

Sistema Estatal de Salud

Reporte de Diagnóstico



2011

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

• INDICE

Objetivo del Estudio	8
Objetivo del Diagnóstico	9
Actividades Realizadas	11
Marco Legal	12
Parte 1 Visión Estratégica	15
SECRETARIA DE SALUD:	15
Objetivos Estratégicos	15
Planeación y evaluación.	18
Planeación y evaluación.	20
ICHISAL:.....	21
Planeación y evaluación.	24
Parte 2. Modelo de Operación.....	25
Análisis Estructural.....	32
Resumen Entrevistas de Operación.....	32
Resumen de levantamiento de Flujos de Proceso	62
Comentarios a los procesos:	72
Sistema de Calidad Actual	76
Georeferenciación:	84
Parte 3 Evaluación funcional y de desempeño.	92
Desempeño actual de la Organización	93
Metodología.....	93
Resultado de Encuestas aplicadas a beneficiarios	95
Resultados de Encuestas a personal.....	100
Parte 5. Evaluación Sistemas de Información	117
Metodología de Análisis.....	117
Resultado de la Evaluación Técnica	121
Modelo de Madurez.....	122
Áreas Evaluadas.....	123
Infraestructura y Conectividad de VOZ/DATOS	124

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Características de los sistemas SIHO y SIGHO y la percepción de los usuarios finales.	126
Arquitectura de conectividad y de sistemas distribuidos – Interoperabilidad con el Estándar HI7 v3	127
Bases de Datos y Repositorio de Información	128
Seguridad de la información	128
Definición y administración de niveles de servicio	129
Documentación de Planeación	129
Manuales de usuario	133
Análisis FODA.....	134
Conclusión.....	135
Personal entrevistado:	142
SECRETARIA DE SALUD:	142
SERVICIOS DE SALUD:	142
ICHISAL.....	143

Antecedentes

En Octubre de 1997 se firmó un Convenio, dentro del marco del proceso de descentralización, que determinó la creación de un Organismo Público Descentralizado – OPD transformándose los hasta entonces Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Chihuahua, de la Secretaría de Salud Federal, en el Organismo Público Descentralizado, denominado Servicios de Salud de Chihuahua (SSCH), con identidad legal y funciones inherentes a la prestación de servicios de atención médica para población no derechohabiente, además de garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado en esta situación, realizar acciones para mejorar la calidad y promover la ampliación de cobertura en la prestación de los servicios.

Tal es el caso que desde esa fecha, los Servicios de Salud se integraron al Gobierno del Estado, bajo la coordinación de la Secretaría de Fomento Social, por el carácter eminentemente social de sus acciones.

A su incorporación, se crea por parte de la Secretaría de Fomento Social, el Sistema Estatal de Salud (SES), organismo que conduce las acciones de prestación de servicios de atención médica hacia la población no derechohabiente y que se integra a partir de la existencia de dos instituciones de salud pertenecientes al Gobierno del Estado: los Servicios de Salud de Chihuahua y el Instituto Chihuahuense de la Salud – ICHISAL -, con inclinación principalmente a la atención del segundo nivel.

El Sistema Estatal de Salud opera con la presencia de las dos instituciones por separado y con una operatividad controlada por la Secretaría de Fomento Social.

De acuerdo a esta co-participación, las dos instituciones tienen la responsabilidad de traducir la labor del gobierno en servicios de atención médica que satisfagan las necesidades de la población usuaria, relación que establece la necesidad de compartir la prestación de servicios de atención médica, con regímenes jurídicos y laborales distintos, lo que redundaría en una duplicidad de funciones y de estructuras.

Durante el mes de julio de 2007, se asistió por parte de la Dirección General y la Dirección de Planeación y Evaluación de los Servicios de Salud de Chihuahua, a la orientación realizada por parte del **Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)**, donde entre otros tópicos, se dio a conocer la intención, que dentro del marco de la descentralización se dé un empuje hacia la reestructuración institucional y se propone que el organismo público descentralizado dé inicio a las acciones tendientes a consolidar el proyecto.

Derivado de lo anterior, el Organismo Público Descentralizado adquirirá, con apoyo del PROCEDES una consultoría en **Procesos Organizacionales**, para diseñar y proponer una nueva estrategia que integre y establezca las bases para efectuar la reestructuración del organismo, con miras a promover una coordinación interna y externa entre los diversos participantes en salud,

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

tanto de la Secretaría de Fomento Social y demás prestadores de salud del Sistema Estatal de Salud, y realizar una efectiva gestión para la creación de la Secretaría de Salud en el Estado de Chihuahua, como Dependencia rectora.

El PROCEDES es un Programa de financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad, en un marco de innovación de los servicios de salud. Dicho Programa, dentro de sus estrategias establece Avanzar hacia un Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) y entre sus líneas de acción se encuentra el financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad.

Una de las líneas de acción para contrarrestar la tendencia histórica del rezago en salud es ofrecer financiamientos estratégicos para fortalecer los programas de salud. Una de las líneas de acción que habrá de implantarse para contrarrestar esta tendencia histórica es ofrecer financiamientos estratégicos para fortalecer los programas cuyo objetivo es la reducción de los rezagos en salud. Estos recursos deberán garantizar la estructuración de paquetes esenciales de salud que se sumen a lo que se ofrece a través del paquete básico de servicios de salud.

Dentro del Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 se encuentran los siguientes objetivos:

- 1 • Mejorar las condiciones de salud de la población.
- 2 • Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.
- 3 • Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.
- 4 • Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud
- 5 • Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Todos estos objetivos contribuyen a fortalecer el Sistema Nacional de Salud, que a su vez impulsa la reestructuración de los Servicios Estatales de Salud, en particular del Estado de Chihuahua, bajo el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS).

La Rectoría, el Financiamiento Equitativo y Sostenible, la Generación de Recursos Suficientes y Oportunos, así como la Prestación de Servicios, son funciones del Sistema Nacional de Salud, las cuales se detallan a continuación:

Rectoría:

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios;
2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades;
3. Situar la calidad e la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud;
4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud;
5. Organizar e integra la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Financiamiento Equitativo y Sostenible:

1. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud;
2. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona.

Prestación de servicios:

1. La entrega de servicios a la persona;
2. La cobertura de la comunidad con servicios no personales.

Generación de Recursos Suficientes y Oportunos:

1. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector;
2. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos;
3. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y equipamiento necesarios.

Si bien el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) contempla la desconcentración de las jurisdicciones y hospitales, éste ha carecido de una serie de procedimientos que permitan homologar los procesos y las practicas de las unidades médicas de las ocho Jurisdicciones y 3 subsedes que conforman el cuerpo operativo de los Servicios de Salud Chihuahua.

De esta manera se considera capital la reforma de este Modelo mediante la instauración de mecanismos que permitan transparentar el funcionamiento de los servicios, y brindar la cobertura y la calidad en la atención de una manera homogénea en todos los centros de salud de la red. A su vez, es necesario integrar el Sistema de Protección Social en Salud, tomando en cuenta los esfuerzos realizados en lo que se refiere a la elaboración de convenios, estudios socioeconómicos y sistemas de pagos, entre otros.

Objetivo del Estudio

Proponer un proyecto normativo que dé origen a un fortalecimiento organizacional que permita la reestructuración de los Servicios de Salud de Chihuahua en el marco de la separación de funciones cuyos ejes sean la rectoría, el financiamiento – compra y prestación de servicios a la persona y a la comunidad, incluyendo la generación de recursos, la adopción de modelos de gestión innovadores en unidades y redes de prestación de servicios así como el desarrollo e implantación de sistemas de información y monitoreo, para alcanzar la integración y vinculación funcional de la “ Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua”, a partir del Organismo Público Descentralizado – “Servicios de Salud de Chihuahua”. El proyecto consta de tres etapas definidas, que de acuerdo a la suficiencia financiera con la que se cuente se podrán desarrollar con los objetivos establecidos y tendientes al cumplimiento de la meta establecida.

ETAPA I.- Diagnóstico y situación Actual.

ETAPA II.- Propuesta de Reestructuración.

ETAPA III.- Proyecto o Programa de Implementación.

De esta manera el objetivo general del estudio se enfoca para los siguientes resultados:

- ✓ Mejorar las condiciones de salud de la Población.
- ✓ Brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
- ✓ Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.
- ✓ Atender los problemas relacionados con el rezago y enfrentar los problemas emergentes.
- ✓ Implementar acciones para la modernización de los procesos administrativos del primer y segundo nivel de atención.

Objetivo del Diagnóstico

La organización debe sujetarse a un análisis integral que incluya:

- Analizar la rectoría actual de las Redes de Servicios de Salud, contemplando las funciones desempeñadas con dualidad o duplicación por las Dependencias y entidades integrantes.
- Analizar el marco legal sobre el que se sustentan los objetivos y atribuciones del Organismo Público Descentralizado e identificar áreas de oportunidad y sustantivas a fin de lograr una reestructuración integral.
- Analizar la estructura orgánica del Organismo Público Descentralizado para identificar su funcionalidad, tamaño y efectividad.
- Analizar la plataforma estructural actual de la OPD y su correspondencia con una articulación organizacional y constitucional.
- Analizar la actual articulación funcional de las áreas tanto administrativas, como operativas y su correspondencia con la separación de funciones (rectoría, financiamiento y prestación de servicios).
- Analizar los procesos organizacionales y aplicativos del Organismo Público Descentralizado, su situación actual de implementación y desempeño.
- Identificar las deficiencias en la implementación y desempeño de los procesos organizacionales y aplicativos del Organismo Público Descentralizado.
- Analizar la situación actual de las Jurisdicciones Sanitarias, establecer la situación actual de los procesos operativos y su correspondencia con las Redes de Servicios de Salud.
- Analizar la regionalización actualmente en operación, identificar las acciones establecidas para acercar los servicios de salud a la población, así como las inconsistencias y deficiencias que impiden lograr una plena cobertura y conocimiento de la población acerca de las acciones de atención médica de la OPD.

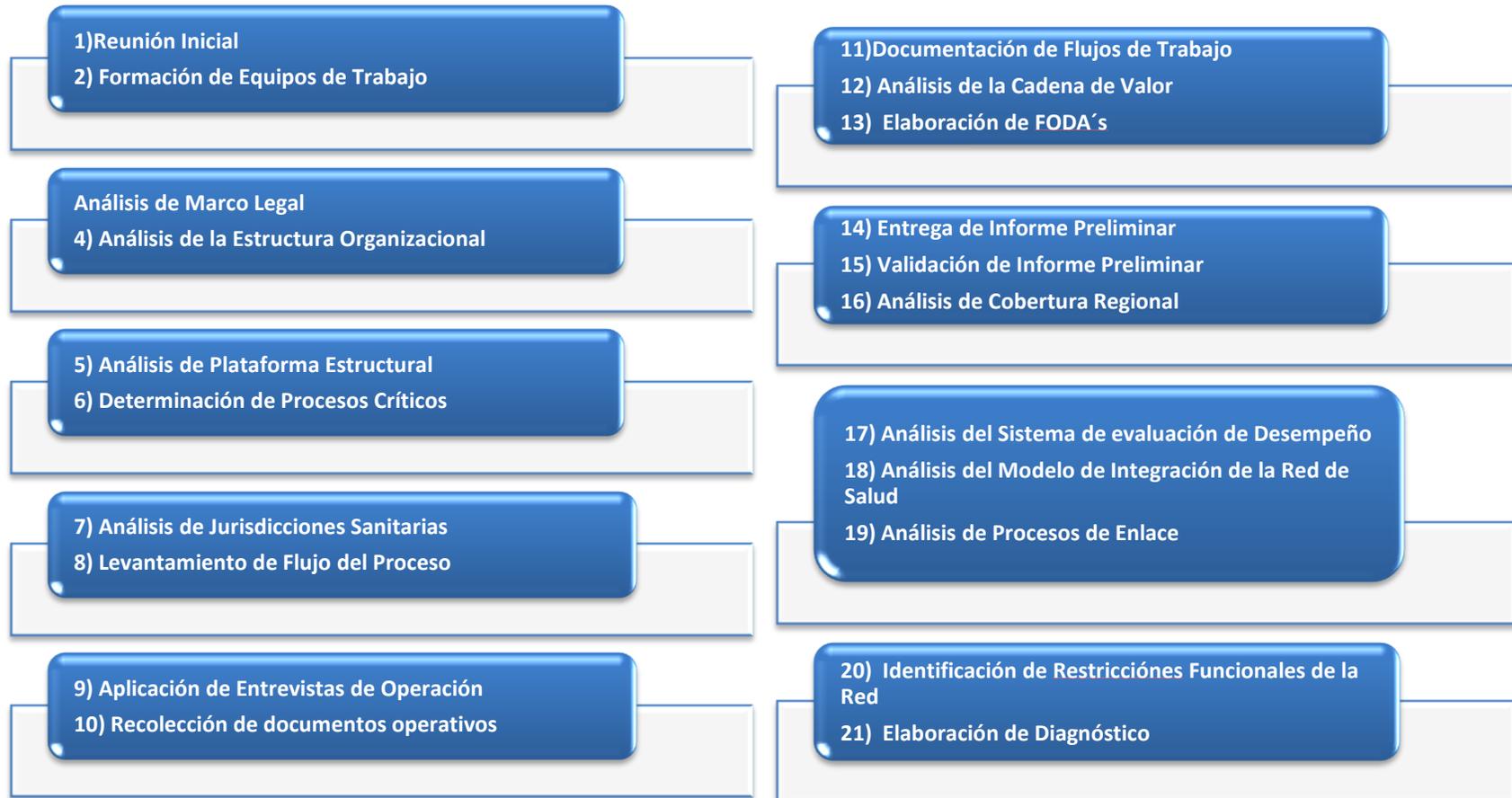
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

- Identificar la correspondencia de los componentes actualmente existentes dentro de la OPD y los necesarios para la reestructuración en una Secretaría de Salud, tomando como base el Organismo Público Descentralizado, bajo un esquema de Redes de Servicios de Salud.
- Analizar las funciones actuales de Organismo Público Descentralizado y su correspondencia con los procesos que darán forma a la reestructuración.
- Identificar las áreas de oportunidad que den mejora a los procesos organizacionales tendientes a caracterizar a la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua.
- Identificar acciones necesarias de Recursos Humanos, Recursos Financieros y Materiales, así como organizacionales en pro de la Secretaría de Salud y las Redes de Servicios de Salud.
- Efectuar un análisis sobre el Sistema de Información actual y las posibles dificultades existentes en la generación de la información.
- Analizar y describir los procesos de evaluación del desempeño implementados en la actualidad por fusión del Organismo Público Descentralizado.
- Analizar los procesos del enlace administrativo entre el Sistema de Protección Social en Salud y el Organismo Público Descentralizado, identificar inconsistencias administrativas y de operación, que deterioran la transferencia de recursos entre ambos organismos.
- Identificar los principales obstáculos que se presentan para la optimización de los recursos humanos, financieros y materiales en las Redes de Servicios de Salud.

Actividades Realizadas.

De acuerdo con el cronograma de actividades, se realizaron las siguientes:



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

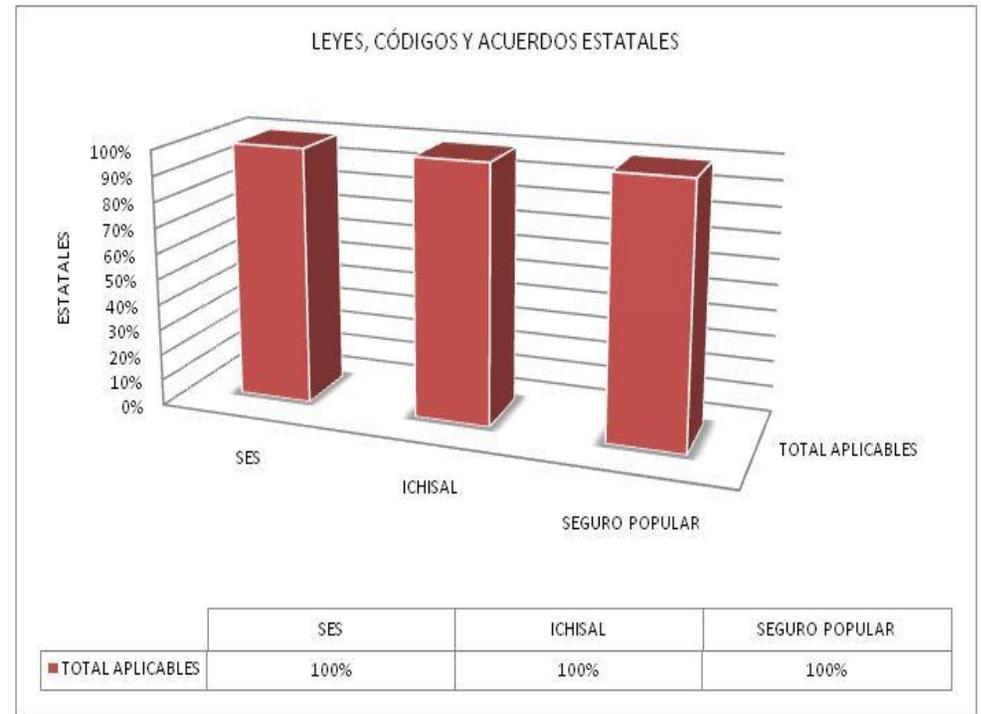
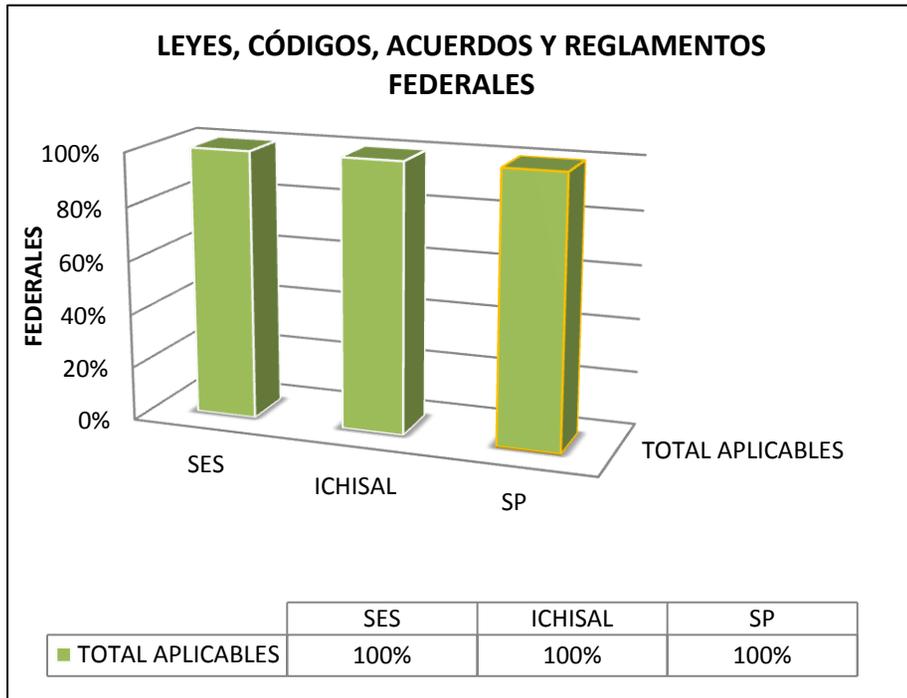
Marco Legal

Como parte de los trabajos a realizar, se analizaron las diferentes normatividades aplicables a las entidades del sector salud en el estado de chihuahua, las cuales se mencionan a continuación:

DOCUMENTO	SES	ICHISAL	SP
LEYES, CÓDIGO Y ACUERDOS FEDERALES			
1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	x	x	x
2 Ley General de Salud.	x	x	x
Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud, de Hacienda y Crédito Público, de Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Estado de Chihuahua, así como la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud para la Desintegración Integral de los Servicios de Salud en la Entidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación.	x	x	x
3 de los Servicios de Salud en la Entidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación.			
4 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	x	x	x
5 Ley de Planeación.	x	x	x
6 Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.	x	x	x
7 Ley General de Deuda Pública.	x	x	x
8 Ley de Adquisiciones y Obras Públicas.	x	x	x
9 Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.	x	x	x
10 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.	x	x	x
11 Ley Federal del Trabajo.	x	x	x
12 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.	x	x	x
Acuerdo No.104 por el que desconcentran funciones a los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados de Baja California, Chihuahua, Chiapas, Coahuila, Tamaulipas y Veracruz para tramitar los permisos previos de importación.	x	x	x
13 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 8 de Diciembre de 1993.	x	x	x
Acuerdo No.122 mediante el cual se delegan facultades en materia Jurídica a los Jefes de los SCSP, y al titular de los Servicios de Salud Pública en el D.F., publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 21 de Abril de 1995.	x	x	x
15 el Diario Oficial de la Federación el día 21 de Abril de 1995.			
16 Acuerdo Nacional para la descentralización de los Servicios de Salud publicado el 25 de Septiembre de 1996 en el D.O.F.	x	x	x
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica.	x	x	x
17 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, productos y Servicios.	x	x	x
18 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad.	x	x	x
19 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud	x	x	x
20 Reglamento de Ingeniería Sanitaria Relativo a Edificios	x	x	x
21 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.	x	x	x
22 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.	x	x	x
23 Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación	x	x	x
24 Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.	x	x	x
25 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	x	x	x
26 Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General	x	x	x
27 Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	x	x	x
28 Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.	x	x	x
29 Reglamento para la Organización y Funcionamiento del Consejo Nacional Contra las Adicciones.	x	x	x
30 Reglamento Interior de la Comisión Intersecretarial de la Industria Farmacéutica.	x	x	x
31 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios Relacionados con Bienes Muebles	x	x	x
32			
TOTAL APLICABLES	100%	100%	100%
100			

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

DOCUMENTO	SES	ICHISAL	SP
LEYES, CÓDIGO Y ACUERDOS ESTATALES			
1 Constitución Política del Estado Libre y Soberano.	x	x	x
2 Descentralizado denominado Servicios de Salud de Chihuahua, Publicado el 25 de Septiembre de 1997.	x	x	x
3 Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Chihuahua.	x	x	x
4 Ley Orgánica del Poder Judicial del Estado de Chihuahua.	x	x	x
5 Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Chihuahua.	x	x	x
6 Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua.	x	x	x
7 Ley Estatal de Salud.	x	x	x
8 Ley del Instituto Chihuahuense de Salud.	x	x	x
9 Ley para las Personas con Discapacidad en el Estado de Chihuahua.	x	x	x
10 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios Relacionados con los Bienes Muebles del Estado de Chihuahua.	x	x	x
11 Ley de Presupuesto de Egresos, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Chihuahua.	x	x	x
100 %	TOTAL APLICABLES	100%	100%

Parte 1 Visión Estratégica

SECRETARIA DE SALUD:

Objetivos Estratégicos

Los directivos han desarrollado un ejercicio de planeación estratégica y tienen muy claro hacia donde quieren llevar el organismo de salud: su visión es clara y retadora, con metas en términos de mejorar la calidad de vida y salud de los Chihuahuenses, así como incrementar la productividad de la organización en general apoyados en estrategias que permitan lograr un flujo financiero sano, que permita cubrir el déficit presupuestario actual, y poder implementar nuevas inversiones, lograr capacidad de crecimiento y operación, todo esto basado en pilares claros para la organización. Como se aprecia en el siguiente diagrama:

Propuesta de valor al usuario

Clarifica condiciones que le van a dar valor al usuario.

Proceso de crear valor

Cómo los procesos transforman activos intangibles en resultados para la sociedad.

Agrupamiento de activos y de actividades

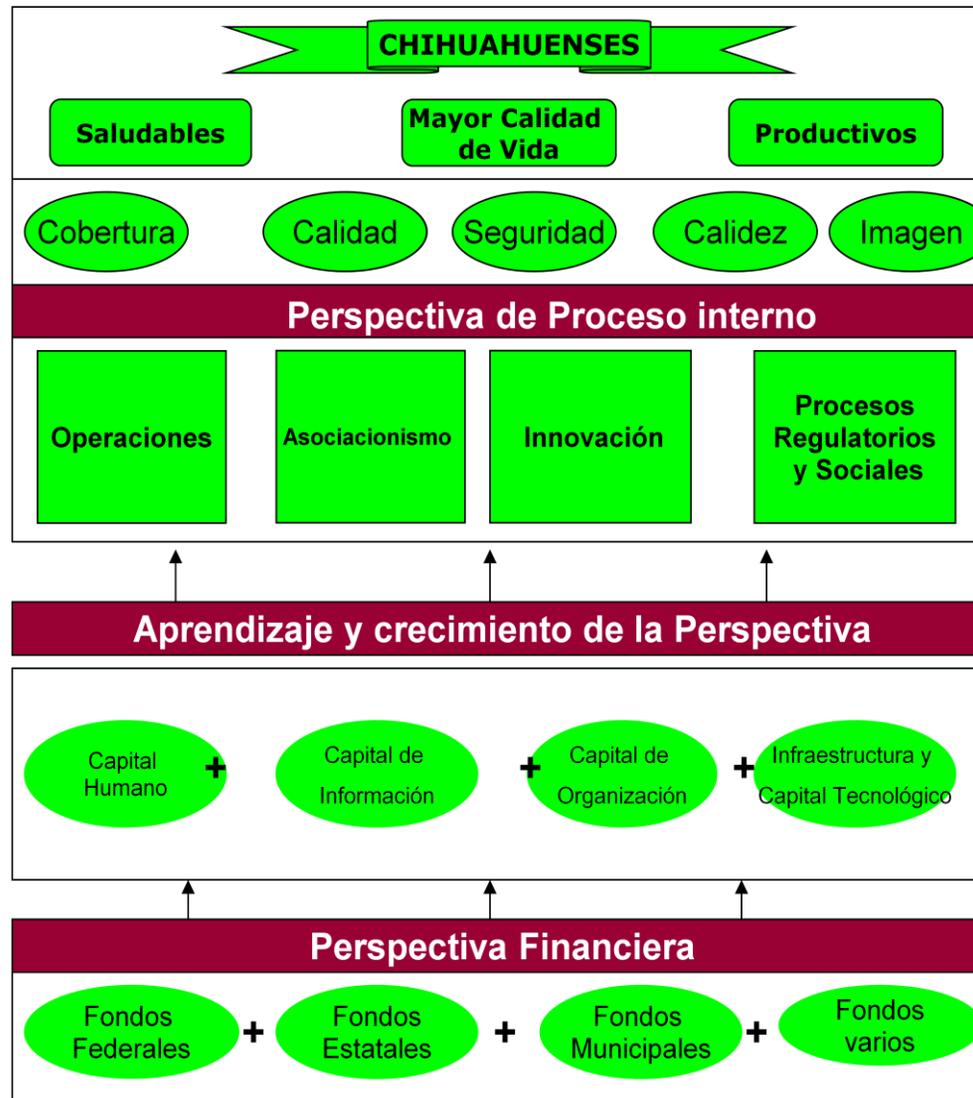
Definir activos tangibles e intangibles que podrán ser alineados e integrados para crear valor.

Relación de Causa y Efecto

Definir cómo los fondos se transforman en activos tangibles e intangibles que son capaces de operar un modelo

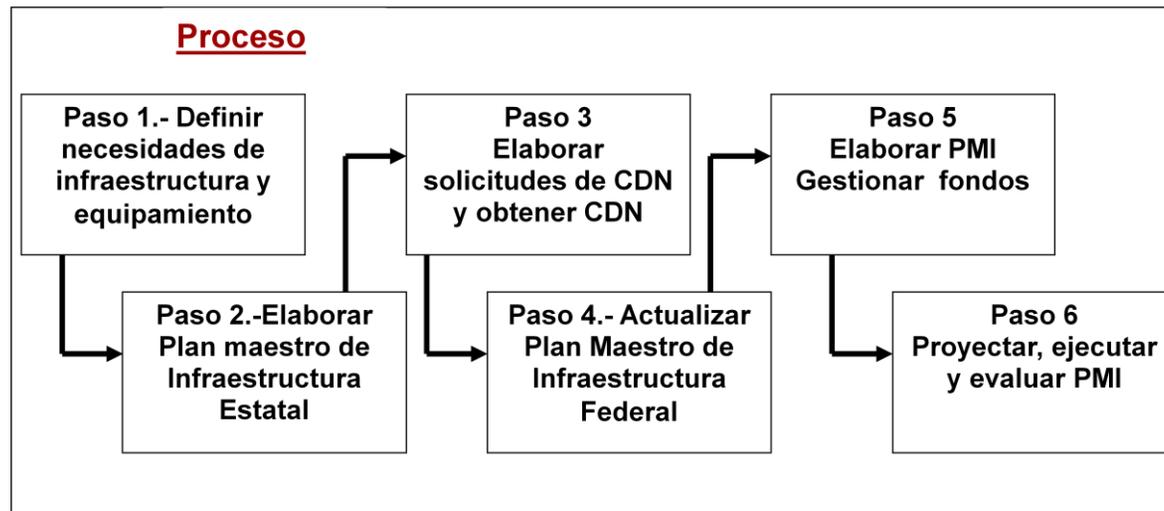
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



.Fuente: Director Planeación, Evaluación y control Sria Salud.

Basados en el siguiente Modelo:



Fuente: Director Planeación, Evaluación y control Sria Salud.

Sin embargo no se ha implementado, permeado la misión, valores y visión integral de desarrollo de la organización a través de la *integración de todo el personal de la organización hacia los objetivos clave* de manera que vayan descendiendo a todos los niveles de la organización, *utilizando medios indirectos en vez de presión directa, creando un sentimiento de necesidad y convencimiento de integración y concientización de objetivos y valores comunes en todos los empelados y grupos de interés.*

Así mismo es importante poder tener la capacidad de construir ventajas competitivas que ayude a fortalecer a la organización a través de mantener o aumentar sus ventajas *mediante la mejora continua y la innovación tanto en procesos como en organización y apoyar el fortalecimiento y colaboración consciente de todas las áreas involucradas* al integrarlas en todas la tareas, ya sean rutinarias o de mejora, en función de los objetivos clave y coordinando todos los esfuerzos y recursos.

Muy importante también deberá ser el propiciar condiciones para la identificación de todo el personal de Servicios de Salud e Ichisal, con los objetivos de la organización, de modo que mientras mejor se alcancen éstos mayores sean los beneficios para cada uno y la sociedad.

Dentro de los obstáculos principales que se perciben son:

- Poder cubrir el déficit presupuestario de ambos organismos. (SS -\$16,328,891.00 a cierre de Julio 2011, Ichisal -\$43 millones de pesos cierre 2010).
- Poder establecer una retribución directa al profesional en base a productividad basado en la evaluación por desempeño. No existe una evaluación de desempeño por cada puesto de trabajo.
- El cambio en la cultura organizacional de procesos burocráticos hacia procesos más eficientes, basados en sistemas innovadores de calidad y productividad.
- Mantener buenas relaciones con los sindicatos y tener flexibilidad de liderazgo.
- La descentralización de funciones.
- El déficit de medicinas en toda la región.
- El déficit de médicos y enfermeras que existe en muchas regiones, principalmente en la zona de la Sierra y Juárez, debido a la inseguridad que hay en esas zonas y la lejanía de estas poblaciones.

Planeación y evaluación.

La secretaria se esfuerza por cumplir sus programas y compromisos, los directivos de primer orden se mantienen enfocados y alineados en su visión. A este nivel se mantienen controles donde se aseguran la eficacia y oportunidad para responder a sus metas y objetivos trazados definidos en el ejercicio de planeación estratégica.

Sin embargo es importante elaborar los planes a través de un proceso en el que participen todos los que después serán responsables de su ejecución y de sus resultados, así como establecer el plan de desarrollo estratégico de la organización y darles seguimiento mediante los indicadores y metas basados en el desempeño por cada puesto que permitan identificar desviaciones y tomar acciones oportunas para corregirlas, donde estos indicadores iniciaran en el nivel más alto para que vayan descendiendo a todos los niveles de la organización.

Así como delegar la responsabilidad por los resultados a los propios encargados de realizar los planes y dotarlos de registros y medios efectivos para controlarlos.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

En el siguiente diagrama se puede observar el proceso de la estrategia financiera:



Fuente: Director Planeación y Evaluación Sria de Salud.

SERVICIOS DE SALUD:

Objetivos Estratégicos.

En Servicios de Salud en algunas direcciones se tienen ejercicios aislados de planeación estratégica propios para su área, sin embargo no se elaboran planes a través de un proceso en el que participen todos los que después serán responsables de su ejecución y de sus resultados. Hoy en día es muy difícil la complejidad y la dinámica de cambio que caracterizan el entorno de las organizaciones y resulta muy difícil navegar sin rumbo fijo. El contar con un plan y seguirlo no sólo facilita el logro de los fines; también la toma de decisiones a todo lo largo del camino. Todos los empleados y trabajadores deben conocer y compartir una visión común renovada acerca del futuro de la organización que habrán de construir juntos. Sólo así garantizará que sus decisiones y acciones cotidianas le permitan enfrentar los retos y oportunidades que se le presenten.

El establecimiento de objetivos y metas son a partir de un requisito de un plan de desarrollo estatal y/o nacional, enfocados a datos de las unidades medicas en estos se invierte tiempo, recursos y esfuerzos en la elaboración de un gran número de indicadores que están establecidos y requeridos para controles nacional y/o estatal de tiempo atrás, sin embargo esta información no se usa continuamente sistemáticamente, para identificar desviaciones y tomar acciones oportunas para corregir o mejorar los procesos, tampoco se ha hecho un análisis que cuestione la redefinición de los mismos indicadores para que sea más productiva y valiosa la información, tampoco existen indicadores internos de medición de desempeño. No se asigna la responsabilidad de los resultados a los propios encargados para que pudieran realizar sus propios planes y programas para asegurar la eficacia de la operación y que los líderes puedan tomar decisiones sobre bases sólidas en todo momento.

Planeación y evaluación.

