en la resolución de los problemas de salud, lo que en ética se conoce como autonomía e integridad, nada parecido a la producción material (Hernández Silva 2005:2).

Cabe destacar que existen normas, procedimientos e indicadores de calidad que por constituir aspectos científicos y técnicos, no son percibidos por quien recibe los servicios de salud y, por lo tanto no los puede valorar o calificar.

Para el caso de los servicios de atención de salud, los responsables, profesionales y trabajadores, que los brindan como proveedores tienen la obligación de mantener una vigilancia de los incumplimientos de normas y estar muy atentos a los resultados, para identificar los defectos de elementos técnicos. Un ejemplo es el error médico, el cual es el problema más importante de calidad a nivel mundial,

genera cerca del 87% de los efectos adversos o daños a la salud en el proceso de atención, pudiendo llegar a complicaciones, incluyendo la pérdida de vida de las personas; por lo ello, se requiere de mayor atención para la seguridad del paciente.

Siendo que para alcanzar la calidad se debe considerar el enfoque humanístico, construido a partir de una base ética, creada desde la formación del profesional de la salud, la cual se observa con los valores, actitudes, vocación y criterios de conocimientos que tiene cada profesional de la salud y aplicada en el cuidado de la salud de sus pacientes.

Aguirre Gas (1997:257): define “La calidad de la atención médica” como el otorgamiento de atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”. Para el estudio de la calidad, como en cualquier otro fenómeno, debe tenerse una definición adecuada. Lord Kelvin (1990:1) (Zeithmal, 1993). Refiere; “*Lo que no se define, no se puede medir; lo que no se mide no se puede mejorar; lo que no se mejora se deteriora con el tiempo*”.

Lo anterior permite crear a partir de los diferentes enfoques conceptuales una definición propia de la calidad en la atención médica que sirve de guía para este trabajo de investigación.

Calidad en la atención médica la definiremos como: **El conjunto de propiedades que permiten dar un juicio de un proceso de atención de salud que satisfacen los requisitos de seguridad del paciente, las expectativas de los profesionales, trabajadores, la institución y el sistema.**

Esta definición tiene en cuenta las características y particularidades del proceso de atención de salud ya que la identifica como un servicio (intangibles) y que es diferente a otros sectores que ofrecen productos terminados o tangibles.

Los sistemas de salud disponen de dos tipos de mecanismos que garantizan operativamente la calidad: mecanismos de gestión internos de calidad que se desarrollan internamente en la organización y mecanismos de gestión externos de calidad, que se desarrollan desde afuera de la organización entre los que se encuentran la certificación y la acreditación (Cabello Morales 2001:99).

Sin embargo, en las actuales estrategias de los planes de gobierno y traducidos en los programas sectoriales del sector salud para la mejora de la calidad, en su mayor parte se enfocan a la normalización de los procedimientos médicos o quirúrgicos.

Por otro lado se observa que para muchos administrativos la mejora de la calidad es sinónimo de inversión de infraestructura de los establecimientos de salud, así como la adquisición de equipos sofisticados.

Se ha observado que los médicos que laboran en instituciones de servicios de salud pública, dedican la mayor parte de sus esfuerzos (tiempo) para evaluar la calidad de los servicios de salud al recuento de sus acciones emprendidas (informes de productividad) sin plantear el efecto real que dichas acciones tienen sobre la salud ni la medida que satisfacen las necesidades de los individuos y la población (Ramírez 1995:462).

Lo anterior refleja la manera en que se trata de evaluar la calidad de los servicios de salud en las instituciones públicas de nuestro país. Los métodos para garantizar la calidad no toman en cuenta, los resultados que se obtienen del proceso que provienen del binomio estructura - proceso y mucho menos el impacto que este causa; es decir, aunque se cuenta con las herramientas de evaluación como es la certificación y la acreditación la información que estas generan no se utilizan para realizar acciones de mejora. Se olvida que son importantes indicadores de una buena o mala atención que dan validez a la eficacia y calidad de la atención médica.

2.5.- Modelos de evaluación de la calidad en la atención médica: Certificación y acreditación

Hoy en día existe en todo el mundo tendencia hacia la certificación, tanto en el sector privado de producción de bienes y servicios como en algunos organismos gubernamentales. Los servicios de atención a la salud no están exentos de estas acciones, por lo que existe interés en garantizar la calidad de los servicios.

En 1992 la OPS inicio un proyecto para fomentar la certificación de organizaciones de salud en América Latina y el Caribe, con este fin, se diseño el Manual de Acreditación OPS que toma en cuenta la situación real de los hospitales latinoamericanos, principalmente el número de camas y su operación, comparada con los grandes hospitales de países desarrollados.

El propósito de ello era estimular a los gobiernos de los países de la región para que desarrollen sus propios criterios y establezcan sus estructuras certificadoras. Los criterios determinados se basaron en la experiencia norteamericana, que para entonces, se encontraba en proceso de cambio, por lo que el proyecto de la OPS se hizo pronto obsoleto, a pocos años de haberse iniciado, el resultado no fue favorable, ya que el proceso se interrumpió por múltiples causas (OPS/OMS 1993:216).

En México, en materia de calidad y seguridad han sido creadas las iniciativas de certificación y la acreditación, ambos son procesos de evaluación de la calidad de

atención médica. En el presente trabajo se hará referencia a los dos procesos de evaluación pero se enfatizará en el proceso de acreditación, siendo el tema de interés.

La certificación de establecimientos de salud tiene como base el enfoque de la evaluación de la calidad propuesta por Avedis Donabedian y la cual considera los aspectos de estructura, procesos y resultados, además señala su interrelación para otorgar el servicio al usuario y los resultados que se generen de su aplicación.

El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante al permitir la medición ordenada de las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. En este sentido los resultados son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y que no todos los procesos dependen directa y únicamente de la estructura (<http://cedoc.cies.edo.ni/digitaliza/t528/t528-k.pdf>: consultado 28/07/2013)

La certificación es de carácter voluntario, por lo que solo se efectúa a los establecimientos que lo soliciten; es aplicable a unidades hospitalarias, a los establecimientos de atención médica ambulatoria, a los de atención médica psiquiátrica y a los de atención médica de rehabilitación, considera los principios básicos de la gestión de calidad de ISO 9000 (DOF 2002:1). La certificación al ser opcional, permite que el establecimiento/empresa/ institución se **comprometa a implementar e instaurar un sistema de gestión de la calidad referenciados en requisitos que establece una norma de calidad, que cumple con el ciclo de (P: Planear, H: Hacer, V: Verificar, A: Actual PHVA)**, de tal forma que cuando esta se sienta capaz de cumplir los requisitos o quiera medir el avance de su implantación; solicita esta evaluación.

En lo referente el proceso de acreditación; este surge de la **necesidad de garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad requeridos**, siendo obligatoria para los establecimientos de atención médica, que deseen ingresar a la red de prestadores que atienden a los asegurados inscritos al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Su vigencia determina un financiamiento para las unidades que acrediten y un reforzamiento de aquellas que no lo logren.

El artículo 77 Bis 9 de la Ley General de Salud (LGS) especifica que todas las unidades de atención médica como centros de salud, hospitales generales y de comunidad, Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), Clínica Avanzada de Atención Primaria en Salud (CAAPS), y hospitales de alta especialidad que proveen servicios cubiertos por el SPSS, entre otros, deben aprobar el procedimiento de acreditación. Señala que para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaria de Salud, establecerá los requerimientos mínimos, que servirán de base, para la atención de los beneficiarios del SPSS. Así mismo, la

Secretaría define los aspectos mínimos a evaluar en estos establecimientos de atención médica.

El proceso de acreditación en el capítulo II, artículo 23 al 30 del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Protección Social en Salud establecen los lineamientos operativos.

El Artículo 10; fracción XIII del Reglamento interior de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, le atribuye a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), la vigilancia de la calidad y oportunidad de los servicios prestados; siendo así el órgano para la acreditación, mismo que se encarga de crear grupos de consenso formados por profesionales médicos y de enfermería para la emisión y actualización de cédulas de acreditación.

Referente al equipo que realiza las evaluaciones este se integra con personal de la Secretaría de Salud de nivel federal y personal médico del área de servicios de salud estatal y líderes en calidad en las entidades federativas, autorizado para ejercer las funciones en la materia. Como un mecanismo de control que garantice la imparcialidad de la evaluación, se ha normado que el equipo evaluador no pertenecerá al mismo estado en donde se realiza la acreditación (DOF 2011:6).

Recapitulando, en México los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica, cuenta con la certificación y la acreditación; cada una de ellas difiere en su campo de aplicación; la certificación es de carácter voluntario y es aplicable para establecimientos públicos y privados. Por otro lado la acreditación en el ámbito nacional es de carácter obligatorio y fue diseñado para los establecimientos que prestan servicios de atención al SPSS.

El proceso de acreditación y la certificación se basan en el modelo de evaluación de la calidad propuesta por Avedis Donabedian; pero el proceso de acreditación en los aspectos de estructura y procesos, se integra todo aquello que se garantice la seguridad de las intervenciones tanto medicas, quirúrgicas y fomente la evaluación de las tecnologías, el empleo de intervenciones médicas basadas en pruebas confirmatorias, la atención protocolizada y el empleo de indicadores intermedios que permiten medir el rendimiento del servicio (resultados).

Integran los siguientes apartados:

Capacidad: que se refiere a contar con los mínimos indispensables, establecidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Seguridad: que se refiere a los principales aspectos de práctica médica segura para el paciente durante el proceso de atención médica y su estancia en el establecimiento.

Calidad: desarrollo de mínimos indispensables de gestión de calidad que coadyuven a que se estén dando procesos de mejora continua y seguridad de los pacientes y se interpreta como los elementos del proceso en la prestación de servicios de salud tendientes a mejoría de sus procesos.

La Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de su dirección General de Calidad y Educación en Salud, es la responsable de realizar la evaluación con fines de acreditación de los establecimientos que ingresan a la red de prestadores de servicios para la población afiliada al SPSS (Secretaria de Salud 2011:17).

Al respecto, se puede argumentar que considerando que todo este proceso de evaluación que se realiza a los establecimientos de salud, depende de los servicios de salud estatales y estos a su vez dependen normativamente de la Secretaria de Salud Federal; esta condición podría generar conflictos de interés, siendo que la propia Secretaria de Salud Federal sería ampliamente beneficiada al tener mayor número de establecimientos acreditados y así cumplir con las metas establecidas de filiación al Sistema de Protección Social en Salud.

Referente a los requisitos de cumplimiento para alcanzar la acreditación en el concepto de calidad, solo considera los mínimos de gestión de calidad que coadyuven a la generación de procesos de mejora continua y que se apeguen a los principales programas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud; estos programas fueron la base para la implantación del tema de la calidad en los establecimientos de servicios de salud, ahora se ha de incidir en la adopción de modelos de administración de la calidad como respuesta a las políticas públicas actuales.

La acreditación se realiza en tres fases: la primera es la programación que incluye la autoevaluación que es realizada por el personal del establecimiento de atención médica siendo el instrumento de evaluación la cedula de acreditación; que incluye la validación de la información volcada en la misma por los responsables estatales de calidad antes de ser enviadas a la DGCES. La segunda fase es la evaluación *in situ* del establecimiento realizado por la DGCES a través de un grupo de profesionales donde se constata la información de la autoevaluación mediante evidencia objetiva; y por último, está el dictamen que puede ser favorable o no y que depende del cumplimiento de los requisitos de la cédula de acreditación que es otorgado por la DGCES.

La vigencia de la acreditación es indefinida tanto para los establecimientos proveedores de servicios del Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) como para los servicios de salud de Alta Especialidad integrantes del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Secretaria de Salud 2011:18).

2.6.- Conceptualización de la evaluación

La evaluación es una actividad inherente al trabajo humano. Consciente o inconscientemente, las personas, los grupos y las organizaciones intentan establecer en qué medida alcanzaron, están alcanzando o alcanzarán los sueños, propósitos, metas o estándares que se habían planteado.

Las reglas de la evaluación son constantes: a) se requiere un punto de referencia contra el cual comparar lo que sucedió o sucede, con lo que debió suceder, b) la comparación determina que lo que sucedió o sucede, se ajusta al punto de referencia o se desvía de este por encima o por debajo y c) la desviación es reportada para que sea rectificada por aquellos que tienen la autoridad para realizarlo. La evaluación de la calidad, no es una excepción a este esquema.

La evaluación es inseparable del trabajo gerencial, se utiliza para comprobar en qué medida los procesos y los resultados son consecuentes con los valores esperados, permite decidir qué acciones deben implementarse en función de lo que esa comprobación demuestre. El proceso de evaluación constituye un ciclo definido por tres etapas:

1.- Identificación de los elementos que servirán de referencia para medir el proceso, desempeño, producto, servicio o proceso.

2.- Evaluación que mide los procesos, desempeños, productos, servicios, o avances con los mismos indicadores utilizados para su creación. Se aplican criterios de filtraje que permiten a los gerentes concentrarse en los puntos críticos o priorizados. Uno de los productos principales de esta etapa es la demostración de oportunidades de mejora. Los objetivos y las metas como elementos evaluables son importantes, porque de ellos emana lo que pretende alcanzar un proceso y los periodos establecidos para su cumplimiento (corto, mediano, largo plazo); estos se ubican en la parte de planeación del proceso.

3.- Toma de decisiones, acciones de respuesta a lo detectado en la evaluación; que permite mantener la organización o el sistema dentro de los parámetros expresados en el primer paso de la secuencia. Estas acciones o decisiones también son objeto de evaluación y el proceso sigue de forma permanente, lo que explica porque se le define como un ciclo de planeación, implementación, evaluación y retroalimentación; siendo infinito (Avalos García 2011:13).

Lo anterior, demuestra que la evaluación no es un hecho aislado, sino solo un punto dentro de un proceso mayor y como tal, deberá planearse y ejecutarse. La finalidad de una secuencia como la descrita anteriormente, es que en una organización donde se aplique, se mantengan las concepciones y valores básicos que la rigen y que al mismo tiempo, se creen las condiciones para su mejora y desarrollo continuo. Toda evaluación que no disponga de términos de referencia, o que no desencadene acciones consecuentes producto de lo hallado, representa

empleo de recursos que no se convierten en resultados no positivos para la organización. La evaluación, es el proceso administrativo, que facilita periódicamente la corrección y el rumbo de las acciones emprendidas. El concepto a lo largo del tiempo no se ha modificado, sin embargo, la forma de utilizarse y de abordarse en los servicios de salud van cambiando hacia una evaluación participativa, tomando en cuenta la opinión de usuarios y el impacto del servicio.

2.7.- La evaluación de la calidad de la atención medica

La evaluación de la calidad de la atención médica se ajusta plenamente a todo lo señalado anteriormente. Se puede definir como un proceso sistemático y científico que permite determinar el grado de cumplimiento de una estructura y/o de una acción o un conjunto de acciones, y los resultados de salud obtenidos.

La base conceptual de la evaluación contempla la relación causal entre los componentes de la estructura, el proceso y los resultados. La evaluación de la atención de la salud es un procedimiento de control, al igual que la supervisión, que para su práctica necesita de información.

Los enfoques para la evaluación de la calidad en la atención primaria siguen las dimensiones planteadas por Donabedian (estructura, proceso y resultados). La evaluación de la estructura se basa en la adecuación de las instalaciones y los equipos; la idoneidad del personal médico y su organización; su estructura administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que prestan atención médica; la organización financiera entre otros. La evaluación del proceso, se justifica porque se supone que no interesa el poder de la tecnología médica para alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como buena atención médica. La evaluación de resultado, identifica a la atención médica en función de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia; los resultados son en general, los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica (Donabedian 1966:203).

La evaluación es un ciclo que comprende diferentes pasos; el primero consiste en definir que se va a evaluar y siempre tiene como marco de referencia el análisis de los elementos de un sistema: estructura, proceso y resultados.

En estructura se evalúa el propósito de la organización, recursos físicos, humanos, financieros, su organización y normas; su utilidad principal permite la planeación, diseño y puesta en marcha el sistema de salud.

La evaluación del proceso permite analizar las actividades que se llevan a cabo por y entre los profesionales de la salud y los pacientes. Los resultados se refieren a un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente, que pueda ser atribuido al antecedente de la atención médica, es decir, al producto final de una acción.

Definir los criterios a evaluar constituirá las bases para la medición. Los criterios o parámetros deben ser específicos para la estructura, proceso y el resultado.

Para llevar a la práctica la evaluación, es necesario definir los instrumentos que servirán de guía para recabar la información sobre el estado del sistema; estos podrán ser cuestionarios, entrevistas, así como la observación directa, examen de documentos, entre otros.

El presente proyecto de investigación estará soportado por la revisión documental, entrevistas al personal de salud y usuarios, la observación directa de las condiciones actuales en infraestructura física del establecimiento. La medición se realizará con la cedula de acreditación diseñada para los establecimientos de primer nivel.

El modelo adoptado para evaluar la calidad es la acreditación, un tipo de evaluación realizado por terceros que consiste en determinar si la instalación sanitaria objeto de estudio, cumple con determinados estándares que se consideran imprescindibles para su funcionamiento (mecanismo de aseguramiento de la calidad). Los lineamientos de este modelo están referidos en un instrumento normativo llamado Manual de Acreditación.