El diagnóstico muestra que la atención de los directivos en Servicios de salud, está concentrada en resolver los problemas inmediatos y simplemente no les queda tiempo para reflexionar y/o planear, evaluar, y poder identificar los factores del entorno cuyo proceder podría afectar más a la organización y sus productos como el desarrollar acciones necesarias para darles seguimiento y poder generar sus propias oportunidades haciendo concurrir tendencias favorables del entorno con recursos y fortalezas de la organización. La flexibilidad para poder impulsar cambios que fortalezcan la organización es difícil, producto de una cultura organizacional establecida.

ICHISAL:

Objetivos Estratégicos.

En Ichisal los directivos tienen claridad en cuanto a valores y líneas de acción que presenta su organización, esta es una fortaleza que le permitirá atraer y retener a personal de alto nivel. Mas sin embargo la organización no ha plasmado una visión de largo plazo, ya que está por lo pronto enfocada firmemente en lograr un sano flujo de efectivo estrategia que es muy positiva sin embargo es a corto plazo, esta estrategia es a consecuencia de que el organismo tiene un superávit a Junio de 2011 de \$50 millones de pesos, pero para el cierre de 2010 cerró con un déficit de \$43,319 millones de pesos. Sin embargo los esfuerzos se han reflejado en una recuperación ya que en el año 2009 tenían un déficit de -\$100,123,623.00 y con estrategias de gestión con el seguro popular lograron en el 2010 un incremento en el presupuesto del 60% (Anexo 4), y otras acciones que se han implementado como el análisis de costos por minuto de eventos médicos como es el uso de quirófano, para así ajustar los costos contra el precio actual, y sobre esto poder tener una ganancia o por lo menos no tener pérdida. Todo esto debido al incremento de demanda, además debe atender un total de 424 mil derechohabientes entre el I sector central y diversos órganos de gobierno estatal.

No obstante las estrategias a corto plazo como lo antes explicado no justifican no poder contar con un Plan Estratégico para dirigir todas sus decisiones y acciones al logro de objetivos de desarrollo elaborado desde la cúspide y establecer objetivos equilibrados de ganancias de corto plazo, crecimiento y servicio a la sociedad a partir de una visión integral del desarrollo de la organización.

Dentro de la integración de objetivos y valores comunes la atención de los directivos está concentrada en resolver los problemas inmediatos y simplemente no les queda tiempo para reflexionar acerca de oportunidades y amenazas.

Es conveniente aislarse un poco de la actividad diaria y ver a la organización en perspectiva, se puede descubrir que están pasando muchas cosas que pueden convertirse en oportunidades.

Probablemente las presiones a que está sujeta la organización en algunas áreas, provocan que no trate del todo bien a sus clientes, proveedores, empleados o representantes de la sociedad. La consecuencia de esta práctica es que cada vez tendrá más presiones de ellos para negociar y construir una sana relación de largo plazo.

Ichisal asume conductas de respeto del orden establecido y de participación en su desarrollo, contribuye a mejorar también el entorno en el que opera, esto hace que la organización sea reconocida y que sea uno de los factores clave de existencia de la organización y que por lo cual se tenga la confianza de invertir continuamente en su crecimiento. Se aprecia el liderazgo de sus

directivos basados en la creatividad para encontrar soluciones creativas para mejorar las operaciones de sus unidades medicas con bajo presupuesto y aprovechando el talento del equipo de trabajo.

Dentro de los objetivos principales por parte del consejo directivo están la ampliación y mantenimiento de los siguientes unidades medicas en base a estrategia de prioridad de necesidades:

Hospital de Cuauhtémoc:

Debido a su ubicación geográfica es de gran importancia ya que atiende a la población de 22 municipios vecinos.

- La inversión total es de: \$14,631,832.00
 - Infraestructura: \$1,008,0168.00
 - Equipo médico: \$4,551,664.00
- La inversión ampara: 4 cunas de calor radiante, 2 incubadoras de traslado, 2 ventiladores de cuidados intensivos, 2 mesas quirúrgicas para obstetricia, que ayudarán a proporcionar una mejor atención a todas las mujeres de la región que llegan con alguna complicación en su embarazo y salvar la vida tanto de la madre como del hijo.
- Superficie remodelada: 850.93m²
- Avance: Urgencias 20%, Quirófanos 86%
- Plan terminación: 7 Sep. 2011

Hospital General de Juárez:

Este es de suma importancia debido a la cantidad de personas que se les ofrece servicio.

- La inversión total es de: \$12,459,124.00
 - Infraestructura: \$4 067 376.00
 - Equipo médico: \$8 391 748.00
- La inversión ampara: Ampliación de cuatro quirófanos en la parte superior del hospital, además de dos quirófanos más en el área de urgencias, para aumentar la capacidad resolutive del hospital.
- Superficie remodelada: 775 m²
- Avance: 5%
- Plan terminación: 30 Oct 2011

Hospital de Jiménez:

- La inversión total es de: \$6,471,232.00.
 - Infraestructura: \$5,4071.909.00
 - Equipo médico: \$1,063,323.00

La inversión ampara: Una ampliación y remodelación en el quirófano, el área de urgencias y el acceso a está, también se equipará con un ultra sonógrafo y monitor de signos vitales, además se contratará a un cardiólogo que ofrezca atención de manera permanente a la población de este municipio.

- Superficie remodelada: 72.38 m2
- Avance: 10% Julio 2011
- Plan terminación: 30 Sep. 2011

Hospital de Regional de Delicias:

- La inversión total es de: \$8,136,393.00.
 - Infraestructura: \$4,801.091.00
 - Equipo médico: \$3,335,302.00
- La inversión ampara: La ampliación y remodelación al área de administración, vestidores, quirófanos y urgencias, compra de nuevo equipo médico.
- Superficie remodelada: 649.62m2
- Avance: 30% Julio 2011
- Plan terminación: 30 Sep. 2011

Hospital Central Universitario:

Se presenta una inversión de \$5, 943,112.40 pesos en equipamiento médico.

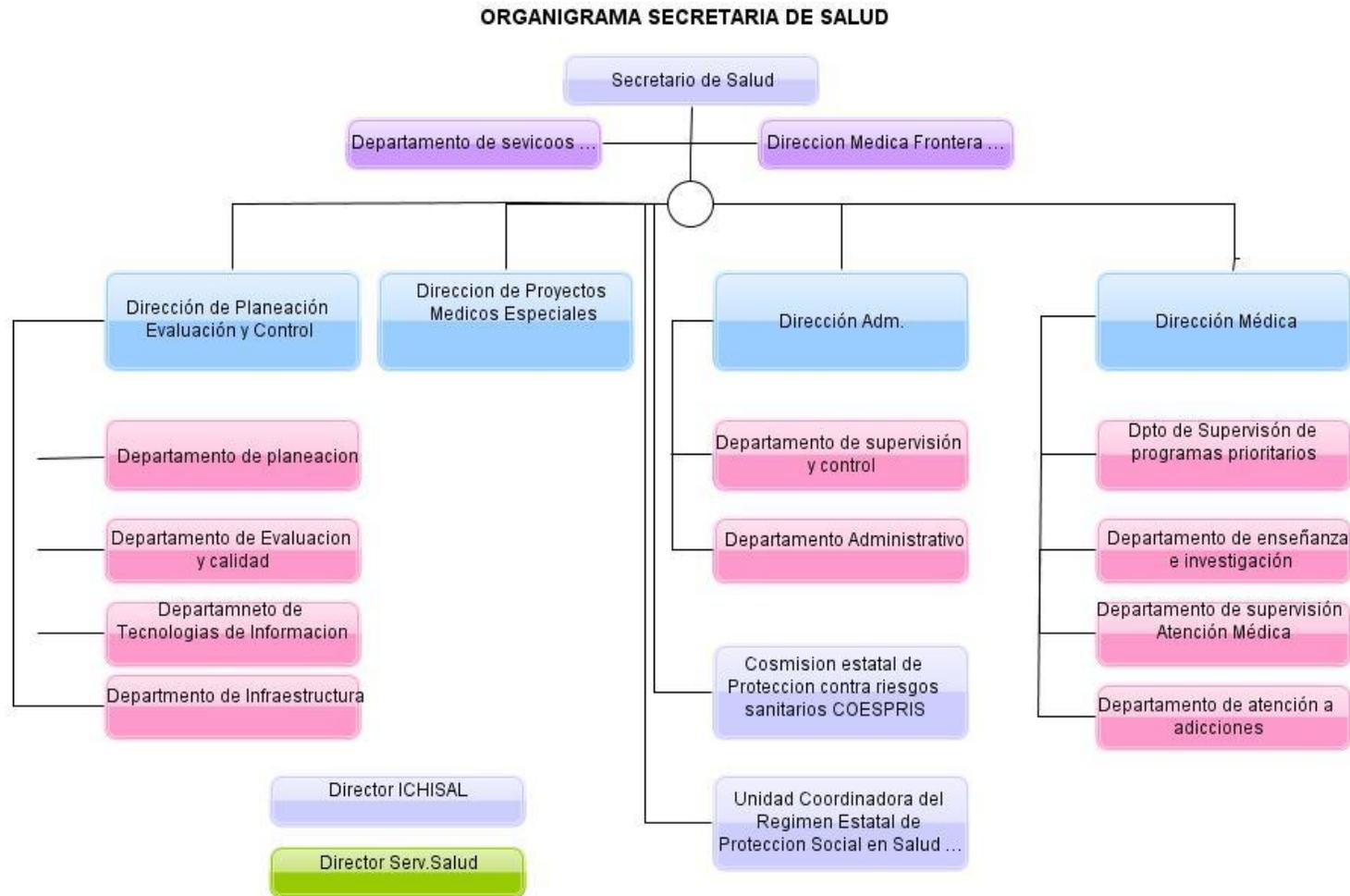
Planeación y evaluación.

En Ichisal se ha reconocido que lo más importante de la planeación no es la formulación del plan sino su ejecución y seguimiento. Los planes, entendidos como “decisiones anticipadas” lleva a donde hay que llegar sólo si cuentan con la voluntad unánime de todos los responsables.

No se elaboran los planes a través de un proceso en conjunto en el que participen todos los responsables e involucrados, si no que se establecen objetivos y metas a partir de un plan de desarrollo por cada unidad médica basado en las necesidades inmediatas de cada una de ellas, para en forma de resumen ser elevadas y darles seguimiento para su aprobación y prioridad dentro del presupuesto anual.

Parte 2. Modelo de Operación

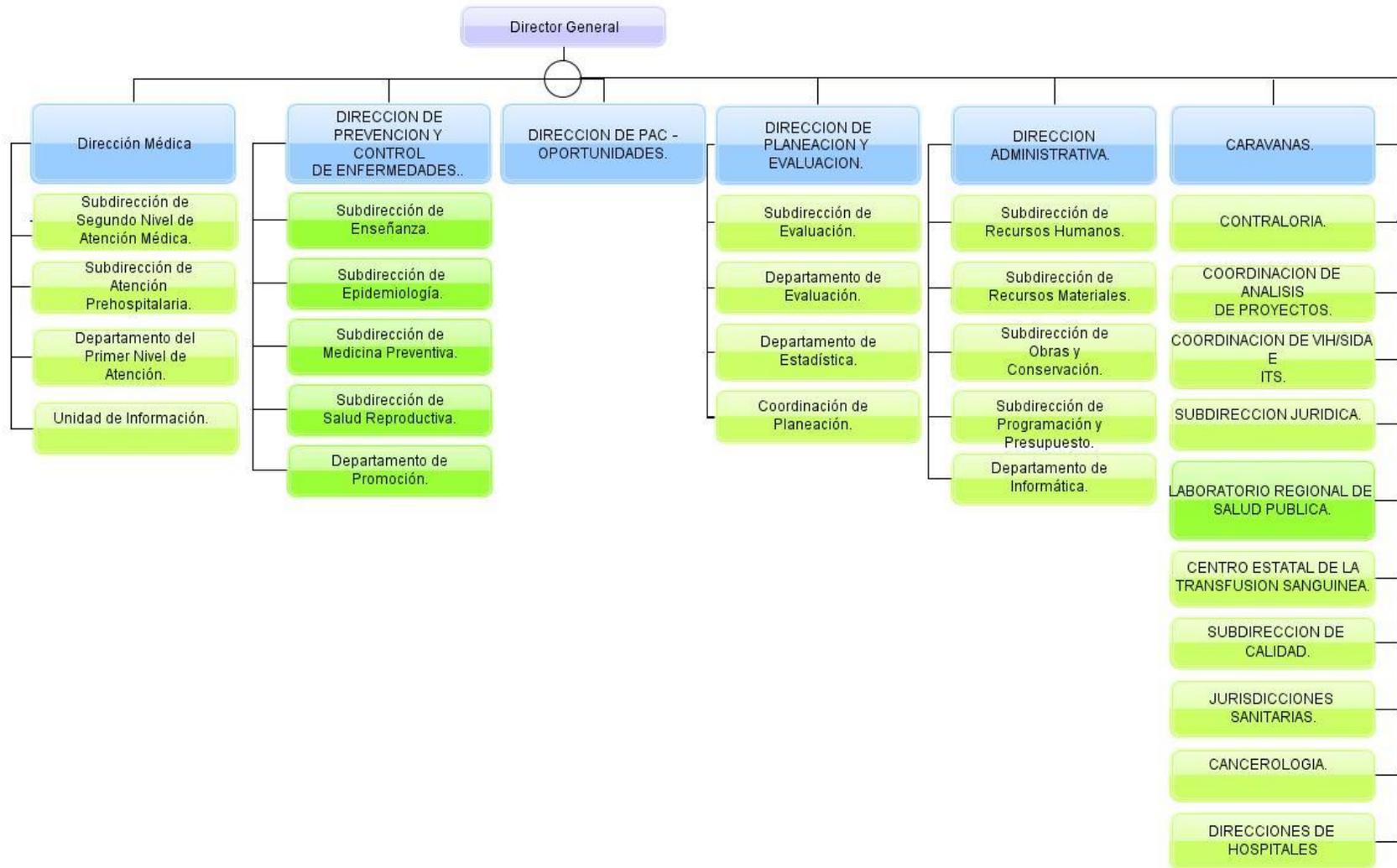
A continuación se muestran los organigramas actuales:



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

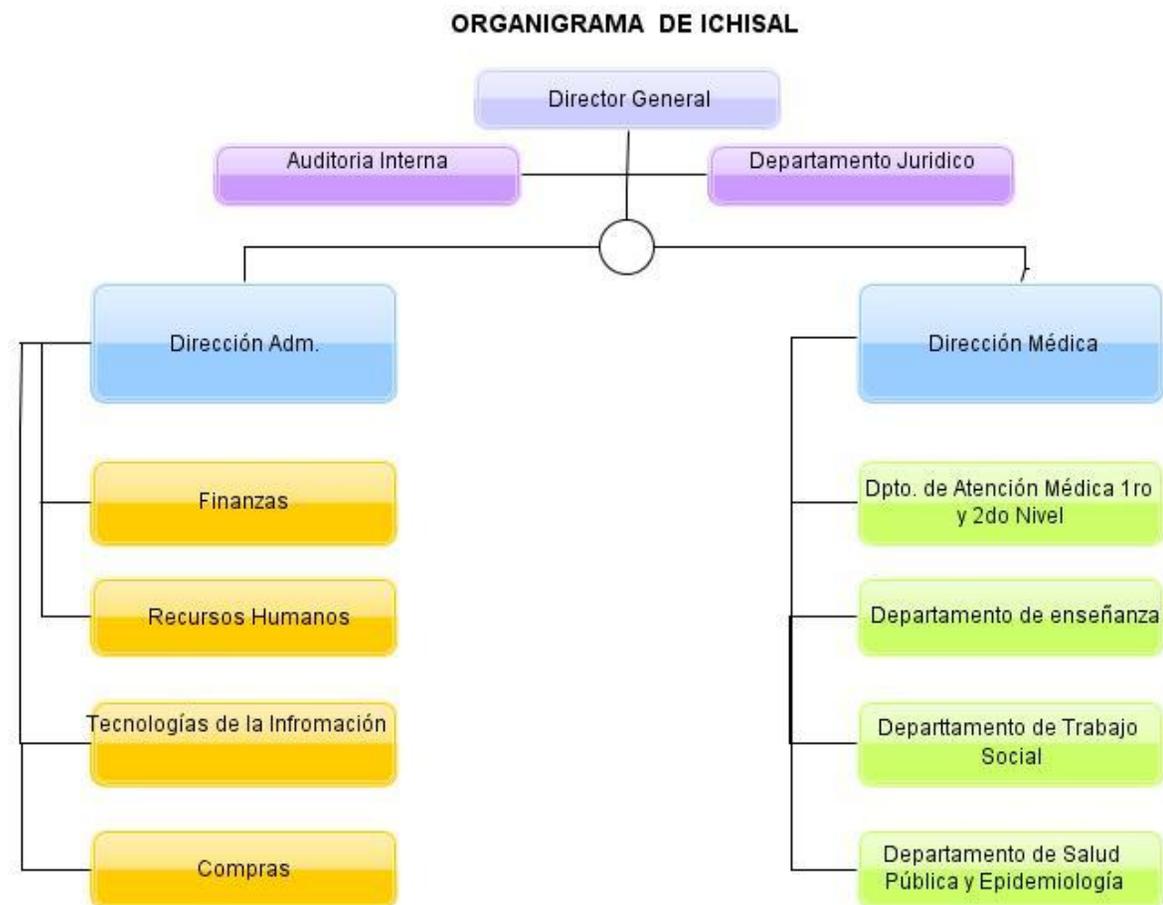
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

ORGANIGRAMA DE SSE



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

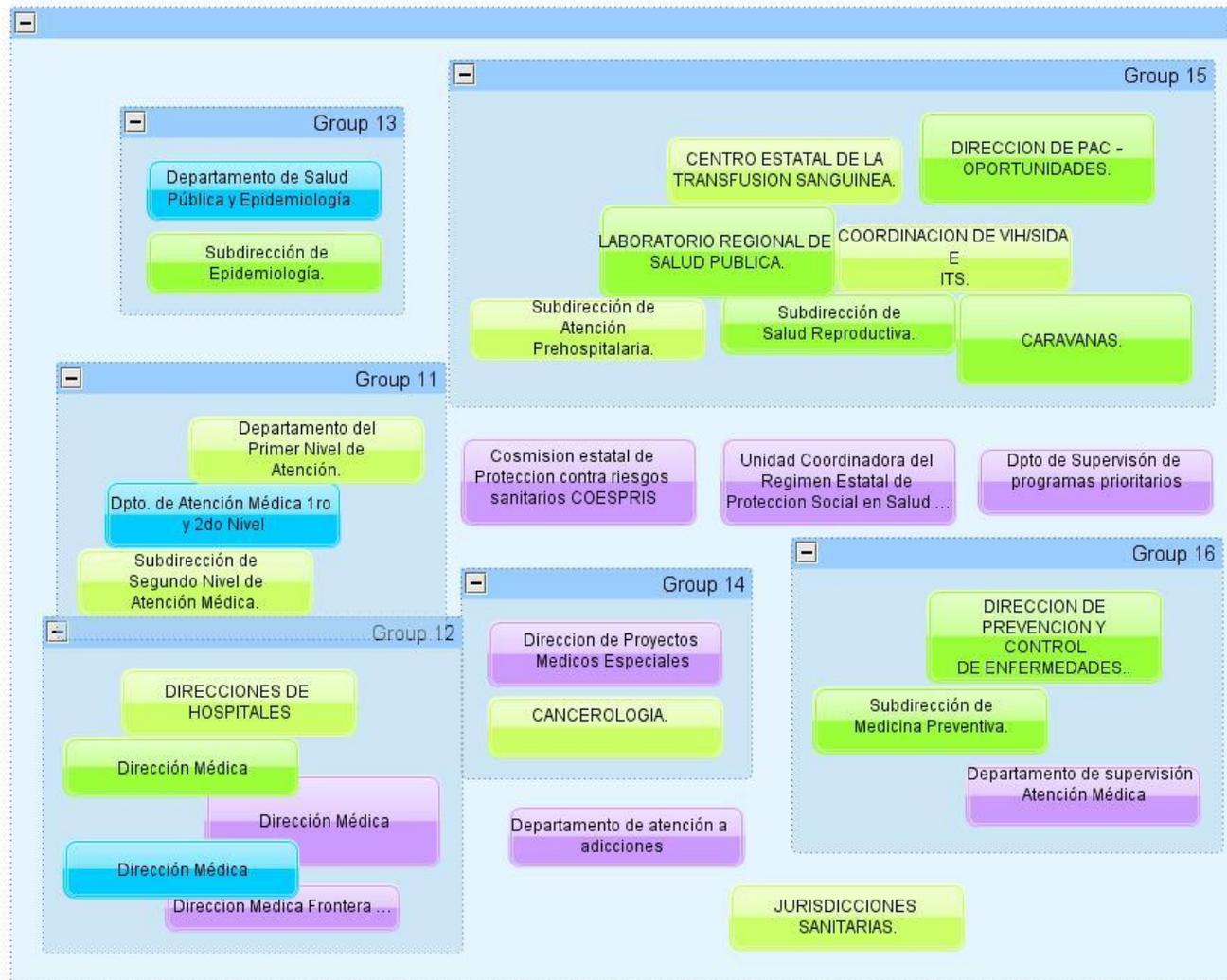
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Área Médica (SS, SES, ICHISAL)



En este diagrama se conjuntan las áreas afines u homologas en el área médica, de cada organización:

- el color azul es Ichisal
- verde Servicios de salud
- violeta Secretaria de salud.

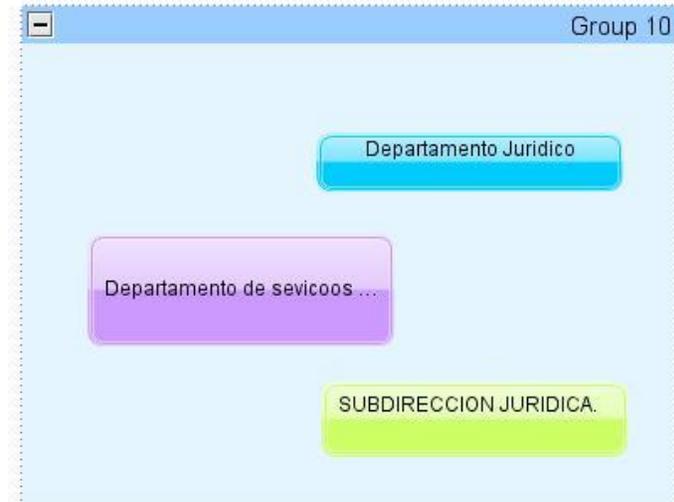
En el Grupo 15, son direcciones únicas de SES.

Grupos 13, 11, 12,14 Se duplican o triplican las mismas direcciones.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Área administrativa/ Área Jurídica/ Sistemas de Información (SS, SES, ICHISAL)



En el Área Administrativa es donde radican el mayor número de puestos semejantes.

En el área jurídica existe el mismo puesto para las tres organizaciones.

En lo que se refiere a TI, ya se han unificado las operaciones en las tres organizaciones

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

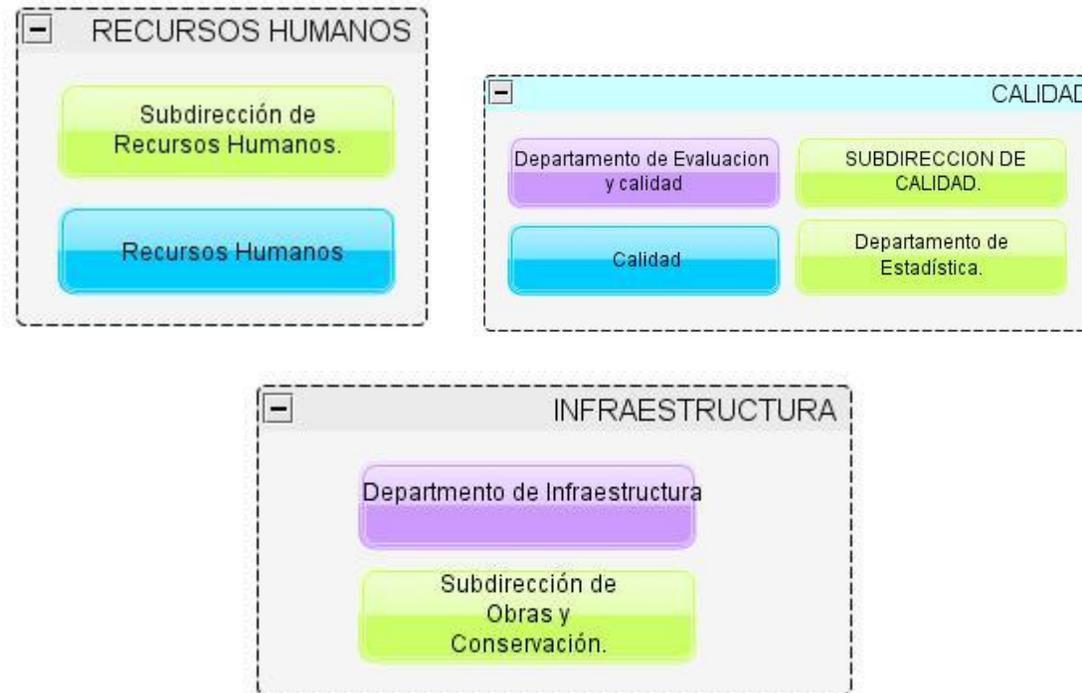
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

AREAS: PLANEACION ENSEÑANZA, COMPRAS (SS, SES, ICHISAL)



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



En base a la información antes mostrada se resume lo siguiente:

- Es necesario un esfuerzo dedicado exclusivamente a la construcción del organigrama a partir de la definición de las misiones funcionales de las cada área que definan un punto de partida tipo “deber ser” y que sea la guía para la creación de un organigrama unificado
- Un ejemplo muy evidente, aunque no único, es la dependencia de TI de Administración cuando es un área de servicio para todos los departamentos, no es raro encontrar que dicha área trabaje en tareas que en rigor no le corresponden en su función como tal, pero si pertenecen a la dirección en donde está alojada
- También vale la pena conocer hasta donde los puestos se identifican con programas, y compararlo contra el marco referencial de misiones funcionales.
- El Director General de SES tiene mucha gente a su cargo.

Análisis Estructural

Resumen Entrevistas de Operación.

Se entrevistó a los siguientes funcionarios (Ver Anexo)

Secretaria de Salud

Organización:



Existe un organigrama general actualizado del staff de la Secretaría de salud como se muestra en la grafica superior, sin embargo las direcciones no han desarrollado para cada una de sus áreas los organigramas correspondientes. Las líneas de decisión se respetan, y no existe confusión entre las distintas áreas al momento de ejecutar las tareas.

Los Procesos de trabajo se empiezan a desarrollar en algunas áreas pero se depende excesivamente de la capacidad de unos cuantos que sí conocen como se elaboran los procesos como es en el área de planeación y calidad para obtener resultados. Sin embargo al no haber documentación ni procesos de capacitación plenamente establecidos se pierde la oportunidad de generar programas sistemáticos de mejora. Así como que los a los miembros de la organización asuman la responsabilidad que les corresponde y proporcionarles el apoyo y el reconocimiento de autoridad que requieran.

Por lo pronto no se capacita o involucra para el registro y actualización sistemáticamente de los principales procesos administrativos en la organización y mejorarlos a partir de la propia experiencia de aplicación.

No se ha establecido formas de organización flexibles, centradas en la corresponsabilidad de los participantes en el logro de los objetivos.

Políticas y procedimientos:

En la organización se depende excesivamente de las decisiones que toman los directivos para cada evento. Podría ser conveniente realizar un ejercicio de documentación de las mejores prácticas de la organización con la participación de los empleados, como base para iniciar el proceso de establecimiento de políticas y procedimientos.

Por el momento no se promueve activamente la comunicación en todas direcciones y niveles utilizando al máximo todos los recursos existentes en la organización, incluyendo las nuevas tecnologías de información, lo que se vuelven burocráticos los procesos y formas de comunicación.

No se han creado las políticas que se puedan actualizar sistemáticamente para ser conocidas por todos los interesados.

No se cuenta con el total de procedimientos actualizados, escritos y registrados, diseñados de acuerdo con las circunstancias de la organización; basados en un sistema de calidad que estimule la introducción de mejoras continuas, de tal modo que el solo hecho de seguirlos asegure al mismo tiempo los mejores resultados.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Indicadores de desempeño:

Se han desarrollado indicadores en base a un ejercicio de BSC (Business Score Card) mas sin embargo no se ha podido implementar como sistema de control en cada área, debido a que no hay una coordinación del modelo con el control de costos y capacitación a los involucrados principales en la metodología.

El proceso de medición de la organización se enfoca al análisis operativo medico y depende más de factores externos como el cumplimiento de normatividades e indicadores externos, por lo que se invierte muchos recursos en la obtención de datos estadísticos, más que de un esfuerzo consistente por el análisis y mejora de los indicadores de resultados globales de cada una de las áreas. La información es usada para negociar recursos

No se ha establecido una “cultura de medición” hacia el interior de la organización, como una forma de empezar a identificar oportunidades de mejora individuales, con un sistema de indicadores significativos del desempeño y de la contribución de cada una de sus áreas.

No se ha establecido un programa de Mejora Continua que estimule la aportación de iniciativas de todos los miembros de la organización y poder contar con indicadores de productividad y competitividad y con programas e incentivos para mejorarlos continuamente. Aquí se muestra un resumen de indicadores de operación usados: *Fuente: Dpto. Planeación Evaluación y control*

Consultas Otorgadas 2011	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
Total de Consultas	208,749	222,167	218,487	218,187	227,906	222,366	26,435	1,344,297
Consulta Seguro Popular	124,227	131,957	131,104	134,932	138,757	142,664	15,617	819,258
Especialidad	32,846	32,366	31,453	31,682	33,022	31,961	2,950	196,280
Estomatología	14,163	14,549	16,886	16,540	17,602	17,864	897	98,501
Urgencias	22,710	19,069	18,963	21,629	12,743	5,564	2,175	102,853
Consultas de Oportunidades	269	0	34	39	0	0	0	342
Servicios Auxiliares de Diagnóstico								
Estudios Laboratorio	280,837	310,669	250,970	284,799	283,103	269,081	20,632	1,700,091
Personas Atendidas	40,254	110,641	44,050	52,601	52,336	49,799	4,672	354,353
Estudios de Radiología	18,777	20,992	21,921	20,166	18,899	21,156	1,416	123,327
Personas Atendidas	13,932	15,427	17,562	15,408	15,299	17,072	1,115	95,815
Sesiones de Radioterapia	1,490	1,263	1,346	1,226	1,656	29	5	7,015
Mastografías	2,683	2,326	2,272	2,276	2,300	509	0	12,366
Hospitalización								
Ingresos	5,417	5,023	4,712	4,617	3,980	1,801	572	26,122
Egresos.	5,677	5,429	5,036	5,121	5,013	4,103	1,862	32,241
Días Paciente	20,597	24,805	22,074	21,257	20,265	19,608	2,466	132,761
Días Estancia	21,369	22,349	16,709	16,629	15,969	10,687	4,752	108,464
Cirugías Practicadas.	2,339	2,539	2,486	2,201	2,208	1,844	832	14,449
Cirugías Ambulatorias	279	180	313	304	249	329	258	1,912
Partos Atendidos.	1,628	1,790	1,663	1,572	1,706	1,446	702	10,507
Cesáreas	390	525	504	482	384	436	177	2,898
Pacientes Referidos	10,954	12,586	12,521	11,559	13,312	13,338	1,016	75,286
Pacientes Contrarreferidos	1,798	1,853	1,989	1,821	1,421	1,887	100	10,869
Pacientes Referidos y Contrarreferidos	12,887	14,633	14,710	13,379	14,913	15,225	1,116	86,863
Cáncer Cervico Uterino								
Detecciones	1,708	1,300	1,862	0	0	0	0	4,870

Recursos Humanos:

La Secretaría de Salud cuenta con capital humano preparado y con amplia experiencia profesional, y comparten cada uno a nivel de dirección el mismo objetivo, así mismo están enfocados hacia el logro de resultados, puede ser como resultado del ejemplo del líder de la Secretaría.

Se procura especialmente la formación y desarrollo de capacidades directivas, participando en capacitaciones de alto nivel. Sin embargo es importante procurar el máximo desarrollo de las capacidades de todo el personal tanto individualmente como en grupos a través de tener un plan de capacitación que les permita desarrollar las habilidades del personal, con base a las necesidades de la organización; lograr que el personal pueda obedecer a un plan de carrera de una manera objetiva alineada con la visión de la organización.

Así mismo no existe un sistema de evaluación de desempeño alineado con la visión y objetivos globales resultado del plan de carreras individuales.

No se han creado o actualizado los perfiles de puesto en algunas de las funciones.

El nivel de rotación del personal dentro de la secretaria es aceptable, sin embargo en algunos de los niveles bajos o medios, las faltas o retardos se pudieran apreciar como parte de la cultura organizacional en la que está envuelta y esto afecta la productividad de la organización

En la organización no se cuenta con un sistema de consecuencias justo que premie el esfuerzo y permita identificar a las personas con las que debe trabajarse en mejorar su desempeño.

En general se percibe una motivación adecuada por parte del personal y esto se refleja en el nivel de compromiso mostrado con la organización. Aunque para el nuevo personal que proveniente de la iniciativa privada ajeno a las costumbres y cultura a organizaciones de gobierno a veces resulta no motivante y lento lo que da como resultado gente con poca motivación y que a la larga se ajusta a la inercia existente.

Es importante también asumir una actitud abierta a la participación y crítica que estimule al personal a expresar todo lo que pueda contribuir al mejoramiento de la organización. Así como hacer que el personal participe a través de círculos de calidad o algún otro esquema de trabajo para la construcción de propuestas para mejorar los resultados de la organización.