La interrelación entre los subsistemas de capacidad, seguridad y calidad es regulado por la acreditación el cual, es un mecanismo de aseguramiento de la calidad; que garantiza, condiciones fundamentales para llevar a cabo procesos de atención en los establecimientos de salud.

Los resultados de la evaluación permiten emitir un juicio sobre si la unidad de salud se acredita o no y en caso de no cumplir con los propósitos por el cual fue diseñada identifica sus oportunidades de mejora. El cumplimiento con un ciclo de planeación, implementación, evaluación y retroalimentación, lograría un comportamiento ideal del sistema, su finalidad es que la organización mantenga las concepciones y valores básicos que la rigen y que al mismo tiempo, se creen las condiciones para su mejora y desarrollo continuo.

2.8.- instrumento de evaluación para la acreditación

La cédula de acreditación es el instrumento que contiene los requisitos a explorar con base en el catalogo universal de servicios de salud (CAUSES) y del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, mismos que deberán ser actualizados anualmente, conforme las disposiciones de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

Esta cédula está integrada por los apartados de capacidad, seguridad y calidad; en el orden que se refieren, el primero contiene 599 criterios; el segundo 37 y el ultimo con 30 criterios; haciendo una total de 666 criterios. Anexo 1.

Para que un establecimiento de salud se acredite debe de cubrir entre el 85 y 100% de estos criterios, en los conceptos que evalúa la cédula de capacidad, seguridad y calidad. Los establecimientos que hayan alcanzado un valor menor del 85% de estos criterios se consideran como no acreditadas. Un resultado favorable determina que el establecimiento cumple un conjunto de criterios o estándares que garantizan condiciones fundamentales de capacidad para llevar a cabo procesos de atención, así como para la calidad y seguridad de los pacientes y permite también al establecimiento, incorporarse al Régimen de Protección Social en Salud.

El Manual de Acreditación refiere a un criterio mayor; indicadores que afectan a la seguridad del paciente y que al no cumplirse, impiden la evaluación del resto de la cédula; un criterio menor se considera a aquellos requisitos complementarios y que no ponen en riesgo la seguridad del paciente, pero que deben ser satisfactoriamente cumplidos. La sumatoria total de ambos criterios permite arrojar una calificación cuantitativa de emitir un juicio de aprobado o no aprobado (Secretaría de Salud 2011:7).

En caso que los resultados de la autoevaluación y/o dictamen emitido por la Federación resulten como no acreditado; el establecimiento debe elaborar un plan de contingencia para los criterios mayores, documento que contiene los requerimientos, las alternativas de solución y los plazos de solución de los problemas detectados; para la resolución de los criterios menores estos deberán subsanarse en un periodo de tres meses; en ambos casos, son un compromiso de los Servicios Estatales de Salud.

Con base al desempeño histórico del Estado y a decisión de la Federación, en algunas autoevaluaciones con puntajes aprobatorios de Acreditación, se les otorgara el Dictamen de Acreditados, siendo visitadas posteriormente para ratificar o rectificar en caso de una condición de Acreditación.

Las Jurisdicciones sanitarias pueden conformar un grupo que verifique los resultados obtenidos por los establecimientos. De tal manera que cada Jurisdicción envía a los Servicios Estatales de Salud, los establecimientos de primer nivel de atención médica que ya están considerados como acreditados, de acuerdo a la autoevaluación realizada por el mismo personal que labora dentro del establecimiento y a los supervisores jurisdiccionales. Los supervisores estatales programan la visita a estos establecimientos con el fin de aplicar la cédula de evaluación, la visita puede ser o no con supervisores de la DGCES.

Cuando los establecimiento logren subsanar todos los criterios mayores y menores; los Servicios Estatales de Salud del Estado; solicitará formalmente a la DGCES; se efectuó el proceso de evaluación para estos establecimientos. Por su parte, la DGCES establecerá un programa anual de Acreditación y supervisión y designara los equipos evaluadores que se abocaran a su desarrollo, señalando al Coordinador Federal, así como a los evaluadores de apoyo. Cabe destacar que no

todos establecimientos dictaminados como acreditados por la autoevaluación, reciben la visita de los supervisores de la DGCES; pero si todos los establecimientos reciben el dictamen de acreditación por la DGCES.

Finalmente mencionar que el Índice de Trato Digno es una dimensión de la calidad y es definido como: Respeto a los Derechos Humanos y a las características individuales de la persona; información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quién es responsable de él o de ella; interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos. Para su medición se utiliza un cuestionario relacionado con este concepto. El instrumento consta de 9 preguntas, con respuestas dicotómicas (Sí o No). El Índice de Trato Digno mide el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) y se construye con los indicadores de satisfacción por la oportunidad en la atención, satisfacción por la información proporcionada por el médico, satisfacción por la cantidad de medicamentos surtidos, satisfacción por el trato recibido del personal de la unidad de salud. Anexo 2 (Secretaria de Salud 2010:12)

2.9.- Marco normativo para la acreditación

El marco normativo de la acreditación está comprendido en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el cual se atribuye la facultad al Sistema de Salud el garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los mexicanos que vivan en el territorio nacional. Para cumplir con este objetivo se realizaron reformas a la Ley General de Salud el 15 de mayo del 2003; creándose el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso afectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgico, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral, las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de promoción a la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social . (Ley General de Salud 2007:20)

El Artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud referido al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, atribuye a los establecimientos de primer nivel de atención el deber de ofertar prestaciones orientadas a la prevención y al fomento del autocuidado de la salud, aplicación de exámenes preventivos, programación de citas para consulta, atención personalizada, integración de expedientes clínicos, continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia, prescripción, surtimientos y control de medicamentos, información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como el otorgamiento de orientación terapéutica.

En lo que refiere a la certificación y acreditación, el 1° de abril de 1999 se establece el acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales; donde se establece el proceso formal de evaluación de la calidad de la atención médica, con el fin de

garantizar a la población usuaria de los servicios de salud, el otorgamiento de mayores beneficios a menor riesgo (DOF 1999:1).

Para nombrar a la institución ejecutora para realizar el proceso de evaluación, en 1999 se Instrumenta el Programa de Certificación y se define a la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, como una instancia que auxiliara al Consejo al cumplimiento de sus atribuciones en materia de certificación; el cual se consolida como un órgano colegiado de la Administración Pública Federal, así como de diversas instituciones y organismos ligados con la prestación de servicios de salud (DOF 1999:1).

El 22 de octubre de 2003, se publica en el Diario Oficial de la Federación, el Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, en la cual se precisan las funciones de esta Comisión, siendo de suma importancia, la definición de los criterios de evaluación que deberán cumplir los establecimientos de atención médica para obtener el certificado correspondiente.

En el 2009 se establece el acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) (DOF 2009). Su objetivo se orienta a reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de la calidad de los establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente.

El artículo 77 Bis 9 de la LGS especifica que todas las unidades de atención médica, como centros de salud, hospitales generales y de la comunidad, UNEMES, los CAAPS, y los hospitales de alta especialidad que provean servicios cubiertos por el SPSS, entre otros, deben aprobar el procedimiento de acreditación. Señala que para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud, establecerá los requerimientos mínimos, que servirán de base, para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Así mismo se definen los aspectos mínimos a evaluar en estos establecimientos de atención médica. En lo referente al proceso de acreditación, en el capítulo II Artículo 23 al 30 del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Protección Social en Salud, se establecen los lineamientos operativos.

Finalmente, el Artículo 10; fracción XIII del Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, atribuye a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) la vigilancia de la calidad y oportunidad de los servicios prestados. Siendo así el órgano para la acreditación, mismo que se encarga de crear grupos de consenso formados por profesionales médicos y de enfermería para la emisión y actualización de cédulas de acreditación (DOF 2011:6).

CAPITULO III

3.- Marco Metodológico

En este capítulo se describen y justifican los métodos, instrumentos y participantes utilizados para recabar la información pertinente y necesaria para responder a las preguntas de investigación, así como los métodos que se usaron en el análisis de la información obtenida.

La evaluación del Centro de Salud Rural la Libertad, referenciando el modelo de Donabedian (Estructura, Proceso y Resultados), se enriquece mediante la aplicación de tres fuentes de información, la auditoria directa ejecutada en sitio, la entrevista a los trabajadores de la unidad y pacientes que prestan y reciben el servicio de atención medica, respectivamente así como la observación directa de las condiciones físicas del establecimiento de salud aplicados a este estudio de caso.

La integración y conjugación de la información recabada a través de estas tres fuentes permitió obtener información pertinente sobre el sistema en un periodo establecido, al involucrar a personajes como los responsables de otorgar el servicio médico y de los que reciben el servicio, contribuyó a tener información del sistema desde diferentes perspectivas e identifico problemas afirmados por ambos actores.

3. 1.- Tipo de investigación (Estudio de caso)

Este tipo de investigación permite el estudio de un objeto o caso, cuyos resultados permanecerán ciertos solo en el caso específico. A través de los resultados se podrá obtener una percepción del objeto de estudio al considerarlo como una entidad holística, cuyos atributos podemos entender en su totalidad solamente en el momento, en que se examinan todos los atributos de manera simultánea, es decir, al estudiar el objeto como un todo.

Esta herramienta es útil para ampliar el conocimiento en un entorno real, desde múltiples posibilidades, variables y fuentes; permite analizar un problema, determinar el método de análisis, así como las diferentes alternativas o cursos de acción para el problema a resolver, es decir, estudiarlo desde todos los ángulos posibles y por ultimo tomar decisiones objetivas y viables (Yin 1989 citado por Bonache 1998:3). El método de abordaje fue el siguiente

3.2.- Diseño del estudio de caso

Se basó en relacionar la información recabada de los instrumentos de medición (datos recolectados) con el soporte documentado de la problemática planteada en este proyecto de investigación.

3.2.1 – Unidad de análisis

El estudio de caso está enfocado en un Centro de Salud Rural de los Servicios Estatales de Salud en el Estado de Quintana Roo, bajo el supuesto de calificada como acreditada, que otorga un *status* diferente con respecto a los otros establecimientos que no tienen este reconocimiento. Esta unidad está integrada por un médico general y un enfermero clínico; su área geográfica y población de competencia está integrada por 3,000 habitantes o 500 familias.

3.2.2 – Tipo de diseño de caso de estudio

Caso único (unidad única) según Yin (1989)

El caso único – unidad única fue el diseño adoptado para este proyecto; debido a que la teoría de referencia tiene un carácter holístico y por su importancia y significatividad se considera crítico y suficiente valido para extraer conclusiones, además de que se estudia una situación concreta.

3.3 – Conducción del caso (Preparación de la recolección de datos)

3.3.1.– Utilización del protocolo a seguir para la acreditación (Manual de acreditación para evaluar al establecimiento y personal médico)

Para recabar la información sobre el establecimiento y actividades del personal de salud se utilizo el manual de acreditación como documento normativo que contiene los lineamientos para llevar a cabo el proceso de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica para ingresar al Sistema de Protección Social en Salud, ya que identifica a los usuarios, sus beneficios, los atributos del servicio, los estándares a cumplir y los indicadores de desempeño y satisfacción clasificados en: Capacidad, Calidad y Seguridad.

Establece que los establecimientos deben ser evaluados conforme a los siguientes procedimientos: 1) Programación, 2) Evaluación, dictamen que contempla vigencia del dictamen y el proceso de supervisión, 3) Plan de contingencia y 4) Procedimiento de supervisión o suspensión de la Acreditación.

El instrumento de medición utilizada para recabar la información necesaria para dictaminar si un establecimiento cumple con los subprocesos de Capacidad, Calidad y Seguridad, es la cédula de acreditación F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E

Los subprocesos (capacidad, seguridad y calidad) en la guía se subdividen en áreas operativas que integran los establecimientos de primer nivel de atención médica para su evaluación.

Para evaluar el subproceso de capacidad, se examinan doce áreas físicas: medicina preventiva, curaciones, consulta externa, planificación familiar; referencia

contrarreferencia, odontología, rehabilitación, laboratorio, imagenología, botiquín y farmacia, recursos humanos.

El subproceso de seguridad se evalúa en las áreas de medicina preventiva, consulta externa, odontología, laboratorio e imagenología.

Es importante señalar que no todas las unidades médicas de primer nivel de atención de los Servicios de Salud del Estado de Quintana Roo tienen las doce áreas antes referidas. Las áreas rurales carecen de servicios de imagenología, laboratorio y odontología. En este sentido, si la unidad de salud no cuenta con alguna de estas áreas a evaluar, se excluye la evaluación del área; pero se explora la capacidad resolutoria a través de la existencia del sistema de referencia y contrarreferencia del servicio, verificando en la hoja diaria del médico que algún diagnóstico requiera la solicitud de algún servicio antes mencionado; constatándose en el expediente clínico con el formato de referencia integrado.

Para evaluar la calidad son considerados los elementos de los procesos de la atención médica la cual tienen como objetivo la mejora continua. Estos elementos están representados por los indicadores de: Referencia y contrarreferencia; información básica para la calidad, resultados de trato digno y atención médica efectiva, aval ciudadano, sistema de quejas CALIDATEL, difusión de código ético conductuales que es el subsistema de control del sistema.

Los subprocesos de capacidad, seguridad y calidad se evalúan en cada área con el criterio de cumplimiento o no cumplimiento al momento de la visita. Es importante precisar que no todos los indicadores tienen el mismo peso en la evaluación; los considerados más importantes en los subprocesos evaluados son calificados con valor de 10 y los otros restantes con 1, cuando cumple con los criterios evaluados; para ambos casos, se califica con cero puntos el no cumplimiento o cumplimiento parcial de los indicadores.

En la **Tabla 1** se presenta la matriz propuesta por (Zereth Galindo 2009:57) la cual se rediseña para el presente trabajo de investigación con la finalidad de aclarar la interrelación de la Acreditación con los subprocesos de capacidad, seguridad y calidad.

3.3.2.– Utilización del Índice de Trato Digno medir la percepción del usuario.

Para recabar información sobre las opiniones y percepciones de los usuarios, utilizamos el Índice de Trato Digno es una dimensión de la calidad y es definido como: Respeto a los Derechos Humanos y a las características individuales de la persona; información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quién es responsable de él o de ella; interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos. Para su medición se utilizó un cuestionario relacionado con este concepto. El instrumento consta de 9 preguntas, con respuestas dicotómicas (Sí o No).

El Índice de Trato Digno mide el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) se construye con los siguientes indicadores **Tabla 2**.

Tabla 1. Matriz conceptual de los subprocesos de Acreditación

Tipo de evaluación	Definición	Subprocesos	Definición operacional
Acreditación	Resultado de la evaluación realizada en los establecimientos de primer nivel de atención médica, donde las dimensiones de capacidad, seguridad y calidad cumplan cada una con el 85% al 100% de los requerimientos establecidos	Capacidad	Cumplimiento del 85 al 100% de la suma del puntaje total de los indicadores de Medicina preventiva, curaciones, consulta externa, planificación familiar, referencia y contrarreferencia, odontología, rehabilitación, laboratorio, imagenología, botiquín y farmacia, recursos humanos, infraestructura
		Seguridad	Cumplimiento del 85 al 100% de la suma del puntaje total, de los indicadores de medicina preventiva, consulta externa, odontología, laboratorio, imagenología, infraestructura
		Calidad	Cumplimiento del 85 al 100% de la suma del puntaje total de los indicadores de: Referencia y contrarreferencia, información básica para la calidad, resultados de trato digno y atención medica efectiva, aval ciudadano, sistema de atención de quejas CALIDATEL, difusión de código ético conductuales.

Fuente: Zereth Galindo 2009 y adaptado de la Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2013

Tabla 2. Indicadores de trato digno para unidades de primer nivel

	Indicadores	Variable	Estándar	Fuera de límite	Ponderación
Índice de Trato Digno	Satisfacción por la oportunidad en la atención	% de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa	>= 85%	< 70 %	15
		% de usuarios a los que el medico de consulta externa les permitio hablar sobre su estado de salud			
	Satisfacción por la información proporcionada por médico	% de usuarios a los que el medico de consulta externa les explico sobre su estado de salud			
		% de usuarios a los que el medico de consulta externa les explico sobre el tratamiento a seguir	>= 85%	< 70 %	35
		% de usuarios a los que el medico de consulta externa les explico sobre los cuidados que deben seguir			
	Satisfacción por la cantidad de medicamentos surtidos	% de usuarios a los que el medico de consulta externa que consideraron clara la información que les proporcionó el médico de consulta externa			
		% de usuarios satisfechos con la cantidad de medicamentos que les entregaron	>= 95%	< 70 %	20
	Satisfacción por el trato recibido del personal de la unidad de salud	% de usuarios que consideran bueno el trato recibido en la unidad medica de consulta externa			
Total de quejas en la unidad medica de consulta externa		>= 90%	< 70 %	30	
	4	9			

Fuente: Secretaria de Salud 2010. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.

3.3.3.- Entrevista con el personal de salud.