Operaciones:

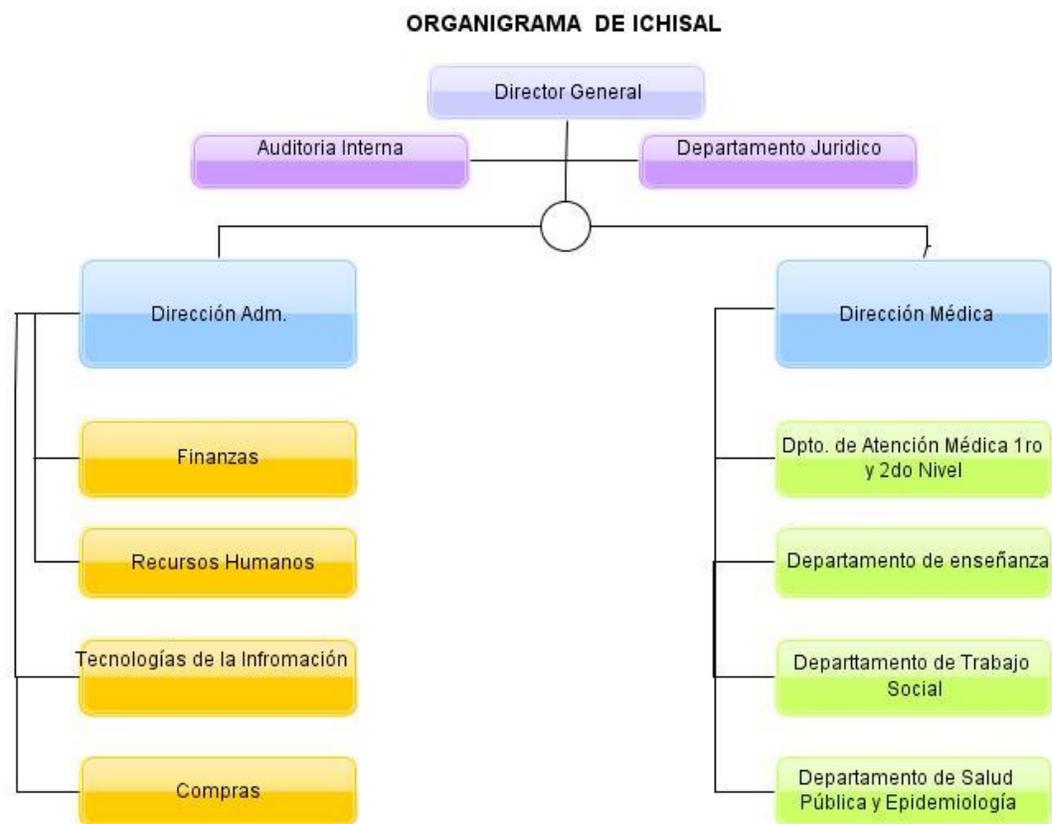
Se está trabajando en el desarrollo de los estándares de trabajo por lo que actualmente solo existen algunos ya implementados y estos han sido desarrollados y validados por el área de planeación y calidad. Sin embargo no se cuenta con un Programa de Trabajo que permita optimizar el uso de los equipos y rendimiento de los mismos. La logística de distribución de los equipos de trabajo no ha sufrido ningún cambio por lo que no se está aprovechando para disminuir tiempos muertos.

El personal no reconoce o identifica si los productos y o servicios que se generan desde su área operativa son competitivos y si cumplen con las especificaciones del cliente interno, es decir no se trabaja bajo un sistema de mejora continua basada en un sistema de calidad. La gente operativa conoce y maneja el equipo de trabajo a su cargo de forma adecuada, sin embargo los sistemas de comunicación como servidores a veces no están disponibles o son lentos.

Los procedimientos de ejecución y operación (documentos) de los equipos de trabajo no están vigentes, el personal trabaja sobre tareas o actividades específicas.

ICHISAL

Organización:



Existe un organigrama general actualizado del staff de ICHISAL como se muestra en la grafica superior, y se está trabajando en la actualización 2011 (última versión actualizada es de 2007) para cada dirección los organigramas correspondientes así como en la definición de un Manual de la organización para cada perfil de puestos. Además la gente está facultada para cumplir las responsabilidades que le han sido asignadas.

La organización de ICHISAL parece estar claramente orientada a utilizar esquemas modernos de organización, fundamentados en centrar la capacidad de toma de decisiones en quien tiene la mejor información en relación con el problema que se pretende atacar. Esta práctica le permite contar con un sistema “inteligente” de toma de decisiones.

Sin embargo al no haber documentación ni procesos de capacitación actualizados y plenamente establecidos se pierde la oportunidad de generar programas sistemáticos de mejora.

No se registra y actualiza sistemáticamente los principales procesos administrativos de la organización para mejorarlos a partir de la propia experiencia de aplicación y así poder evaluar periódicamente los resultados de la aplicación de los procesos y proponer mejoras o adecuaciones a partir de aportaciones de todos los que participan en su instrumentación y ejecución.

Aunque la organización procura formas de organización flexible, centradas en la corresponsabilidad de los participantes en el logro de los objetivos, no se han determinado o alineado a objetivos estratégicos derivados del ejercicio de planeación estratégica.

Políticas y procedimientos:

La organización empieza con ejercicios aislados de documentación de sus principales prácticas a nivel de políticas y procedimientos, así como evidencias y empieza a crear mecanismos para actualizarlos y mejorarlos. La participación de los empleados en estos procesos de revisión es clave para que los cambios efectivamente se instrumenten.

Actualmente, las políticas sirven para centrar y regir el proceso de toma de decisiones. Si la organización no las tiene o no las respeta puede haber decisiones dispersas o hasta contradictorias en mandos directivos y hasta duplicación de esfuerzos, debido a esto es importante contar con políticas formuladas y conocidas por todos los interesados y actualizarlas sistemáticamente.

Indicadores de desempeño:

Los directivos de la organización están altamente enfocados a mejorar la productividad especialmente en el área operativa médica como estrategia predominante, ya que tienen claro que si no se mejora en este sentido existe el riesgo de que los servicios de salud sufran una severa caída en el nivel de servicio por no tener un sistema financiero sustentable. Es relevante que surjan desde el plan estratégico la fijación de objetivos de crecimiento.

La organización tiene la vocación de mejorar y realiza esfuerzos en el sentido de implementar mediciones e indicadores. Pero aún falta definir indicadores globales que permitan analizar el impacto del esfuerzo coordinado de todas las áreas incluyendo administrativas, para evitar un crecimiento desequilibrado. Así también la importancia de la veracidad de la información, y la oportunidad en tiempo y forma. Ver ejemplo posterior donde no se tiene datos de los meses de Enero Febrero en especialistas.

Es importante que se propongan metas ambiciosas de aumento de productividad, que sean realizables y motivantes para cada área dentro del Ichisal.

La capacidad que tenga la organización para visualizar los productos y servicios que está produciendo le permitirá concentrar sus esfuerzos en realizar las mejoras a la calidad que sean claves para la organización. Se empieza a definir un método de control de costos ABC que ayudará a establecer un sistema de indicadores significativos del desempeño de toda la organización y de la contribución de cada una de las áreas.

Se muestran una relación de indicadores por área, que permite evaluar el desempeño de ciertas áreas de operación principalmente médica.

Las decisiones se toman en base a los resultados obtenidos especialmente para el uso de inversiones como es el mejoramiento de equipo e instalaciones, para incrementar y mejorar la capacidad instalada.

También se tienen reuniones de trabajo efectivas como es la junta de consejo formada por el Secretario de Salud, Gobierno estatal, Sría. de hacienda, Sría. de desarrollo rural y Directivos de Ichisal, así también hay reuniones mensuales del cuerpo operativo donde los objetivos y resultados son evaluados de manera objetiva y se toman acciones de manera conjunta.

Sin embargo los objetivos y acciones para el corto, mediano y largo plazo no están claramente establecidos en un documento marco de referencia.

En la grafica posterior de muestra como los hospitales del Ichisal están por llegar a su capacidad máxima de ocupación, por lo que ha esto las medidas que se han tomado es el incrementar el espacio físico y adquisición de equipo prioritario. Frecuentemente se tiene que hacer uso de camas no censables para poder cubrir con la demanda. Nota la información proporcionada por el departamento de planeación y evaluación de SS no concuerda con la información dada en Ichisal respecto a ocupación.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

PRIMER NIVEL ICHISAL 2011								
Consultas Otorgadas	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
Total de Consultas	2,615	2,536	2,532	3,663	3,426	3,113	749	18,634
Consulta Seguro Popular	261	216	206	811	755	818	402	3,469
Especialistas.	0	0	128	138	119	105		490
Estomatología.	141	151	164	178	201	165	118	1,118
Pacientes Referidos	32	25	26	49	73	64	34	303
Pacientes Contrarreferidos	2	4	0	1	2	5	0	14
Pac.Refer. Y Contrarref.	34	29	26	50	75	69	34	317

HOSPITALES - ICHISAL 2011								
Consultas Otorgadas	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
Total de Consultas	28,457	30,715	28,437	28,689	29,748	31,056	8,711	185,813
Consulta Seguro Popular	8,945	9,628	8,724	9,129	8,627	9,621	4,367	59,041
Especialistas.	16,714	18,505	16,757	17,170	17,783	18,622	2,822	108,373
Estomatología.	1,673	1,628	1,487	1,478	1,603	1,653	367	9,889
Urgencias.	9,569	7,061	6,481	8,025	5,503	0	0	36,639
Servicios Auxiliares de Diagnóstico								
Estudios de Laboratorio	112,861	136,614	123,444	142,560	145,791	133,578	18,338	813,186
Personas Atendidas	15,968	82,057	17,818	24,712	25,383	24,212	4,267	194,417
Estudios de Radiología	7,842	9,674	9,729	7,434	8,097	9,778	1,396	53,950
Personas Atendidas	4,463	6,187	7,813	5,909	6,592	7,909	1,095	39,968
Hospitalización								
Ingresos	2,207	1,890	1,784	1,842	1,809	0	0	9,532
Egresos.	2,540	2,233	2,139	2,274	2,385	1,347	427	13,345
Días Paciente	8,770	11,797	10,187	9,287	8,399	10,625	2,466	63,220
Días Estancia	10,961	11,418	7,219	7,193	7,435	2,370	1,437	48,033
Cirugías Practicadas.	1,036	1,071	1,075	928	993	639	217	5,959
Cirugías Ambulatorias	10	3	2	1	13	5	0	34
Partos Atendidos.	794	962	943	759	956	577	167	4,581
Cesáreas	161	321	306	253	180	225	50	1,496
Pacientes Referidos	225	837	752	239	303	818	618	3,792
Pacientes Contrarreferidos	19	85	66	50	28	56	0	304
Pac.Refer. Y Contrarref.	379	1,116	1,018	288	511	874	618	4,804
Cáncer Cervico Uterino								
Detecciones	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente Datos: Planeacion y Evaluacion SS

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Indicadores ICHISAL 2011

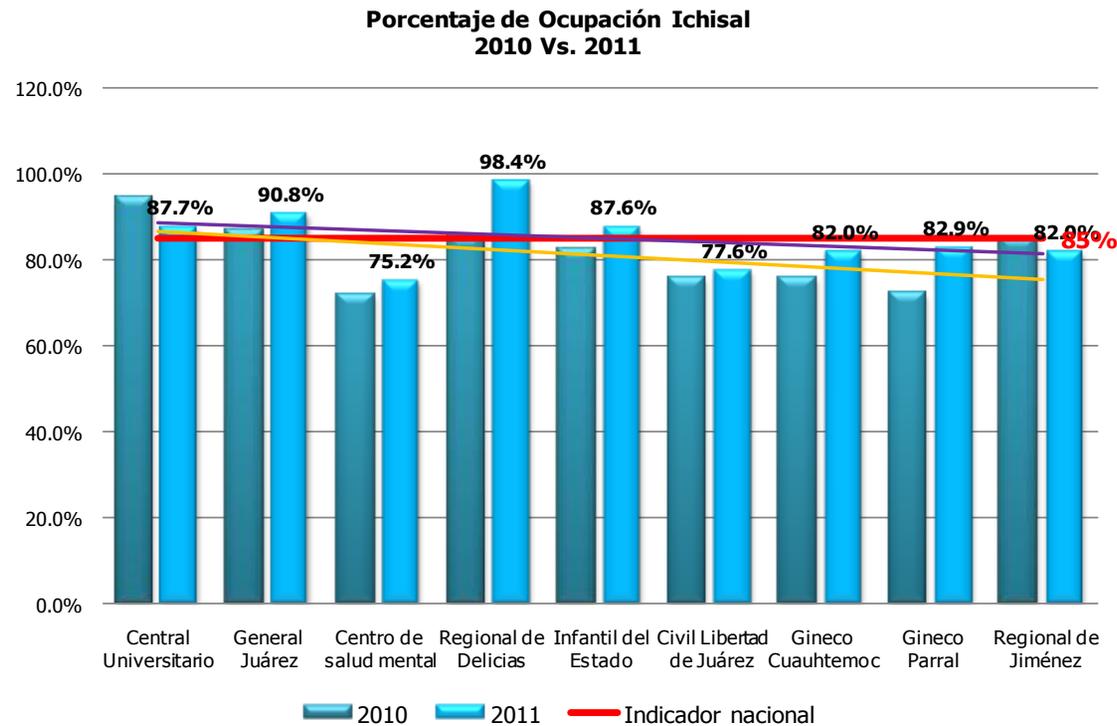
Indicadores	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN (Expresa el grado de utilización de las unidades hospitalarias y por servicio)	56.4%	81.0%	65.5%	61.7%	54.0%	70.6%	15.8%	34.5%
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN (Expresa en promedio el número de días que una cama censable permanece desocupada entre un egreso y un ingreso)	2.67	1.24	2.51	2.54	3.00	3.29	30.67	8.99
PROMEDIO DE DÍAS ESTANCIA POR EGRESO (Indica por egreso, el período promedio de estancia en el hospital y por cada servicio)	4.32	5.11	3.37	3.16	3.12	1.76	3.37	3.60
ÍNDICE DE ROTACIÓN O EGRESOS POR CAMA (Establece la relación de cuantos egresos genera cada cama censable y los servicios de las cuatro especialidades básicas)	0.16	0.15	0.14	0.15	0.15	0.09	0.03	0.07
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE SEGUNDO NIVEL POR 100 EGRESOS (Expresa la proporción de pacientes que para su atención requirieron de intervención quirúrgica)	40.79	47.96	50.26	40.81	41.64	47.44	50.82	44.65
PARTOS ATENDIDOS EN RELACIÓN A EGRESOS (Expresa la demanda de hospitalización por parto)	31.26	43.08	44.09	33.38	40.08	42.84	39.11	34.33
ESTUDIOS DE LABORATORIO POR PERSONA ATENDIDA	7.07	1.66	6.93	5.77	5.74	5.52	4.30	4.18
ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA POR PERSONAS ATENDIDAS	1.76	1.56	1.25	1.26	1.23	1.24	1.27	1.35

Fuente Datos: Departamento Planeación y Evaluación SS

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

En la siguiente gráfica se muestra una tendencia de crecimiento de ocupación de 4.4 puntos en los hospitales comparativa entre 2010 Vs. 2011. El promedio de ocupación del 2010 fue del 81%, sin embargo en lo que va del 2011 con el 85.6% ya supero el promedio de nacional del 85%.

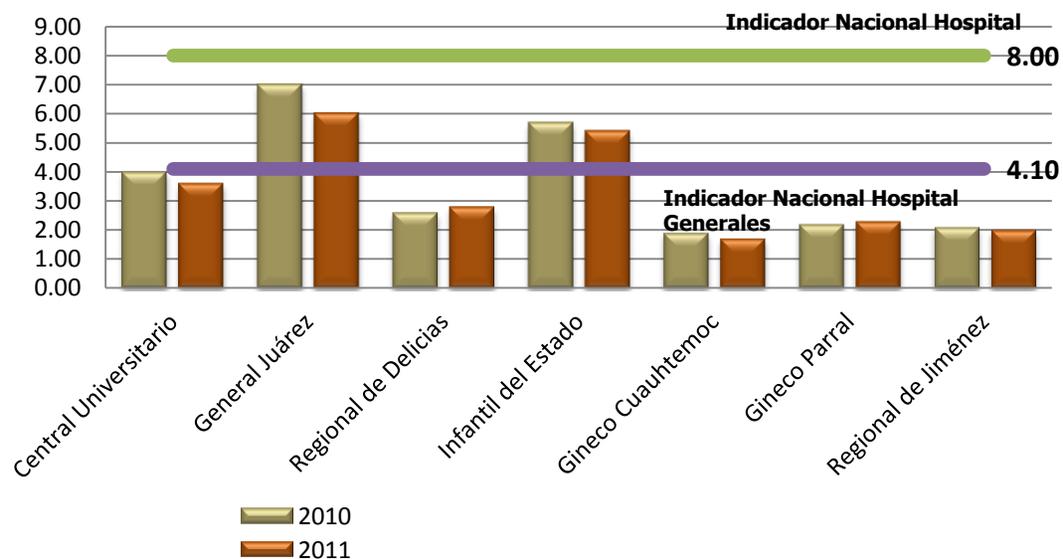


Nota: El indicador para ocupación es igual al Número Total de camas censables/Total de la población atendida x1000 Fuente Secretaria de Salud Nac.

Fuente Datos: Ichisal

En la siguiente gráfica se puede apreciar que los días de estancia en hospital, comprados entre 2010 Vs. 2011 el promedio a tendido a disminuir de 3.64 días a 3.4 días a lo que va del año. El 71% de los hospitales no ha alcanzado el indicador nacional de días de estancia en hospitales generales.

**Promedio de Días de estancia Periodo
Ene-Jun 2010 Vs.2011**



Fuente Datos: Ichisal

Recursos Humanos:

Es importante diseñar la organización y distribuir funciones y responsabilidades en base al plan estratégico. Así como compartir las decisiones relativas de la organización con los responsables de todas las funciones de la organización.

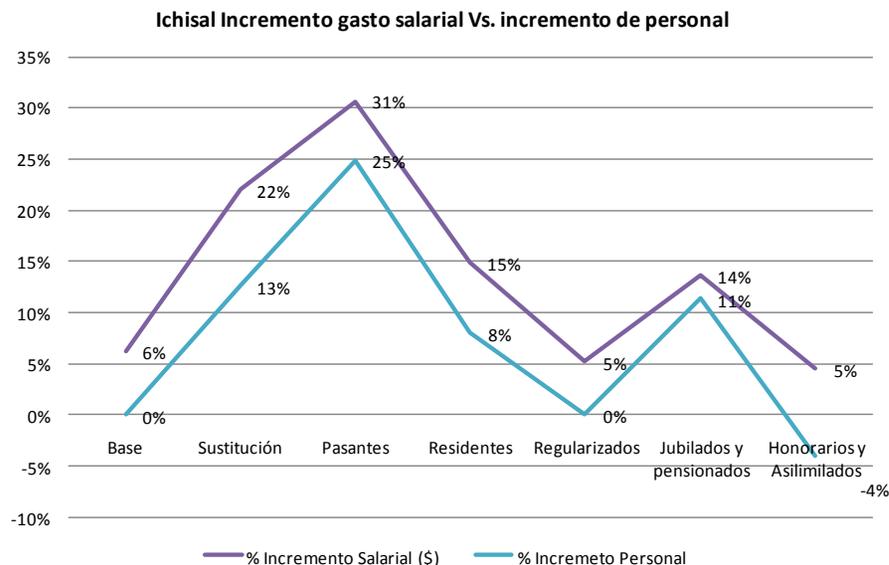
Como también poder registrar e instalar los cambios de la organización mediante la introducción de los perfiles a través de los procedimientos establecidos.

En la actual estructura se identifica una tendencia a reaccionar a los problemas en lugar de prevenirlos y a mantener cierto nivel de informalidad en la documentación y difusión de la estructura y funciones vigentes. Esta situación puede generar problemas en el crecimiento que se debe analizar cuidadosamente.

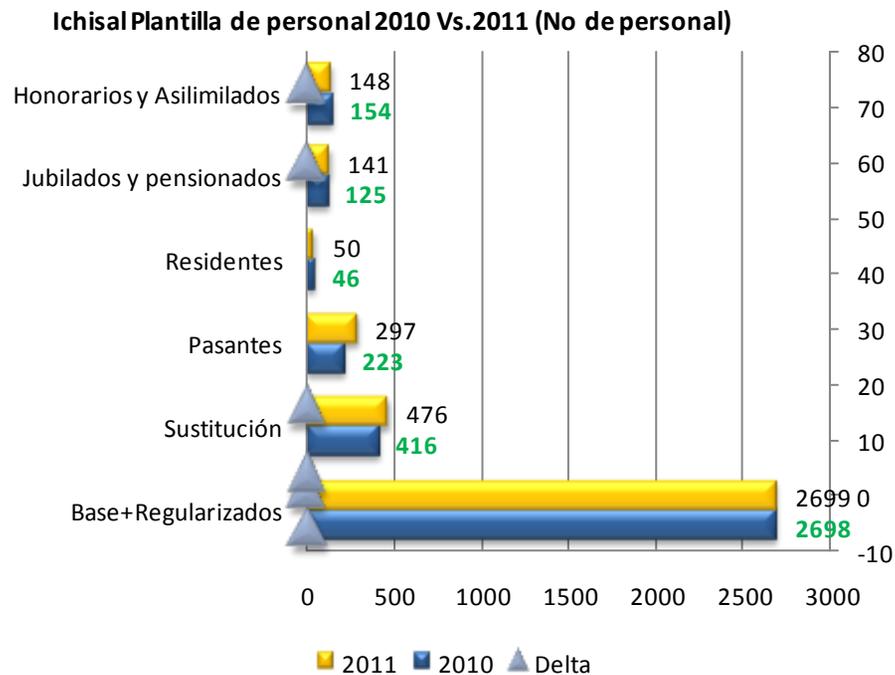
En general se percibe una motivación adecuada por parte del personal y esto se refleja en el nivel de compromiso mostrado con la organización. El personal directivo participa a través de reuniones o algún otro esquema de trabajo en la construcción de propuestas para mejorar los resultados de la organización.

Se percibe el dinamismo en el área administrativa, consecuencia en gran medida del liderazgo actual, tanto como director general, director médico y director administrativo.

En cuanto al número de personal la plantilla de personal se segmenta en el 33% como funciones administrativas y un 67% Operativa médica. El personal activo (sin contar jubilados, sustituciones etc) no ha sufrido gran cambio 2010 vs 2011 (Comparado de Ene-Jul), se han incrementado 60 personas. Y el incremento en el gasto de sueldos al personal base es promedio de 6%, casi la actualización anual por inflación.



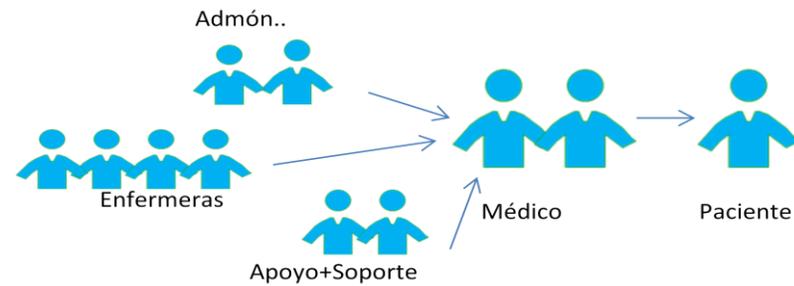
Distribución de puestos Ichisal



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

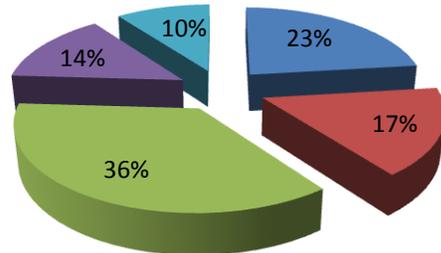
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

	Personal	Pago Mensual
ADM	23%	21%
MEDICO	17%	31%
ENFERMERAS	36%	34%
SERVICIOS DE APOYO	14%	10%
SOPORTE	10%	5%
	100%	100%



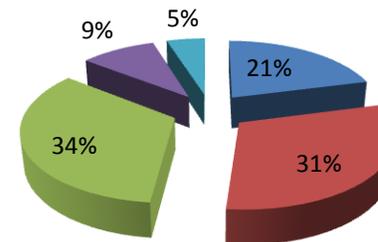
Ichisal % Distribución de puestos

- ADM
- ENFERMERAS
- SOPORTE
- MEDICO
- SERVICIOS DE APOYO



Ichisal % Distribución de gasto por puestos (pesos/mensual)

- ADM
- ENFERMERAS
- SOPORTE
- MEDICO
- SERVICIOS DE APOYO



No se encontró un sistema para las evaluaciones de desempeño que obedezca a un plan de carrera para darle un sentido objetivo, así mismo no existe un sistema de consecuencias de en base a premiar el esfuerzo y permitir identificar a las personas con las que debe trabajarse en mejorar su desempeño.

Tampoco existe un plan de capacitación que permita desarrollar las habilidades del personal, con base a las necesidades de la organización y alineadas a una visión estratégica.

Operaciones:

La productividad de los equipos de trabajo en el área administrativa no se está midiendo, en el área operativa medica se llevan algunos indicadores esta es aceptable y cumple con las necesidades actuales y futuras (a corto plazo) de la organización.

No existe un programa de Operación.

Se han hecho mejoras significativas en lo a que a la funcionalidad, ampliación en algunas unidades medicas mejoras en equipos, que se han implementado al proceso estas han funcionado y los resultados están siendo satisfactorios.

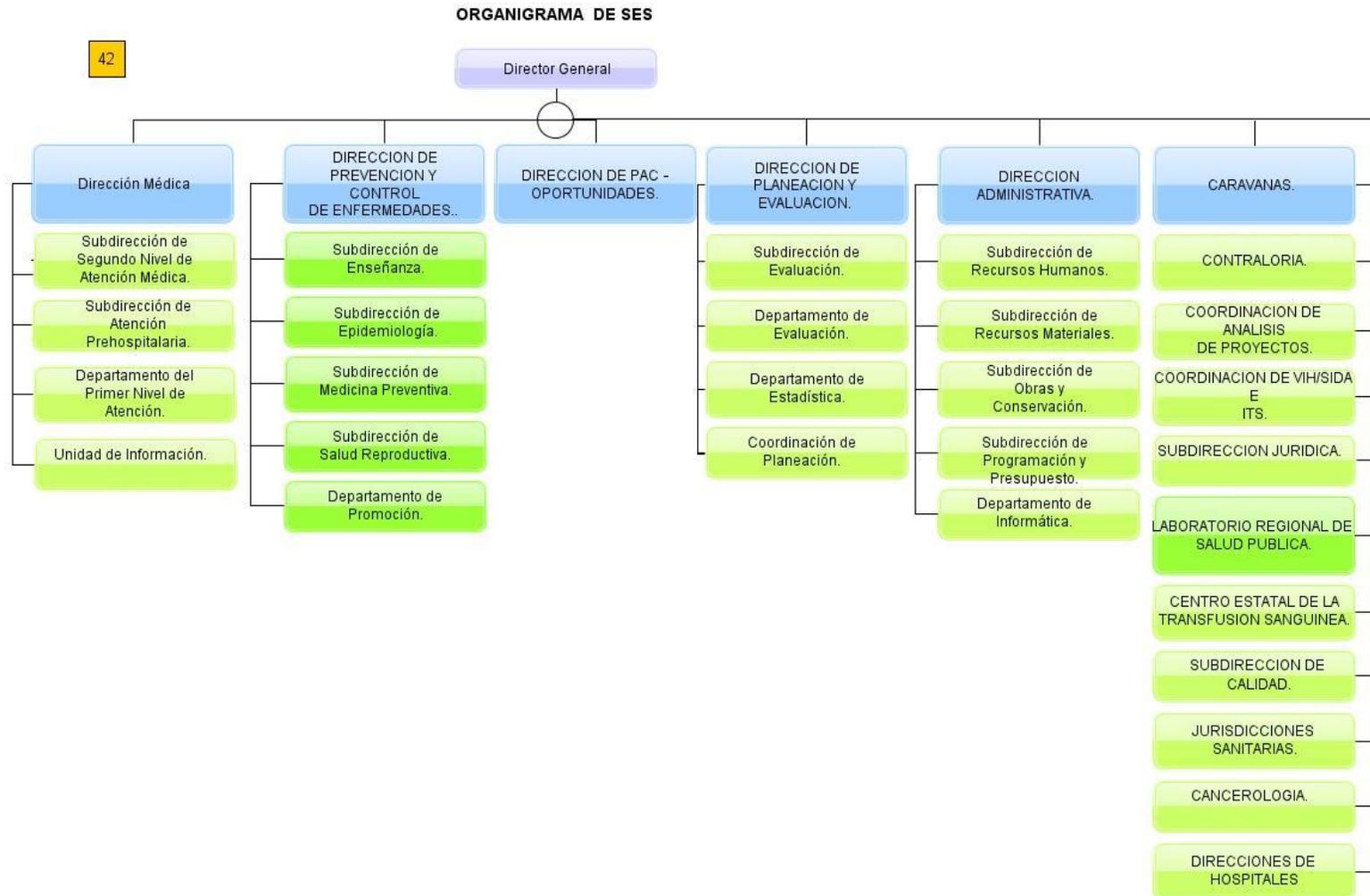
Se ha trabajado en la identificación de costos para homologar o actualizar precios de consultas, y poder mejorar el control del flujo.

Los procedimientos de ejecución y operación de los equipos de trabajo no están vigentes, los conocen los involucrados se está trabajando en desarrollarlos.

En las remodelaciones de las unidades medicas, se ha puesto atención en la logística de distribución de los equipos de trabajo esta ha sido desarrollada para disminuir tiempos muertos.

Servicios de Salud

Organización:



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Existe un organigrama general en proceso de actualización y aprobación de Servicios de Salud como se muestra en la grafica superior. Las líneas de decisión se respetan, y no existe confusión entre las distintas áreas al momento de ejecutar las tareas.

Sin embargo en el gráfico anterior se puede percibir la dependencia de puestos del director general es considerable.

Respecto a procesos, la mayor parte de los Procesos de trabajo no se han actualizado desde el año 2006, estos comprenden alrededor de 169 procesos diferentes, hay algunos elaborados en 2010, pero contienen algunas fallas de diseño desde el punto de visto de sistema de calidad y funcional. Gran parte de estos procesos son acerca de normatividad.

La elaboración de los procesos se han desarrollado desde una sola fuente, por lo que las áreas dependen excesivamente de la capacidad de unos cuantos que sí conocen como se elaboran los procesos, por lo que no se adueña el área correspondiente de su propio proceso, resultando una falta de responsabilidad en la ejecución del mismo por la falta de involucramiento desde su concepción. (Ver anexo resumen de inventario de procesos), por lo pronto no se capacita o involucra para el registro y actualización sistemáticamente de los principales procesos administrativos en la organización y mejorarlos a partir de la propia experiencia de aplicación.

Se aprecia que no existe un control de documentación de los procesos, ni se han desarrollado en base a necesidades para la mejora y control operativo.

Procesos creados por areas	Total
Administración Médica	59
Adquisiciones	22
Calidad	6
Contraloría	1
Pag Oportunidades	2
Jurídica	31
Mantenimiento	4
Planeación	28
Programacion y Ppto.	1
Recusos Humanos	10
Tecnología de la Inf.	5
Total general	169

Políticas y procedimientos:

Además de la saturación del organigrama, en la organización se depende excesivamente de las decisiones que toman los directivos para cada evento, esto debido a la falta de control administrativo y planeación de puestos y operaciones. Podría ser conveniente realizar un ejercicio de documentación de las mejores prácticas de la organización con la participación de los empleados, como base para iniciar el proceso de establecimiento de políticas y procedimientos.

La manera de promover la comunicación en todas direcciones y niveles es a través de métodos poco eficientes como uso de oficios, donde el desarrollo de este proceso en si provoca para los usuarios, gran inversión de tiempo, debido a su elaboración, proceso de firmas, y entrega de los mismos, y riesgos de que no lleguen al destino señalado. El poder utilizar al máximo todos los recursos existentes en la organización, incluyendo las nuevas tecnologías de información, ayudarían de forma inmediata este proceso, ya que ahora solo se vuelven burocráticos los procesos y formas de comunicación. Hacer uso de Oficios hasta donde sea conveniente o necesario.

Existen políticas como normas legales desde nacional, sin embargo no se han creado las políticas internas que se puedan actualizar sistemáticamente para ser conocidas por todos los interesados.

Los procedimientos no están diseñados de acuerdo con las circunstancias de la organización; basados en un sistema de calidad que estimule la introducción de mejoras continuas, de tal modo que el solo hecho de seguirlos asegure al mismo tiempo los mejores resultados.

Indicadores de desempeño:

El proceso de medición de la organización depende más de factores externos como el cumplimiento de normatividades e indicadores, por lo que se invierte muchos recursos en la obtención de datos estadísticos, más que de un esfuerzo consistente por el análisis y mejora de los indicadores de resultados globales de cada una de las áreas.

Esta información carece de exactitud debido a diferentes circunstancias como falta de recursos para obtención de datos en algunas de las unidades medicas como son personal y/o equipo. Así mismo, no existe una cultura donde se le de la importancia que merece al puesto de levantamiento de información, ya que no se ve como prioritario del punto de vista médico, por lo que no se cubre el puesto o no se capacita, o en caso de vacaciones o despido, simplemente se queda vacío el proceso.

Hay una desvinculación muy marcada entre el área médica y el área administrativa, no se perciben como un sistema donde todos dependen de todos y donde el trabajo de cada particular repercute en el éxito del todo.

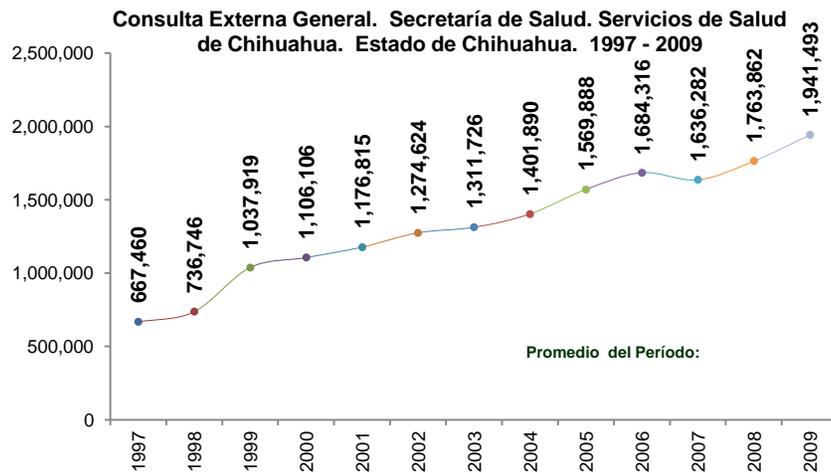
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

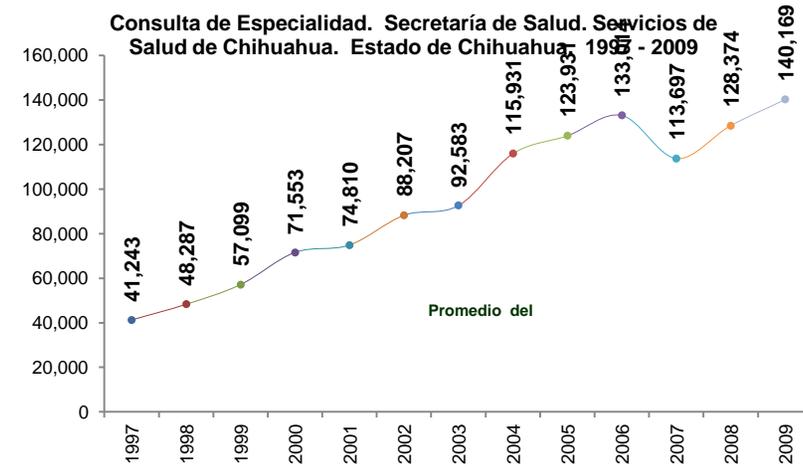
No se ha establecido una “cultura de medición” hacia el interior de la organización, como una forma de empezar a identificar oportunidades de mejora individuales, con un sistema de indicadores significativos del desempeño y de la contribución de cada una de sus áreas.

No se ha establecido un programa de Mejora Continua que estimule la aportación de iniciativas de todos los miembros de la organización y poder contar con indicadores de productividad y competitividad y con programas e incentivos para mejorarlos continuamente.

Aquí se muestran indicadores del área médica: Fuente: Dirección Planeación Evaluación y control SS.



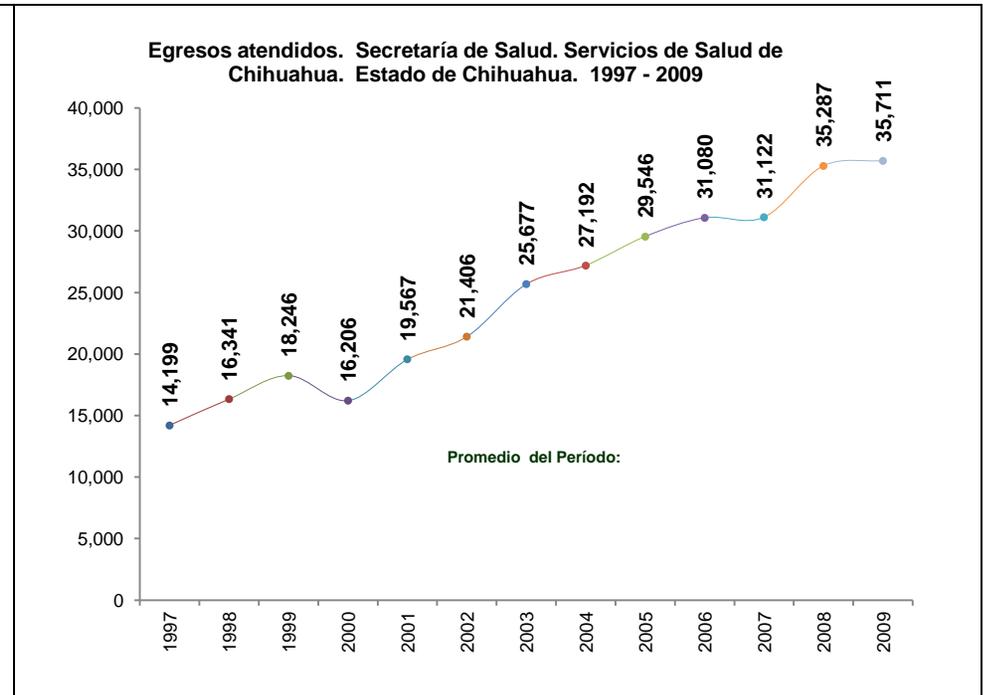
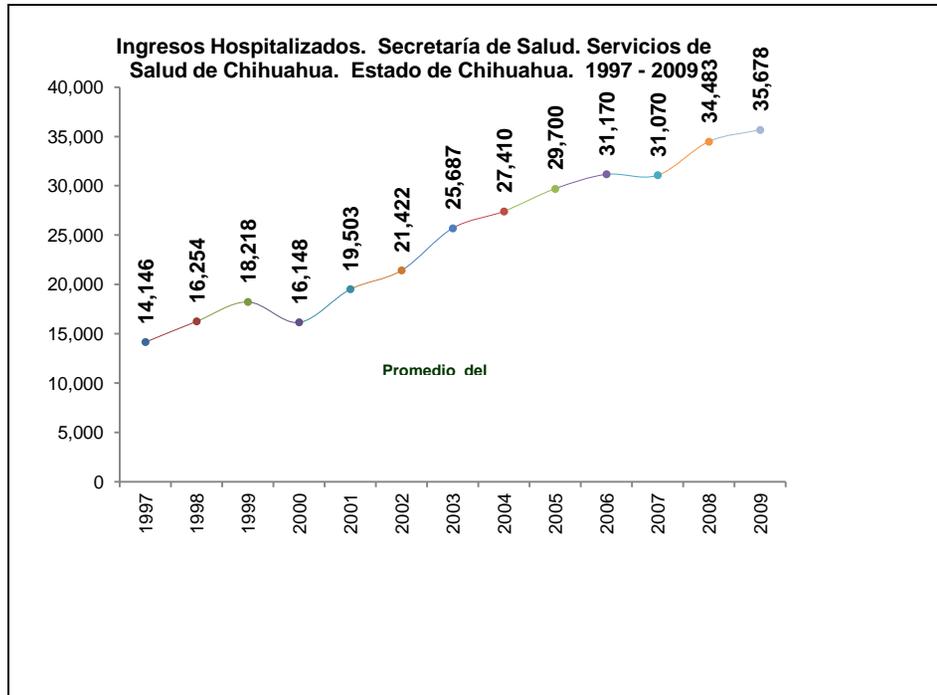
% Incremento del Período 190.88



% Incremento del Período 239.86

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

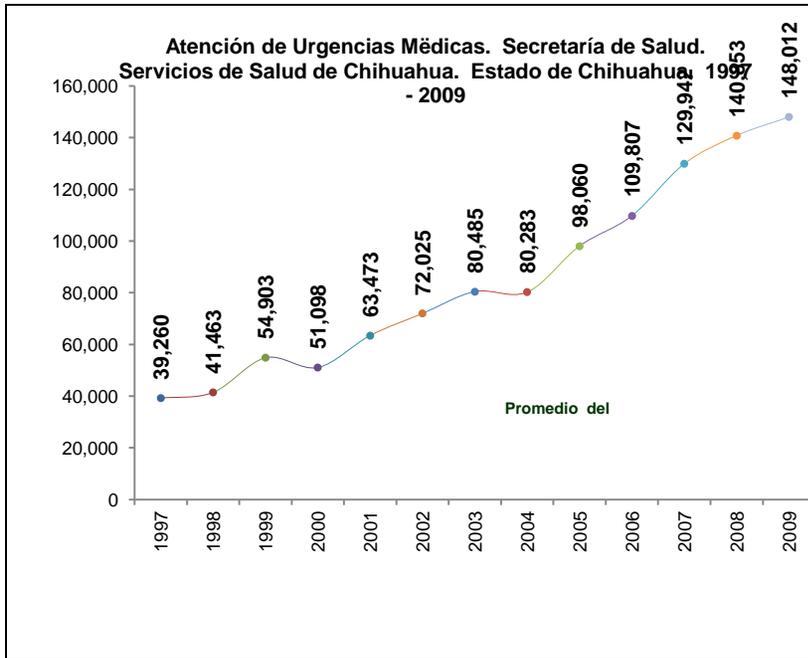


% Incremento del Período 152.21

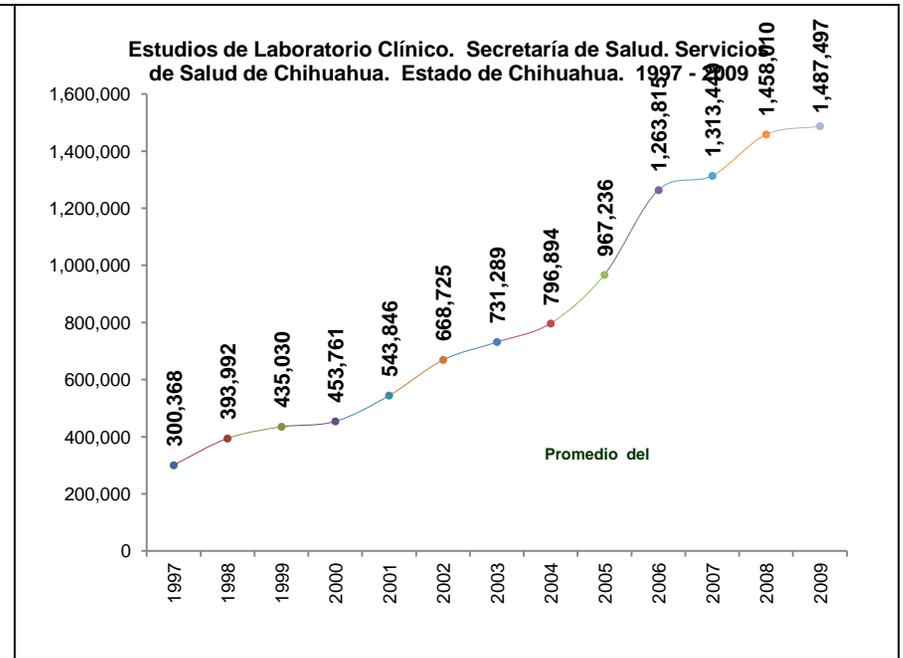
% Incremento del Período 151.50

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



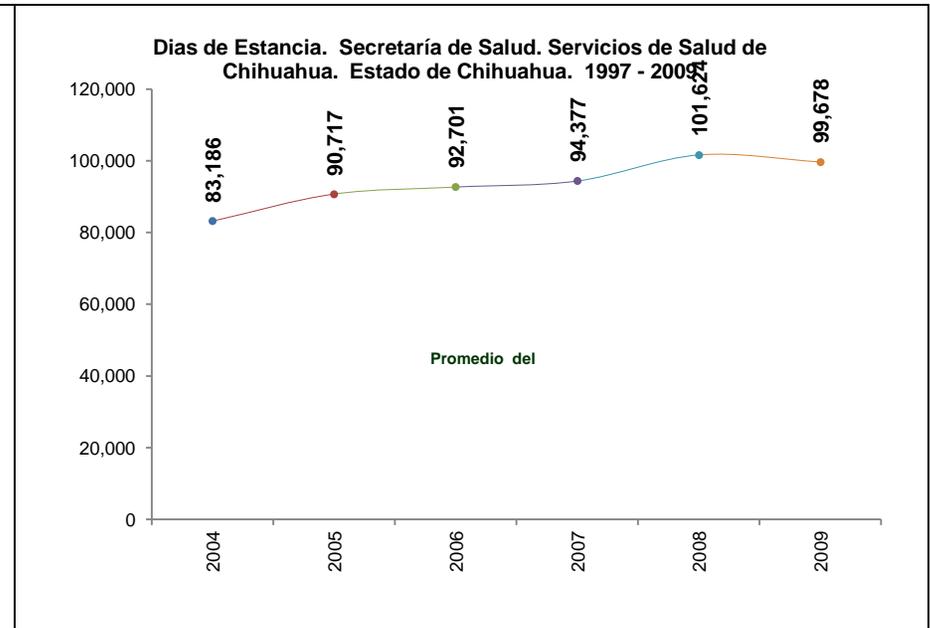
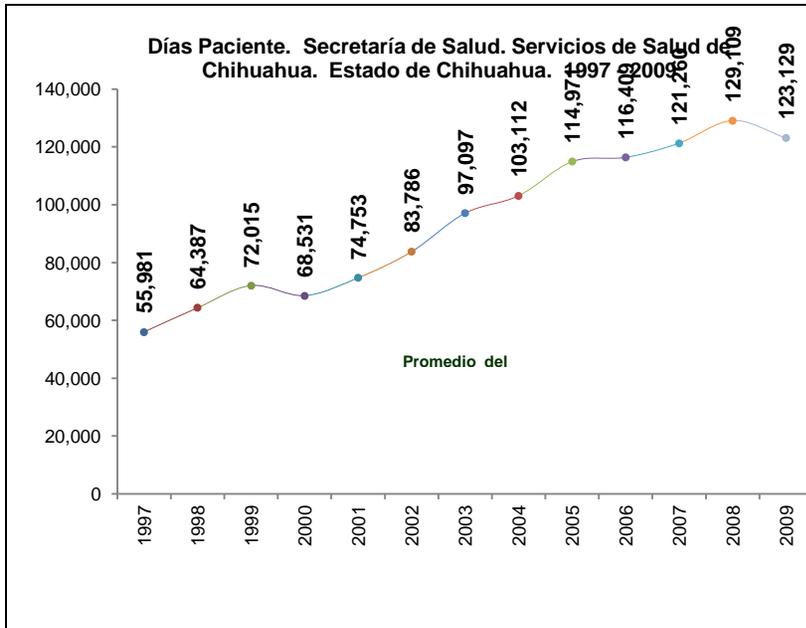
% Incremento del Período 105.87



% Incremento del Período 395.22

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

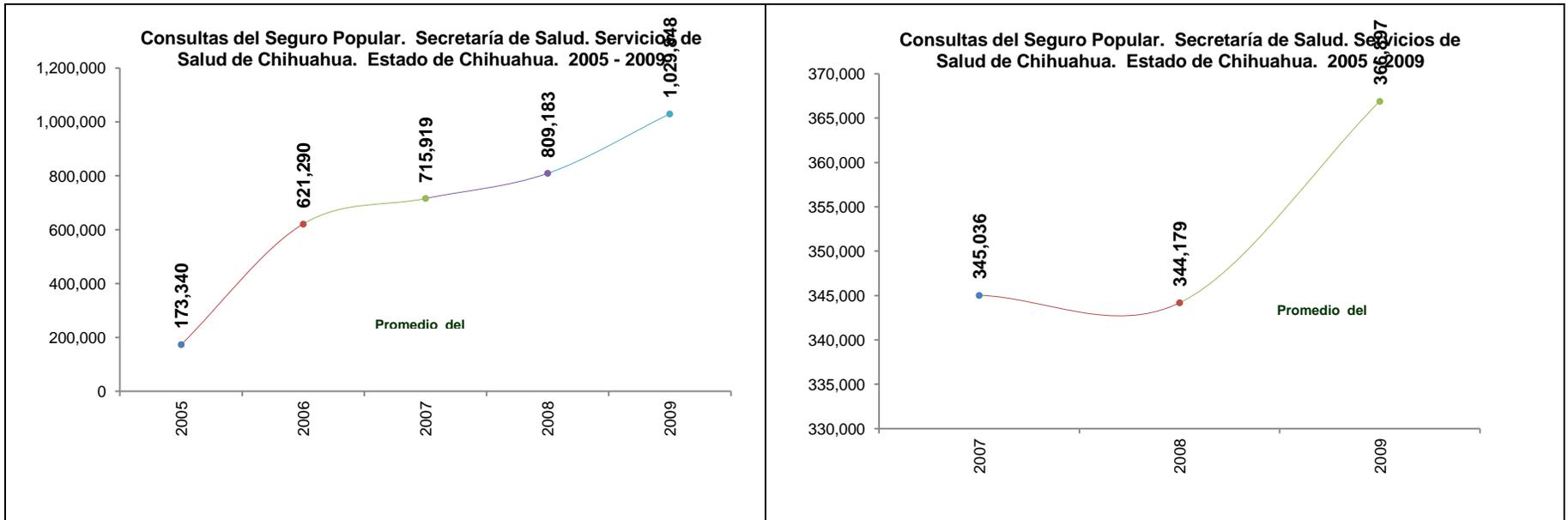


% Incremento del Período 119.95 Promedio 6 días

% Incremento del Período 19.83 3.14 Días promedio

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



% Incremento del Período 6.34

Fuente: SES Planeación y Evaluación

% Incremento del Período

494.12

En las graficas anteriores se muestra como el crecimiento de la demanda en todos los servicios ha crecido en promedio en más del 300%, a través de los últimos 10 años y a eso se le suma los cambios de políticas Federales, resultando que la carga de la demanda a nivel estatal recaiga en los SES en un 46% de la población total. Esto ha afectado el difícil control operativo por la falta de sistemas fuertes que hubieran soportado un crecimiento controlado desde la raíz.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

INDICADORES SERVICIOS DE SALUD 1er Nivel y 2do Nivel 2011 *Fuente: Dirección Planeación Evaluación y control SS.*

Consultas Otorgadas	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
Total de Consultas	177,677	188,916	187,518	185,835	194,732	188,197	16,975	1,139,850
Consulta Seguro Popular	115,021	122,113	122,174	124,992	129,375	132,225	10,848	756,748
Especialidad	16,132	13,861	14,568	14,374	15,120	13,234	128	87,417
Estomatología	12,349	12,770	15,235	14,884	15,798	16,046	412	87,494
Urgencias	13,109	11,983	12,456	13,555	7,167	5,500	2,141	65,911
Consultas de Oportunidades	267	0	34	39	0	0	0	340
Servicios Auxiliares de Diagnóstico								
Estudios Laboratorio	167,976	174,055	127,526	142,239	137,312	135,503	2,294	886,905
Personas Atendidas	24,286	28,584	26,232	27,889	26,953	25,587	405	159,936
Estudios de Radiología	10,935	11,318	12,192	12,732	10,802	11,378	20	69,377
Personas Atendidas	9,469	9,240	9,749	9,499	8,707	9,163	20	55,847
Sesiones de Radioterapia	1,490	1,263	1,346	1,226	1,656	29	5	7,015
Mastografías	476	436	488	434	491	509	0	2,834
Hospitalización								
Ingresos	3,210	3,133	2,928	2,775	2,171	1,801	572	16,590
Egresos.	3,137	3,196	2,897	2,847	2,628	2,756	1,435	18,896
Días Paciente	11,827	13,008	11,887	11,970	11,866	8,983	0	70,450
Días Estancia	10,408	10,931	9,490	9,436	8,534	8,317	3,315	60,431
Cirugías Practicadas.	1,303	1,468	1,411	1,273	1,215	1,205	615	8,490
Cirugías Ambulatorias	269	177	311	303	236	324	258	1,878
Partos Atendidos.	834	828	720	813	750	869	535	5,349
Cesáreas	229	204	198	229	204	211	127	1,402
Pacientes Referidos	10,729	11,749	11,769	11,320	13,009	12,520	398	71,494
Pacientes Contrarreferidos	1,779	1,768	1,923	1,771	1,393	1,831	100	10,565
Pac.Refer. Y Contrarref.	12,508	13,517	13,692	13,091	14,402	14,351	498	82,059
Cáncer Cervico Uterino								
Detecciones	1,708	1,300	1,862	0	0	0	0	4,870

Recursos Humanos:

Servicios de Salud cuenta con capital humano preparado y con amplia experiencia profesional en el área médica y administrativa, en algunas áreas administrativas ocupadas por médicos, estos se están actualizando en el área administrativa a través de cursar una maestría en el área de Calidad. Esto es positivo ya que iniciarán a entender y hablar el lenguaje de la calidad.

Sin embargo no se encontró un plan de capacitación por áreas ligado a los puestos y visión de la organización, es importante procurar el máximo desarrollo de las capacidades de todo el personal tanto individualmente como en grupos a través de tener un plan de capacitación que les permita desarrollar las habilidades del personal, con base a las necesidades de la organización; lograr que el personal pueda obedecer a un plan de carrera de una manera objetiva alineada con la visión de la organización.

Así mismo no existe un sistema de evaluación de desempeño alineado con la visión y objetivos globales resultado del plan de carreras individuales.

No se han creado y/o actualizado los perfiles de puesto en algunas de las funciones.

La falta de recursos humanos en el área médica como también con enfermeras es de notable consideración, especialmente en las zonas serranas, esto debido a la inseguridad actual así como la falta de disposición en algunos médicos de cubrir esas regiones.

Es notable también como a nivel general hay una desmotivación en el área médica hacia una cultura de servicio y no vivir los valores, donde los pasantes o residentes fácilmente quedan inertes a la cultura del “deber ser”. Esto puede ser a raíz de que muchos de ellos cubren varios puestos en diferentes organizaciones de salud para lograr un sueldo atractivo a sus necesidades, lo que les quita calidad de vida en el gozo de su tiempo.

En la organización no se cuenta con un sistema de consecuencias justo que premie el esfuerzo y permita identificar a las personas con las que debe trabajarse en mejorar su desempeño.

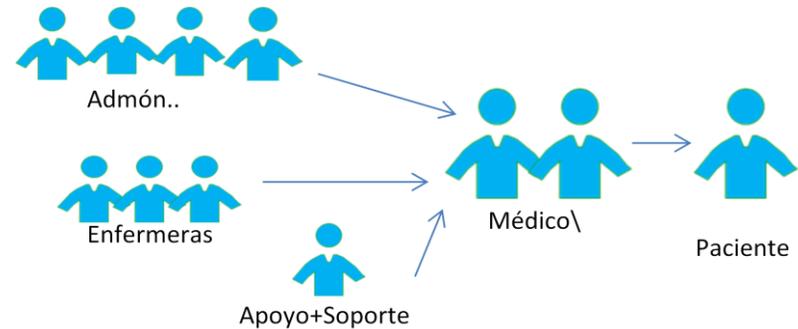
Es importante también asumir una actitud abierta a la participación y crítica que estimule al personal a expresar todo lo que pueda contribuir al mejoramiento de la organización. Así como hacer que el personal participe a través de círculos de calidad o algún otro esquema de trabajo para la construcción de propuestas para mejorar los resultados de la organización.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

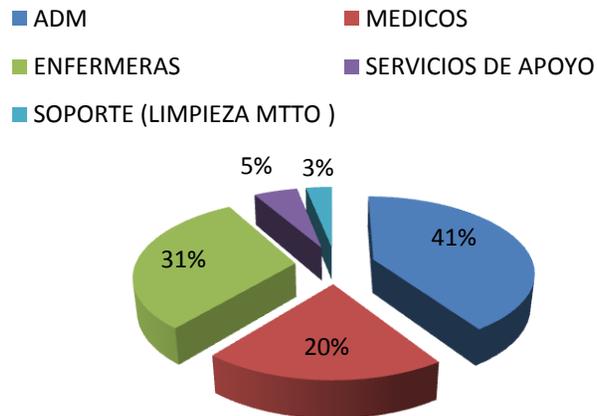
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

En las siguientes gráficas se muestra como se distribuye el total de la plantilla en las áreas generales donde el número de administrativo es alto en relación al área médica, sin embargo la comparativa de porcentaje en sueldos es mas del 50% del total invertido en el pago a médicos y enfermeras.

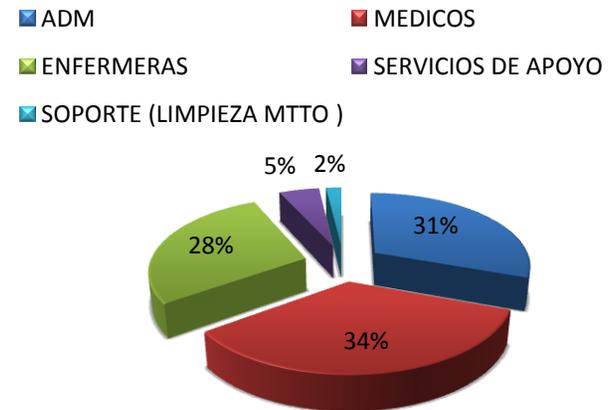
	Personal	Gasto RH
ADM	40.72%	13.08%
MEDICOS	20.19%	34.47%
ENFERMERAS	30.73%	28.17%
SERVICIOS DE APOYO	5.24%	4.90%
SOPORTE (LIMPIEZA MTTO)	3.12%	1.88%
	100.00%	100.00%



Distribución de personal asignado por áreas SES



Distribución del Gasto en Recursos Humanos SES



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

AREA	PERSONAL	% PERSONAL AREA
ENFERMERIA	2105	30.73%
ADM APOYO SALUD	1557	22.73%
MEDICO ESPECIALISTA	721	10.52%
MEDICO GENERAL	662	9.66%
ADM CAPACITACION	354	5.17%
ADM SOPORTE	302	4.41%
SOPORTE	214	3.12%
ADM MEDICO	159	2.32%
LABORATORIO	137	2.00%
ADM TRABAJO SOC.	120	1.75%
ADM	99	1.45%
TENICO RADIOLOGO	83	1.21%
ADM VERIFICADOR	77	1.12%
TECNICO LAB	77	1.12%
TECNICO MEDICO	62	0.90%
ADM ESTADISTICA MEDICA	56	0.82%
ADM INSUMOS	35	0.51%
ADM ENFERMERIA	16	0.23%
ADM LAB	15	0.22%
Total general	6851	100.00%

AREA	\$ POR AREA	% \$ AREA
ENFERMERIA	\$ 24,440,701.22	28.17%
MEDICO ESPECIALISTA	\$ 15,817,470.14	18.23%
MEDICO GENERAL	\$ 14,094,217.66	16.24%
ADM APOYO SALUD	\$ 10,006,495.58	11.53%
ADM SOPORTE	\$ 3,646,526.10	4.20%
ADM CAPACITACION	\$ 3,282,341.38	3.78%
ADM MEDICO	\$ 3,020,531.42	3.48%
LABORATORIO	\$ 2,123,977.82	2.45%
ADM	\$ 1,896,713.88	2.19%
SOPORTE	\$ 1,632,793.60	1.88%
ADM VERIFICADOR	\$ 1,528,724.90	1.76%
ADM TRABAJO SOC.	\$ 1,500,565.90	1.73%
TENICO RADIOLOGO	\$ 803,002.00	0.93%
TECNICO LAB	\$ 782,248.06	0.90%
ADM ESTADISTICA MEDICA	\$ 572,683.70	0.66%
TECNICO MEDICO	\$ 542,487.10	0.63%
ADM ENFERMERIA	\$ 377,151.60	0.43%
ADM LAB	\$ 369,891.00	0.43%
ADM INSUMOS	\$ 329,812.70	0.38%
Total general	\$ 86,768,335.76	100.00%

Operaciones:

Los estándares de trabajo no están actualizados solo existen algunos ya implementados y estos han sido desarrollados y validados por el área de planeación y calidad. No existe un análisis profundo de cada puesto relacionado con la mejora de los procesos en general de todas las áreas que pudiera ayudar a la reducción de costos y recursos así como la mejora de las operaciones, no se trabaja bajo un sistema de mejora continua basada en un sistema de calidad.

Hay un desligue entre el área medica y el área administrativa, en muchas de las áreas no conoce como se relacionan entre ellas, o lo que realizan, no se conoce cuales son los productos generados en cada área, no se han establecido los requisitos cliente – proveedor interno. Se puede apreciar como islas independientes.

No se evidenció cómo funciona el área de Mantenimiento en equipos y unidades o como se coordina, no se cuenta con un Programa de Trabajo que permita optimizar el uso de los equipos y rendimiento de los mismos.

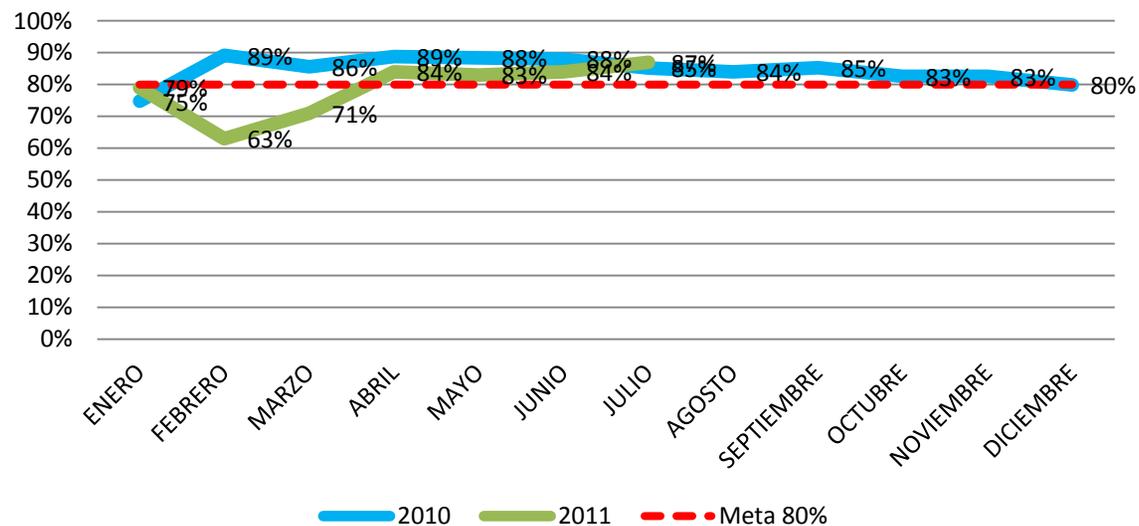
La logística de distribución de los equipos de trabajo no ha sufrido ningún cambio por lo que no se está aprovechando para disminuir tiempos muertos en áreas administrativas, en unidades medicas cumple con normatividades.

La gente operativa conoce y maneja el equipo de trabajo a su cargo de forma adecuada, sin embargo los sistemas de comunicación como servidores a veces no están disponibles o son lentos.

En el área de control de suministros se trabaja a través del sistema SIA (Sistema Integral de abasto), mostrado en la sección de análisis de sistemas, su nivel de confiabilidad en el almacén central se aprecia alto 99% en base a números disponibles sobre conteos cíclicos elaborados en el almacén. Y la disponibilidad de insumos se aprecia en la grafica siguiente donde se puede apreciar estar en promedio por arriba de la media nacional del 85%, sin embargo esto no quiere decir que comparado con otros estándares en otro tipo de organizaciones sea del todo aceptable.

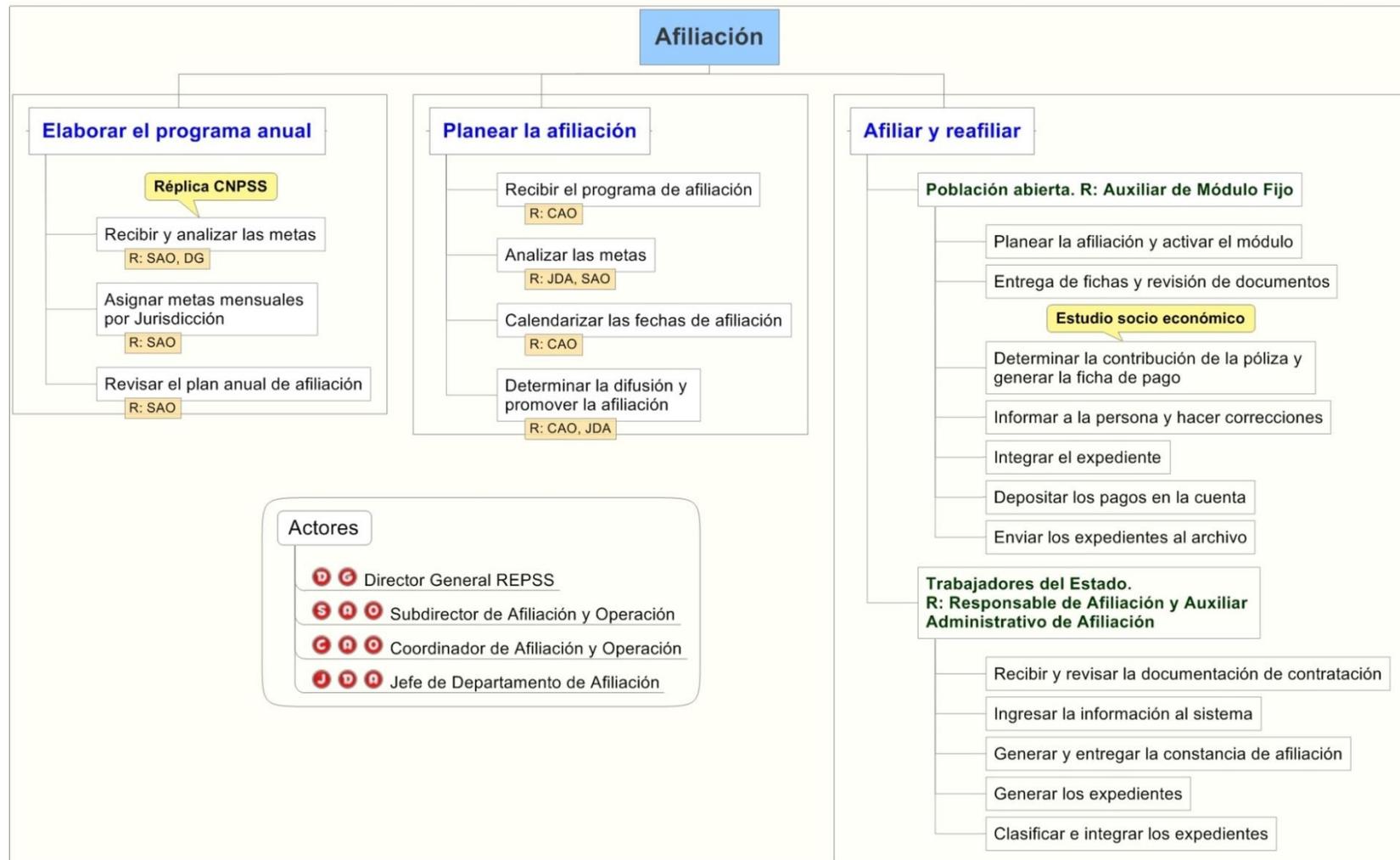
Los procesos con los que maneja el control de inventarios son un tanto obsoletos, pudiendo tener un área significativa de mejora en el control de recursos asignados, dando como resultados mejor control y reducción de costos operativos.