La entrevista consistió en preguntas abiertas enfocadas a las funciones asignadas, tiempo que destina el médico para otorgar consulta médica por paciente, tiempo que otorga para actividades administrativas, tiempo para trabajar con la comunidad, horario de trabajo y productividad.

3.4. – Determinación de los instrumentos de medición

3.4.1.- Cedula de acreditación

El diseño de los instrumentos de medición tienen como base el instrumento oficial utilizado por la DGCEs, llamado cédula de acreditación con clave F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E, esta se apega estrictamente a los indicadores que el documento oficial mide, es validada cuantitativamente por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Este instrumento permite evaluar los tres grandes apartados: Capacidad, seguridad y calidad, en cada una de las áreas a evaluar en el establecimiento.

El instrumento está compuesto por 666 requisitos, su nivel de medición es nominal-dicotómico y la opción de respuesta es “SI, NO ó NA” (no aplica, que será asignado cuando el establecimiento de atención medica no tenga el área a evaluar).

Estructuralmente, el instrumento consta de tres columnas, en la primera se encuentran descritos los indicadores a evaluar identificados con un tono gris y debajo de estos se encuentran los requisitos con los que se evaluara el indicador, la segunda columna esta predestinada a la asignación de la evaluación (SI, NO ó NA) y por último, la tercera columna que registra el numero del indicador al que corresponde en esta cédula oficial.

3.4.2.- Índice de Trato Digno

La recolección de la información fue mediante la aplicación de cuestionarios establecidos en el formato oficial F1-TD/02. Se aplico a 86 usuarios después de haber recibido la atención médica.

La aplicación de los cuestionarios se realizo una vez a la semana, con rotación de los días de la semana, durante tres semanas continuas para asegurar la aleatoriedad; se aplico solamente al servicio del turno matutino.

3.5.- Proceso para el tratamiento de la información

3.5.1.- Análisis de la información derivada de los instrumentos de medición

Se partió de la herramienta de análisis de contenido, esta permite analizar de manera objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativamente un tema de interés, permite hacer el análisis de datos obtenidos a través de encuestas, entrevistas, registros de observación, entre otros. Técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y validas que pueden aplicarse a un contexto.

El procedimiento consistió en establecer las unidades genéricas del tema de interés (Evaluación referenciado en el modelo de acreditación); a partir de establecer las unidades genéricas, el material debe ser estudiado en una unidad genérica para medir la frecuencia de los conceptos definidos.

Posteriormente se establecieron las unidades de contexto, que es el mayor cuerpo de contenido y sirve para captar el significado de la unidad de registro definiéndose para su construcción los tres procesos que integran la acreditación (capacidad, seguridad, calidad). Por último, se establecieron las unidades de registro, que fueron las secciones más pequeñas del texto y que hacen referencia a una categoría. Son unidades base con miras a la codificación y al recuento frecuencial. La regla que se estableció para las unidades de registro fue la presencia o ausencia de un determinado código para este estudio de investigación donde coincidieran los tres actores involucrados en la investigación en el tema de investigación (Popkewitz T 1988:66).

3.5. 2.- Análisis de la información derivada de cédula de acreditación

Para el análisis de la información se apego a las ponderaciones ya establecidas en el instrumento oficial, este cuenta con una valoración que establece, que si los criterios se cumplen se les asigne un valor de 1 ó 10.

Siendo el primer valor para los requisitos (ítems) de los criterios menores, no son considerados como requisito y cuya sumatoria junto con los criterios mayores determinan el resultado del proceso de acreditación (acreditado, no acreditado) y el segundo cuando el indicador forma parte de los criterios mayores (es un requisito y al no cumplirse se impide la acreditación de la unidad médica; debido a que el no cumplimiento afecta la seguridad del paciente, en ambos casos se califica con 0.

Para obtener la calificación de la unidad de salud “La Libertad”, nos apegamos a la hoja de cálculo de la cédula oficial. Donde cada indicador se evaluó de la siguiente manera: si todos los requisitos que califican al indicador tienen “SI”, el valor obtenido será de 1 ó 10 según lo establecido en la hoja de cálculo de la cédula oficial. Cuando uno ó más de los requisitos que califican al indicador tengan como respuesta “N” el valor obtenido será de 0. Para el caso de los criterios calificados

como “NA” el valor obtenido es de 1 ó 10 (como en el caso de cumplimiento) según lo señale la hoja de cálculo de la cédula oficial).

Esta información fue registrada en el formato de captura electrónica para auditoría de procesos F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E para obtener la calificación total alcanzada por la unidad de salud “La Libertad”, siendo que para calificarla como acreditada, es necesario que los resultados obtenidos en cada dimensión sean igual o mayor al 85%.

Estos datos también fueron capturados en una hoja de Excel® para obtener los resultados para cada dimensión; realizándose la sumatoria de los valores asignados a todos los criterios evaluados, se obtuvieron los porcentajes totales de acuerdo al total de máximo de calificación que es de 666 puntos que equivale al 100%. Calculando posteriormente los porcentajes obtenidos para cada dimensión de las variables estudiadas (Capacidad, Seguridad, Calidad) para así obtener la frecuencia relativa de cada una de ellas, mediante la aplicación de la siguiente fórmula

$\% = Nc / NT(100)$ donde

Nc = Suma alcanzada de los valores otorgados por cumplimiento de ese subproceso.

NT= Es el total de la suma de todos los valores otorgados por cumplimiento en ese subproceso. Expresando el resultado en porcentaje.

3.5.2.1.- Análisis de la información para caracterizar las fallas de los criterios de acreditación

Para identificar y caracterizar los factores que influyen en fallas, se utilizó la herramienta de lluvia de ideas aplicadas a la resolución de problemas; participaron los que están vinculados al problema, considerando su experiencia y determinada información necesaria. Para reducir los factores y trabajar únicamente con las causas principales, se utilizaron como criterios básicos la experiencia del grupo y la valoración de los datos recogidos en el proceso de observación; estudiándose por afinidad los factores: Mano de obra, Equipo, Materiales, Métodos de trabajo, entorno o medio ambiente (Gobierno federal 2012:37).

3.5.2.2.- Análisis de la información para priorizar las fallas al proceso de acreditación.

Para el análisis de la información y priorizar las fallas atribuibles al proceso de acreditación, se utilizó la herramienta conocida como Análisis del Modo y Efecto de la Falla (AMEF, 1949 NASA). Es un método analítico estandarizado para detectar los puntos críticos de fallos potenciales y elaborar planes de acción para combatir los riesgos. Se puede convertir en un procedimiento preventivo porque se

establecen acciones correctoras inmediatas. La metodología consistió en identificar el proceso, incluyendo todos los subconjuntos o componentes que forman parte del mismo e inmediatamente se describieron todas las operaciones que se realizan a lo largo del proceso; se define como el efecto de fallo considerando como las operaciones pueden fallar a la hora de satisfacer el propósito del proceso, los requisitos de rendimiento o expectativas del usuario.

Posteriormente se identificaron los efectos del fallo, que normalmente es el síntoma detectado por el usuario del modo del fallo, describiendo las consecuencias no deseadas. Se identifican las causas potenciales del modo de fallo, que están en el origen del mismo y constituye el indicio de una debilidad del proceso; así como las medidas de control previstas (Helman y Pereira 1995:105).

Como segundo paso se determinó la importancia o severidad (gravedad) del efecto del modo de fallo potencial para el usuario; se valora el nivel de consecuencias con lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del usuario, la degradación de las prestaciones esperadas y los costos. **Tabla 3.**

Tabla 3.- Clasificación de la gravedad del Modo Fallo según la repercusión en el usuario.

	Criterio	Definición	Valor de S
Severidad	Infima	El defecto es imperceptible por el usuario	1
	Escasa	El usuario puede notar un fallo menor, pero solo provoca una ligera molestia	2-3
	Baja	El usuario nota el fallo menor y le produce cierto enojo	4-5
	Moderada	El fallo produce disgusto e insatisfacción al usuario	6-7
	Elevada	El fallo es critico, originando un alto grado de insatisfacción en el usuario	8-9
	Muy elevada	El fallo implica problemas de seguridad o de no conformidad con los reglamentos en vigor	10

Fuente. Helman y Pereira, 1995. Manual AMEF Ford Motor Company

Posteriormente se identifico la frecuencia de la falla; definiéndose como la probabilidad de que una causa potencial de fallo (causa específica) se produzca y de lugar al modo de fallo; es una evaluación subjetiva, por lo que se trabajo con datos históricos de la auditoria 2008 para asignar de manera objetiva el valor.

Tabla 4.

Tabla 4.- Clasificación de la frecuencia/probabilidad de ocurrencia del Modo Fallo

	Criterio	Definición	Valor de S
Frecuencia	Muy escasa probabilidad de ocurrencia	Defecto inexistente en el pasado	1
	Escasa probabilidad de ocurrencia	Muy pocos fallos en circunstancias pasadas similares	2-3
	Moderada probabilidad de ocurrencia	Defecto aparecido ocasionalmente	4-5
	Frecuente probabilidad de ocurrencia	En circunstancias similares anteriores el fallo se ha presentado con cierta frecuencia	6-7
	Elevada probabilidad de ocurrencia	El fallo se ha presentado frecuentemente en el pasado	8-9
	Muy elevada probabilidad de fallo	Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente	10

Fuente. Helman y Pereira, 1995. Manual AMEF Ford Motor Company

El siguiente paso consistió en identificar todos los controles existentes actuales para prevenir las causas del fallo y detectar el efecto resultante.

Con esto se identificó la detectabilidad la cual indica la probabilidad de que la causa y/o modo de fallo, supuestamente aparecido, sea detectado con antelación suficiente para evitar daños, a través de los controles actuales existentes para tal fin. Inversamente a los otros índices, cuando menor sea la capacidad de detección mayor será el índice de detectabilidad y mayor el consiguiente índice de riesgo, determinante para priorizar la intervención. **Tabla 5.**

3.5.3.- Análisis de la información derivada de encuestas de trato digno

Para su medición se utilizó un cuestionario relacionado con este concepto. El instrumento consta de 9 preguntas, con respuestas dicotómicas (Sí o No). Para calcular cada indicador se sumaron todas las respuestas de Sí que indica de acuerdo y se dividieron con el total de usuarios entrevistados multiplicándose por 100 para expresar el resultado en porcentaje.

Para calcular el índice de trato digno se utilizaron las ponderaciones asignadas a cada indicador relacionándose con el estándar nacional y los porcentajes alcanzados en la encuesta, obteniéndose el valor ponderado por indicador, sumándose todos los datos para obtener el índice de trato digno global (Secretaría de Salud 2010:12).

Tabla 5.- Clasificación de la facilidad de detección del Modo Fallo

	Criterio	Definición	Valor de S
Detección	Muy alta	El defecto es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes	1
	Alta	El defecto, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a un primer control, aunque sería detectado con toda seguridad a posteriori	2-3
	Mediana	El defecto es detectable y posiblemente no llegue al usuario. Posiblemente se detecte en los últimos eslabones de todo el proceso	4-6
	Pequeña	El defecto es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento	7-8
	Improbable	El efecto no puede detenerse. Casi seguro que lo percibirá el usuario final	9-10

Fuente. Helman y Pereira, 1995. Manual AMEF Ford Motor Company

3.5.4.- Análisis de la información derivada de entrevistas

Estas sirvieron de referencia con lo encontrado en los dos instrumentos de medición, determinándose concurrencias o similitudes.

3.6.- Elección del estudio de caso

El establecimiento de salud seleccionado para este estudio de caso fue el Centro de Salud Rural la Libertad; geográficamente pertenece a la zona II del Municipio de Othón P. Blanco, está ubicada en zona rural y mantiene las características de unidad de primer nivel con un núcleo básico de salud no ha sufrido modificaciones en cuanto a infraestructura desde su construcción, no tiene influencia con otras poblaciones semiurbanas, no cuenta con otro sistema de salud (ISSTE, IMSS), su última supervisión fue hace 5 años.

Referente a la investigación esta unidad permitió realizarla en menor tiempo y con menor recurso económico al estar a una distancia de la ciudad de Chetumal de una hora treinta minutos por carretera pavimentada, en cuanto al apoyo institucional fue la unidad que permitió el acceso a la misma para recabar y utilizar la información para este proyecto.

3.7.- Aplicación del protocolo

La aplicación de la cedula de acreditación se realizo una sola vez en la unidad de salud la “Libertad” y fue ejecutado por evaluadores externos (Anexo 1).

La recolección de la información fue basada en hechos concretos y objetivos mediante la revisión en sitio, los registros técnicos y entrevista a personal médico; se realizó con la guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E validada cuantitativamente por la Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

La aplicación de los cuestionarios para recabar información del trato digno se realizo una vez a la semana, con rotación de los días de la semana, durante tres semanas para asegurar la aleatoriedad; se aplicó solamente al servicio del turno matutino. La entrevista al personal médico se realizó una sola vez.

La recolección de la información se realizó en el mes septiembre del 2013.

3.8.- Presentación de la información.

El análisis de la información se realizo en el mes de octubre, para la presentación de los mismos se utilizaron tablas comparativas, expresadas en porcentajes, tablas de afinidad y de tablas de probabilidades de riesgo de las fallas encontradas a los requisitos para la acreditación.

CAPITULO IV

4.- Resultados y Discusión

4.1- Resultados

Los resultados descritos a continuación permiten dar respuesta a la problemática planteada al inicio de este trabajo de investigación y coadyuvan al cumplimiento de los objetivos planteados y preguntas de investigación.

La aplicación de los instrumentos de medición apporto información, referente a las perspectivas del servicio de atención médica monitoreadas con base al modelo de acreditación, el enfoque del agente externo a la unidad y el usuario. De igual forma, contribuyeron a detectar la problemática en la unidad, la cual se corrobora con la entrevista a los trabajadores del establecimiento. En su conjunto se reafirma la importancia de incorporar a la evaluación fuentes de información que permitan generar información imparcial e integral del estado del sistema.

Tabla 6.- Relación de conceptos de las tres fuentes de información aplicados al CSR la Libertad en el período 2013.

Unidad générica	Unidad contexto	Instrumentos Aplicados						
		Unidad de Registro	Cédula Acreditación (evaluador) (A)	Cuestionario Trato Digno (Usuario) (B)	Entrevista (Trabajadores establecimiento) (C)	Relación entre A,B,C	Ponderación	Significancia
Evaluación de la Calidad con base en el modelo de Acreditación	Capacidad	Medicina preventiva	A			A	0	BAJO
		Curaciones	A			A	0	BAJO
		Consulta externa	A			A	0	BAJO
		Planificación familiar (Odontología, Rehabilitación, Laboratorio, Imagenología)	A			A	0	BAJO
		Botiquín y farmacia	A	B	C	A,B,C	2	ALTO
		Recursos humanos	A		C	A,C	1	MEDIANO
		Infraestructura	A			A	0	BAJO
		Seguridad	Medicina preventiva	A	B		A,B	1
	Consulta externa		A	B	C	A,B,C	2	ALTO
	Infraestructura		A	B		A,B	1	MEDIANO
	Calidad	Referencia contrarreferencia	A	B		A,B	1	MEDIANO
		Información básica para la calidad	A		C	A,C	1	MEDIANO
		Resultados de trato digno	A	B	C	A,B,C	2	ALTO
		Atención médica efectiva	A	B		A,B	1	MEDIANO
		Aval ciudadano	A			A	0	BAJO
		Atención de quejas	A	B		A,B	1	MEDIANO
		Difusión de ética conductuales	A			A	0	BAJO

Criterios de cuantificación: Presencia de un observador (0), Presencia de dos observadores (1), Presencia de tres observadores (2). Criterio propio del investigador (Metodología Análisis de Contenido POPKEWITZ, T. 1988) Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2013, Encuestas de Trato Digno aplicado 2013, Entrevista 2013.

La **Tabla 6**, demuestra que en los conceptos de capacidad, seguridad y calidad la relación A,B,C de botiquín y farmacia, consulta externa y trato digno es percibida por el entrevistador, el usuario y el médico de la unidad, al ser expresada por estos tres actores permite otorgarle una calificación alta (2), cabe destacar que esta es una unidad de registro identificada como un problema prioritario de cómo está funcionando el sistema; indicando un foco rojo de alerta, que debieran de atenderse de forma inmediata.

Para los conceptos de capacidad, seguridad y calidad las relaciones A,B y A,C de recursos humanos, medicina preventiva, infraestructura, referencia, información básica para la calidad, atención medica efectiva y atención de quejas solo son percibidas por dos actores involucrados en la evaluación del sistema, siendo calificados como significancia mediana (1) los cuales si requiere de atención, pero no inmediata. Cuando se analizan por unidad genérica observamos un comportamiento de A, B, A, C y A, B, C muy marcados en seguridad y calidad indicando problemas en estos dos conceptos y que se requiere de un análisis más detallado del sistema. Esta información aporta un análisis integral del funcionamiento de Centro de Salud la Libertad y permite tomar las decisiones correctas donde el sistema lo requiere.

Cuando se realiza el análisis por cada uno de los instrumentos usados, la información se vuelve más selecta y cuantificable para detectar el porqué y en donde se presentan los problemas identificados.