Disponibilidad de Insumos Medicinas en Unidades Médicas
Secretaría de Salud



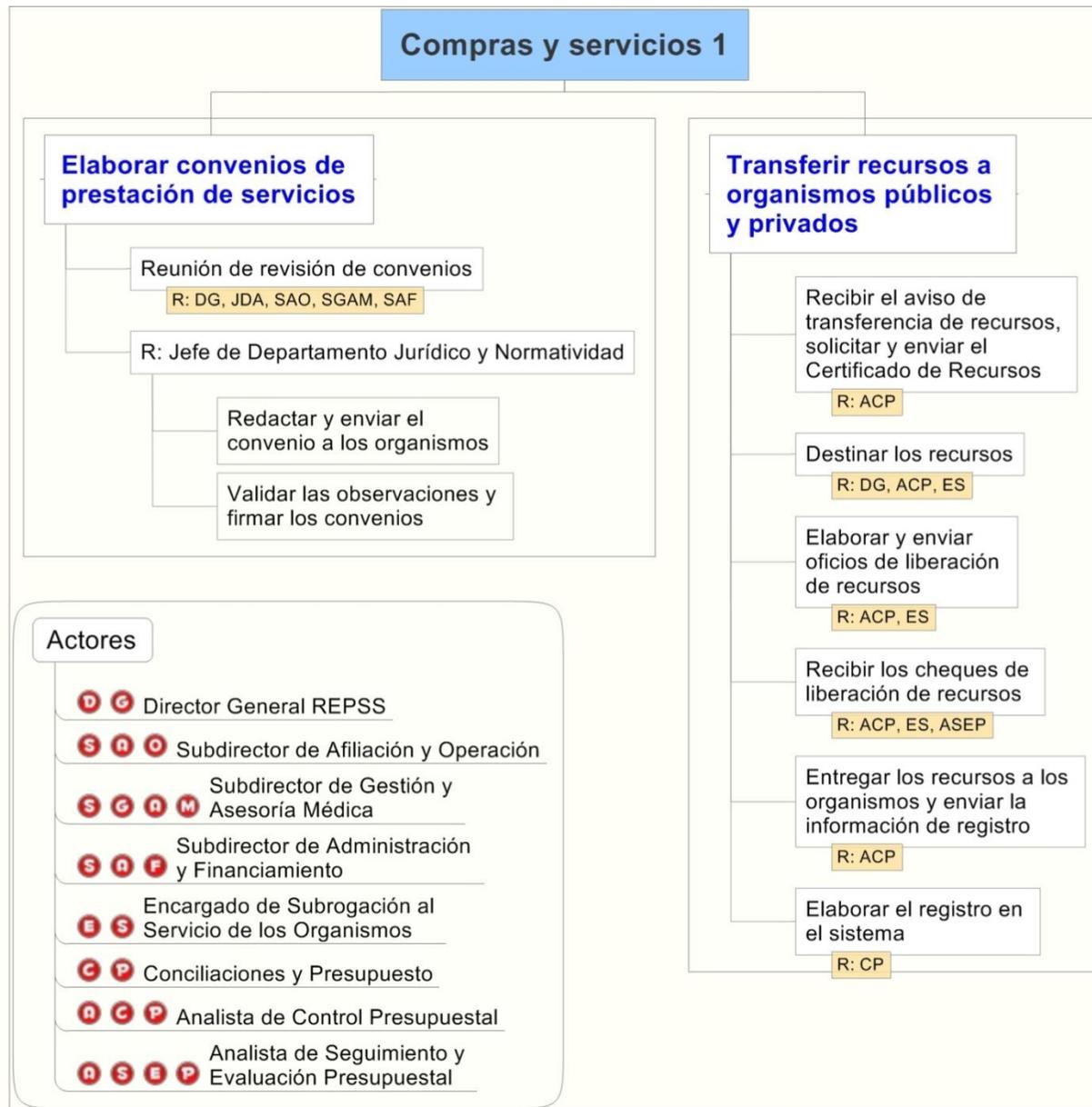
Fuente de Información: Dpto. de Control de Abasto SS

Resumen de levantamiento de Flujos de Proceso



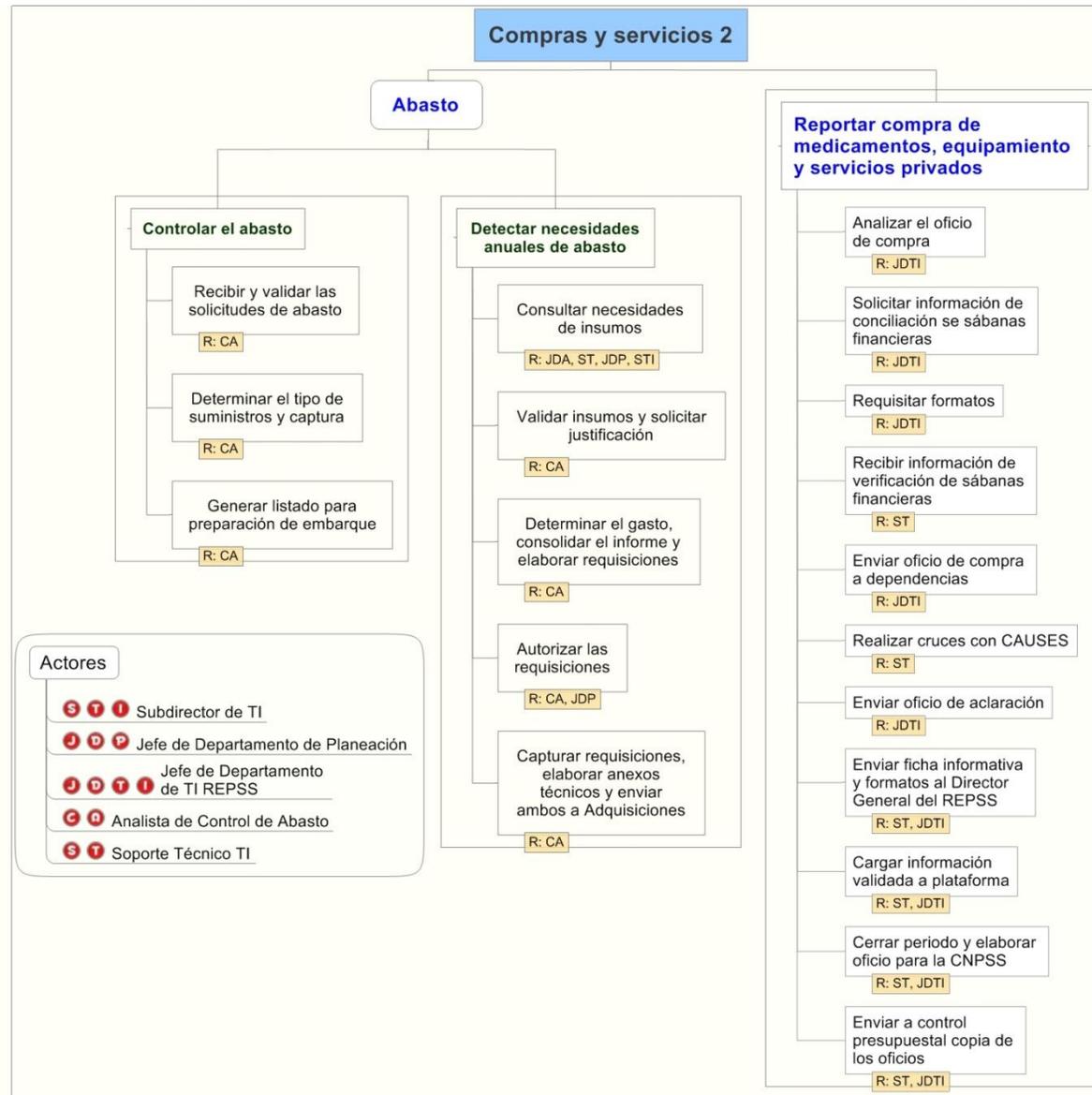
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



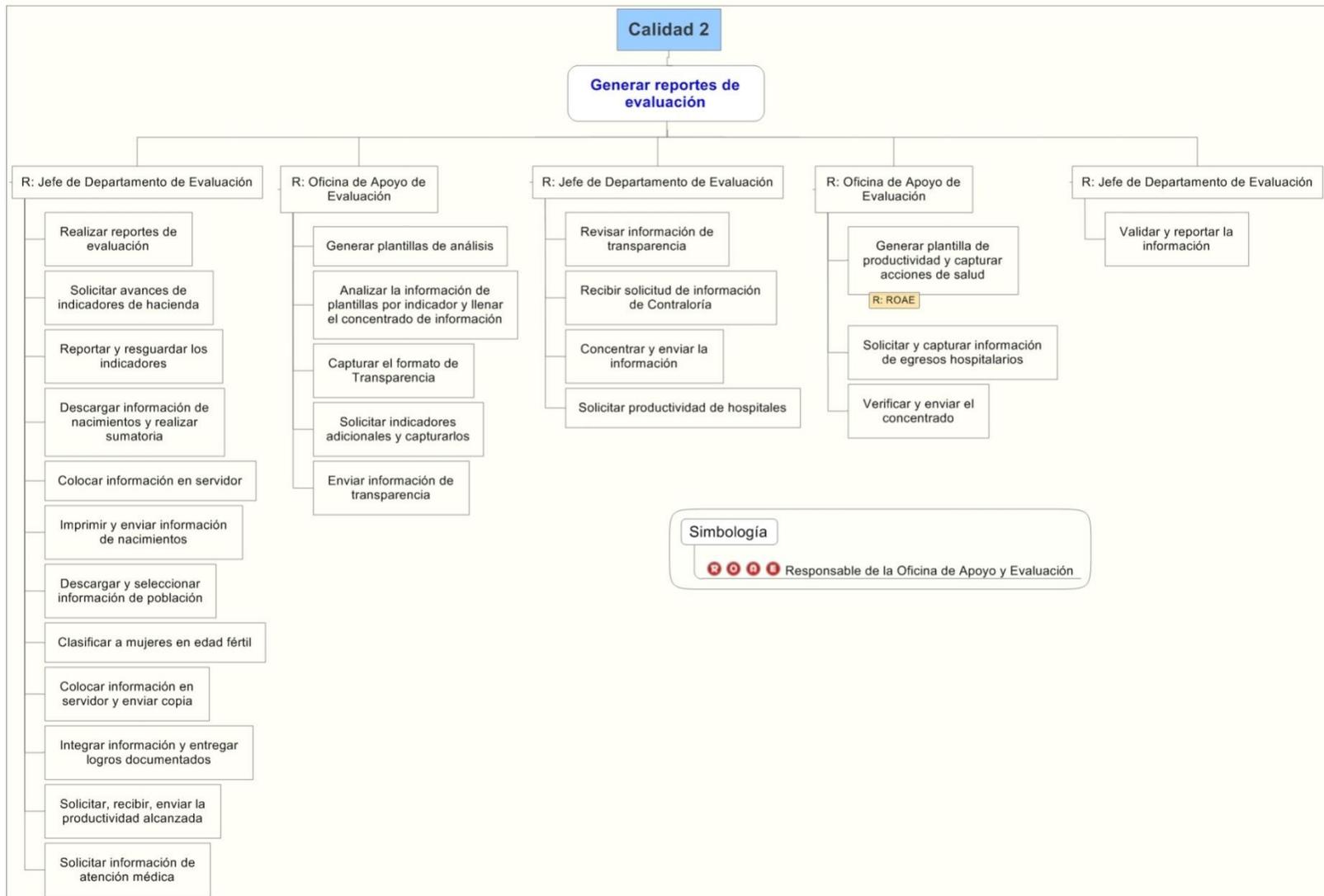
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

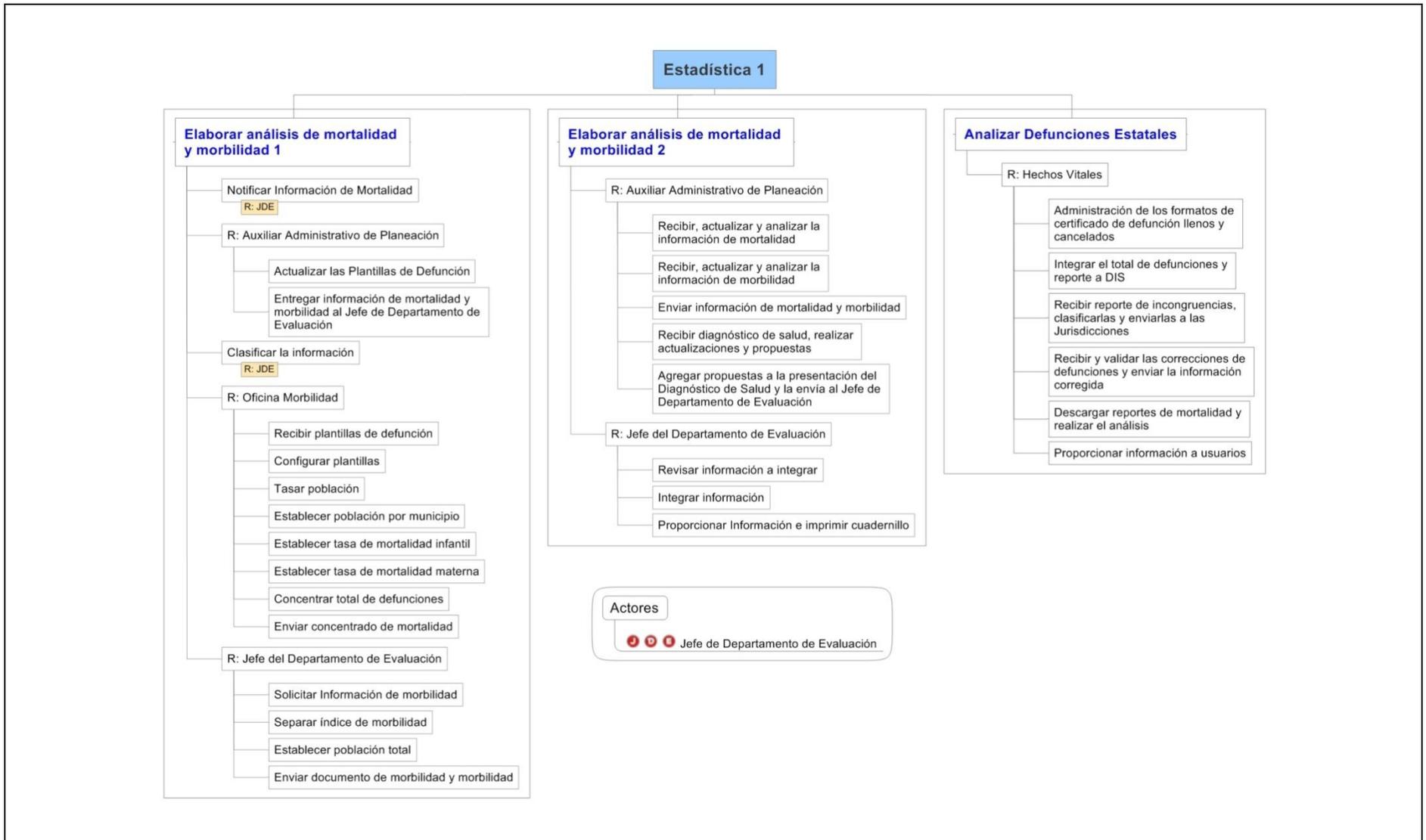
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua





Estadística 2

Actualizar pirámide poblacional

R: Auxiliar Administrativo de Planeación

Recibir información de la población total

Capturar y actualizar datos

Analizar comportamiento de pirámide poblacional

Entregar información de población en Diagnóstico municipal

Validar y actualizar información

R: JDE

Presentar Información

R: JDE

Evaluar Cobertura Médica de Población por Institución de Salud

R: Auxiliar Administrativo de Planeación

Recibir información de la población total

Capturar y actualizar datos

Analizar comportamiento de pirámide poblacional

Entregar información de población en Diagnóstico municipal

Validar y actualizar información

R: JDE

Presentar Información

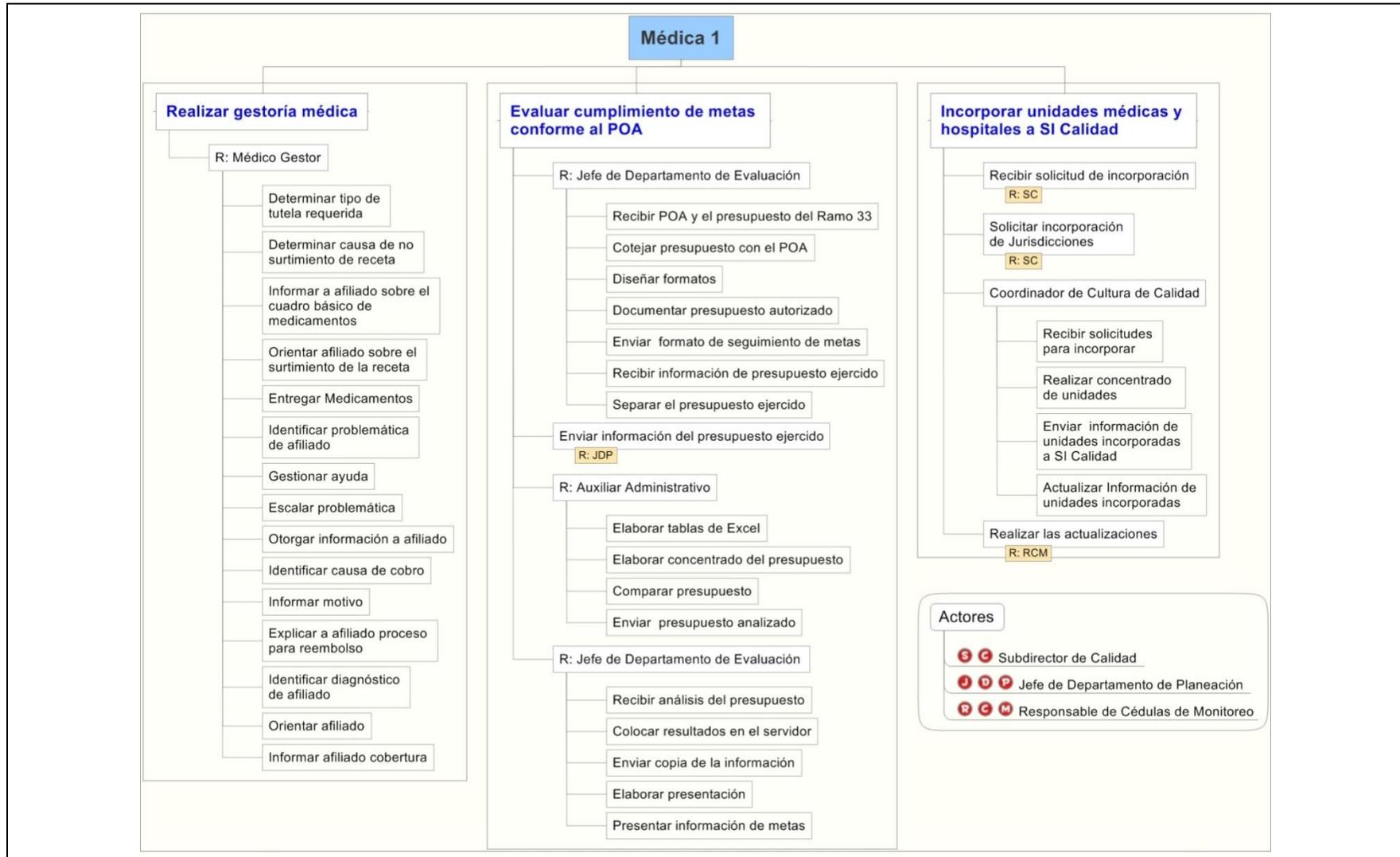
R: JDE

Actores

J D E Jefe de Departamento de Evaluación

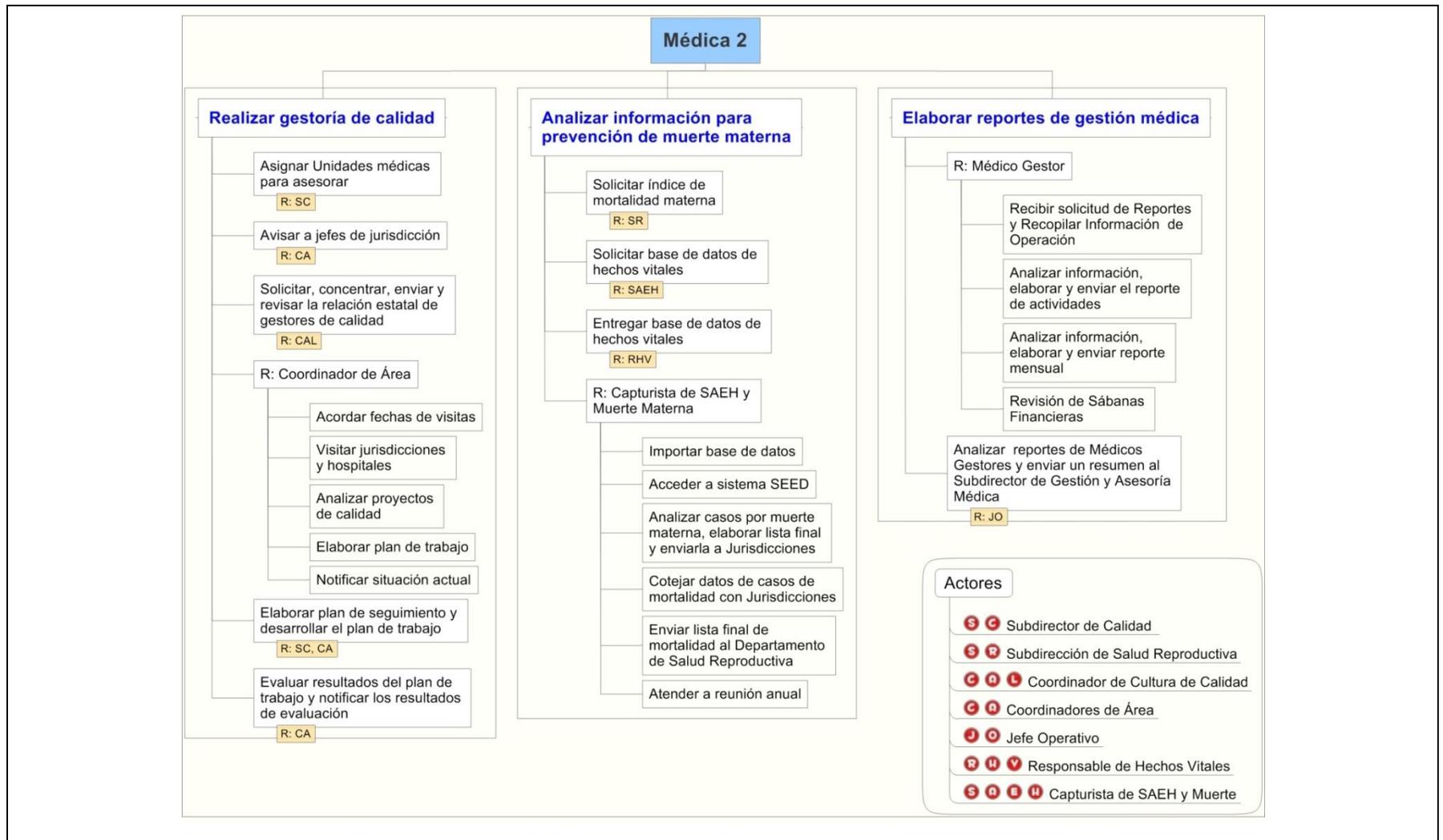
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

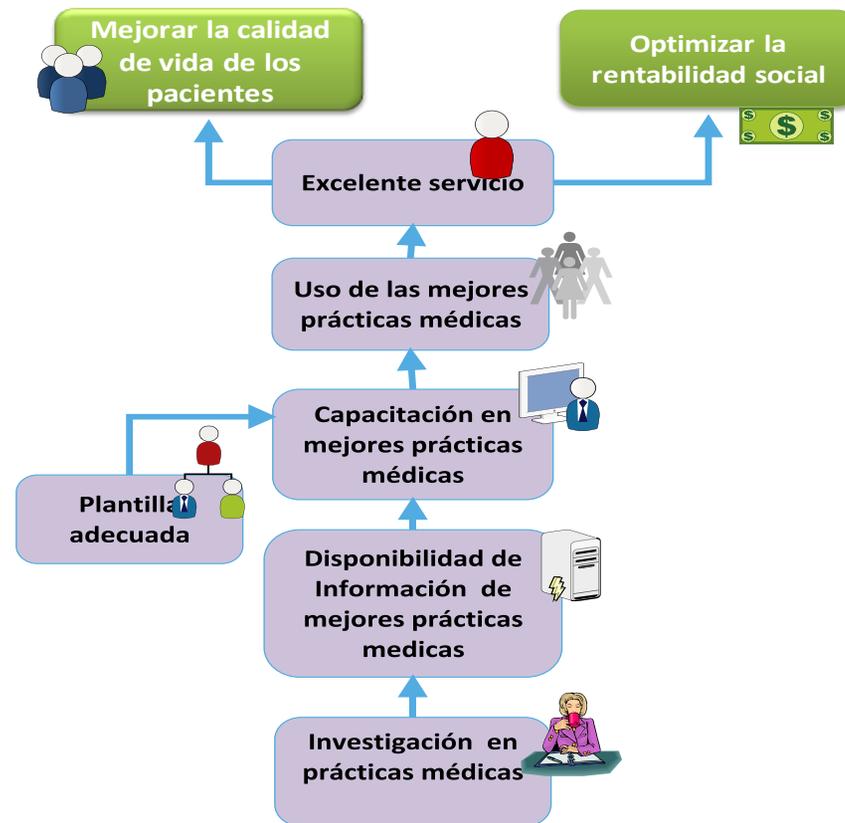


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

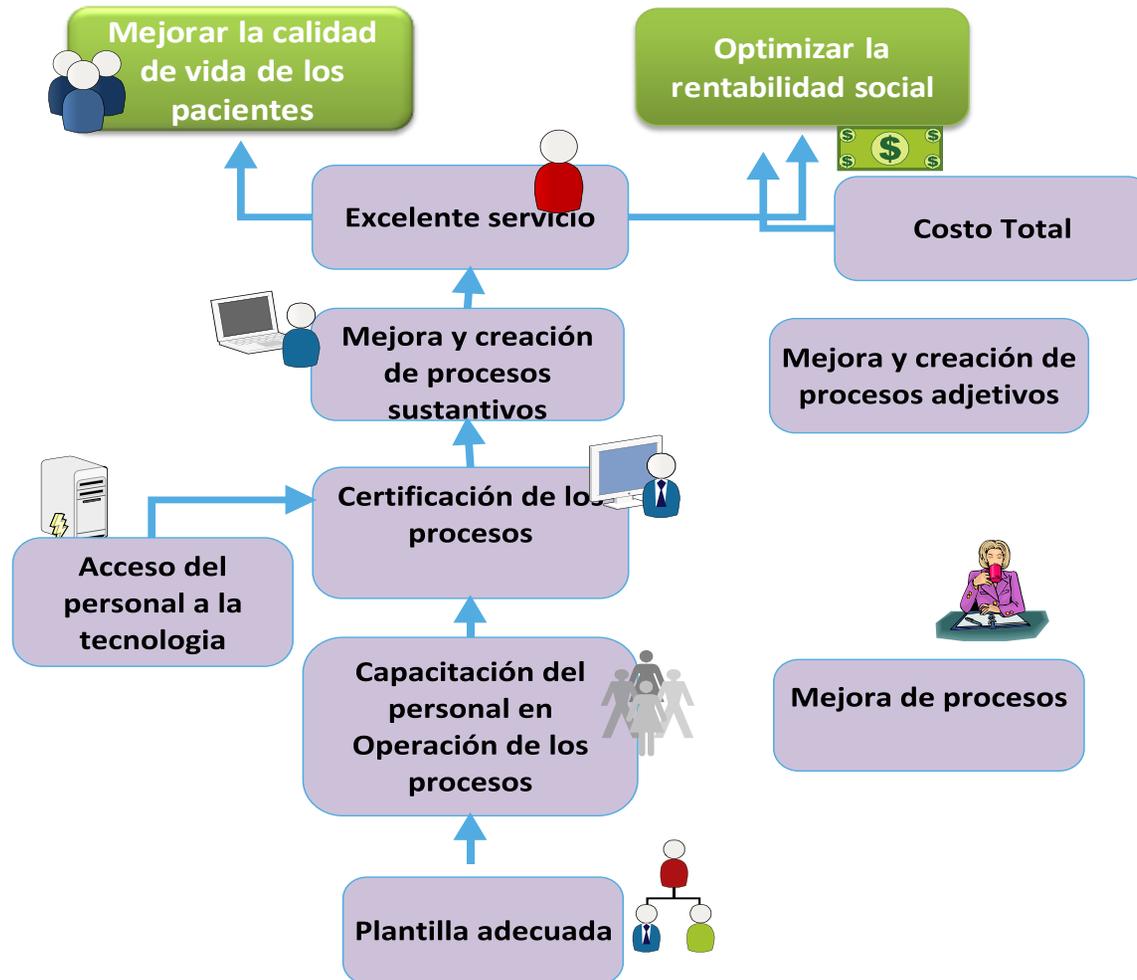
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



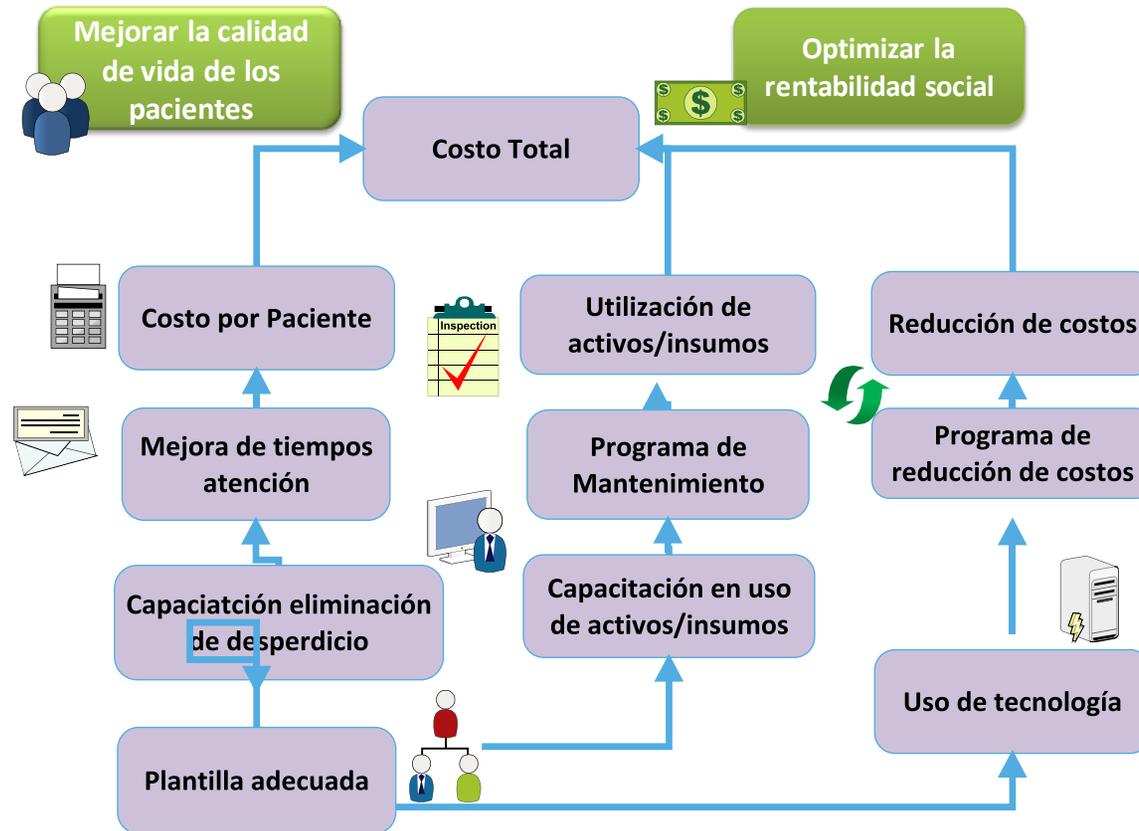
PRACTICA MEDICA AREAS DE OPORTUNIDAD



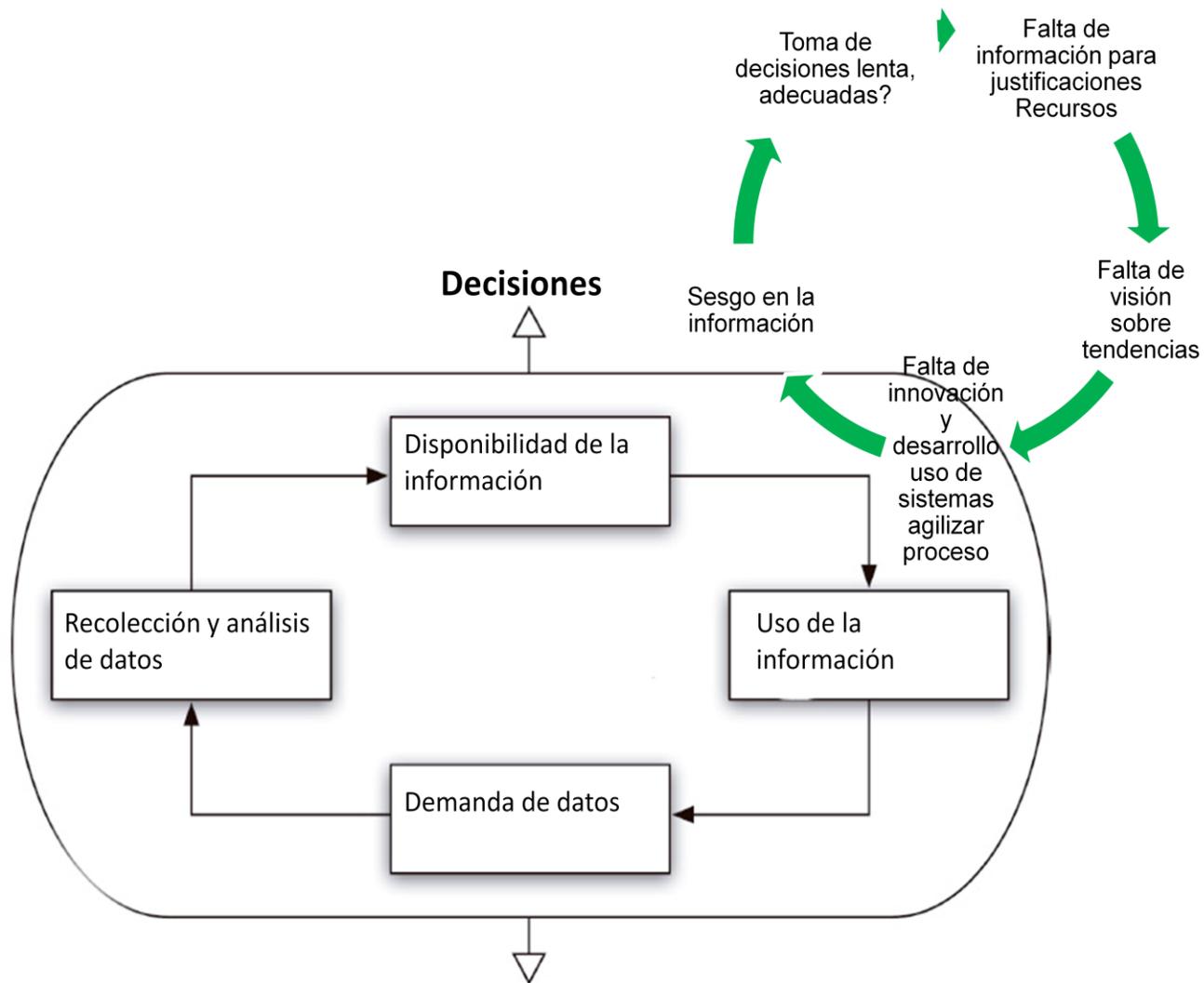
SERVICIOS AREAS DE OPORTUNIDAD



OPERACIONES AREAS DE OPORTUNIDAD



INFORMACION AREAS DE OPORTUNIDAD



Comentarios a los procesos:

- Se observa la ausencia de un sistema integral para los procesos de autorización y la toma de decisiones. Dicha ausencia puede entorpecer la ejecución de las instrucciones, no transparentar el uso de los recursos y hacer que el proceso sea más lento.
- Es posible que se requiera un análisis de tareas y responsabilidades por puesto, a fin de empujar a los niveles inferiores las tareas de ejecución que estén realizando los niveles superiores. Un nivel directivo saturado de tareas de ejecución puede caer en micro gerenciamiento o en omisión de tareas de dirección propiamente dichas
- Las actividades encaminadas a detectar las necesidades anuales de abasto no mencionan técnicas de pronóstico y administración de la demanda de alto nivel, la operación es manual.
- Se observa que el personal de Tecnologías de la Información realiza labores administrativas de la operación de compras, como parte de un departamento o área, esto puede ocasionar que desatienda las necesidades informáticas de otras áreas o que su misión se limite.
- El levantamiento de actividades deja ver procesos manuales y elementales, si el organismo contara con sistemas integrales el resultado del levantamiento estaría revelando actividades de más alto valor e impacto en la administración de los recursos
- Se requiere un análisis de perfil de puestos con enfoque costo - beneficio. En general se observa que lo los médicos y las enfermeras tienen una gran carga administrativa.

Sistema de Calidad Actual

El tema de calidad se realiza actualmente en las tres organizaciones, trabajando esporádicamente juntos como por ejemplo en Ichisal se apoya en el Área de calidad de Servicios de salud, y ambos en calidad de la secretaria. Y cada uno sobre la pauta que marca nacional. Sin embargo se detecta lo siguiente:

Compromiso institucional

El esfuerzo por la calidad en la organización está empezando. Algunas personas impulsan y están motivadas en el programa como son los responsables de cada departamento de calidad, sin embargo es importante que la alta dirección manifieste y difunda su compromiso; aún más, que respalde el compromiso con hechos y que el personal pueda tomar conciencia de los beneficios de trabajar bajo un esquema de un sistema de calidad.

Es importante unir esfuerzos y homologar criterios como avances implementados en el tema, así como establecer y soportarlas con acciones concretas la voluntad de la dirección por ser una organización de calidad.

Se tienen avances básicos en Ichisal en la homologación de criterios para los diferentes requisitos de acreditación, como es la creación de una Matriz para la Evaluación de Hospitales con el fin de unificar criterios y ahorrar recursos para el cumplimiento de los diferentes organismos reguladores a través de la recopilación de varias cédulas y lineamientos que marcan estos organismos con el objetivo final de poder cumplir y poder lograr certificaciones, los mismos son:

- ✓ Consejo de Salubridad General
- ✓ Joint Comission International
- ✓ Seguro Popular
- ✓ COESPRIS
- ✓ COFESPRIS
- ✓ OMS
- ✓ Protección Civil
- ✓ Bomberos
- ✓ Normatividad del Hospital Seguro

El primer piloto de implementación de la auditoria fue en el Hospital de Delicias, y además simultáneamente se trabaja con otros cuatro hospitales del estado, el proceso requiere mejoras como es la sistematización y afinar marco metodologico:

Gineco-Obstetricia de Cuauhtémoc
General de Juárez
Regional de Jiménez
Central Universitario

Pero como este ejemplo, no se muestra un compromiso a la alta dirección para estimular y patrocinar la calidad sistemáticamente y poder fomentar una cultura de calidad en la organización que la explique como la generación de valor para el cliente (interno / externo), aún más allá de sus propias expectativas.

No existe por escrito un documento formal de una política de calidad que esté ampliamente difundida y que se respalde con hechos.

Organización de los programas de calidad:

Existe una falta de liderazgo para asegurar que todas las áreas participen en el esfuerzo de calidad, existe un apoyo de la coordinación nacional de Calidad, pero es evidente la falta de compromiso y respaldo al mismo. Existen acciones aisladas que motiven al personal a implementar mejoras, sin embargo la respuesta sigue siendo baja. Se percibe un gran reto para reavivar el entusiasmo y concientización en el sistema.

Así como poder definir objetivos y compromisos concretos para el programa de calidad mediante la participación de todos los responsables a través de establecer metas claras para el mejoramiento de la calidad a través de un análisis sistemático de la relación cliente-proveedor, no solamente en recolectar datos que no estén ligados a planes de mejora en el desempeño de los procesos.

Sistemas de calidad

Documentación y coordinación de los programas:

La documentación de los procesos y estándares de calidad parece avanzar en la organización lentamente, es importante reforzar este trabajo y asegurar que se avance en todas las áreas a través de la capacitación y seguimiento cercano. Que cada uno de los empleados sepan identificar que tienen un cliente, sea externo o interno y poder desarrollar un análisis sistemático de las cadenas cliente – proveedor.

Así también los procesos y estándares de calidad no están bien documentados, no están actualizados, ni están creados desde cada área por los responsables y dueños del negocio o area operativa, también se observa una consistencia en la elaboración de los mismos, y tienen algunas fallas de diseño. Los procesos no se controlan a través de un sistema de control de documentación. Es importante establecer conexiones claras entre este trabajo y el Plan de Calidad de la organización así como implantar términos de referencia comunes para la elaboración y formulación de documentos en toda la organización

Medición y evaluación del programa de calidad:

El progreso de medidas y análisis de la información acerca de estándares y del cumplimiento de metas parece ser limitado como sustento de otras actividades del Programa de Calidad. Los grupos de trabajo requieren medidas que les permitan controlar efectivamente el progreso en la calidad, de lo contrario, todo puede quedar disperso en intenciones y actividades que no necesariamente producen los resultados esperados, como el esfuerzo que se invierte en la recolección de datos que no se construyen y calculan sistemáticamente indicadores de tasa de recuperación de la inversión en calidad, es importante que nazca desde alta dirección el esfuerzo de evaluación, con la participación de toda la organización.

El avance de la organización en cuanto a control de procesos es inconsistente. Hace falta desarrollar más disciplina en registros y medición de resultados de cambios implementados, y en la verificación de la calidad en todos los puntos del proceso. Para desarrollar la capacidad de poder anticipar y prevenir las fallas, es necesario contar con mayor conocimiento y dominio de los procesos a través de reforzar la capacitación en todos los niveles.

Ahora bien para implantar con éxito un programa, sistema de calidad debe coordinarse desde el personal con autoridad para decidir los cambios. Lo ideal es que cada grupo tenga las condiciones para hacerlo con la debida coordinación entre las tres áreas. Si no existe autoridad las ideas de calidad se convertirán en palabras que no provocan cambios en la manera de hacer las cosas.

En el siguiente cuadro de indicadores podemos ver que hace un gran esfuerzo para establecer sistemas para poder cumplir con las metas planteadas, por ahora de los 16 indicadores se tiene avance en 5 de ellos:

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

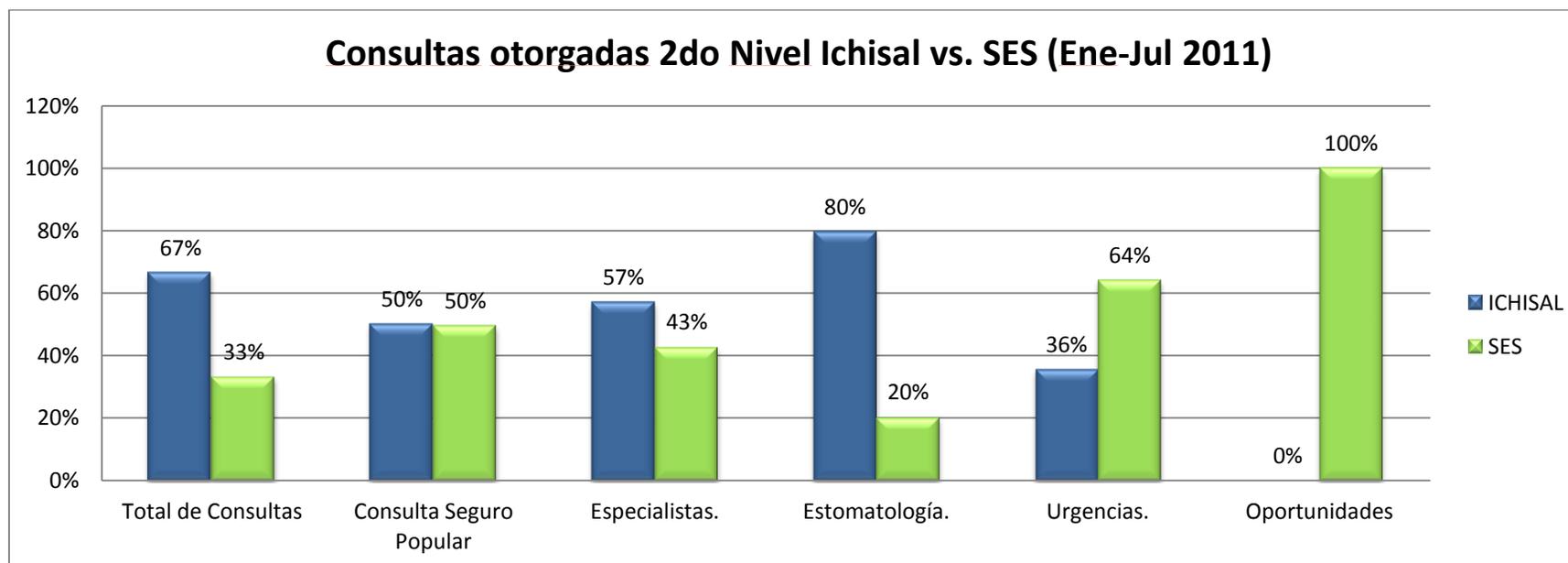
INDICADOR SES				Meta	Realizado	% Cumplimiento
Indicador del POA 2009	H54- IMPULSAR LA CERTIFICACION Y/O ACREDITACION DE UNIDADES DE SALUD Y SUPERVISION INTEGRAL	E06- REALIZAR ACTIVIDADES DE SUPERVISION INTEGRAL PARA LA ACREDITACION Y/O CERTIFICACION DE UNIDADES MEDICAS	VISITAS DE SUPERVISION	250	368	147%
Indicador PBR 2011	% de Unidades Acreditadas	Total de unidades de primer nivel acreditadas	Unidades acreditadas	25	0	0.00
	% de Unidades Asociadas	Porcentaje de unidades asociadas a SICALIDAD	Unidades asociadas	197	177	89.85
	Cédulas de autoevaluación	Cédulas de auto evaluación y planes de contingencia aplicadas	Cédulas de auto evaluación y planes de contingencia aplicadas	25	31	124.00
	Número de Gestores Capacitados	Gestores	Gestores Capacitados	40	37	92.50
Indicador de Hacienda	Compromisos de calidad cumplidos en los acuerdos de gestión			4	0	0.00
Metas Calidad	Porcentaje de Indicadores que Alcanzan el Estándar			73	58	79.45
	Proyectos de Mejora Documentados			46	0	0.00
	Grado de cobertura del Aval Ciudadano			75	42.15	56.54
	Unidades Acreditadas			52	0	0.00
	Unidades asociadas a SICALIDAD			14	6	42.86
	Capacitación en Materia de Calidad			32	12	37.50
	Formación de Gestores de Calidad			21	4	19.05
	Informes de Cédulas PIN01 y PIN02			13	0	0.00
	Informes de Seguridad del Paciente			20	0	0.00
Reuniones de COCASEP			80	12	15.00	

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Productividad y Consultas 2do Nivel:

Consultas Otorgadas	ICHISAL	SES	TOTAL	ICHISAL	SES
Total de Consultas	204,247	102,151	306,398	67%	33%
Consulta Seguro Popular	62,510	61,838	124,348	50%	50%
Especialistas.	109,163	81,587	190,750	57%	43%
Estomatología.	11,007	2,811	13,818	80%	20%
Urgencias.	36,639	65,911	102,550	36%	64%
Oportunidades	0	340	340	0%	100%
TOTAL	423,566	314,638			

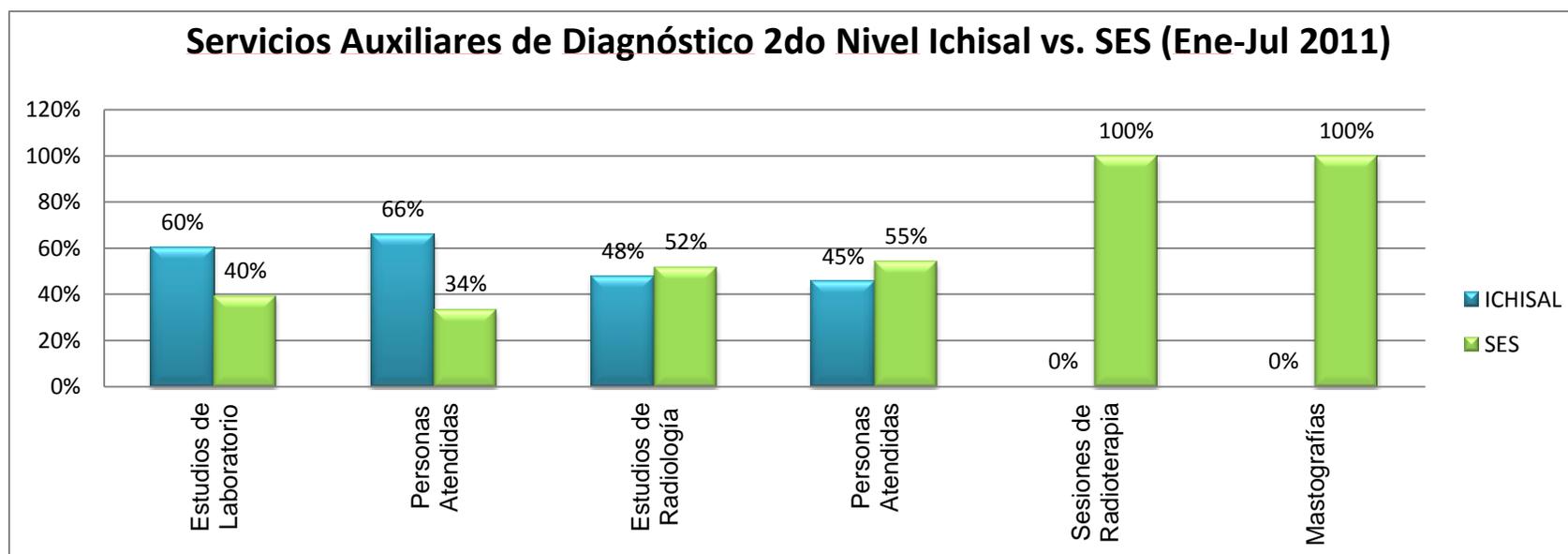


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Productividad Servicios Auxiliares de Diagnóstico 2do Nivel:

Servicios Auxiliares de Diagnóstico	ICHISAL	SES	TOTAL	ICHISAL	SES
Estudios de Laboratorio	813,186	532,010	1'345,196	60%	40%
Personas Atendidas	194,417	99,021	293,438	66%	34%
Estudios de Radiología	53,950	58,424	112,374	48%	52%
Personas Atendidas	39,968	47,954	87,922	45%	55%
Sesiones de Radioterapia	0	6,863	6,863	0%	100%
Mastografías	0	2,834	2,834	0%	100%
TOTAL	1'101,521	747,106			

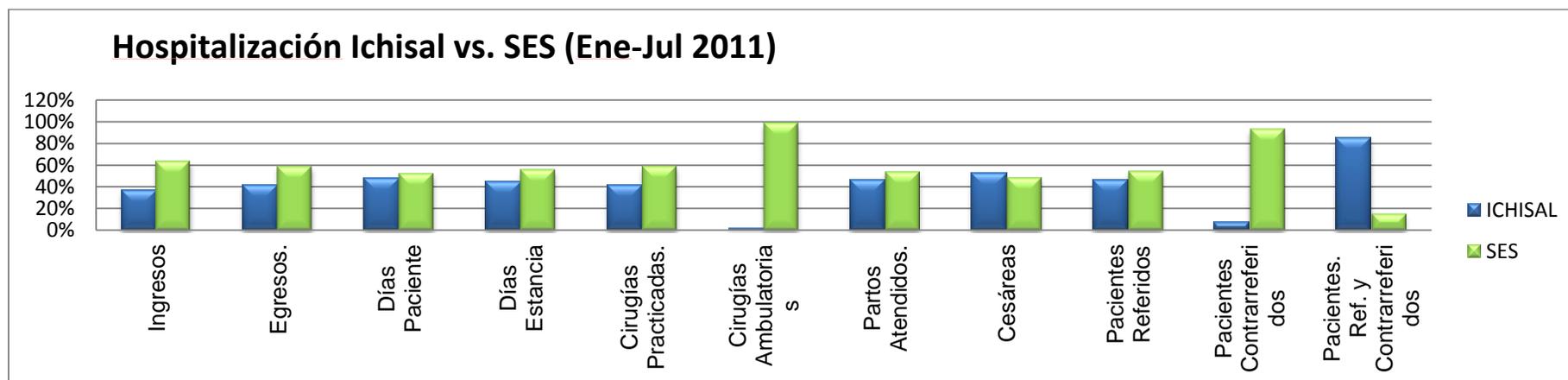


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Productividad Hospitalización

Hospitalización	ICHISAL	SES	TOTAL	ICHISAL	SES
Ingresos	9,532	16,590	26,122	36%	64%
Egresos.	13,345	18,896	32,241	41%	59%
Días Paciente	63,220	69,541	132,761	48%	52%
Días Estancia	48,033	60,431	108,464	44%	56%
Cirugías Practicadas.	5,959	8,490	14,449	41%	59%
Cirugías Ambulatorias	34	1,878	1,912	2%	98%
Partos Atendidos.	4,581	5,349	9,930	46%	54%
Cesáreas	1,496	1,402	2,898	52%	48%
Pacientes Referidos	4,095	4,887	8,982	46%	54%
Pacientes Contrarreferidos	318	4,013	4,331	7%	93%
Pacientes. Ref. y Contrarreferidos	48,364	8,900	57,264	84%	16%
TOTAL	198,977	200,377			

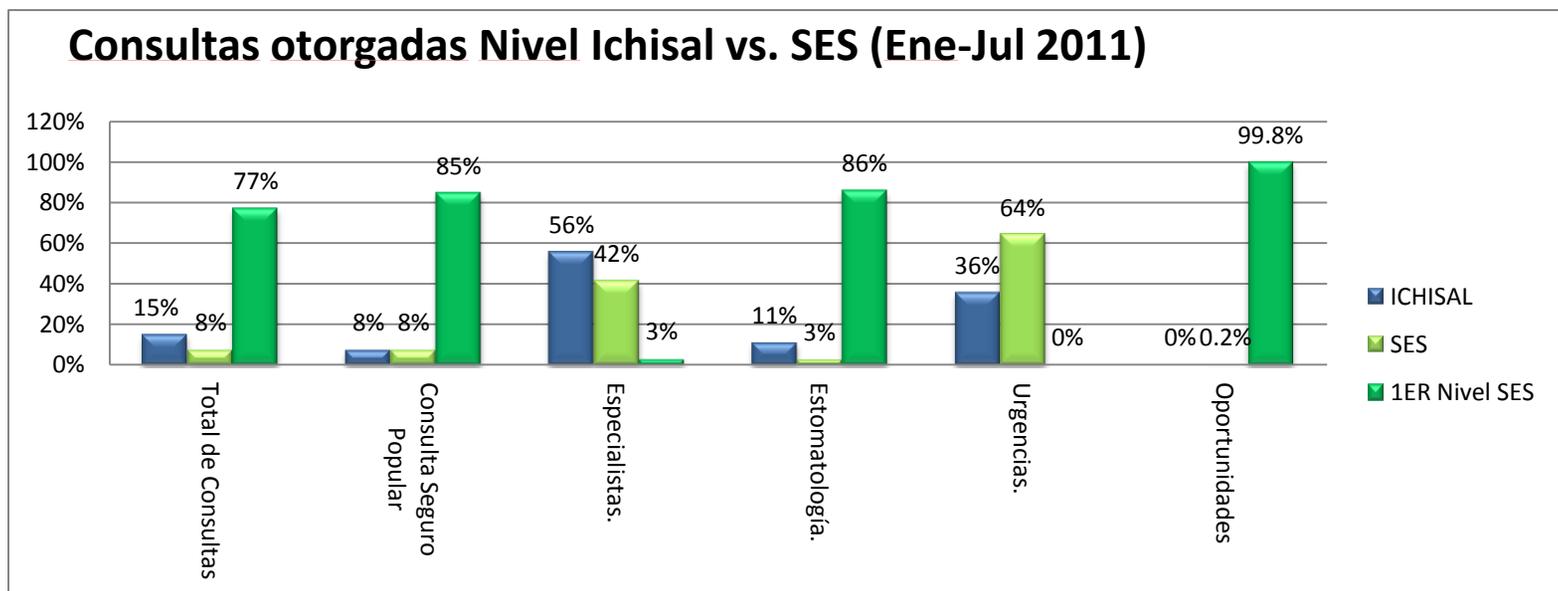


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Productividad Consultas

Consultas Otorgadas	1ER Nivel				1ER Nivel		
	ICHISAL	SES	SES	TOTAL	ICHISAL	SES	SES
Total de Consultas	204,247	102,151	1'037,699	1344097	15%	8%	77%
Consulta Seguro Popular	62,510	61,838	694,910	819258	8%	8%	85%
Especialistas.	109,163	81,587	5,830	196580	56%	42%	3%
Estomatología.	11,007	2,811	84,683	98501	11%	3%	86%
Urgencias.	36,639	65,911	0	102550	36%	64%	0%
Oportunidades	0	340	204,921	205261	0%	0.2%	99.8%
TOTAL	423,566	314,638	2'028,043	2766247			

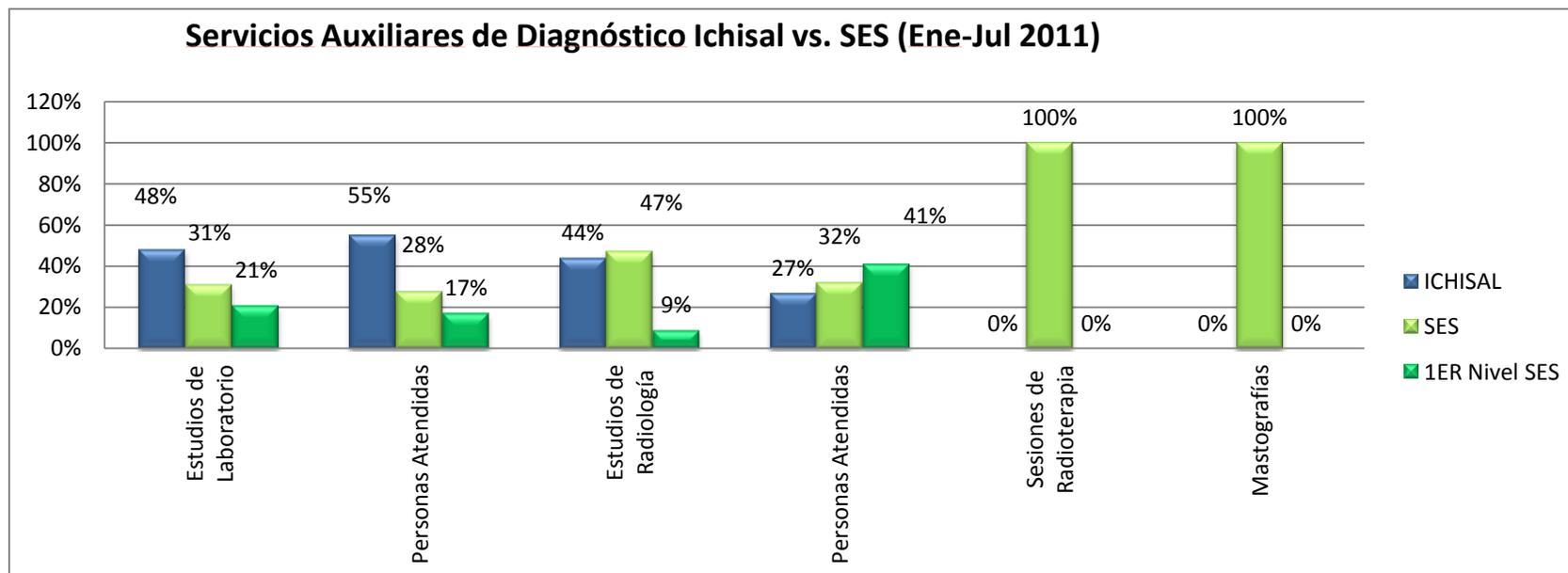


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Productividad Servicios Auxiliares de Diagnóstico

Servicios Auxiliares de Diagnóstico	ICHISAL	SES	1ER Nivel SES	TOTAL	ICHISAL	SES	1ER Nivel SES
Estudios de Laboratorio	813,186	532,010	354,895	1'700,091	48%	31%	21%
Personas Atendidas	194,417	99,021	60,915	354,353	55%	28%	17%
Estudios de Radiología	53,950	58,424	10,953	123,327	44%	47%	9%
Personas Atendidas	39,968	47,954	60,915	148,837	27%	32%	41%
Sesiones de Radioterapia	0	6,863	0	6,863	0%	100%	0%
Mastografías	0	2,834	0	2,834	0%	100%	0%
TOTAL	1'101,521	747,106	487,678	2,336,305			



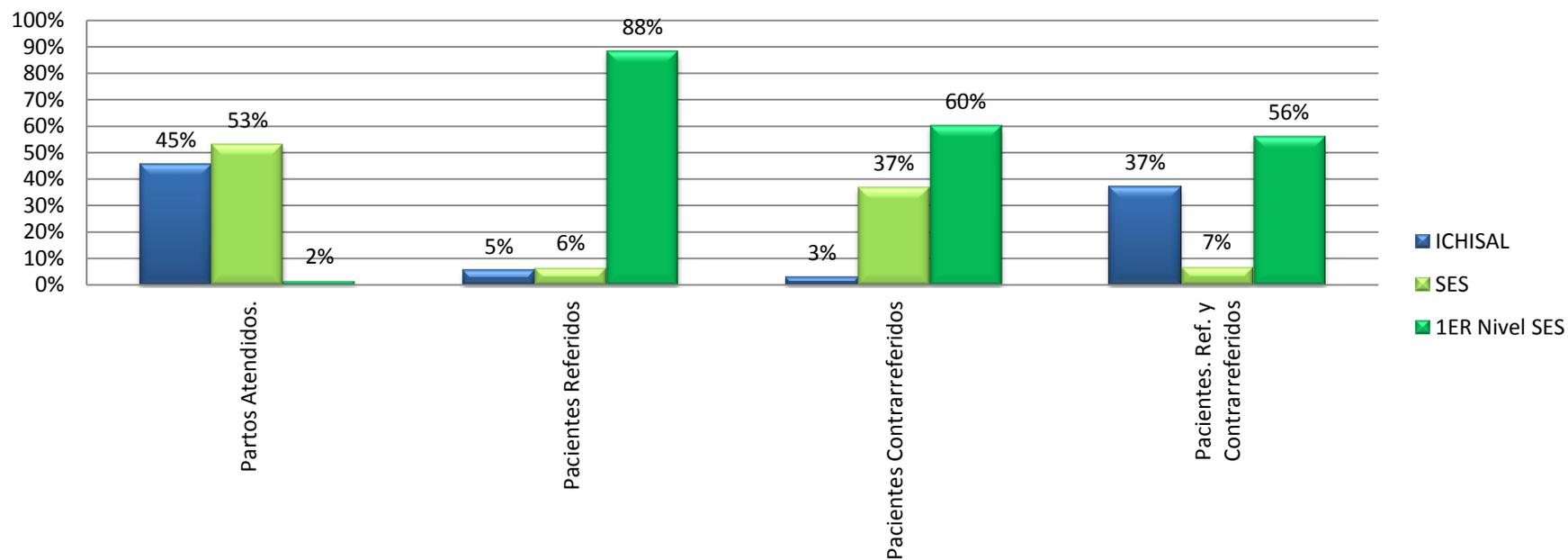
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Productividad

Referidos y Contrareferidos	ICHISAL	SES	1ER Nivel SES	TOTAL	ICHISAL	SES	1ER Nivel SES
Partos Atendidos.	4581	5,349	152	10082	45%	53%	2%
Pacientes Referidos	4095	4,887	66607	75589	5%	6%	88%
Pacientes Contrarreferidos	318	4,013	6552	10883	3%	37%	60%
Pacientes. Ref. y Contrarreferidos	48364	8,900	73159	130423	37%	7%	56%
TOTAL	57358	23149	146470	226977			

Referidos y Contrareferidos Ichisal vs. SES (Ene-Jul 2011)



Georeferenciación:

La secretaria de salud con el director de Planeación evaluación y control apoyándose con el área de sistemas llevan el siguiente avance de georeferenciación :

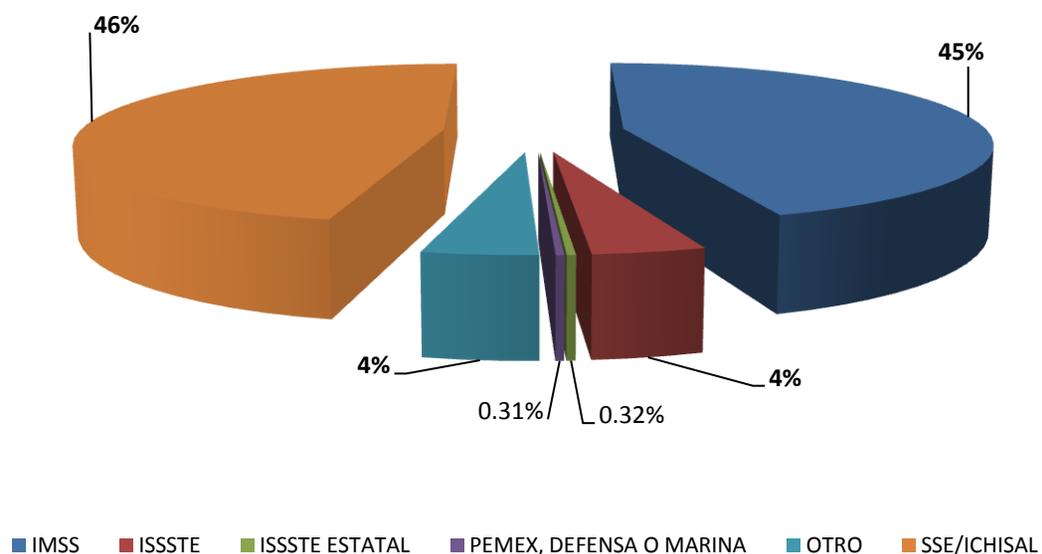
Unidades Médicas Primer y Segundo Nivel	% de avance
Jurisdicción Chihuahua I	90%
Subsede Ojinaga	100%
Jurisdicción Juárez II	98%
Jurisdicción Hidalgo del Parral III	80%
Jurisdicción Cuauhtémoc IV	75%
Subsede Gómez Farías IV-I	90%
Jurisdicción Nvo. Casas Grandes V	95%
Jurisdicción Camargo VI	100%
Jurisdicción Creel VII	70%
Subsede Guachochi VII-I	100%
Jurisdicción El Fuerte	100%
Programas Especiales	% de avance
Oportunidades Servicios de Salud	45%
IMSS Oportunidades	85%
Rutas del Programa Caravanas de la Salud	95%

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

En el equipo de consultores hicimos un análisis y tomamos en cuenta como referencia las unidades médicas totales en el Estado de Chihuahua como se distribuye de la siguiente manera la cobertura en el estado de salud, donde los servicios de salud del estado e Ichisal cubren aproximadamente el 46% en todo el estado, siguiendo el IMSS con el 45% y el resto distribuido entre los demás unidades médicas. Como se muestra en la siguiente gráfica.