El análisis de la información obtenida a través de la aplicación del protocolo para la acreditación señala aspectos que conducen a la mejora del sistema pero también demuestran cuantitativamente la desviación de los procesos de Capacidad, Seguridad y Calidad; con respecto al porcentaje a cumplir, se expresan las condiciones de funcionalidad (eficacia/ ineficacia) del Centro de Salud la Libertad para otorgar servicio de atención médica en el periodo 2013 **Tabla 7.**

Tabla 7.- Resultados alcanzados en los procesos de Capacidad, Seguridad y Calidad del CSR la Libertad en el periodo 2013.

	Criterios a obtener	2013		
		n	%	% R. A cumplir
Capacidad	599	535	89.4	85 - 100
Seguridad*	37	5	13.6	85 - 100
Calidad	30	17	56.7	85 - 100
N. Cumplimiento	666	557	83.7	85 - 100

* Obligatorio

Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2013

En la **Tabla 7** se puede observar que el porcentaje total alcanzado por la unidad es de 83.7% que corresponde a un cumplimiento 557 criterios de un máximo de 666; observándose una disminución porcentual de un 1.3% con respecto al mínimo por cada proceso. En Seguridad alcanza un porcentaje del 13.6%, 71.4% menor al mínimo a cumplir, se cumplen 5 criterios de un total de 37 requisitos obligatorios claves para el funcionamiento idóneo de la unidad y que implica controlar los riesgos a que es sujeto el paciente al estar en contacto con el establecimiento de salud. Para el concepto de calidad el porcentaje alcanzado es de un 56% que corresponde al cumplir 17 criterios de cumplimiento de un total de 30 considerados, esto representa un decremento del 28.3% de este proceso con respecto al mínimo a cumplir y los cuales van dirigidos a detectar percepciones del usuario externo. La calificación mínima aprobatoria para cada proceso evaluado es de 85%. Estos resultados son indicativos de falla en los procesos de control y seguimiento de un sistema debido a la insuficiencia de evaluaciones periódicas y sistemáticas que permiten retroalimentar los procesos del Centro de Salud La Libertad.

La comparación de las condiciones de cumplimiento de los procesos de capacidad, seguridad y calidad en 2008 respecto a 2013, evidencian las condiciones de retroceso del sistema en un periodo de cinco años y la necesidad de establecer periodos más cortos entre una evaluación y otra. La **Tabla 8** expresa una variación de 12 puntos porcentuales entre un año y otro. Cuando se comparan los procesos en forma individual; el de capacidad presenta un decremento del 8%, seguridad del 60% y calidad del 27%, evidenciando un fuerte impacto en estos dos últimos procesos y que se manifiesta como un problema no resuelto desde 2008.

Tabla 8.- Resultados comparativos alcanzados en la acreditación 2008-2013 CSR la Libertad.

	Criterios a obtener	2008		2013		% R. A cumplir
		n	%	n	%	
Capacidad	599	583	97.4	535	89	85 - 100
Seguridad*	37	27	73	5	13.6	85 - 100
Calidad	30	25	83.4	17	56.7	85 - 100
N. Cumplimiento	666	635	95.4	557	83.7	85 - 100

* Obligatorio

Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2008-2013

La información aportada en la aplicación del segundo instrumento de evaluación; permite detectar fallas en la capacidad del sistema para otorgar servicios de atención médica desde la percepción del paciente y se expresa como índice de trato digno en la atención médica.

En la **Tabla 9**, el índice global refleja un porcentaje satisfactorio de 91.1%, cuando se analizan por variables se puede detectar que el indicador de surtimiento de medicamento se encuentra por debajo del estándar referido (60%), al igual que el indicador de satisfacción por la oportunidad en la atención (80%) ambos indicadores tienen el mismo comportamiento con el primer instrumento de medición. Situación que permite identificar fallas en el control y seguimiento del sistema reafirmando una problemática real en el surtimiento de medicamentos y en la atención médica.

Tabla 9.- Resultados del cumplimiento de la percepción del trato digno aplicado en el CSR la Libertad 2013.

Indicadores de satisfacción	Estándar %	Ponderación	Fuera límite	2013		%	Calif por Indicador
				n (Si)	n(No)		
De oportunidad en la atención	85	15		80	6	80	14.1
Por la información proporcionada por médico	85	35	< 70 %	86	0	85	35
Por la cantidad de medicamentos surtidos	95	20		52	34	47	11
Por el trato recibido del personal de la unidad de salud	90	30		86	0	90	30
Total		100					90.1%

Fuente: Encuestas de Trato Digno aplicado 2013

Toda esta información permite la aplicación de instrumentos de análisis en las áreas de oportunidad detectados para el Centro de Salud la Libertad y el rediseño del sistema; en esta evaluación, la unidad de salud no cumple con los criterios considerados como mínimos cuando se compara con los parámetros a cumplir para otorgar atención medica.

La Tabla 10, expresa que el mayor numero de no conformidades detectadas están reflejados a la falta de materiales e insumos para la unidad de salud, el no apego a la aplicación de los procesos administrativos, normativos y técnicos por parte del personal de la unidad, ausencia de registros técnicos, ausencia de mantenimiento preventivo de equipos médicos y capacitación del recurso humano adscrito al establecimiento de salud. En el análisis de los procesos que integran la acreditación, el de mayor número de fallas que requiere redireccionar los esfuerzos para su resolución es el de Seguridad con 9 fallas y calidad con 8 fallas. Este análisis de las anomalías demuestra que las condiciones en un sistema es dinámico, y se requiere de evaluaciones periódicas para mantener y/o retroalimentar los procesos del Centro de Salud Rural (CSR) la Libertad.

Tabla 10.- Principales fallas de cumplimiento a los criterios de acreditación del CSR la Libertad. Grupos de Afinidad en los conceptos adaptados para este trabajo de investigación (Mano de obra, Equipo, Materiales, Medioambiente, Métodos).

Mano de obra	Magnitud	Proceso afectado		
		C	S	CA
Aplicación incorrecta de la técnica de lavado de mano	10		S	
No identificación y fecha de caducidad de biológicos, medicamentos, material estéril en uso	1		S	
Ausencia de control de temperatura de refrigerador para biológicos	1		S	
Personal de la unidad no tiene capacitación en interculturalidad	5			CA
No difusión de los lineamientos de interculturalidad y programas prioritarios en la lengua predominante	5			CA
	22	0	3	2
Equipo				
Falta de calibración de básculas por jornada laboral	5		S	
No se tiene termómetro líneal de mercurio para calibración de termómetro de vástago	1	C		
Falta mantenimiento preventivo y correctivo de equipo	1		S	
	7	1	2	0
Materiales				
Falta del 100% de biológicos para cubrir esquema de vacunación en población para población adulta	5	C		
Abasto incompleto de medicamentos	5	C		
Instrumental médico incompleto	1	C		
Material de curación y repuestos para estuches de diagnóstico insuficientes	5	C		
Material de difusión y señalización insuficientes	1	C		
Carencia de agua para realizar la preparación del sobre vida suero oral	1	C		
	18	6	0	0
Método				
Falta del diagnóstico de salud actualizado del área de influenza	5			CA
Falta de las últimas minutas de reunión del comité de calidad jurisdiccional	5			CA
Falta de registros del tamiz neonatal	5			CA
Falta de manual de procedimientos de vacunación versión actualizada	1			CA
Indicadores de satisfacción al usuario por debajo del estándar sin resolución	1			CA
Falta de seguimiento buzón de quejas	1			CA
	18	0	0	6
Ambiente				
Area de enfermería no cuenta con lavabo	10		S	
ubicación inadecuada del área de hidratación oral	1		S	
Sin registros de la limpieza de la unidad	1		S	
Sin registros del manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos	5		S	
	17	0	4	0
Calificación global por proceso afectado				
		7	9	8

Claves tabla 5: C: Capacidad, S: Seguridad, CA: Calidad con base al modelo de acreditación.
Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2013

La tabla 11, demuestra las probabilidades de riesgos que implica las fallas a los criterios de acreditación expresándose solo las críticas (V) y significativas (CS) que se detectaron con valores superiores de 50 NPR (Número de Probabilidad de Riesgo) para los tres procesos que contempla la acreditación. Para el proceso de capacidad los NPR más altos que debieran solventarse son la adquisición de termómetros (NPR de 280), mantenimiento preventivo y correctivo de equipo (NPR de 280) y gestión de biológicos (NPR de 140). Para seguridad, los registros de RPBI (NPR de 320), registros de limpieza de la unidad (NPR de 210) y registros de temperatura (NPR de 120). Finalmente, para el proceso de calidad las intervenciones inmediatas son aquellas con valores NPR más altos en los tres procesos con un máximo de NPR de 900 y un mínimo de 420. Las acciones correctoras están enfocadas a resolver *a priori* todas aquellas fallas donde esté involucrada la seguridad del paciente y en una segunda intervención las de calidad; en esta fase se identifica y propone las alternativas para retroalimentar los procesos del Centro de Salud la Libertad, cumpliéndose así con un elemento importante en el ciclo de planeación de los sistemas diseñados para cumplir un propósito.

Tabla 11.- Análisis del Modo y Efecto de las Fallas (AMEF) de las principales fallas en el proceso de acreditación CSR la Libertad 2013.

Proceso	Fallas/No conformidad	Efecto	Severidad	**Tipo	Causas potenciales de fallo	Ocurrencia	Controles actuales	Detección	**NPR
Capacidad	Falta del 100% de biológicos para cubrir esquema de vacunación en población adulta	Grupo blanco no protegido	10	CS	Concentración de biológicos en Jurisdicción	7	Registros de biológicos	2	140
	Abasto incompleto de medicamentos	tratamiento incompleto	8	CS	Restricción presupuestal	9	Registros entradas/salidas	1	72
	Material de curación y repuestos para estuches de diagnóstico insuficientes	Retardo tratamiento	7	V	Restricción presupuestal	8	Ninguna	1	56
	No se tiene termómetro líneal de mercurio para calibración de termómetro de vástago	Seguridad paciente	10	V	Falta de reposición	7	Ninguna	4	280
	Falta mantenimiento preventivo y correctivo de equipo		7	V	Falta de ejecución del programa	8	Bitácora registro	5	280
Seguridad	Aplicación incorrecta de la técnica de lavado de mano	Seguridad paciente	1	V	Falto apego procedimientos normativos	9	Ninguna	10	90
	Falta de calibración de básculas por jornada laboral		1	V	Programa de calibración sin financiamiento	8	Ninguna	7	56
	Ausencia de control de temperatura de refrigerador para biológicos		10	V	Falta supervisión	8	Registros de temperatura	4	120
	No identificación y fecha de caducidad de biológicos, medicamentos, material estéril en uso	Sin respaldo documental	10	V	Falta supervisión	3	Ninguna	3	90
	Sin registros del manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos		10	V	Falta de tiempo para registrar actividades	8	Bitácora registro	4	320
	Sin registros de la limpieza de la unidad		10	V		7	Ninguna	3	210
Calidad	Falta de registros del tamiz neonatal	Alto riesgo paciente	10	V	Descuido personal	5	Expediente clínico	10	500
	Indicadores de satisfacción al usuario por debajo del estándar sin resolución	Percepción desfavorable usuario, mala calidad	10	V	Falta supervisión	7	SI/Calidad/ Jurisdiccional	6	420
	Falta de seguimiento buzón de quejas		10	V		100		9	900

* Tipo: V: Crítica; CS: Significativa. ** NPR: Numero de probabilidad de Riesgo (GxOxD)

Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2008-2013

El siguiente paso es proponer las acciones correctoras tomando como base la priorización de la intervención de acuerdo a su NPR; proponiendo un ciclo continuo de evaluación y seguimiento de las mismas, **Tabla 11**.

Las actividades recomendadas están dirigidas a procedimientos de gestión por parte del inmediato superior en las líneas de mando y al responsable de la unidad de salud, quienes de manera conjunta medirán progresivamente los logros de la unidad de salud y llegaran a la estandarización de sus procesos y alcanzar los criterios mínimos de acreditación que actualmente no se cumplen en los procesos de seguridad y calidad. Esta propuesta de mejora demuestra que los problemas no son aislados y que deben abordarse desde una planeación sistemática.

Tabla 12.- Situación de mejora de las principales fallas en el proceso de acreditación CSR la Libertad 2013

Proceso	Fallas/No conformidad	**NPR	Acción correctora			Situación de mejora			
			Acción recomendada	Responsable	Fecha	Acción implantada	Severidad	Ocurrencia	Deteccion
Capacidad	No se tiene termómetro lineal de mercurio para calibración de termómetro de vástago	280							
	Falta mantenimiento preventivo y correctivo de equipo	280							
	Falta del 100% de biológicos para cubrir esquema de vacunación en población adulta	140	Gestión de insumos	Jefe Jurisdiccional					
	Abasto incompleto de medicamentos	72							
	Material de curación y repuestos para estuches de diagnóstico insuficientes	56							
Seguridad	Sin registros del manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos	320							
	Sin registros de la limpieza de la unidad	210	Establecer actividades de supervisión	Responsable Unidad					
	Ausencia de control de temperatura de refrigerador para biológicos	120							
	No identificación y fecha de caducidad de biológicos, medicamentos, material estéril en uso	90	Capacitación y supervisión	Jefe Jurisdiccional					
	Aplicación incorrecta de la técnica de lavado de mano	90	Supervisar actividades						
	Falta de calibración de básculas por jornada laboral	56							
Calidad	Falta de seguimiento buzón de quejas	900	Designar responsabilidades	Responsable de unidad y SiCalidad Jurisdiccional					
	Falta de registros del tamiz neonatal	500							
	Indicadores de satisfacción al usuario por debajo del estándar sin resolución	420	Aplicar herramientas de calidad						

Tipo: V: Critica; CS: Significativa. ** NPR: Numero de probabilidad de Riesgo (GxOxD)

Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2008-2013

4.2.- Discusión

La acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, su directriz es comprobar si la entidad prestadora cumple con estándares que brindan seguridad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo.

Su principio básico es comparar un establecimiento de salud contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño “ideal” que debe tener el establecimiento en un momento dado y en unas condiciones específicas.

La medición de los procesos que integra la acreditación del CSR la “Libertad” a través de técnicas e instrumentos validados permitió la recolección de información pertinente y relevante para evaluar su desempeño actual. Este primer acercamiento identifica cualitativamente el funcionamiento de los tres procesos contemplados en la acreditación así como del punto de vista de una persona externa al centro de salud, al usuario y el empleado de la unidad. La coincidencia de estos tres actores en detectar deficiencias en el surtimiento de medicamentos, la oportunidad en la atención expresada como trato digno en consulta externa, es indicativo que está coexistiendo una realidad concreta en los procesos de capacidad y calidad en la atención médica que están impactando en el desempeño del Centro de Salud la Libertad.

El haber incorporado tres fuentes de información en la evaluación del CSR la “Libertad” permite valorar a la unidad desde tres niveles o planos de observación así como con una perspectiva amplia desde el contexto institucional, individual y social.

En el primer caso, las evaluaciones pueden ser utilizadas para ejemplificar determinados aspectos de una realidad institucional o sistémica, las deficiencias en el surtimiento de medicamentos y la oportunidad en los tiempos de espera para la atención médica en el CSR la Libertad, permite interpretar que estas se pueden producir de manera general en todos los Centros de Salud Rurales, siendo un juicio de valor para los responsables de tomar las decisiones para su resolución.

En segundo término actualmente no es posible emprender una evaluación, ignorando el papel que desempeñan los implicados en la misma, se requiere de identificar las preocupaciones de los diferentes grupos con respecto a la actividad que se está analizando, el papel desempeñado por el proveedor del servicio y el usuario del CSR la Libertad; en esta investigación se permitió una valoración del funcionamiento del establecimiento. En el caso del proveedor del servicio se expuso la limitación de capacidad de gestión para dar respuesta a las anomalías en los procesos de capacidad y seguridad en su ámbito de responsabilidad; para el caso del usuario, el desagrado ante los resultados de esa atención médica y la falta de medicamentos que podría convertirse en un problema social.

Por tanto, para la administración como para los profesionales sanitarios, los indicadores que miden los resultados de sus actividades, suponen la herramienta necesaria para mejorar la calidad de sus intervenciones y ofrecen información sobre el índice de respuesta alcanzada frente a las necesidades de salud de la población. Además, siempre que esta información pueda ofrecer una visión del conjunto de intervenciones de los servicios de atención sanitaria, es necesario el enfoque basado en el paciente, sujeto y objeto del sistema sanitario, por lo tanto la evaluación de la calidad en los establecimientos de salud debe ser complementaria, integradora y sistémica, No es factible, que en la mayor parte de los casos, esperar que una sola persona pudiese afrontar la tarea de evaluar un establecimiento y determinar para ello, el valor de la unidad.

Enfatizando que el monitoreo de la calidad de la atención a de complementarse con la información que se recopile de la perspectiva de los usuarios internos y externos, con la finalidad de integrar las acciones, adicionalmente se adquiere información de interés al establecimiento prestadora de los servicios de salud, a los prestadores directos así como a los usuarios mismos, en sus necesidades y expectativas sentidas.

Podemos argumentar que la evaluación de la calidad en los establecimientos de salud debe de ser integral y no hacer uso solamente de autoevaluaciones, que son necesarias, pero deben de complementarse con evaluaciones externas, donde se involucre a los usuarios para enriquecer la información.