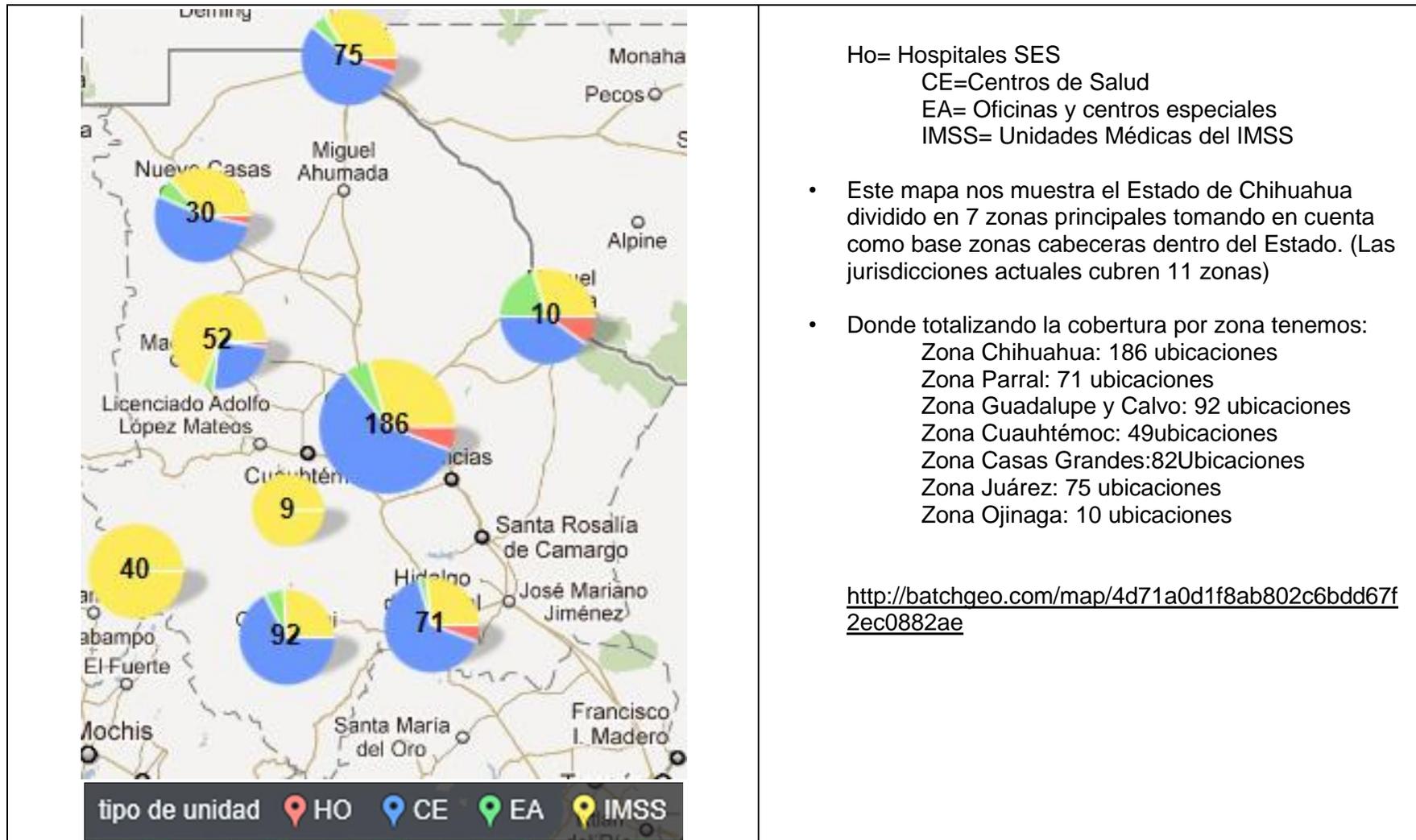
Distribución de la Atención médica Edo. Chihuahua 2010



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

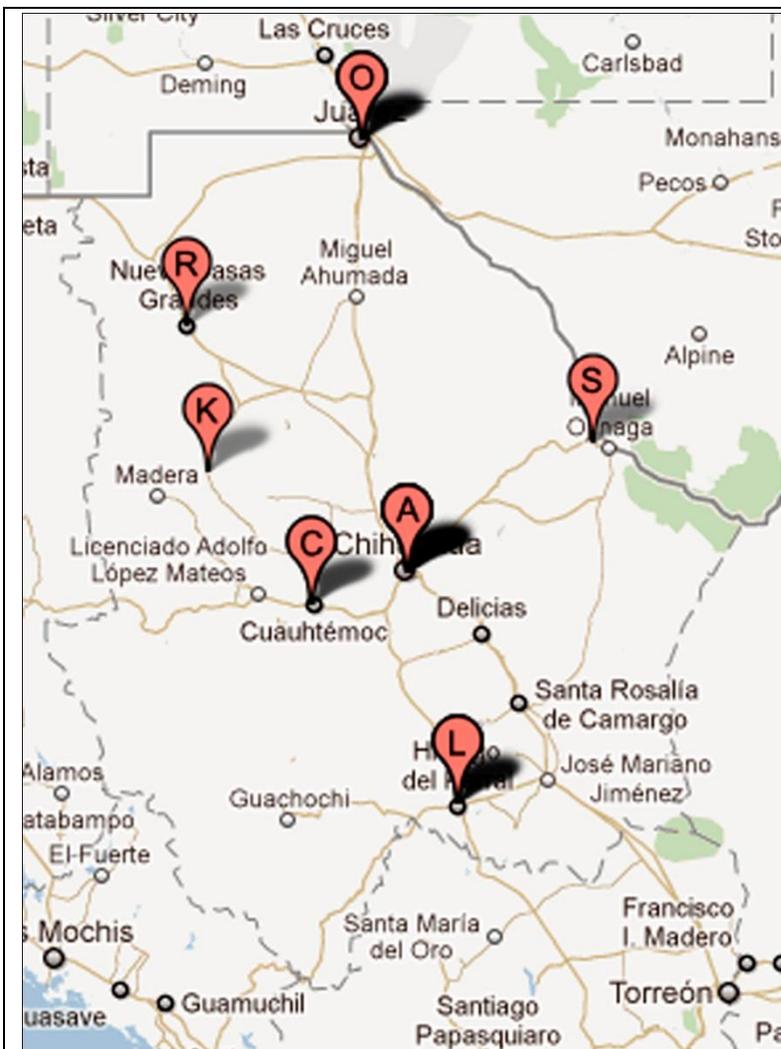
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

En base a esto, tomamos como referencia las unidades del IMSS y la conjuntamos las plasmamos en un mismo mapa junto con las unidades del SES resultando lo siguiente:

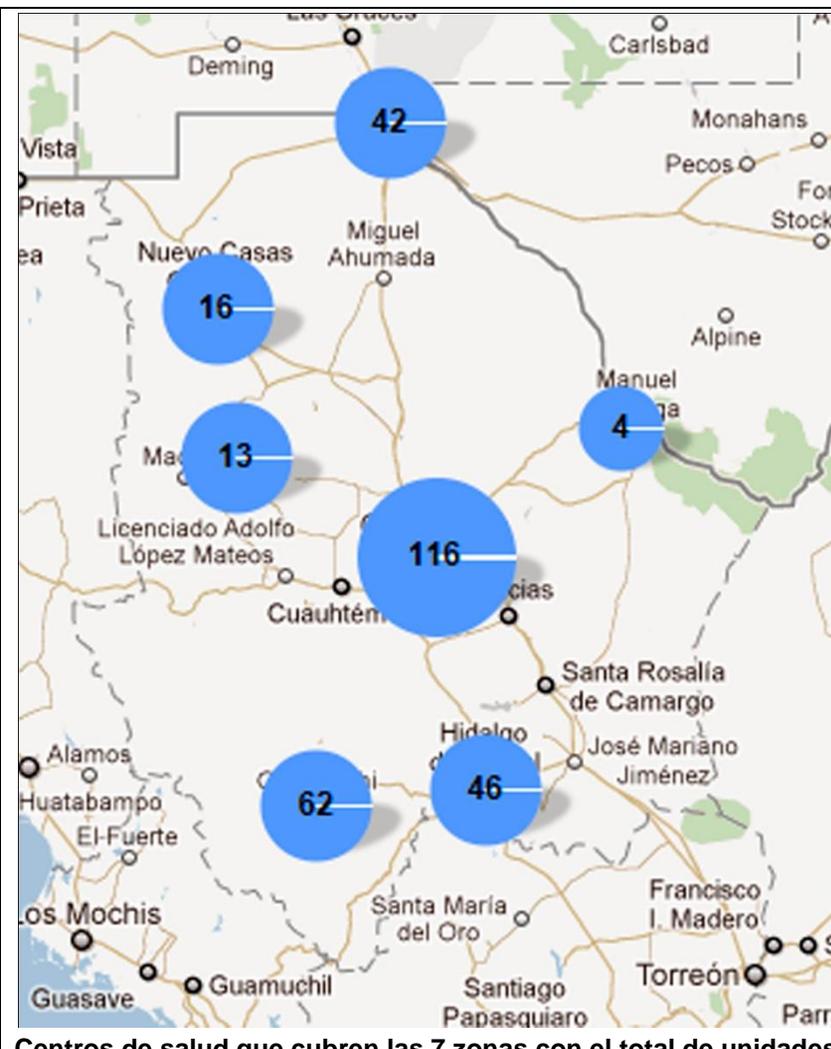


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



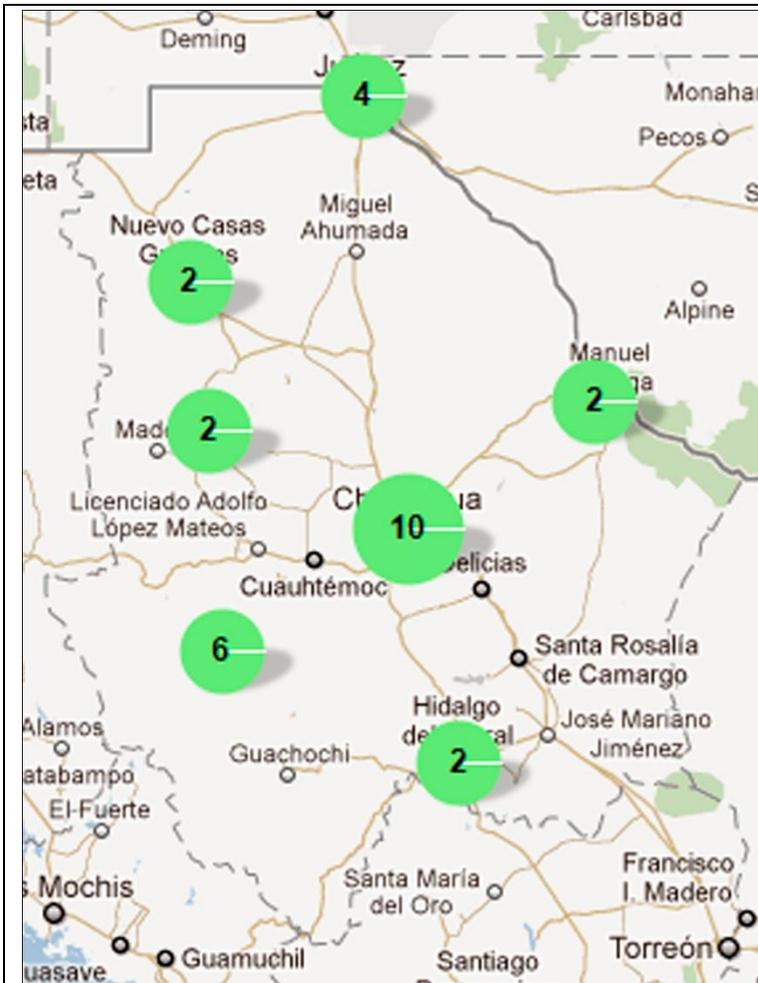
Cobertura de Hospitales cubre las 7 zonas.



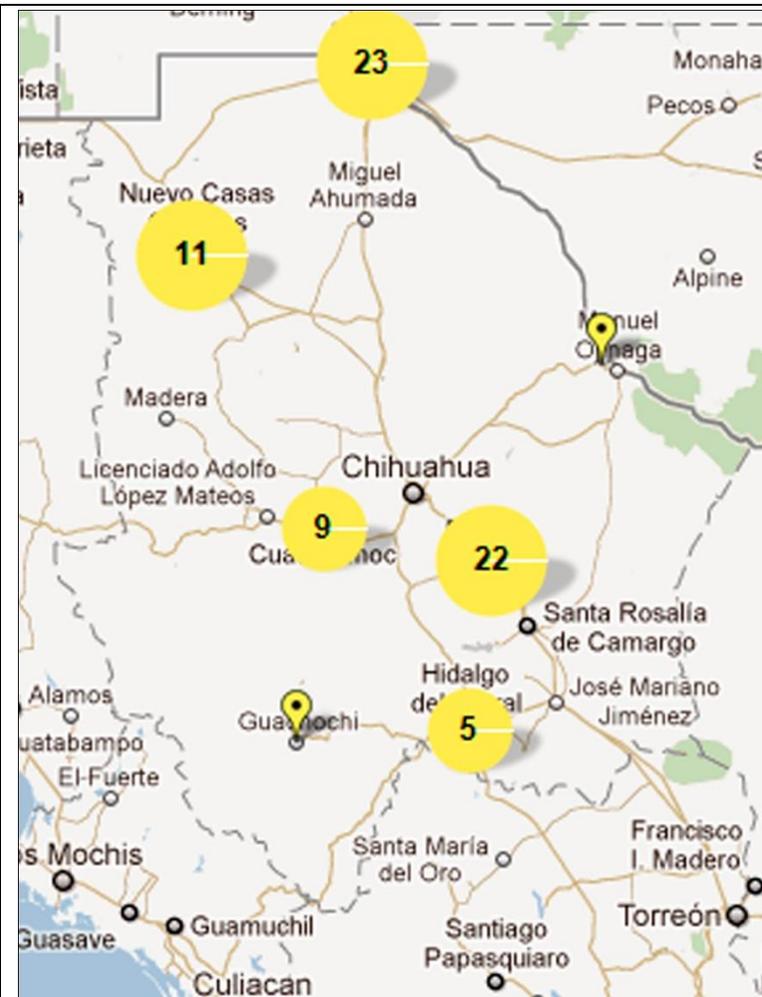
Centros de salud que cubren las 7 zonas con el total de unidades mostradas como indica en cada círculo azul.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



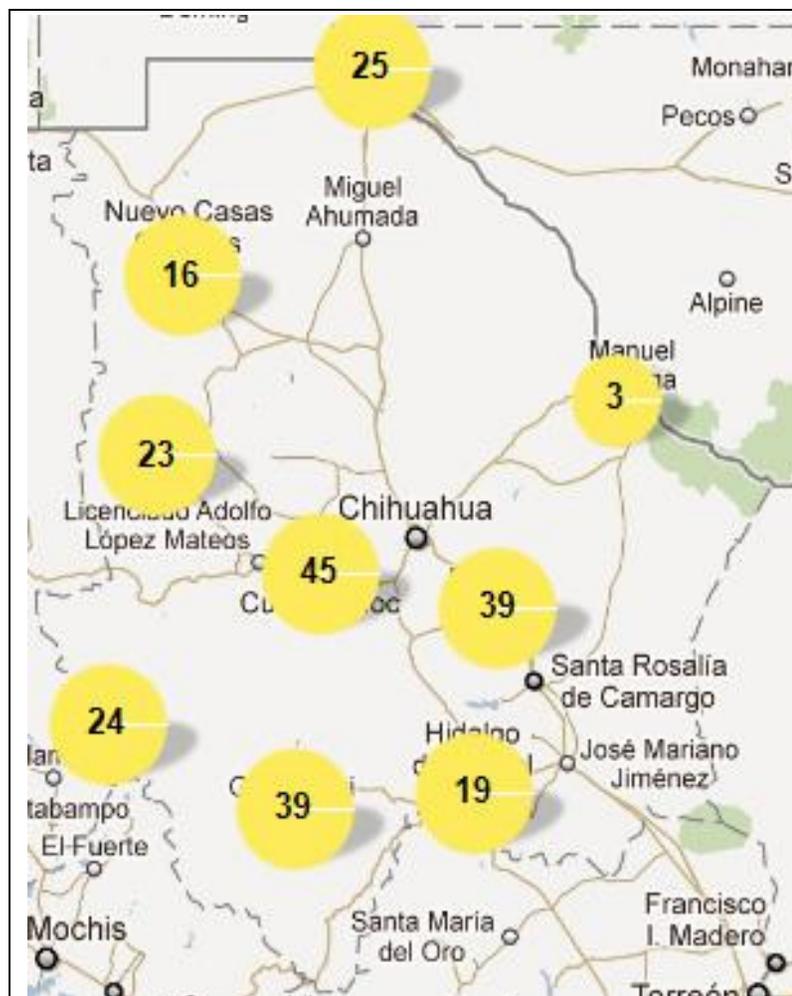
Unidades EA (Oficinas centros especiales como banco de sangre, antirrábico etc) Cubren las 7 zonas, se indica dentro del círculo el número de unidades distribuidas en cada zona.



Concentración de las Unidades médicas (Hospitales y centros de salud) del IMSS.

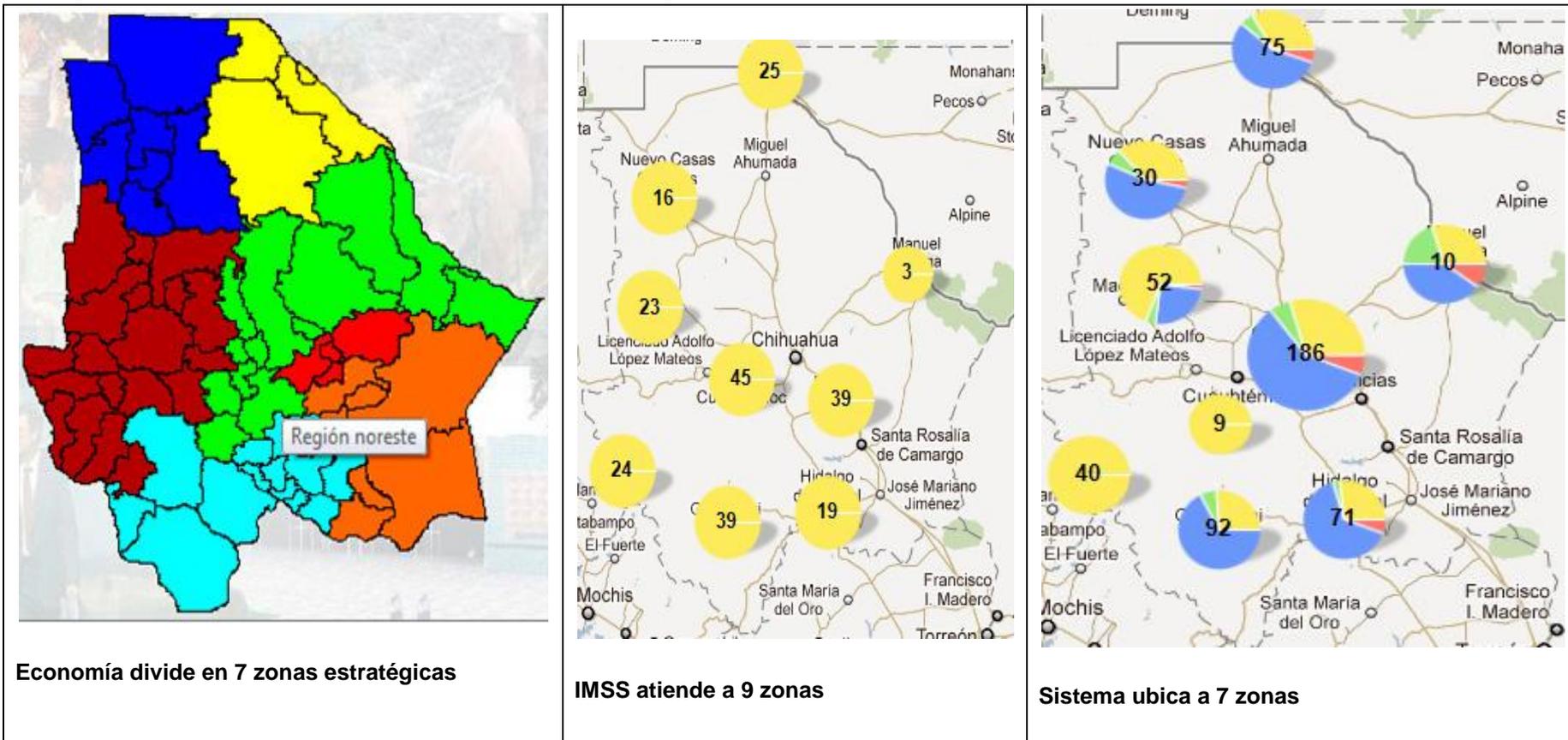
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



Concentración IMSS OPORTUNIDADES + Hospitales+ UM

Comparación Georeferenciación Economía, IMSS y sistema.



Parte 3 Evaluación funcional y de desempeño.

Desempeño actual de la Organización

Metodología

Para llevar a cabo la evaluación funcional del Sistema Estatal de Salud se decidió aplicar el método de encuesta directa de acuerdo al siguiente criterio de selección de muestra.

*Sistema Estatal de Salud de Chihuahua
Programa de Calidad Equidad y Desarrollo en Salud
Base para la Estimación de la Muestra de Encuestas Sistema de Salud de Chihuahua*

Unidades Médicas Involucradas	
Consulta Externa	Hospitales
288	21

Probabilidad de evento *1
Nivel de confianza 1 - α
Desviación Tolerada
Poder estadístico 1 - β
Tipo de planteamiento Unilateral *2
Tamaño de la Muestra
Numero de entrevistas

*1 Población Total Involucrada
*2 r= Coeficiente de Correlación estimado entre dos variables

Calculo del tamaño muestral utilizando el coeficiente de correlación lineal de Pearson

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}}{2 \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3 \quad n = \left(\frac{1.645 + 0.842}{2 \ln \left(\frac{1+0.10}{1-0.10} \right)} \right)^2 + 3$$

Tablas de valores utilizados con mayor frecuencia para el calculo del tamaño de una muestra

Seguridad	α	z _{1-α/2}	
		Prueba bilateral	Prueba unilateral
80.0%	0,200	1,282	0,842
85.0%	0,150	1,440	1,036
90.0%	0,100	1,645	1,282
95.0%	0,050	1,960	1,645
97,5 %	0,025	2,240	1,960
99.0%	0,010	2,576	2,326

Dimension de la Población

Por Perfil del Personal						
	Médicos	Enfermeras	Profesional	Técnico	Otro	Total
Consulta Externa	727	860	185	297	318	2,387
Hospitales	854	2,040	234	196	1,131	4,455
	1,581	2,900	419	493	1,449	6,842

97.0%						
95.0%						
5.0%						
90.0%						
0.150						
5.5% Porcentaje de la Población:						
87	160	23	27	80	378	
23.1%	42.4%	6.1%	7.2%	21.2%		

Criterios	
1.645	Nivel de Seguridad
1.282	Poder Estadístico
0.150	Coficiente de Correlación

Tamaño Requerido 378

Poder estadístico	β	z _{1-β}
99.0%	0.01	2,326
95.0%	0.05	1,645
90.0%	0.10	1,282
85.0%	0.15	1,036
80.0%	0.20	0,842
75.0%	0.25	0,674
70.0%	0.30	0,524
65.0%	0.35	0,385
60.0%	0.40	0,253
55.0%	0.45	0,126
50.0%	0.50	0,000

Dónde se definió que para tener un resultado con un nivel de confianza del 95% era necesario llevar a cabo alrededor de 378 entrevistas, que involucra un 5.5% del total de la población que trabaja para el sistema

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Selección de Unidades

Con el fin de cubrir una muestra de los distintos tipos de unidades que operan en el sistema se definieron los siguientes 30 centros. En el cuadro se detallan el número de entrevistas aplicadas en cada uno de ellos.

*Sistema Estatal de Salud de Chihuahua
Programa de Calidad Equidad y Desarrollo en Salud
Unidades Médicas Seleccionadas*

No	CLUES	Dep	Tipo	NOMBRE	JUR.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	Comienzo	Fin	Completado	Total Usuarios	M	En	P	Total Unidad Médica		
1	CHSSA018000	SS	C.A.A.P.S.	CAAPS NOGALES	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	17-Aug-11	17-Aug-11	100%	21	8	7	5	20		
2	CHSSA018280	SS	CAPA	CAPA SUR CHIHUAHUA	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	18-Aug-11	18-Aug-11	100%		3		2	5		
3	CHSSA000681	SS	CISAME	CENTRO DE SALUD MENTAL CHIHUAHUA	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	18-Aug-11	18-Aug-11		10	1	15	1	17		
4	CHSSA000956	SS	C.S	C.S.U. SAN FELIPE	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	15-Aug-11	15-Aug-11	100%	19	2	4	1	7		
5	CHSSA018234	SS	CAPASITS	CAPASITS CHIHUAHUA	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	16-Aug-11	16-Aug-11	100%	4	6	2	3	11		
6	CHSSA000640	SS	DEDICAM	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	16-Aug-11	16-Aug-11	100%	16	4	8	4	16		
7	CHSSA018374	SS	UNEME	UNEME CAPA CENTRO NUEVA VIDA SAN JOSÉ	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	17-Aug-11	17-Aug-11	100%	1	1	0	1	2		
8	CHSSA000652	Ichisal	HOSPITAL	HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	19-Aug-11	19-Aug-11	100%	19	6	20	5	31		
9		SS		BANCO DE SANGRE	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	15-Aug-11	15-Aug-11	100%	1	1		4	5		
10	CHSSA000664	SS	HOSPITAL	HOSPITAL GRAL. DR. SALVADOR ZUBIRAN ANCHONDO	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	13-Aug-11	13-Aug-11	100%	19	5	8	4	17		
11	CHSSA001026	Ichisal	HOSPITAL	HOSPITAL REGIONAL DELICIAS (o General)	1	DELICIAS	DELICIAS	22-Aug-11	22-Aug-11		26	9	14	9	32		
12	CHSSA018304	SS	SORID	SORID CHIHUAHUA	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	19-Aug-11	19-Aug-11	100%	5	3	1	2	6		
13	CHSSA001813	SS	CISAME	HOSPITAL CIVIL LIBERTAD JUÁREZ PSIQUIÁTRICO	2	JUÁREZ	JUÁREZ	26-Aug-11	26-Aug-11	100%	3		2		2		
14	CHSSA001801	Ichisal	HOSPITAL	HOSPITAL GENERAL JUAREZ	2	JUÁREZ	JUÁREZ	25-Aug-11	25-Aug-11	100%	15	4	8	4	16		
15	CHSSA018012	SS	HOSPITAL	HOSPITAL INFANTIL DE ESPECIALIDADES	2	JUÁREZ	JUÁREZ	26-Aug-11	26-Aug-11	100%	18	1	1	2	4		
16	CHSSA001620	SS	C.S	C.S.U. DISP. COL. MORELOS (PARRAL)	3	HIDALGO DEL PARRAL	HIDALGO DEL PARRAL	2-Sep-11	2-Sep-11	100%	9	1			1		
17	CHSSA018403	SS	CSR	CSR LAS GLORIAS	3	JIMÉNEZ	LAS GLORIAS UNO	23-Aug-11	23-Aug-11	na					0		
18	CHSSA018432	SS	CAS	CAS VALLE DE ZARAGOZA	3	VALLE DE ZARAGOZA	VALLE DE ZARAGOZA	1-Sep-11	1-Sep-11	100%	2		1		1		
19	CHSSA001760	Ichisal	HOSPITAL	HOSP. REGIONAL DE JIMENEZ	3	JIMÉNEZ	JOSÉ MARIANO JIMÉNEZ	23-Aug-11	23-Aug-11	100%	19	5	8	4	17		
20	CHSSA001603	Ichisal	HOSPITAL	HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA PARRAL	3	HIDALGO DEL PARRAL	HIDALGO DEL PARRAL	1-Sep-11	1-Sep-11	100%	19	5	7	4	16		
21	CHSSA018444	SS	HOSPITAL	HOSPITAL GENERAL PARRAL	3	HIDALGO DEL PARRAL	HIDALGO DEL PARRAL	2-Sep-11	3-Sep-11	100%	19	6	12	5	23		
22	CHSSA018246	SS	CESSA	CESSA TIERRA NUEVA	4	CUAUHTÉMOC	CUAUHTÉMOC	29-Aug-11	29-Aug-11	100%	19	9	7	4	20		
23	CHSSA017925	SS	CARAVANA	CARAVANA LAGUNA DE JACO	6	CAMARGO	LAGUNA JACO	22-Aug-11	22-Aug-11	100%			1	2	3		
24	CHSSA000372	SS	HOSPITAL	HOSPITAL REGIONAL CAMARGO	6	CAMARGO	SANTA ROSALÍA DE CAMARGO	22-Aug-11	22-Aug-11	100%	17	5	10	6	21		
25	CHSSA018140	SS	CAAPS	CAAPS CREEL	7	BOCOYNA	CREEL	30-Aug-11	30-Aug-11	100%	18	6	12	3	21		
26	CHSSA000261	SS	C.S.R.	C.S.R. PANALACHI	7	BOCOYNA	PANALACHI	30-Aug-11	30-Aug-11	0%					0		
27	CHSSA002455	SS	HOSPITAL	HOSPITAL INTEGRAL OJINAGA	9	OJINAGA	OJINAGA	27-Aug-11	27-Aug-11	100%	17	5	6	4	15		
28	CHSSA018164	SS	C.A.A.P.S.	C.A.A.P.S. GUACHOCHI	10	GUACHOCHI	GUACHOCHI	3-Sep-11	3-Sep-11	100%	9	7	13	12	32		
29	CHSSA001195	SS	UAS	U.A.S. RARAMUCHI	10	GUACHOCHI	RARÁMUCHI	3-Sep-11	3-Sep-11	0%					0		
30			HOSPITAL	HOSPITAL CENTRAL CHIH	1	CHIHUAHUA	CHIHUAHUA			100%	31	4	40	7	51		
30											REAL	90%	356	107	207	98	412
											META		378				378
											DELTA		-22				34

Resultado de Encuestas aplicadas a beneficiarios

General

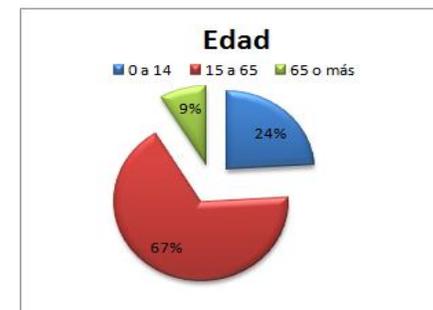
Al 2 de Septiembre de 2011 hemos aplicado y procesado 266 entrevistas a usuarios del sistema de salud de los cuales 36% son hombres y 64 % son mujeres. El procedimiento utilizado fue el de encuesta directa para lo cual se realizo mediante una selección aleatoria los días en que se visitaron las unidades seleccionadas.

Perfil del Entrevistado

Sexo	Número
Hombres	95
Mujeres	171
	<u>266</u>



Edad	Número
0 a 14	64
15 a 65	179
65 o más	23
	<u>266</u>



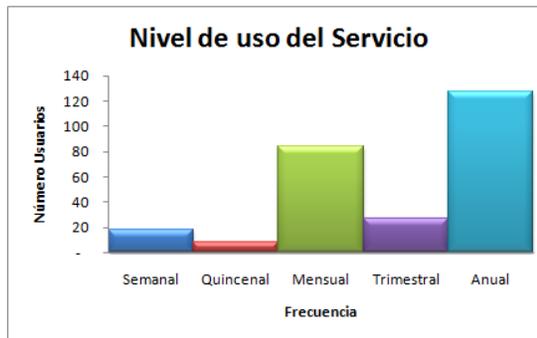
El perfil de edad de los entrevistados se hizo con base a la edad del paciente y no de la persona entrevistada con el fin de conocer como es el perfil demográfico del universo atendido en este periodo por el sistema estatal de salud, siendo 24% niños y jóvenes, 67% jóvenes y adultos, 9% adultos mayores. Con respecto a la frecuencia del uso de los servicios es de llamar la atención que el 48% de los entrevistados manifestaron que asisten a consulta una vez por año y que 32% manifestaron hacerlo de forma mensual.