Por otra parte, el análisis cuantitativo de los procesos con mayor afectación en la acreditación aportado por la cédula de acreditación, señala decrementos (> 70%) por debajo de los mínimos a cumplir en el proceso de seguridad, proceso que dentro del modelo de evaluación se establece como obligatorio para otorgar el *status* de acreditado a la unidad; a través de este, se garantiza la integridad del paciente dentro del establecimiento en el momento que entra en contacto con el Centro de Salud. Para el proceso de calidad registra un decremento porcentual de 28.3 respecto al mínimo de cumplimiento lo cual indica la poca atención que se le otorga a las acciones enfocadas al usuario que recibe el servicio de atención médica.

Se hace referencia que aunque la unidad alcanza el óptimo en la variable de capacidad (89.4%), la cual involucra los recursos con los que cuenta así como el establecimiento aborda la forma de organizarlos para ser utilizados en sus procesos en beneficios para el paciente (resultados), se registra que la mayor cantidad de problemas no se asocia con la falta de recursos en el proceso de atención médica; esto se refleja en el desabasto de medicamentos e insumos en el CSR la “Libertad” reflejo fiel de problemas de planeación, adquisición, transporte, almacenamiento y distribución de los insumos y que dependen de todos los actores involucrados en el proceso, en la parte operativa la parte que realiza la programación y adquisición.

Para el indicador de oportunidad en la atención los resultados ponen de manifiesto que este indicador es afectado por la falta de tiempo más que al grado de competencia del personal médico de la unidad, debido a las múltiples actividades administrativas, de atención médica y comunitarias conferidas a nivel jurisdiccional.

Las fallas detectadas a lo largo del tiempo en el CSR la “Libertad “ señalan una disminución de 12% entre 2008 y 2013; observándose un decremento significativo en las variables de seguridad y calidad, demuestra condiciones no favorables para llevar a cabo servicios de atención medica, problemática atribuible a la falta de visitas de supervisión periódicas y sistematizadas que deben realizarse en los primeros y finales meses de cada año; actividad que dependen de los Servicios Estatales de Salud y Jurisdicciones Sanitarias, cabe destacar que la coordinación y promoción de los planes de mejora continua de las fallas detectados en los procesos evaluados es responsabilidad del establecimientos supervisado. De igual forma es importante enfatizar que las fallas en los procesos de seguridad y calidad, se han manifestado en las evaluación del 2008 y del 2013, situación que indica de fallas no resueltas en un periodo de seis años, muy probablemente asociadas a la falta de seguimiento y control en estos procesos, entre otros.

Por otro lado el modelo de evaluación empleado (capacidad, seguridad y calidad), demuestra que los problemas no se encuentran aislados (son sistémicos y sistemáticos); al modificarse los procesos de seguridad y calidad del CSR la “Libertad”, se impide que la unidad mantenga la acreditación, pero sobre todo se mantenga la calidad para realizar idóneamente los procesos de atención sanitaria.

Estos resultados demuestran la relevancia que tiene el seguimiento y la realización de evaluaciones continuas y periódicas para cualquier proceso o sistema, si estas no se realizan en los periodos establecidos, se corre el riesgo de no identificar en qué momento se presentan las necesidades de cambio o de corrección atribuibles a la misma dinámica del sistema.

Durante la evaluación, se miden los procesos, con los mismos indicadores utilizados para su creación. Se aplican criterios de filtraje que nos permiten delimitar los puntos críticos o priorizados; para el estudio de caso, los resultados obtenidos indican un mayor esfuerzo y compromiso para resolver las fallas detectadas en seguridad y calidad que se encuentran entre un 13.6 y 56.7 % del mínimo establecido (85%).

Después esta evaluación, se desencadenan acciones que permiten la toma decisiones en respuesta al nivel de los indicadores y al número de probabilidades de riesgos NPR), con los valores más altos para el proceso de capacidad, se prioriza el resolver, en primera instancia, la adquisición de termómetros, el mantenimiento preventivo y correctivo de equipo así como la gestión de biológicos, fallas donde están involucrados los tres niveles jerárquicos de la institución.

Para el proceso de seguridad, es necesario resolver la falta de registros, las actividades dirigidas a proteger al usuario como es el control de registros de temperaturas, limpieza y RPBI. En el contexto de la calidad, se identifica la falta de registros de tamiz neonatal, seguimiento a los indicadores de satisfacción al usuario y las quejas son prioritarios indicadores que impactan directamente en el usuario. Estas áreas de oportunidad para las unidades de primer nivel y su mejora, está ligada con acciones que no representan desembolsos considerables ni esfuerzos fuera de la competencia del responsable de la unidad médica.

La pronta resolución de las fallas permitirá que el sistema vuelva a obtener los parámetros expresados como satisfactorios. Las acciones o decisiones también son objeto de evaluación y el proceso sigue de forma permanente, siendo este un ciclo continuo. La finalidad de esta secuencia es que la organización mantenga las concepciones y valores básicos que la rigen y que al mismo tiempo, se generen las condiciones para su mejora y desarrollo continuo.

La evaluación, análisis y mejora del Centro de Salud La “Libertad” visualizan de manera prospectiva lo que estaría por ocurrir, desde la efectiva corrección de la problemática detectada y su prevención hasta el logro de una mayor idoneidad en el CSR la “Libertad”. Esto permite el abordaje de un nuevo plan de mejora cumpliendo así con el ciclo de Planeación – Diseño - Construcción – Operación- Evaluación - Rediseño – Actualización.

Conclusión

La medición de los procesos que integra la acreditación del CSR la “Libertad” a través de técnicas e instrumentos validados permite la recolección de información pertinente y relevante para evaluar su desempeño actual.

La incorporación de tres fuentes de información en la evaluación del CSR la “Libertad”, permite valorar la unidad desde tres niveles o planos de observación con una perspectiva amplia, institucional, individual y social.

La evaluación de la calidad en los establecimientos de salud debe de ser integral y no hacer uso único de autoevaluaciones, que son necesarias, pero que deben de complementarse con evaluaciones externas, donde se involucre a los usuarios para obtener información pertinente y relevante para evaluar su desempeño actual.

La evaluación del Centro de Salud Rural La “Libertad” demuestra la deficiencia en los procesos de Capacidad, Seguridad y Calidad en el periodo 2013, situación atribuible a la falta de control y seguimiento.

La evaluación del Centro de Salud Rural La “Libertad” demuestra que los procesos con mayor deficiencia son los que están enfocados a los usuarios como es Seguridad y Calidad.

La evaluación del Centro de Salud Rural La “Libertad” demuestra que los procesos que integran la acreditación son sistémicos al modificarse alguno de ellos repercute en los otros, e impide que la unidad cumpla con los estándares mínimos para realizar sus actividades de atención médica.

La evaluación del Centro de Salud Rural La “Libertad” pone de manifiesto que para la resolución de fallas en los procesos de capacidad, seguridad y calidad es necesario la intervención de todos los niveles jerárquicos de la institución de acuerdo a su grado de intervención de responsabilidad.

La evaluación de un proceso, sistema, plan o programa, permite modificaciones y rectificaciones de manera continua y permite a los sistemas mejorar y perfeccionar los procesos.

La metodología de estudio de caso en esta investigación, permite realizar inferencias validas a partir del estudio detallado de acontecimientos que se desarrollan en el contexto de la vida social e institucional. Se espera que brinde un conocimiento científico.

La acreditación es garantía de la calidad en tanto se cumpla permanentemente los criterios establecidos para tal fin.

Bibliografía

Aguirre Gas H. 2008. Sistema ISO9000 o evaluación de la calidad de la atención medica. México. Cir Ciruj 2008:76:187-196

Aguirre Gas Héctor. 1997) Administración de la calidad de la atención medica Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social DF. Rev. Med. IMSS (Méx) 1997; 35(4): 257-264 Pág 257

Aranaz Jesús M. 2011. Aportaciones de la medicina preventiva y Salud Pública a la seguridad del paciente. Servicios de medicina preventiva. An.R.Acad.Med. Comunitat Valenciana, 12; Pág. 3

Avalos Garcia 2011. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Pág. 13

Bonaché Jaime 1998. Los estudios de caso como estrategias de investigación: características, críticas y defensas. Departamento de economía de la empresa. Universidad Carlos III. España. Pág. 3

Cabello Morales Emilio 2001.- Calidad de la atención medica: ¿Paciente o Cliente?. Rev. Med Hered 12(3), Lima Perú: 96:99

Cristóbal E., Cesar 2008. Sistemas, planeación, resolución de problemas, evaluación, e investigación ¿todo en un mismo saco? Ponencia presentada en el Seminario Permanente de la DCI. 2008 (No publicado)

Criterios para la Certificación de Hospitales. S.S.A./CSG Diario Oficial de la Federación. México, junio 25, 1999. Pág. 1

Domínguez Benito Narey Ramos 2011.- Control de la calidad de la atención de salud. Edc 2ª; Edt Ciencias Médicas. La Habana, Pág. 23

Diario Oficial de la Federación (DOF) 2002. Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Pág. 1

Donabedian, A. 1984. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, N° 3, part 2, pp. 166-203, publicado nuevamente en junio 2005, Vol. 83, N° 4, pp. 691-729

Donabedian, A 1966. Evaluating the quality of medical care. The Milbank memorial fund quarterly. 44: 166-203

Fenton, N.E. y Pfleeger, S.L. 1997. Software metrics. A rigorous and practical approach. PWS Pub. Pág. 5

Frometa Vázquez, Zayas Ramos y Pérez Martínez 2008. La gestión de la calidad en los servicios, contribución a las ciencias sociales (versión electrónica): www.eumed.net/rev/ccss

Fuentes Z., A. y Sánchez G., Gabriel 1995. Metodología de la Planeación Normativa. Cuadernos de planeación y Sistemas. DEP Facultad de Ingeniería, UNAM. Pág. 260-261

Garduño, M. 1976. Relación médico - paciente en el IMSS. Bol Méd IMSS, 18:328
Pucheu, R. C; 1979. Factores que intervienen en el desarrollo de la relación médico-paciente durante los estudios de pregrado, Bol Méd IMSS 18:291

Gonzales, M.E, J.J. Pérez y A. E, Lee Ramos, 1975. Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsias, Bol Méd IMSS 17:7

Gobierno Federal 2012. Programa especial de mejora de la gestión en la administración pública federal. Herramientas para el análisis y mejora de procesos. México. Pág. 37

Guajardo garza E. 2003. Administración de la calidad total Edt. Pax México. Pág. 37.

Helman Horacio y Pereira Paulo 1995. Manual de análisis de fallas. Ford Motor Company. Brasil. Pág. 102-105

Hernández Silva Carlos A. 2005. La autonomía, la integridad y el consentimiento informado, su importancia en ética médica. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2005; 2 (2)

Servicios Estatales de Salud el Estado de Quintana Roo. Informes de resultados de supervisiones 2007-2010; (Información no publicada).

Instituto Mexicano de Normalización y Certificación 2005. Sistemas de gestión de calidad. Fundamentos y vocabularios. Pág. 8-9

Ley General de Salud 2007.- Capitulo Único. Artículo 1º- 4º. Diario Oficial de la Federación 2009. Pág. 1-20

Lorh KN 1990. A Strategy For Quality Assurance in medicare. National Academy of Sciences Washington D.C. Pág. 1

Nardi M., Alejandra 2003. Técnicas e instrumentos de medición para los procesos de autoevaluación en bibliotecas. Pág. 2

Nardi M., Alejandra 2005. Administrando estratégicamente una biblioteca universitaria. Pág. 11

OMS/UNICEF. 1978. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud. URSS. Pág. 19

OMS 2008. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra. Pág. 14, 20

Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2007. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana 59 Sesión del Comité Regional, Pág. 288

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) 1993. La garantía de la calidad. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe 1993. Pág. 216

Popkewitz, T.S. 1988. Paradigma e ideología en la investigación educativa, Mondadori. Madrid Pág. 66.

Plan Nacional de Salud 2007-2012.- Por un México Sano: Construyendo alianzas para una mejor salud. Pág. 118

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Pág. 117

Ramírez M. García J. Fraustro. 1995. S.A Scientific Approach to the Definition of Quality in Medical Care: A Model for Mexican Reality. Cad. Saúde Publ; Rio de Janeiro; 1995.Julio/Sep 11 (3): 456-462

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. DOF 08-06-2011; Pág. 6

Ruelas – Barajas y Reyes – Zapata 1990. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de la calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública; 32: 207-220

Ruelas Barajas E 1993. Calidad, productividad y costos. Salud Pública México; 35:298-304

Secretaría de Salud 2011.- Manual del sistema de acreditación y garantía de la calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. México. Pág. 7, 17, 18

Secretaría de salud 2010. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la secretaria de salud. México. Pág. 29

Secretaría de Salud. 2009. Unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud. Evaluación 2008. México. Pág. 7, 8, 9, 10, 13, 14

Secretaria de Salud. 2010. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. Pág. 12

Secretaria de Salud del Estado de Quintana Roo 2013. Programa sectorial de salud 2013-2018. Pág. 27

Skyttner, L. 2001, General Systems theory. Ideas and applications, World Scientific Publishing, Singapore. Pág 37,87,92

Soto Estrada Guadalupe/ Lutzow Steiner Miguel Ángel. 2010. Rasgos generales de los sistemas de salud en México capítulo 9. Pág. 13, 14,15

Young Pablo, Hortis Verónica, Smith D, Chambi María, Finn Barbará. 2011. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Revista Médica de Chile 139: 807-813. Pág. 1

Zereth Galindo Mimendi Paola 2010. Elaboración de instrumentos validos y confiables, para el mejoramiento de la autoevaluación, para la acreditación de los establecimientos de primer nivel de atención medica en los servicios de salud de Veracruz. Tesis de maestría. Pág. 57

Páginas electrónicas consultadas

<http://cedoc.cies.edo.ni/digitaliza/t528-k-pdf>. Consultado 28/07/2013

Anexo 1 Cédula de acreditación

Matriz de la dimensión de capacidad

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Medicina Preventiva			
Condiciones generales	Verificar: 1.- ubicación y señalización, 2.- rotulo de identificación del area de vacunación, 3.- infraestructura en buen estado, 4.- Iluminación apropiada y completa. 5.- Instalaciones hidro sanitarias y eléctricas en buen estado. 6.- Limpieza del área y bitácora de aseo. 7.- Ruta de evacuación, punto de reunión	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	observacion, registros internos
Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) NOM-087-ECOL-SSA 1-2002, Protección ambiental- Salud ambiental- Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo. El proceso puede ser diferente pero autorizado por autoridades federales	1. Existencia de contenedores de acuerdo con la normatividad. (bolsas rojas, negras y contenedor hermético para punzo cortantes) 2.- uso y separación de contenedores, 3.- señalización y circulación de contenedores. 4 Existencia de almacén temporal o destino final, 5.- separado y envasado, sin mezclar con residuos municipales, 6.- documentación del registro de movimiento y control de RPBI. (bitácora actualizada, convenio con el prestador de servicio legalmente actualizado y calendario de recolección	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	observacion, registros internos
Lavabo	Verificar: 1.- Existencias y funcionamiento, 2.- Existencia de cartel con la técnica de higiene de manos, 3.- Suficiencia y sistema de abasto de insumos (jabón líquido o gel), toallas desechables, 4.- Evaluar técnica de lavado de manos en el personal de salud	10 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	observacion, registros internos
Química seca. Glucómetro en buenas condiciones	Verificar: 1. Existencia y funcionamiento de glucómetro. 2. Existencia, suficiencia según demanda y vigencia (fecha de caducidad) de las tiras reactivas. 3. Sistema de abasto de tiras, lancetas, torundas y alcohol. 4. El 0% de diferimiento en la realización a pacientes diabéticos en control y en detecciones por factores de riesgo. verificación documental, 5.- Sistema de abasto de las baterías o glucómetro de repuesto	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	observacion, registros internos
Cartilla Nacional de Salud	Verificar existencia, sistema de abasto y evidencias documentales de su control.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Listado de cartilla, registros de entrega
Refrigerador de 10 a 17 pies cúbicos (una sola puerta, no frigo bar).	Verificar: 1. Que exista al menos uno funcional por unidad. 2. Que no se guarden sustancias ajenas a su función. 3. Que el biológico se encuentre dentro del refrigerador en el lugar correspondiente de acuerdo con la norma, primer estante, sabin, triple viral (SRP), doble viral (SR), además de la vacuna bacteriana BCG, vacuna contra varicela; segundo estante DPT, Pentavalente acelular (DPT+VIP+Hib), toxoide tetánico diftérico (Td para el adulto y DT infantil), antineumo coccica conjugada heptavalente, antineumo coccica 23 serotipos, anti-influenza, anti-hepatitis A, B, anti-rotavirus y contra el VPH, Antirrábica humana, con membretes que contengan el tipo de vacuna, lote y caducidad. 4. Que el registro de control de temperatura se encuentre actualizado (al día). 5. Que exista bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 6. Que no se encuentren objetos sobre el mismo.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observacion, registros internos
Red de frío Manual de procedimientos técnicos de vacunación universal (MV)	Verificar que exista soporte eléctrico o programa de emergencia y registro de contingencias	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	observacion, registros internos
Termómetro que mida la temperatura interior con lectura externa y graficado de ésta	Verificar: 1. Registros de curva térmica en las gráficas, el análisis 2.- reporte de incidencias y de acciones realizadas en caso de riesgo. 3. Registros en fin de semana.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	observacion, registros internos

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Medicina Preventiva			
Termos 9 L. (no de unícel)	Verificar 1- que estén en buen estado , 2.- se tengan al menos dos: uno para el establecimiento , uno para el área de vacunación y otro para visita de campo	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Termómetro de Vástago con sensor de 14 cm de largo y llave calibradora integrada	Verificar: 1. Existencia de uno por termo y que funcionen. 2. Que la temperatura en el termo no sea mayor de 8°C. 3. Registros de calibración semanal.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Termómetro lineal de mercurio	Verificar existencia y funcionamiento	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Charola perforada	Verificar existencia de charolas por refrigerador (de 2 a 4).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Vaso contenedor	Verificar existencia de dos vasos por cada termo	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Censo nominal.	Verificar existencia y vigencia (actualizada al mes previo) de comunidades sede y de influencia	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos
Manual de Procedimientos técnicos de vacunación universal o Manual para el vacunador o equivalente.	Verificar: 1. Existencia del documento en el área de la última edición. 2. Confirmar conocimiento de su existencia por el personal del área.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Entrevista y registros técnicos
Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. (Dirección General de Epidemiología).	Verificar: 1. En registros (SIS, tarjetas de control del niño sano en una muestra del trimestre previo). 2. Cruzar información con la Hoja diaria de consulta y tarjetero. 3. En el expediente registros del seguimiento de Línea de Vida. Guías de práctica clínica de acuerdo al grupo etáreo	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Abasto de biológico con relación al censo nominal			
Medicina Preventiva vacunas: 1- Recién nacido y menores de 14 años: BCG, Anti-hepatitis B, pentavalente con componentes pertussis acelular (DpaT+VIP +Hib), SRP, Rotavirus, Anti-influenza, DPT, Vacuna conjugada contra neumococo, antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin	Verificar en el censo nominal. 1- Necesidades de biológicos en el período de corte, 2. Existencia de biológico al 100% en el refrigerador, compatible con el registro. (Realizar la verificación con los cuidados que requiere el manejo de la red de frío)	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Medicina Preventiva vacunas: 2.- Adolescentes de mas de 14 años, adultos y adultos mayores: Anti-hepatitis B, vacuna contra el virus del papiloma humano			
Medicina preventiva 3.- Adultos doble viral SR, toxoide tetánico y diftérico (Td)			
Medicina preventiva 4.- Adultos mayores: Antineumocóccica, Anti-influenza			
Equipo de curaciones, charola, pinza de traslado y portaguas	Verificar 1- Existencia de un equipo por cada dos núcleos básicos. 2.- Buenas condiciones del instrumental sin oxidación, buena apertura, cierre y corte aceptable	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Inyecciones, curaciones y suturas			
Equipo de curaciones, charola, pinza de traslado y portaguas	Verificar: 1 Existencia de un equipo por cada dos núcleos básicos. 2. Buenas condiciones del instrumental: sin oxidación, buena apertura, cierre y corte aceptable	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Suturas (catgut, seda y nylon de dos ceros a tres ceros).	Verificar: 1. Existencia de mínimo tres sobres de cada sutura. 2. Confirmar sistema de abasto a solicitud en el último pedido mensual surtido. 3. Revisar hoja de atención diaria y nota del expediente del usuario que dé soporte al consumo, si lo hubo. 4.- fecha de caducidad, 5.- integridad del empaque	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Material de curación y antisépticos locales.	Verificar: 1 Existencia de: jabón, agua estéril, solución fisiológica, yodopovidona y alcohol. 2. Confirmar sistema de abasto con último pedido mensual surtido. 3. Gasas y apósitos con fecha de esterilización, 4.- verificar en el membrete de los frascos y pescaderas fecha de llenado (no mayor de 24 horas) y caducidad de antisépticos	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Lidocaína con epinefrina al 2%	Verificar: 1 Existencia de mínimo dos frascos en el área. 2. Confirmar sistema de abasto con último pedido mensual surtido. 3. Rótulo de fecha de la apertura del medicamento del que se encuentre en uso (no mayor de 7 días). 4. Verificar fecha de caducidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Jeringas de 1, 3, 5 y 10 ml, con aguja	Verificar: 1- existencia. 2. Suficiencia, 3.- Confirmar sistema de abasto con último pedido mensual surtido 4. Verificar fecha de caducidad. 5.- integridad	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Abasto de biológico con relación al censo nominal			
Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) NOM - 087-ECOL-SSA 1-2002, Protección ambiental- Salud ambiental- Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo. El proceso puede ser diferente pero autorizado por autoridades federales	1. Existencia de contenedores de acuerdo con la normatividad. (bolsas rojas, negras y contenedor hermético para punzo cortantes) 2.- uso y separación de contenedores, 3.- señalización y circulación de contenedores. 4 Existencia de almacén temporal o destino final, 5.- separado y envasado, sin mezclar con residuos municipales, 6.- documentación del registro de movimiento y control de RPBI. (bitácora actualizada, convenio con el prestador de servicio legalmente actualizado y calendario de recolección	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Hidratación oral			
1- Capacitación a las madres de menores de cinco años en identificación de signos de alarma de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda y en el manejo de la hidratación oral	Verificar: 1- Existencia, 2.- Fecha de caducidad de los sobres, 3.- Integridad de los sobres, 4.- Existencia de promocionales al respecto en sitio visible, 5.- Registros documentales de la capacitación a las madres de los niños menores de cinco años, 6.- Cuestionario de evaluación a las madres capacitadas	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
2.- Sobres vida suero oral (VSO), agua potable, mesa, jarra, taza y cucharas (excepto aluminio)			Observación, registros técnicos
Consulta Externa			
Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos para recién nacidos y menores de 5 años	Verificar: 1- En los expedientes clínicos seleccionados las acciones preventivas promocionadas o realizadas. 2.- Existencia del material que contenga las acciones preventivas por grupo de edad y los registros de asistentes a capacitación. 3.- El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs foliada y con número de créditos otorgados por el departamento de capacitación de la jurisdicción sanitaria para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud y técnica de higiene de manos	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos para niñas, niños de 5 a 9 años y adolescentes de 10 a 19 años	Verificar: 1- En los expedientes clínicos seleccionados las acciones preventivas promocionadas o realizadas. 2.- Existencia del material que contenga las acciones preventivas por grupo de edad y los registros de asistentes a capacitación. 3.- El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs foliada y con número de créditos otorgados por el departamento de capacitación de la jurisdicción sanitaria para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud y técnica de higiene de manos	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos para el hombre de 20 a 59 años	Verificar: 1- En los expedientes clínicos seleccionados las acciones preventivas promocionadas o realizadas. 2.- Existencia del material que contenga las acciones preventivas por grupo de edad y los registros de asistentes a capacitación. 3.- El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs foliada y con número de créditos otorgados por el departamento de capacitación de la jurisdicción sanitaria para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud y técnica de higiene de manos	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos para la mujer de 20 a 59 años	Verificar: 1- En los expedientes clínicos seleccionados las acciones preventivas promocionadas o realizadas. 2.- Existencia del material que contenga las acciones preventivas por grupo de edad y los registros de asistentes a capacitación. 3.- El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs foliada y con número de créditos otorgados por el departamento de capacitación de la jurisdicción sanitaria para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud y técnica de higiene de manos	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Consulta Externa			
Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos para el adulto mayor de más de 60 años	Verificar: 1- En los expedientes clínicos seleccionados las acciones preventivas promovidas o realizadas. 2.- Existencia del material que contenga las acciones preventivas por grupo de edad y los registros de asistentes a capacitación. 3.- El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs foliada y con número de créditos otorgados por el departamento de capacitación de la jurisdicción sanitaria para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud y técnica de higiene de manos	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos de examen médico completo para mujeres y hombres de 40 a 59 años de edad (cada 3 años)	Verificar: 1- En los expedientes clínicos seleccionados las acciones preventivas de cada programa (diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis, lepra, infecciones de transmisión sexual, diagnóstico oportuno de cáncer cérvico uterino y de mama, hipertrofia de próstata. 2.- Existencia de material para la prevención y promoción de la salud	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Registros del programa de capacitación, detección y referencia de la población usuaria para la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria	Verificar: 1- Registros documentales de la capacitación a la población. 2.- Establecimientos de referencia	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos, listas de asistencia
Registros del programa de capacitación, detección y referencia de la población usuaria para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres	Verificar: 1- Registros documentales de la capacitación a la población. 2.- Establecimientos de referencia	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros, listas de asistencia
1- Registros de la utilización de los programas preventivos de tuberculosis. 2. Servicio de Laboratorio propio o de referencia para BAAR. 3.- Servicio de imagenología propio o de referencia para radiografía simple de tórax	Verificar. 1- Registros de atención en expedientes clínicos. 2.- Todo paciente debe estar con administración de tratamiento ambulatorio estrictamente supervisado (TAES); 3.- Registros de baciloscopia por fecha y resultado durante los seis meses de administración del TAES de acuerdo a la normatividad. 4.- Presencia de las Guías de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de casos nuevos de tuberculosis pulmonar; Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes mayores de 18 años en el primer nivel de atención	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjetas de control, expedientes clínicos, registros de baciloscopías
Registros de detección y tratamiento de enfermedades exantemáticas de la niñez. Escarlatina, sarampión, varicela, rubeola y parotiditis)	Verificar: 1- Registros de atención en expedientes clínicos, 2.- Reporte epidemiológico, 3.- Presencia de la Guía de Práctica Clínica, Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con Sarampión	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico, SUIVE y cuestionarios de línea de vida
Registros de detección y tratamiento de Candidiasis oral	Verificar: 1- Registros de atención en expedientes clínicos. Para todo el CAUSES verificar apego a la NOM 004, constatando orden, historia completa, nota de evolución en orden cronológico, notas de enfermería, etc	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico, SUIVE
Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo, gastritis, úlcera péptica, colitis no infecciosa, síndrome de colon irritable Registros de la enfermedad.	Verificar: 1- Registros de atención en expedientes clínicos, 2.- Buscar registro de la Referencia Contrarreferencia, 3.- Presencia de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable. Para las GPC evaluar, existencia, capacitación impartida, difusión, facilidad de acceso al documento	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia
Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal, diarrea aguda, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, gastroenteritis infecciosa. Registros de la enfermedad.	Verificar: 1- Expediente clínico con apego a la NOM 004, 2.- congruencia diagnóstico terapéutica. 3.- Apego a línea de vida de acuerdo al grupo etéreo, 4.- Presencia de la Guía de práctica clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en adultos en el primer nivel de atención.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Consulta Externa			
Registros de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual: gonorrea, chlamidia, trichomonas, herpes genital, sífilis, chancro blando, herpes genital	Verificar: 1.- Registros de atención en expedientes clínicos. 2.- Buscar registro de la Referencia Contrarreferencia. 3.- Presencia de la Guía de Práctica Clínica: Enfermedades de Transmisión Sexual en el adolescente y el adulto que producen úlceras genitales: Herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia
Registros de detección, tratamiento y control farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus tipo 2	Verificar: 1.- Registros de atención en expedientes clínicos. 2.- Determinación de glucosa central, hemoglobina glicosilada. 3.- Exploración de extremidades inferiores y fondo del ojo al menos cada tres meses. 4.- Presencia de las Guías de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pfe diabético en el primer nivel de atención. Diagnóstico y tratamiento médico del dolor por neuropatía diabética en adultos en el primer nivel de atención: Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjeta de control y línea de vida
Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A y B	Verificar: 1.- Registros de atención en expedientes clínicos, apego a la norma de expediente clínico. 2.- Buscar registro de la referencia a segundo nivel	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia
Servicio de laboratorio de análisis clínicos propio o de referencia para la determinación de biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático y serología para hepatitis viral			
Registros de detección, tratamiento y control farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial	Verificar: 1.- Registros de atención en expedientes clínicos, apego a la norma de expediente clínico y de hipertensión arterial. 2.- Referencia a segundo nivel para valoración e identificación de daño a nivel de ojo, corazón y riñón. 3.- Presencia de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjetas de control, cuestionarios de línea de vida, expedientes clínicos
Registros de detección, tratamiento y control de anemia ferropriva y por deficiencia de vitamina B12, por deficiencia de vitamina A	Verificar: 1.- Los registros de atención en expedientes clínicos, apego a la norma de expediente clínico. 2.- Congruencia clínico diagnóstica	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expedientes clínicos, cuestionarios de línea de vida; SIS
Registros de diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide, osteoartritis, lumbalgia, osteoporosis	Verificar: 1.- Registros de atención en expedientes clínicos. 2.- Presencia de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis en el adulto	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia
Servicio de laboratorio propio o de referencia y medicamentos			
Servicio de imagenología propio o de referencia para rayos X simples			
Diagnóstico y tratamiento de rinosfarinitis aguda, rinitis alérgica y conjuntivitis	Verificar: 1.- Registros de atención en expedientes clínicos. 2.- Buscar registro de la Referencia Contrarreferencia. 3.- Presencia de las Guías de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica, Diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia
Servicio de imagenología propio o de referencia para rayos X simples			

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Consulta Externa (Control prenatal)			
Examen y prueba de embarazo. Tiras reactivas para determinación de infección de vías urinarias y albuminuria	Verificar: 1.- Registros de atención en expedientes clínicos. 2.- Resultados de laboratorio integrados al expediente, comentados e interpretados en notas médicas. 3.- Presencia de la Guías de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención. 4.- Sistema de abasto de tiras reactivas	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Servicio de laboratorio propio o de referencia para biometría de rutina, glucemia, EGO y VDRL		5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Servicio de Ultrasonografía, propio o de referencia para realizarlo en la semana 24 y 30 del embarazo		5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Consulta Externa (Embarazo normal)			
Identificación de factores de riesgo que influyen en la atención del embarazo y en el puerperio y sus complicaciones	Verificar: 1.- Registros de atención en expediente clínico de la identificación y análisis de factores de riesgo en la atención del embarazo y en el puerperio y sus complicaciones. 2.- Presencia de las Guías de Práctica Clínica: Control prenatal con enfoque de riesgo, Detección y diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el embarazo	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Consulta Externa (Planificación familiar)			
Registros de reporte y referencia	Verificar en hoja diaria del médico o por muestreo, en tarjetas de control o en los expedientes clínicos	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hojas diarias del médico, expedientes clínicos
Registros de anticonceptivos hormonales orales, inyectables, implante o parche	Verificar en SIS, hojas diarias, expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados al azar: 1.- Tarjetas de control, 2.- Apego a normatividad, 3.- Verificar existencia, sistema de abasto y fechas de caducidad	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hojas diarias del médico, expedientes clínicos
Preservativos	Verificar: 1.- Registros de atención en expedientes clínicos. 2.- Tarjetas de control, 3.- Existencia, sistema de abasto, fechas de caducidad e integridad de paquetes	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hojas diarias del médico, expedientes clínicos, registros técnicos
Dispositivo intrauterino	Verificar: 1.- Mesa ginecológica en buen estado con pierneras funcionales, 2.- Lámpara de chicote o equivalente funcional, 3.- Espejos vaginales tres de cada tamaño y cinco del tamaño más usado, 4.- Biombo o cortina para privacidad, 5.- Antisépticos, jalea, lubricante y guantes desechable, 6.- Verificar existencia, sistema de abasto y fechas de caducidad, 7.- pinzas de anillos, 8.- Histerómetro	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Métodos permanentes: Salpingoclasia y vasectomía	Verificar: 1.- Documentalmente que exista establecimiento de referencia, 2.- Expediente clínico, Tarjetas de control, 3.- Sistema de referencia y contrarreferencia	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico, Tarjetas de control
Diagnostico de displasia cervical leve y moderada (NIC-I y NIC-II). Oportunidad en el resultado	Verificar: 1.- Sistema de registro y control, 2.- Informe de resultados que no sobrepase los 60 días naturales a partir de la toma de la citología. 3.- Apego a normatividad	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Seguimiento de casos positivos a NIC o en caso de positividad a enfermedades de transmisión sexual	Verificar: 1.- sistema de registro, control y apego a normatividad	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Consulta Externa (Planificación familiar)			
Clinica de colposcopia de referencia	Verificar: 1.- Documentalmente que exista el establecimiento de referencia, 2.- Sistema de referencia y contrarreferencia	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Consulta Externa (Referencia y contrarreferencia)			
Atención integral al paciente entre niveles de atención, relacionados con la capacidad instalada y las necesidades de cada paciente 1- Lineamientos centrales o estatales para la referencia y contrarreferencia de pacientes	Verificar: 1- Existencia del documento, 2.- Sistema de registro y control, 3.- Uso del documento de reporte oficial, 4.- Responsable del programa, 5.- Existencia de directorio actualizado, 6.- Verificar el control	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, directorio de referencia actualizado, listado de referencia y contrarreferencia
El 85% de cumplimiento de la contrarreferencia	Revisión documental para analizar su cumplimiento	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
El 100% de cumplimiento de seguimiento	Revisión documental para analizar su cumplimiento	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Referencia al 100% de mujeres embarazadas con identificación de factores de riesgo	Revisión documental para analizar su cumplimiento	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Odontología			
Servicio odontológico de referencia.	Verificar: 1. Evidencia documental del establecimiento de referencia. 2. Registro de la referencia y contrarreferencia.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Señalización y condiciones generales.	Verificar: 1. Ubicación. 2. Rótulo de identificación. 3. Infraestructura en buen estado. 4. Iluminación apropiada y completa. 5. Instalaciones hidrosanitarias y eléctricas en buen estado.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Lavabo exclusivo para el lavado de manos del personal, jabón (líquido o gel) y toallas desechables y tarja para lavado de material.	Verificar: 1. Existencia y funcionamiento en el consultorio. 2. Existencia del cartel con técnica de higiene de manos. 3. Evaluar técnica de lavado en el personal de salud.	10 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Guía de Práctica Clínica.	Verificar: 1. Existencia, conocimiento y aplicación de la NOM-013-SSA2-2006. 2. Presencia de la Guía de Práctica Clínica: Prevención y diagnóstico de la caries dental en pacientes de 6 a 16 años. 3. Expedientes clínicos integrados y con Carta de Consentimiento bajo información en caso de anestesia y extracción dental.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Entrevista, expediente clínico

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Odontología			
Control de los Residuos Peligrosos Biológico- Infecciosos. (R.P.B.I.) NOM-087-ECOL-SSA 1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	Verificar: 1. Existencia de contenedores (bolsas rojas, negras y contenedor hermético para punzo cortantes). 2. Uso y separación de contenedores. 3. Señalización y circulación de contenedores. 4. Existencia de almacén temporal o destino final. 5. Separado y envasado, sin mezclar con residuos municipales. 6. Documentación del registro de movimiento y control de R.P.B.I. (bitácora actualizada, convenio con el prestador de servicio legalmente autorizado y calendario de recolección).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Limpieza del área, mobiliario y equipo.	Verificar: 1. Bitácora de la limpieza del área firmada por el jefe del servicio. 2. Limpieza entre pacientes de: piezas de alta y baja, eyector, escupidera, sillón. 3. Condiciones de aseo. 4. Bitácora de mantenimiento.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Unidad dental y compresora.	Verificar: 1. Buen estado y funcionamiento. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Ubicación externa con cubierta y purga de la compresora.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Equipo de Rayos X dental en buenas condiciones.	Verificar: 1. Estado y funcionamiento. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 3. Sistema de referencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos, referencia y contrarreferencia
Placas radiográficas periapicales para adulto e infantiles, ganchos, caja y líquidos para revelar y fijador.	Verificar: existencia, suficiencia, sistema de abasto y caducidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Lidocaína más epinefrina sol. inyectable al 2%. Lidocaína 36 mg y epinefrina 0.018 mg, cartuchos dentales 18 ml. (clave 267)	Verificar: existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Actividades preventivas a embarazadas.	Verificar registros de atención en expediente clínico.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos, expediente clínico, referencia y contrarreferencia
Sellador de fosetas y fisuras. Aplicación tópica de flúor en entidades y áreas geográficas sin fluorosis.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia, sistema de abasto y caducidad. 2. Verificar registros de atención en expediente clínico	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos, expediente clínico, referencia y contrarreferencia
Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares, extracción de piezas dentarias.	Verificar registros en expediente clínico.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos, expediente clínico, referencia y contrarreferencia

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Odontología			
Obturación de cavidades con amalgama, o número de vidrio o resina.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia, sistema de abasto y caducidad de material. 2. Registros de atención en expediente clínico para comparar el diagnóstico y tratamiento.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos, expediente clínico, referencia y contrarreferencia
Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar, absceso maxilar (drenaje); extracción de tercer molar erupcionado.	Verificar: 1. Registros de atención en expedientes clínicos para comparar el diagnóstico y tratamiento. 2. Existencia de establecimientos de referencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos, expediente clínico, referencia y contrarreferencia
Realización de curetaje, odontosis.	Verificar registros de atención en expedientes clínicos.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
Instrumental, careta o goggles, guantes, cubrebocas, tapones auditivos y material dental.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia y caducidad. 2. Buen estado del material dental. 3. Funcionamiento. 4. Fecha de esterilización del instrumental.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Autoclave.	Verificar: 1. Condiciones y funcionamiento. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo (mínimo una vez al año) y correctivo.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Mesa de trabajo con tarja para el lavado del instrumental.	Verificar: 1. Existencia. 2. Condiciones de limpieza. 3. Funcionamiento.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Personal profesional odontólogo y paramédico capacitado.	Verificar: 1. Que el personal porte uniforme, gafete de identificación y que correspondan. 2. Capacitación en el manejo de maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.	10 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, expedientes del personal
Estimulación temprana del recién normal y prematuro			
Registros de la capacitación del personal y en el expediente clínico. Programa de capacitación a la madre	Verificar 1. Existencia del área física, 2.- Existencia del manual y material para otorgar capacitación, 3.- Constancia de capacitación del personal, 4.- Registros de madres capacitadas, 5.- Sistema de referencia	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, documentos técnicos, referencia y contrarreferencia
Rehabilitación de fracturas y de parálisis facial			
Servicio de rehabilitación de referencia.	Mostrar documentalente: 1. Establecimiento de referencia. 2. El sistema de referencia y contrarreferencia. 3. Presencia de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y manejo de la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos técnicos, referencia y contrarreferencia

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Laboratorio propio o de referencia			
Laboratorio de referencia.	Verificar: 1. Evidencia documental del establecimiento de referencia. 2. Registro de la referencia y contrarreferencia.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros de referencia y contrarreferencia
Buenas condiciones generales del área.	Verificar: 1. Limpieza e higiene de las instalaciones, bitácora de aseo. 2. Que no existan humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y paredes ni fugas de agua, gas o aire. 3. Contactos y apagadores sin cables sueltos. 4. En donde exista lavabo, deberá encontrarse el cartel con la técnica de higiene de manos y evidenciar que el personal se lave las manos. 5. Existencia de insumos: jabón (líquido o gel), toallas desechables y bote campana o pedal para basura.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, documentos técnicos
Control de los Residuos Peligrosos Biológico- Infecciosos. (R.P.B.I.) NOM-087-ECOL-SSA 1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	Verificar: 1. Existencia de contenedores (bolsas rojas, negras y contenedor hermético para punzo cortantes). 2. Uso y separación de contenedores. 3. Señalización y circulación de contenedores. 4. Existencia de almacén temporal o destino final. 5. Separado y envasado, sin mezclar con residuos municipales. 6. Documentación del registro de movimiento y contenedores. 4. Existencia de almacén temporal o destino final. 5. Separado y envasado, sin mezclar con residuos municipales. 6. Documentación del registro de movimiento y control de R.P.B.I. (bitácora actualizada, convenio con el prestador de servicio legalmente autorizado y calendario de recolección).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Realización de los siguientes estudios como mínimo: biometría hemática, química sanguínea por lo menos de cuatro elementos, examen general de orina y coproparasitoscópico	Verificar: 1. Realización de los estudios o demostrar documentalmente el servicio subrogado o de referencia, sistema de referencia y contrarreferencia. 2. Registro de recepción de muestras. 3. Registro de entrega de resultados programada. 4. Demostrar 0% de diferimiento en la realización de los estudios.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Referencia y contrarreferencia
Abasto de insumos para los equipos.	Verificar existencia, suficiencia y sistema de abasto.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Abasto de reactivos oportuno y completo.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia y control del abasto. 2. Vigencia de reactivos.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Control de calidad interno.	Verificar registros de las evaluaciones, análisis, resultados y acciones emprendidas.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos
Control de calidad externo.	Verificar: 1. Registros de las evaluaciones, resultados, análisis y acciones emprendidas. 2. Registro de la congruencia de resultados con los controles de calidad externos.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Laboratorio propio o de referencia			
Revisiones de seguridad del equipo y estructura del laboratorio de manera programada.	Verificar: 1. Existencia y funcionamiento del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 3. Constancias.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos, referencia y contrarreferencia
El personal del servicio cuenta con uniforme y gafete de identificación.	Verificar por muestreo que el personal porta uniforme y gafete de identificación.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
servicio de Rayos X propio o de referencia			
Servicio de radiología y ultrasonografía de referencia.	Verificar: 1. Evidencia documental del establecimiento de referencia. 2. Registro de la referencia y contrarreferencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Referencia y contrarreferencia
Buenas condiciones generales del área. Sala de espera con sanitario.	Verificar: 1. Limpieza e higiene de las instalaciones. 2. Que no existan humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y paredes ni fugas de agua, gas o aire. 3. Contactos y apagadores sin cables sueltos. 4. En donde exista lavabo, deberá encontrarse el cartel con la técnica de higiene de manos y evidenciar que el personal se lave las manos. 5. Existencia de insumos: jabón (líquido o gel), toallas desechables, papel sanitario y bote campana o pedal para basura. 6. Sanitarios diferenciados por género. 7. Bitácora de limpieza actualizada y firmada por turno por supervisor o jefe del servicio.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos. (R.P.B.I.) NOM-087-ECOL-SSA 1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos Peligrosos Biológico Infeciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	Verificar: 1. Existencia de contenedores (bolsas rojas, negras y contenedor hermético para punzo cortantes). 2. Uso y separación de contenedores. 3. Señalización y circulación de contenedores. 4. Existencia de almacén temporal o destino final. 5. Separado y envasado, sin mezclar con residuos municipales. 6. Documentación del registro de movimiento y contenedores. 4. Existencia de almacén temporal o destino final. 5. Separado y envasado, sin mezclar con residuos municipales. 6. Documentación del registro de movimiento y control de R.P.B.I. (bitácora actualizada, convenio con el prestador de servicio legalmente autorizado y calendario de recolección).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Desecho de líquidos y placas radiográficas	Verificar: 1. Manual de procedimiento para desecho de residuos líquidos y placas radiográficas. 2. Documentación del registro de movimiento y desecho de líquidos cansados.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Contactos y apagadores sin cables sueltos.	Verificar existencia, condiciones y funcionamiento.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Equipo de ultrasonografía	Verificar: 1. Existencia y funcionamiento propio o unidad de referencia. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Servicios de rayos X o de referencia			
Placas radiológicas y chasis de varios tamaños (de acuerdo con el estudio requerido).	Verificar: 1. Existencia, suficiencia y sistema de abasto. 2. Registro de consumo diario y existencia de placas de acuerdo con la demanda. 3. Fecha de caducidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Abasto de insumos para los equipos.	Verificar existencia y suficiencia.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos
Se cuenta con mandil plomado (para el personal y pacientes).	Verificar existencia, suficiencia, buen estado y uso por el personal.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Sanitario y vestidor para pacientes: con agua y drenaje fluyendo, limpios.	Verificar: 1. Existencia, condiciones. 2. Lavabo funcional. 3. Existencia de insumos (jabón líquido o gel, toallas desechables, papel sanitario y bote de campana o pedal para basura). 4. Recordatorio para la higiene de manos. 5. Bitácora de limpieza firmada por supervisor o jefe. 6. Dotación suficiente de batas limpias para cada paciente.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Control de calidad interno.	Verificar registros de las evaluaciones, análisis y acciones emprendidas.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones internas, con resultados y acciones emprendidas
Control de calidad externo.	Verificar registros de las evaluaciones, resultado, análisis de los resultados y acciones emprendidas.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones externas, con resultados y acciones emprendidas
Revisiones de seguridad del equipo y estructura de manera programada.	Verificar: 1. Existencia de programa de seguridad. 2. Bitácora y constancias de acciones.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos técnicos, registros técnicos
Comprobar la realización de estudios simples y contrastados: serie esofago gastro duodenal, urografía excretora y colon por enema.	Verificar registro de: 1. Estudios simples realizados diariamente. 2. Realización de los estudios programados (sin diferimiento y en caso de haberlo que se registre justificación). 4. Demostrar establecimiento de referencia y sistema de referencia y contrarreferencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos, referencia y contrarreferencia
El personal del servicio cuenta con uniforme y gafete de identificación.	Verificar por muestreo que los integrantes del personal portan uniforme y gafete de identificación.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
El personal del servicio cuenta con dosímetro personal.	Verificar: 1. Que los integrantes del personal portan su dosímetro y que éste corresponde al servidor. 2. Registros de entrega y lectura.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Botiquin y farmacia			
Refrigerador para guarda de medicamentos.	Verificar existencia y funcionamiento	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Ácido acetilsalicílico, tabletas 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Ácido ascórbico, tabletas 100 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Acido fólico, tabletas 5 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Ácido fólico, tabletas 0.4 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Albendazol, suspensión oral 400 mg / 20 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Albendazol, tabletas 200 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Alantoína y alquitrán de hulla, suspensión dérmica 20 mg / ml y 9.4 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Alibour polvo, sulfato de Cobre 177 mg/g, sulfato de Zinc 619.5 mg / g, alcanfor 26.5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Alopurinol, tabletas 100 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Amoxicilina, suspensión oral 500 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Amoxicilina, cápsulas 500 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Amoxicilina-ácido clavulánico, suspensión oral 125 mg / 315 mg / 5 ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Amoxicilina-ácido clavulánico, tabletas 500 mg/ 125 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Atropina, solución inyectable 1mg / ml (en charola de emergencia).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Beclometasona dipropionato de, suspensión en aerosol 10 mg / inhalador con 200 dosis de 50 µg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Botiquin y farmacia			
Benzatina bencilpenicilina, solución inyectable 1.200.000 UI / 5	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Bencilpenicilina procaínica-bencilpenicilina cristalina 300.000 UI	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Bencilpenicilina procaínica-bencilpenicilina cristalina 300.000 UI / 200.000 UI / 2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Bencilo, emulsión dérmica 300 mg/ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Benzoilo, loción o gel dérmico 5 g / 100 ml ó 5 g / 100 g	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Bitartrato de cinitaprida, comprimidos 1mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Bitartrato de cinitaprida, solución oral 20 mg / 10 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Butilioscina, solución inyectable 20 mg/ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Butilioscina, grageas 10 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Captopril, tabletas 25 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Carbamazepina, suspensión oral 100 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Carbamazepina, tabletas 200 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Cefalexina, tabletas o cápsulas 500 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Ciprofloxacino, tabletas o cápsulas 250 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Claritromicina, tabletas 250 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Clindamicina, cápsulas 300 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Clioquinol, crema 30 mg/g	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Clorfeniramina, jarabe 0.5 mg /ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Clorfenamina, tabletas 4 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Clorfenamina, solución inyectable de 10 ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Cloroquina tabletas 150 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Clortalidona, tabletas 50 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos
Complejo B, cápsulas, comprimidos o tabletas, tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 50µg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Cromoglicato de Sodio, suspensión aerosol 3.6g / 100g	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros entradas y salidas de insumos

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Botiquín y farmacia			
Desogestrel o levonorgestrel y etinilestradiol, grageas 0.15 mg /0.03mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Diclofenaco, cápsulas o grageas de liberación prolongada 100 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Dicloxacilina, cápsulas o comprimidos 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Dicloxacilina, suspensión oral 250 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Difenidol, solución inyectable 40 mg /2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Difenidol, tabletas 25 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Digoxina, tabletas 0.25 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Digoxina, elixir 0.05 mg/ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Digoxina, solución inyectable 0.5 mg /2ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Doxiciclina, cápsulas ó tabletas 100 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Electrolitos orales polvo para solución 27.9 g (glucosa 20 g, KCl 15 g, NaCl 3.5 g, citrato trisódico 2.9 g).	estado de conservación		
Enalapril, lisinopril o ramipril, cápsulas o tabletas 10 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Epinefrina (adrenalina) solución inyectable 1mg / 1 ml (en charola roja).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Eritromicina, cápsula o tabletas 500 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Eritromicina, suspensión oral 250 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Espiro lactona, tabletas 25 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Faboterápico polivalente antiarácido solución inyectable con liofilizado y diluyente de 5 ml (zona endémica)	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Faboterápico polivalente antialacrán, solución inyectable con liofilizado y diluyente de 5 ml (zona endémica).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Botiquín y farmacia			
Faboterápico Polivante antialacrán, solución inyectable con lio filizado y diluyente de 10 ml (zona endémica)	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Fenitoína, tabletas o cápsulas 100 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Fenitoína, suspensión oral 37.5 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Fenobarbital, tabletas 100 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Fenobarbital, elixir 20 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Fito menadiona, solución o emulsión inyectable 2 mg / 0.2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Fluoxetina, tabletas o cápsulas 20 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Furosemida, tabletas 40 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Furosemida, solución inyectable 20 mg / 2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Glibenclamida, tabletas 5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Hidralazina, tabletas 10 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Hidralazina, solución inyectable 20 mg / 1ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Hidrocortisona, solución inyectable 100 mg / 2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Hidróxido de Aluminio y Magnesio, tabletas masticables, Al 200 mg, Mg, 200 mg ó 447.3 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Hidróxido de Aluminio y Magnesio, suspensión oral, AlOH 3.7 mg y MgOH 4 g o trisilicato de Mg 8.9 g / 100 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Indometacina, cápsulas. 25 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Insulina humana de acción rápida regular, solución inyectable 100 UI / ml (mínimo 1frasco).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Botiquin y farmacia			
Insulina humana acción intermedia NPH, solución inyectable 100 UI / ml (en presencia de casos).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Iso sorbida dinitrato, tabletas sublinguales 5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Itraconazol, cápsulas 100 mg.			
Lidocaína, solución inyectable al 1% 500 mg / 50 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Lidocaína, solución inyectable al 2% 1g/50 ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Lidocaína, solución al 10% 10 g / 100 ml, con atomizador manual.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Lidocaína- hidrocortisona, supositorio, 60 mg /5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Lidocaína- Lista de cotejo hidrocortisona, ungüento 50 mg / g, 2.5 mg/g			
Mebendazol, tabletas 100 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol, suspensión inyectable 25 mg/ 5 mg /0.5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Metamizol sódico, solución inyectable 1g/2ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Metamizol sódico, comprimidos 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Metoclopramida, tabletas 10 mg			
Metoprolol, tabletas 100 mg			
Metronidazol, óvulos o tabletas vaginales 500 mg			
Metronidazol, suspensión oral 250 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Metronidazol, tabletas 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Miconazol, crema 20 mg/g	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Nafazolina, solución oftálmica 1mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Botiquín y farmacia			
Naproxeno, tabletas 250 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Nifedipino, comprimidos de liberación prolongada 30 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Nistatina, óvulos ó tabletas vaginales 100000 UI	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Nistatina susp., 100000 UI/ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Nitrofurantoína, suspensión oral 25 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Nitrofurantoína, cápsulas 100 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Nitrofurazona, ovulos 6 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Oxido de zinc, pasta 25 g/ 100 g	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Paracetamol, solución oral 100 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Paracetamol, supositorios 300 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Paracetamol, tabletas 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Plantago psyllium, polvo 49.7 g / 100 g	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Podofilina, solución dérmica 250 mg /ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Polivitaminas y minerales, tabletas, grageas o cápsulas	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Prednisona, tabletas 5 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
5 Propranolol, tabletas 40 mg.30	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Ranitidina, jarabe 150 mg/ 10 ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Ranitidina, tabletas o grageas 150 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Salbutamol, suspensión en aerosol 20 mg / inhalador con dosis de 100 µg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Senósidos A-B, tabletas 8.6 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Subsalicilato de bismuto, suspensión oral 1750 g / 100 ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Botiquin y farmacia			
Suero antialacrán, solución inyectable y diluyente 5 ml (zona endémica).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Suero antiviperino, solución inyectable y diluyente 10 ml (zona endémica).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Sulfacetamida, solución oftálmica 0.1g/ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Teofilina, comprimidos o tableta de liberación prolongada 100 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Trimetoprima-sulfametoxazol, suspensión oral 40 mg / 200 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Trimetoprima-sulfametoxazol, tabletas o comprimidos 80 mg / 400 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Trinitrato de glicerilo, tabletas masticables 0.8 mg. (en presencia de casos).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Valproato de magnesio, tableta con cubierta entérica 135.6 mg. (en presencia de casos).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Valproato de magnesio, solución oral 136 mg / ml. (en presencia de casos)	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Vitamina A, C y D, solución oral	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Medicamentos utilizados en la tuberculosis multirresistente (solo en caso de tener paciente)			
Estreptomina, solución inyectable 1g/2ml	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Etambutol, tabletas 400 mg			
Isoniazida, tabletas 100 mg		5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Isoniazida- etambutol, comprimidos o grageas 100 mg /300 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Isoniazida-rifampicina, comprimidos o cápsulas 200 mg / 150 mg		5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Rifampicina, comprimidos o tabletas recubiertas de 300 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Rifampicina, suspensión oral 100 mg / 5 ml.		5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Rifampicina-isoniazida-pirazinamida, tabs. o grageas 150 mg /75 mg/400mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		
Rifampicina-isoniazida, tabletas recubiertas 300 mg /400mg		5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registro entradas y salidas de insumos
Rifampicina- isoniazida-pirazinamida- etambutol, comprimidos 150mg / 75 mg / 400 mg/ 300 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Recursos humanos (Núcleo básico)			
Se cuenta con personal médico capacitado para garantizar la oferta de servicios de atención médica	1.- Verificar por plantilla o cartas de adscripción, que se cuenta con personal completo. 2.- Verificar documentación probatoria. En caso de recursos humanos en servicio social presentar la carta de pasante y de asignación	10 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carta de asignación, plantilla de personal
Se cuenta con personal de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de atención médica	1.- Verificar por plantilla o cartas de adscripción, que se cuenta con personal completo. 2.- Verificar documentación probatoria. En caso de recursos humanos en servicio social presentar la carta de pasante y de asignación	10 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carta de asignación, plantilla de personal
Se cuenta con personal de odontología capacitado para garantizar la oferta de servicios de atención médica.	Verificar: 1.- Por registros que se cuenta con personal. 2.- Copia de la cartilla de vacunación o evidencia documental de vacunación contra hepatitis B, tétanos, rubéola y sarampión. 3.- Verificar documentación probatoria. En caso de recursos humanos en servicio social presentar la carta de pasante y de asignación	10 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carta de asignación, plantilla de personal, expediente personal
Interculturalidad			
Recursos humanos con competencia intercultural y de género	Verificar en la localidad. 1.- Existencia del al menos una persona del equipo de salud con conocimiento bilingüe. 2.- Constancia de adscripción al establecimiento. 3.- El personal debe contar con una constancia de capacitación en interculturalidad y/o género de mínimo 8 horas, presencial y/o vía internet expedido por alguna dependencia competente y con validación por el departamento de capacitación jurisdiccional	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carta de asignación, plantilla de personal, expediente personal
Lineamientos de trato intercultural	Verificar. 1.- Existencia documental de los lineamientos de interculturalidad. 2.- Difusión y conocimiento de los lineamientos. Presencia del cartel con los lineamientos de interculturalidad	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, documentos técnicos,
Comités de salud	Verificar. 1.- Existencia documental de los lineamientos de interculturalidad. 2.- El comité difunde los programas prioritarios en la lengua predominante. 3.- Documentación de estrategias para la difusión de programas prioritarios con elementos culturales de la región	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos técnicos, listas de asistencia
Central de equipos y Esterilización (CEyE). Equipo de curación simple			
Señalización y condiciones generales	Verificar. 1.- Ubicación. 2.- Rótulo de identificación. 3.- Infraestructura en buen estado. 4.- Iluminación apropiada y completa. 4.- Instalaciones hidrosanitarias y eléctricas en buen estado y funcionales. 6.- Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos,
Equipo de esterilización en buen estado y de acuerdo a las necesidades del establecimiento	Verificar. 1.- Condiciones que no contenga zonas de oxidación y funcional. 2.- Limpieza y estado del cable del enchufe. 3.- Bolsas de papel grado médico y cinta testigo. 4.- Verificar caducidades	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos,
Mantenimiento de equipo y estructura	Revisar. 1.- Bitácora de mantenimiento y hojas de servicio. 2.- Inclusión del equipo en el Programa de Mantenimiento Preventivo	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos y registros técnicos
Pinzas de disección sin dientes de 10 ó 12 ó 18 cm	Verificar. 1.- Existencia. 2.- Buenas condiciones físicas y de funcionalidad del instrumental. 3.- Paquete rotulado con fecha de esterilización y de contenido	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Central de equipo y Esterilización (CEyE). Equipo de curación simple			
Pinzas de Kocher de 1x2 dientes 13 cm	Verificar. 1.- Existencia. 2.- Buenas condiciones físicas y de funcionalidad del instrumental. 3.- Paquete rotulado con fecha de esterilización y de contenido	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Pinza hemostática curva de Crille de 16 cm	Verificar. 1.- Existencia. 2.- Buenas condiciones físicas y de funcionalidad del instrumental. 3.- Paquete rotulado con fecha de esterilización y de contenido	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	
Tijera de Mayo recta 14.5 cm	Verificar. 1.- Existencia. 2.- Buenas condiciones físicas y de funcionalidad del instrumental. 3.- Paquete rotulado con fecha de esterilización y de contenido	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación

Fuente: Zereth Galindo 2009 y adaptado de la Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2013

Matriz de la dimensión de seguridad

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Consulta externa			
El personal médico, paramédico y técnico utiliza uniforme y gafete de identificación	Verificar 1- Que los integrantes del personal portan uniforme institucional y gafete de identificación y que correspondan a la institución	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Señalización en el área	Verificar 1- Ubicación y directorio, 2.- Rótulo de identificación del área de consulta externa. 3.- Infraestructura en buen estado, 4.- Iluminación apropiada y completa, 5.- Instalaciones hidrosanitarias y eléctricas en buen estado, 6.- Limpieza del área y bitácora de aseo, 7.- Ruta de evacuación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Sala de espera: estructura, mobiliario, extintores	Verificar 1- Estructura con pintura, 2.- Mobiliario cómodo y en buen estado, 3.- Aire acondicionado en su caso, 4.- Extintores colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2000, fecha de la carga original o del último servicio de mantenimiento realizado	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Baños diferenciados por género. Se sugiere contar con baños con espacios físicos para su acceso y uso por personas con discapacidad	Verificar. 1- Existencia de bote de campana o de pedal para basura, insumos, jabón (líquido o gel), toallas desechables y papel sanitario, 2.- Sin fugas de agua o drenaje, 3.- Limpieza e higiene, 4.- Bitácora de mantenimiento y limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio, 5.- En obra nueva baños para discapacitados con barras fijas, 6.- Existencia del cartel con recomendaciones del lavado de manos	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Condiciones adecuadas del área de consultorio	Verificar 1- Limpieza de las instalaciones, que no exista humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y paredes ni fugas de agua, 2.- Iluminación y ventilación adecuada	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Lavabo, jabón (líquido o gel), toallas desechables	Verificar. 1- Existencia y funcionamiento, 2.- Existencia de cartel con la técnica de higiene de manos, 3.- Suficiencia y sistema de abasto de insumos, 4.- Evaluar técnica de lavado de manos en el personal de salud	10 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Equipo y mobiliario del consultorio en buenas condiciones: Silla sin descansar brazos para pacientes en cada consultorio, lámpara de chicote, negatoscopio.	Verificar: 1- Condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro, 2.- Mobiliario funcional. 3.- Bitácora de mantenimiento de: Lámpara de chicote y negatoscopio	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Mesa de exploración con piñeras en cada consultorio	Verificar existencia y buen estado, funcional y espacio tributario	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Esfígmomanómetro	Verificar existencia de al menos uno por cada tres núcleos básicos y funcional	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Consulta externa			
Estetoscopio biauricular en cada consultorio	Verificar existencia y condiciones	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio en cada consultorio de las especialidades básicas	Verificar 1.- Existencia, suficiencia y condiciones, 2.- Funcionalidad, 3.- Sistema de abasto de pilas y focos, 4.- Registro de su uso en los expedientes clínicos, 5.- Bitácora de mantenimiento	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Báscula con estadímetro, báscula pesa bebés, termómetros digitales	Verificar 1.- Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, 2.- Registro de calibración de las básculas por jornada laboral, 3.- Existencia de termómetros en cada uno de los consultorios o área de somatometría con baterías de repuesto, 4.- Buenas condiciones del equipo y funcional	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Espejos vaginales en consultorios	Verificar . 1.- Existencia y buen estado, 2.- Rotulo de fecha de esterilización del paquete (no mayor a 7 días)	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Fonodetector portátil de latidos fetales	Verificar 1.- Existencia y buen estado, 2.- Baterías de repuesto, 3.- Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, registros técnicos
Cinta métrica y abatelenguas en cada consultorio	Verificar existencia y buen estado	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación
Glosa de resultados y nota medica del reporte de tamiz neonatal con apego a normatividad	Verificar por muestreo de expedientes clínicos del recién nacido que el resultado del tamiz neonatal esté integrado, interpretado y comentado nota medica	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico
NOM -005-SSA 3-2010. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios	Verificar existencia y aplicación de ésta	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Información básica para la calidad			
Se cuenta con el diagnóstico de salud del área de influencia	Revisar la actualización de los documentos así como verificar documental y operativamente las mejoras planteadas con base en el diagnóstico	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos
Cómite de calidad y seguridad del paciente			
Participación del responsable del establecimiento en las reuniones del COCASEP jurisdiccional al menos tres veces al año	En la unidad deberá encontrarse copia de la minuta de la última reunión del COCASEP jurisdiccional que incluya la firma del responsable del establecimiento como integrante del mismo	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros técnicos
Resultados de trato digno y atención médica efectiva			
Evidencia del desarrollo de mejora en tiempos de espera	Verificar que el resultado del tiempo de espera en consulta externa se reporta en cualquier tipo de sistema igual o menor de treinta minutos en los establecimientos de primer nivel de atención	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Informe de resultados de tiempo de espera
	Verificar que el resultado de la satisfacción de los usuarios por el tiempo de espera en consulta externa en cualquier tipo de sistema se reporta igual o mayor del 90% y se da a conocer a la población usuaria y prestadora del servicio	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Informe de resultados de tiempo de espera
	Verificar que el resultado de la satisfacción de los usuarios por la información dada por el médico sobre el diagnóstico y tratamiento en consulta externa se reporta en cualquier tipo de sistema como igual o mayor del 95% y se difunden los resultados a los usuarios y prestadores del establecimiento	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Informe de encuestas de satisfacción al usuario
Aval ciudadano			
Participación de organizaciones no gubernamentales (ONG) organizaciones de la sociedad civil, asociaciones civiles, instituciones de asistencia privada, universidades, otras instituciones educativas, grupos y asociaciones jurídicamente no constituidos, empresas privadas, ciudadanos a título individual para avalar los resultados del monitoreo de indicadores de trato digno en consulta externa	Verificar la evidencia de la existencia del Aval Ciudadano mediante la copia del Acta de instalación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Acta de instalación de Aval Ciudadano
	Verificar evidencias de su participación mediante copias de la aplicación del formato " Guía de cotejo para el Monitoreo Ciudadano " (F2AC/03)	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja de cotejo F2AC/03
	Verificar que las sugerencias de mejora propuestas por el Aval ciudadano al personal de salud, sean tomadas en cuenta para la elaboración de la Carta compromiso	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Trazar mejora propuesta por Aval Ciudadano
	Verificar evidencias físicas o documentadas del seguimiento de los compromisos establecidos en la Carta compromiso	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Trazar acuerdos y compromisos incorporados en la Carta del compromiso

Fuente: Zereth Galindo 2009 y adaptado de la Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2013

Matriz de la dimensión de calidad

Indicador	Elemento del indicador	Valor	Fuente
Buzón de quejas			
El establecimiento cuenta con buzón de quejas, sugerencias y/o felicitaciones	Verificar: 1.-Existencia, 2.- Seguimiento, 3.- Control	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, revisión registros técnicos
Difusión de códigos éticos conductuales			
Se difunde y se hace del conocimiento de los usuarios y prestadores del servicio los diferentes códigos Ético - Conductuales y beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	Verificar: Existencia documental o física de la aplicación de cualquier técnica de difusión para los usuarios y personal de salud de la Carta de Derechos Generales de los pacientes, la Carta de Derecho de los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, la Carta de los Derechos de los Médicos, el Código de Ética para el personal de enfermería, y el Código de Bioética para el personal de salud (audio visual, pláticas, carteles, folletos, etc)	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, revisión registros técnicos

Fuente: Zereth Galindo 2009 y adaptado de la Fuente: Guía de auditoría F/C/A/CAUSES/1NIV_2012-13E aplicado 2013.

Abreviaturas

SPSS.- Sistema de protección Social en Salud
DGCES.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
PNS.- Programa Nacional de Salud
DGCES.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud
JCAH.- Join Comisión on Accreditation of Hospitals
IMSS.- Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS.- Ley General de Salud
OCDE.- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CEPAL.- Comisión Económica para América latina y el Caribe
ENIGH.- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
PRONASA.- Programa Nacional de Salud
SICALIDAD.- Sistema Integral de Calidad en Salud
APS.- Atención Primaria de Salud
OMS.- Organización Mundial de Salud
OPS.- Organización Panamericana de Salud
SESA.- Secretaria Estatal de las Entidades Federativas
PCS.- Programa Caravanas de la Salud
SINERHIAS.- Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
CBM.- Cuadro Básico de Medicamentos
FESP.- Funciones Esenciales de la Salud Pública
DOF.- Diario Oficial de la Federación
SiNaCEAM.- Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SSA.- Secretaria de Salud
UNEMES.- Unidades de Especialidades Médicas
CAAPS.- Clínica Avanzada de Atención Primaria en Salud
CAUSES.- Catalogo Universal de Servicios de Salud
CNPSS.- Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CSR.- Centro de Salud Rural
PMCCAM.- Programa de Mejora Continua de la Calidad en la Atención Médica
INDICAS.- Indicadores de Calidad en Salud
CALIDATEL.- Centro de Atención Telefónica para Quejas y Sugerencias
ENSA.- Encuesta Nacional de Salud
NBSS.- Núcleo Básico de Servicios de Salud