Por otra parte 69% de los usuarios consideran la calidad del servicio prestado como excelente / oportuno, mientras que solo el 20% lo consideran insuficiente o inadecuado.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Frecuencia de Uso	Número	%
Semanal	18	7%
Quincenal	8	3%
Mensual	84	32%
Trimestral	27	10%
Anual	127	48%
	<u>264</u>	<u>100%</u>



Disponibilidad	Número	%
Insuficiente	45	17%
Inadecuado	9	3%
Regular	27	10%
Oportuno	110	42%
Excelente	72	27%
	<u>263</u>	<u>100%</u>

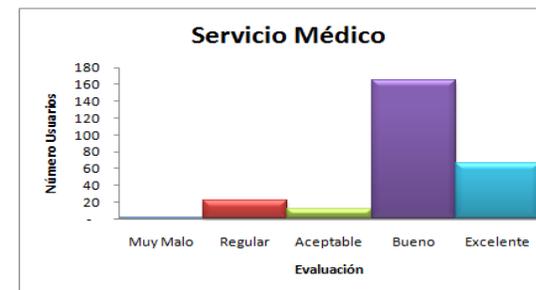


En cuanto a la programación de citas el 42% se hace de forma espontánea, mientras que el 58% restante se hace de forma planeada, lo que de alguna manera ayuda a tener un mejor control de flujo de pacientes y por ende un mejor balanceo de las cargas de trabajo, aunque en algunos hospitales si es importante señalar que existen sobre cargas de trabajo por falta de personal.

Programación Cita	Número	%
Programada	112	43%
Concertada	37	14%
Voluntaria	110	42%
	<u>259</u>	<u>100%</u>



Calidad	Número	%
Muy Malo	1	0%
Regular	22	8%
Aceptable	12	5%
Bueno	165	62%
Excelente	66	25%
	<u>266</u>	<u>100%</u>



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Esto se traduce en que el 87% del personal califica el servicio como Bueno / Excelente, mientras que un 13% lo califico como aceptable o inferior. Lo cual significa que la población en general percibe una calidad muy aceptable en la prestación de los servicios de salud del Estado.

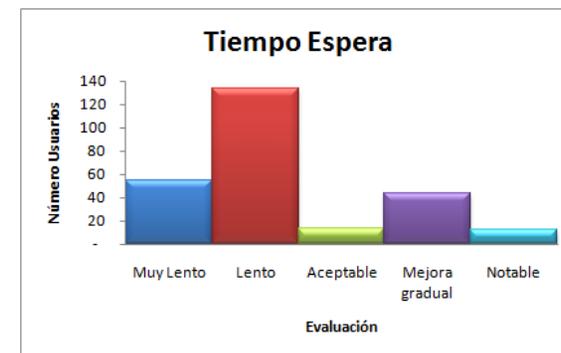
Con relación a la calidad – precisión en el diagnóstico médico que reciben, el 86% de la población califica el resultado como Bueno / Excelente y solo el 9% lo considera regular o inadecuado.

En este caso, si bien es cierto que solo 3% lo consideran inadecuado, es importante indagar un poco más en el nivel de precisión que se está tendiendo, por ser una variable crítica para la operación de cualquier sistema de salud.

Diagnostico / Atención	Número	%
Inadecuado	8	3%
Regular	16	6%
Aceptable	12	5%
Bueno	157	60%
Excelente	68	26%
	<u>261</u>	<u>100%</u>



Tiempo Espera	Número	%
Muy Lento	55	21%
Lento	133	52%
Aceptable	13	5%
Mejora gradual	44	17%
Notable	12	5%
	<u>257</u>	<u>100%</u>



Por lo que respecta al tema de tiempo de espera, en este caso los usuarios consideran que este es muy largo ya que el 73% de los entrevistados manifestaron tener alguna queja por lo lento que es la velocidad en el servicio.

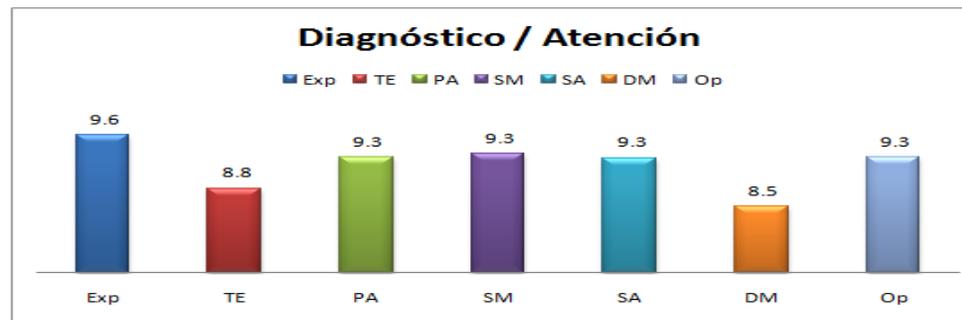
Lo que es muy importante señalar es que la calificación que los beneficiarios dan de manera general es muy alta ya que el resultado obtenido es de 9.2 en promedio.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

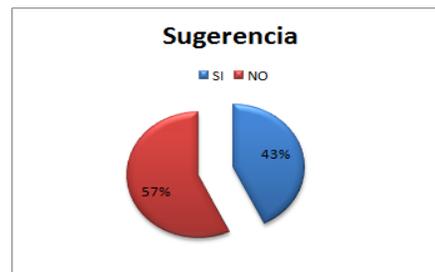
La variable que calificaron más alto fue el manejo del expediente con un valor de 9.6, mientras las dos variables que evaluaron con menor calificación fueron tiempo de espera con 8.8 y la disponibilidad de medicamentos con 8.3.

Variable	Clave	Promedio
Manejo Expediente	Exp	9.6
Tiempo Espera	TE	8.8
Trato personal apoyo	PA	9.3
Diagnóstico / Servicio Médico	SM	9.3
Servicios de apoyo	SA	9.3
Disponibilidad de Medicamentos	DM	8.5
Oportunidad y eficiencia en el tratamiento	Op	9.3
General		9.2



A todos los entrevistados se les realizó la pregunta si se tenía alguna sugerencia y 43% de ellos tuvo alguna sugerencia, dentro de las que cabe destacar las siguientes:

Sugerencia	Número
SI	113
NO	151
	264



La mayoría de los comentarios van en el sentido de que se mejore el tiempo de espera y que se pueda mejorar la comunicación sobre el estado de salud de los pacientes. A manera de ejemplo se transcriben textualmente alguno de los comentarios:

Que cambien la forma de otorgar la cita.

Que se respete el tiempo del paciente (nos citan media hora antes)

Necesito más información sobre mi paciente.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

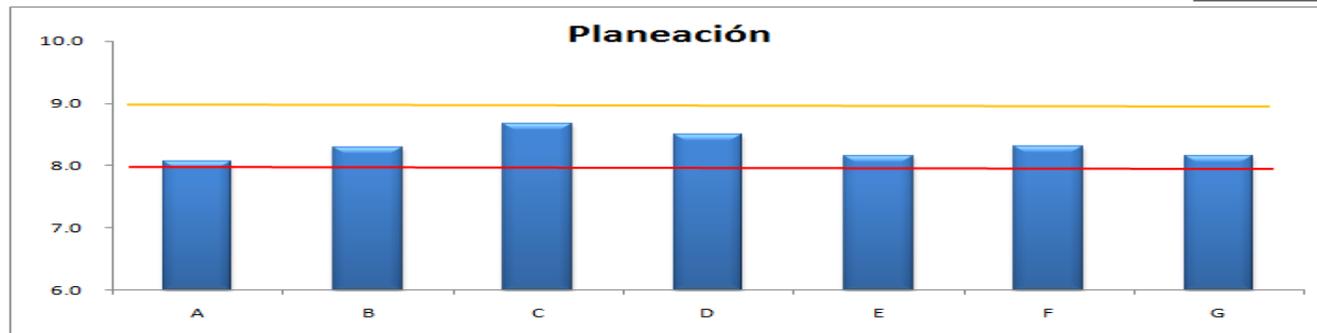
Resultados de Encuestas a personal

Resultados Generales

La metodología aplicada en este cuestionario fueron 71 preguntas directas donde cada personal entrevistado podía evaluar del 6 al 10 cada una de las respuestas. Este es el resultado de 284 cuestionarios aplicados entre el 15 de Agosto y el 6 de septiembre de 2011.

A continuación se presentan los resultados globales de las encuestas

Variable	Organización		
Categoría	Planeación		
No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Se ha establecido una filosofía de servicio y el personal lo conoce?	A	8.1
2	¿Se han definido las metas y estándares de servicio para la unidad?	B	8.3
3	¿El personal se encuentra calificado para realizar sus tareas?	C	8.7
4	¿Existe un plan de trabajo basado en las necesidades de la organización?	D	8.5
5	¿Se considera la opinión de la gente para establecer los planes de trabajo?	E	8.2
6	¿El trabajo responde a un organigrama funcional adecuado?	F	8.3
7	¿Se tienen los canales de comunicación y los tramos de control necesarios?	G	8.2
Promedio:			8.3



Escala

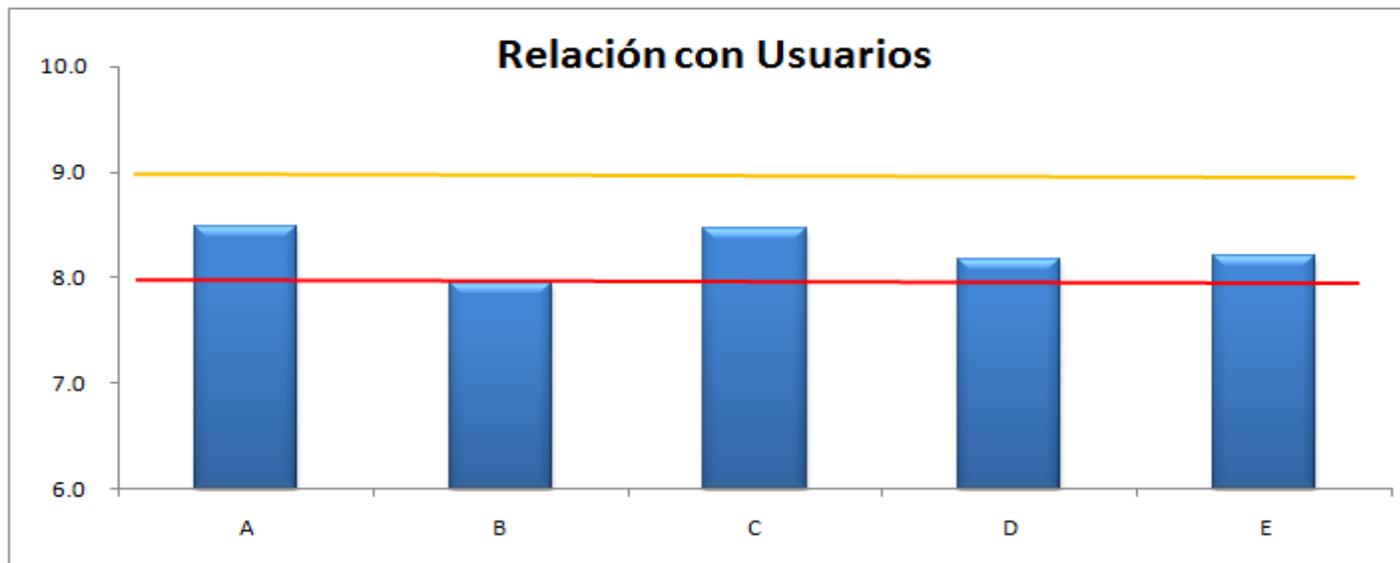
- 6 Pésimo
- 7 Insuficiente
- 8 Suficiente
- 9 Adecuado
- 10 Excepcional

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable **Organización**
Categoría **Relación con Usuarios**

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Los pacientes son involucrados en la toma de decisión de sus tratamientos y cuidados?	A	8.5
2	¿Las instalaciones son suficientes y adecuadas para dar un servicio de calidad?	B	7.9
3	¿A los pacientes se les informa y capacita en sus derechos y responsabilidades?	C	8.5
4	¿Se cuenta con un procedimiento eficiente para resolver los problemas y quejas?	D	8.2
5	¿La organización mide el nivel de satisfacción del paciente - usuario?	E	8.2
Promedio:			8.3

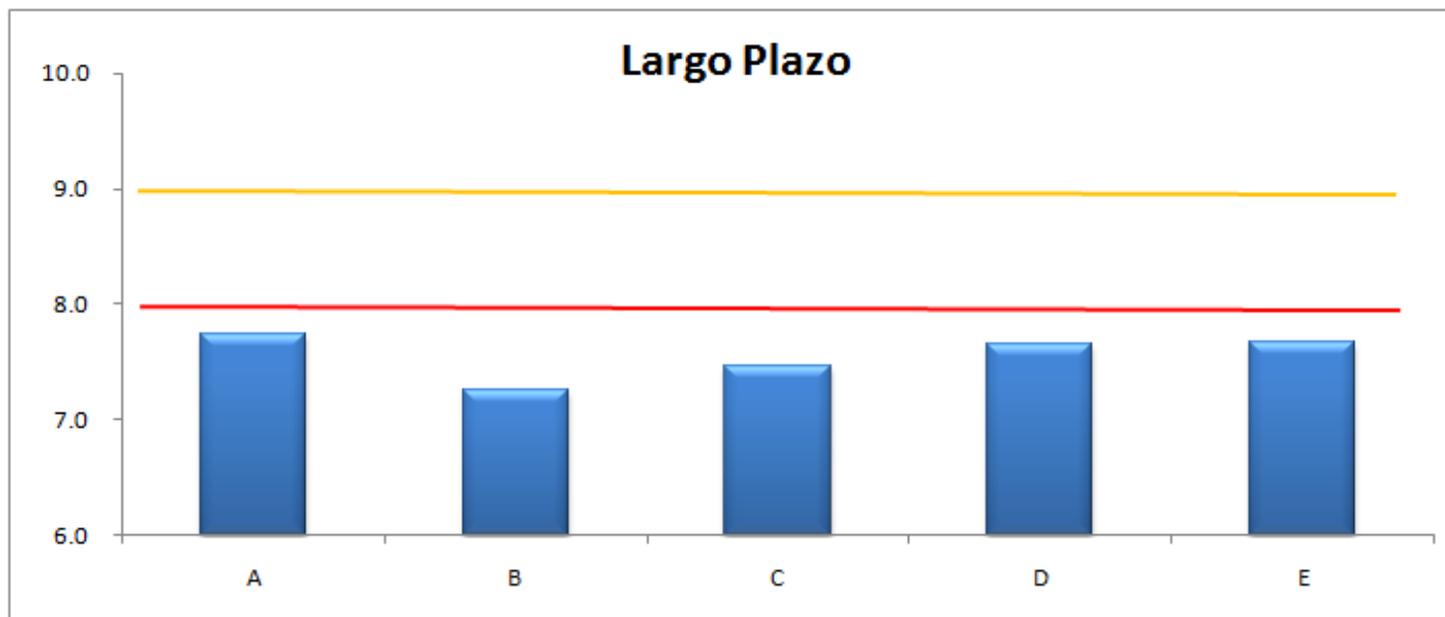


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable Organización
Categoría Atención a Largo Plazo

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿La unidad tiene los recursos físicos para atender en el largo plazo?	A	7.7
2	¿Se tienen los servicios de rehabilitación y terapia adecuados?	B	7.3
3	¿Los equipos de trabajo cuentan con material suficiente para estas tareas?	C	7.5
4	¿Se cuenta con un modelo de supervisión para la atención de pacientes a largo plazo?	D	7.7
5	¿Existe un adecuado plan de trabajo y balanceo de cargas de trabajo para fines de semana?	E	7.7
Promedio:			7.6

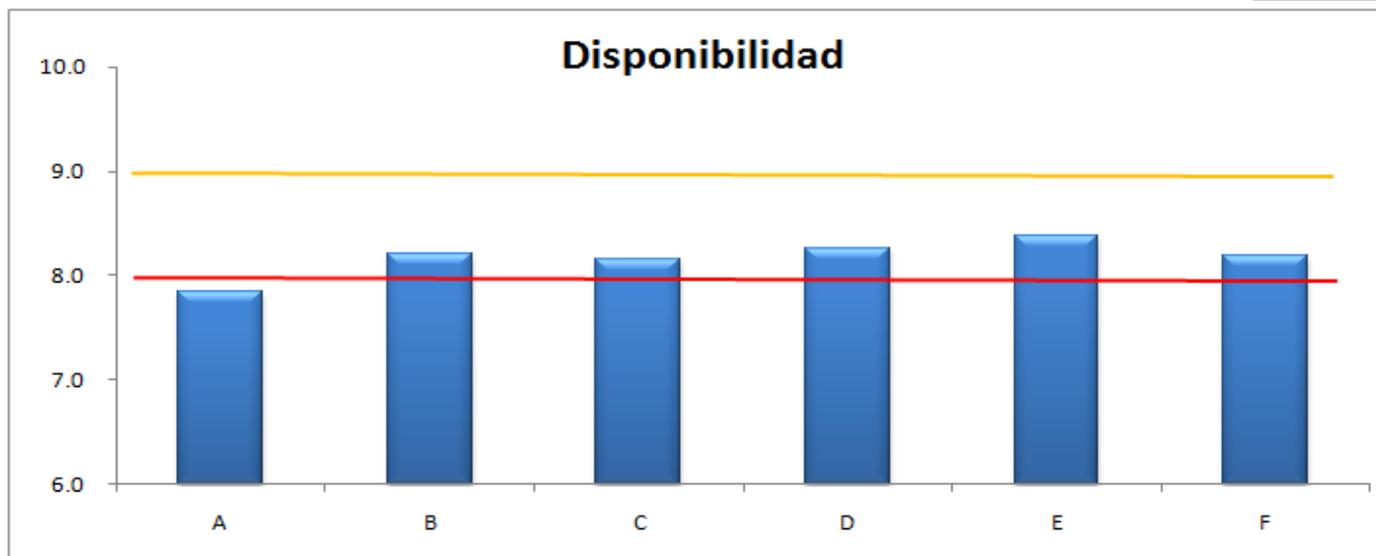


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable Servicios de Apoyo
Categoría Disponibilidad

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿La infraestructura de apoyo al diagnóstico médico es adecuada?	A	7.9
2	¿El acceso del paciente a estos servicios es fácil, ágil, pertinente?	B	8.2
3	¿Se cuenta con un mecanismo que facilite el acceso a servicios de apoyo?	C	8.2
4	¿Se han establecido los criterios para el uso de los laboratorios y centros de apoyo?	D	8.3
5	¿El personal médico tiene confianza en los resultados que obtiene?	E	8.4
6	¿El tiempo de respuesta de la unidad de apoyo es conveniente?	F	8.2
Promedio:			8.2

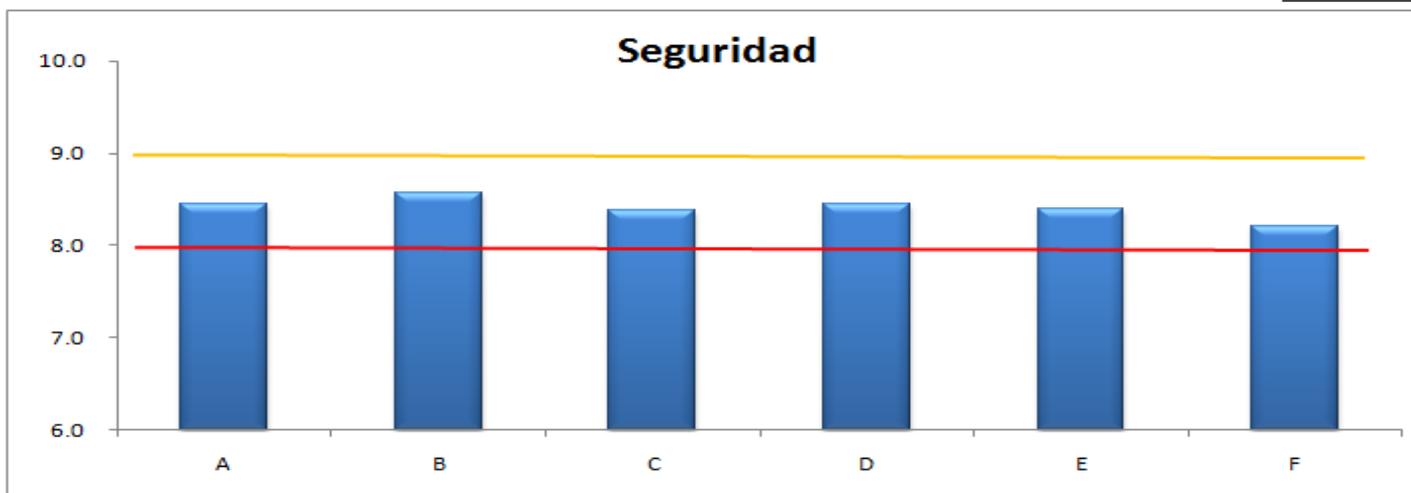


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable Servicios de Apoyo
Categoría Seguridad

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Los resultados que se obtienen son siempre correctos y corresponden al paciente?	A	8.4
2	¿Existen procedimientos para la recolección y entrega de muestras?	B	8.6
3	¿La unidad de servicio y el médico tienen canales de comunicación efectivos?	C	8.4
4	¿El registro de las muestras se hace con al menos dos etiquetas identificadoras?	D	8.4
5	¿El registro se hace ante la presencia del paciente?	E	8.4
6	¿Existe un procedimiento para identificación de muestras o resultados incorrectos? ¿Funciona?	F	8.2
Promedio:			8.4

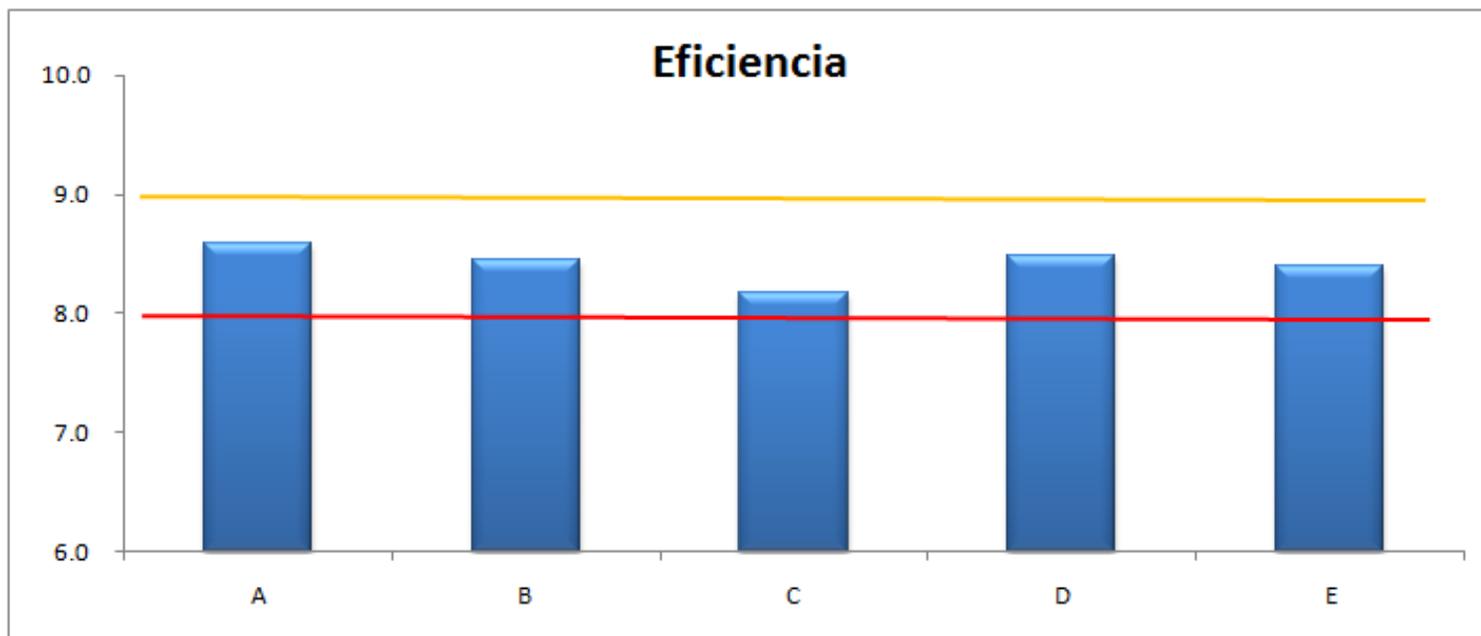


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable **Servicios de Apoyo**
 Categoría **Eficiencia**

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Los resultados que se obtienen son confiables?	A	8.6
2	¿ Con los servicios de apoyo actuales se puede generar un buen diagnóstico?	B	8.4
3	¿La velocidad de respuesta de la unidad de apoyo es la requerida?	C	8.2
4	¿El laboratorio cumple con los estándares de acreditación de la Secretaría de Salud?	D	8.5
5	¿El acceso y seguimiento a los resultados se puede hacer de una manera ágil y eficiente?	E	8.4
Promedio:			8.4

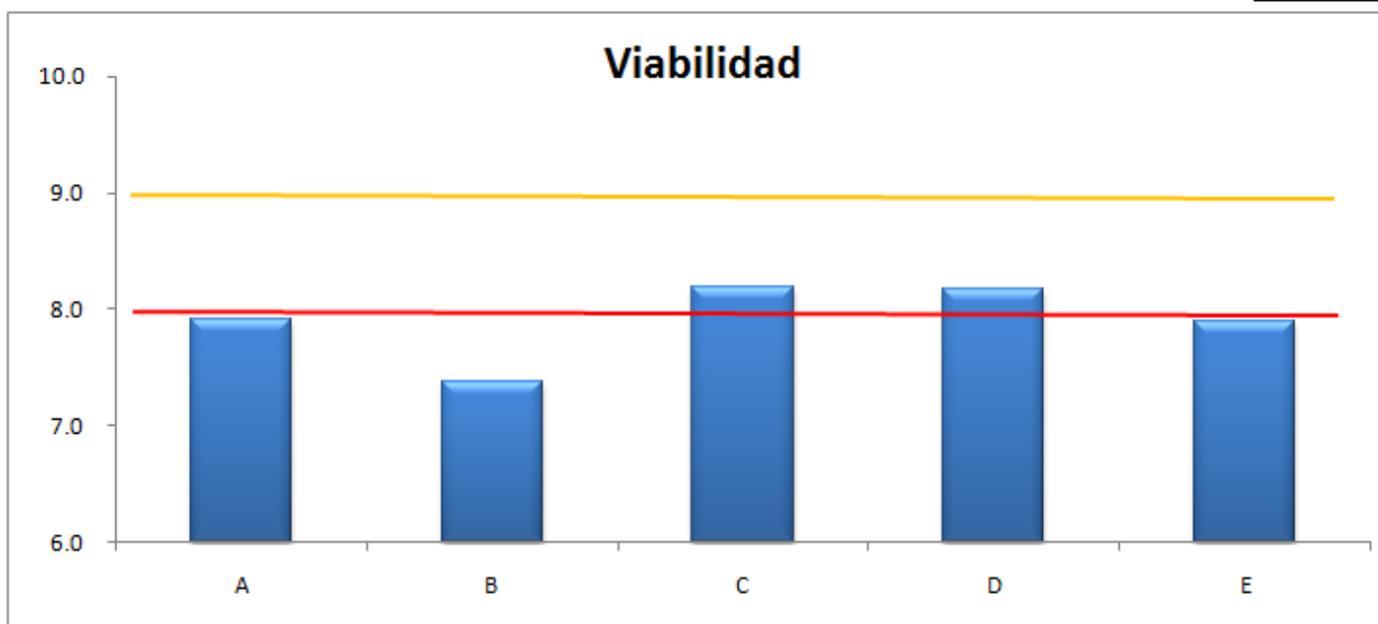


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable **Operación**
 Categoría **Viabilidad**

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿El número de servicios (consultas, cirugías, terapias, etc.) responde a la demanda?	A	7.9
2	¿Se tiene el número de especialistas por tipo de atención que demanda la población?	B	7.4
3	¿Los trabajos en medicina preventiva está definidos?	C	8.2
4	¿Son suficientes, existe un efecto positivo de las campañas de prevención?	D	8.2
5	¿El personal recibe la capacitación y entrenamiento suficiente y necesario?	E	7.9
Promedio:			7.9

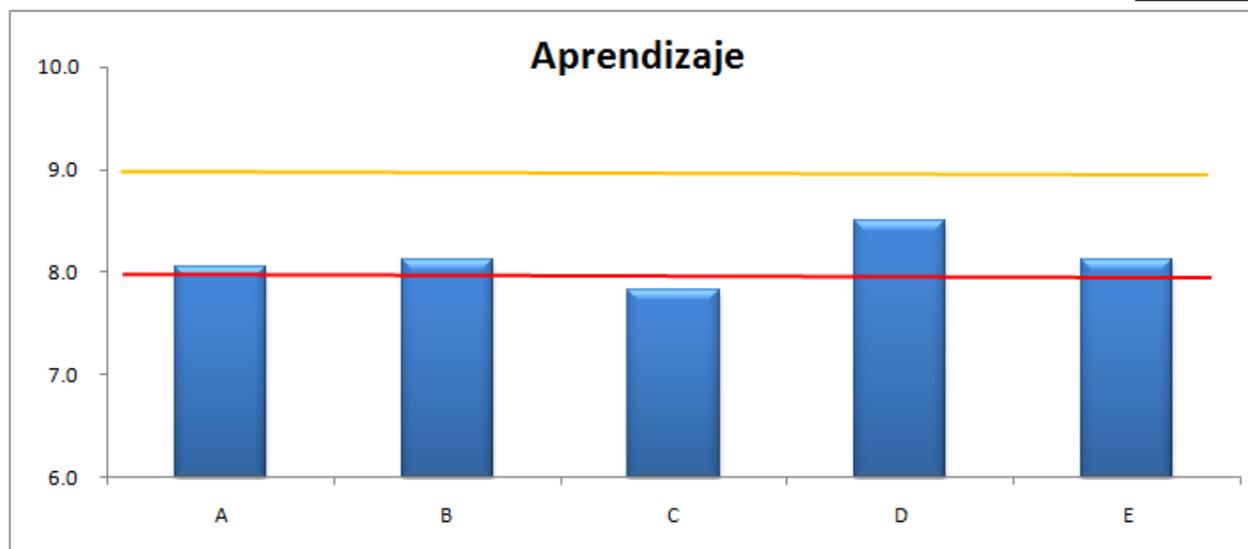


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable **Operación**
 Categoría **Aprendizaje**

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿El paciente recibe y se involucra en los aspectos preventivos de posibles enfermedades?	A	8.1
2	¿Los médicos comparten sus experiencias y conocimientos?	B	8.1
3	¿Se cuenta con algún mecanismo que ayude a recopilar el conocimiento adquirido?	C	7.8
4	¿Los expedientes médicos son confiables y la información de contienen es utilizada para un mejor diagnóstico?	D	8.5
5	¿La organización aprende y generalmente no vuelve a cometer un mismo error?	E	8.1
Promedio:			8.1

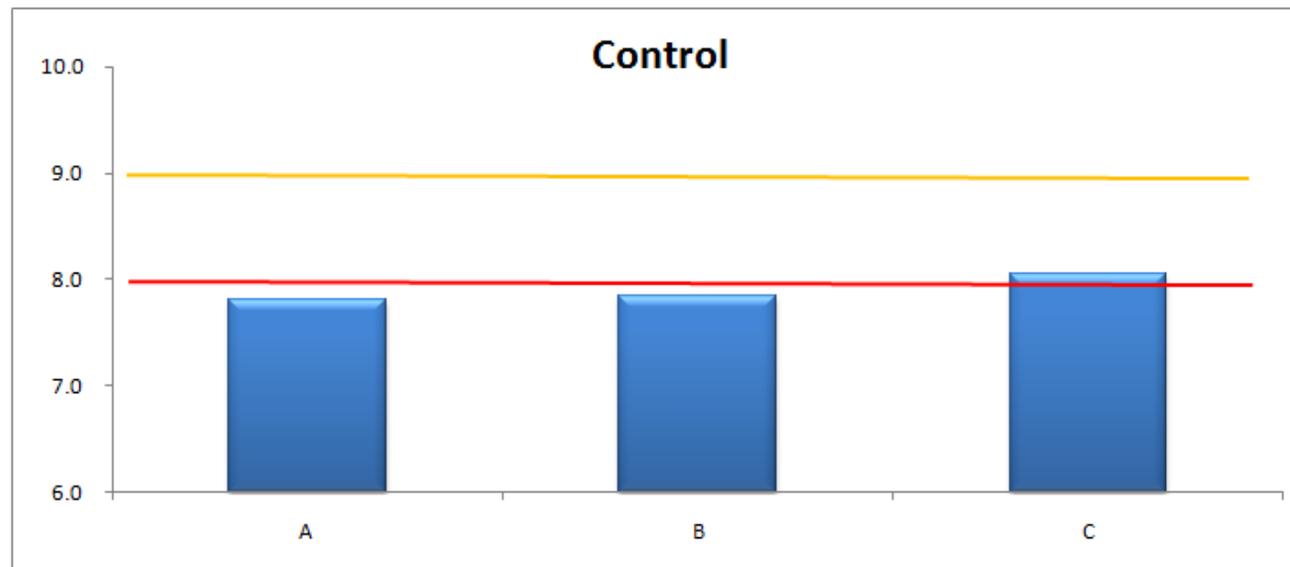


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable Operación
Categoría Control

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Se tiene un sistema (digital o manual) que permita balancear las cargas de trabajo y uso de los recursos?	A	7.8
2	¿Se tiene trazabilidad en los pacientes, el expediente médico es compartido con otras unidades?	B	7.9
3	¿Se cuenta con un medio para verificar que el paciente haya recibido los medicamentos o servicios asignados?	C	8.1
Promedio:			7.9

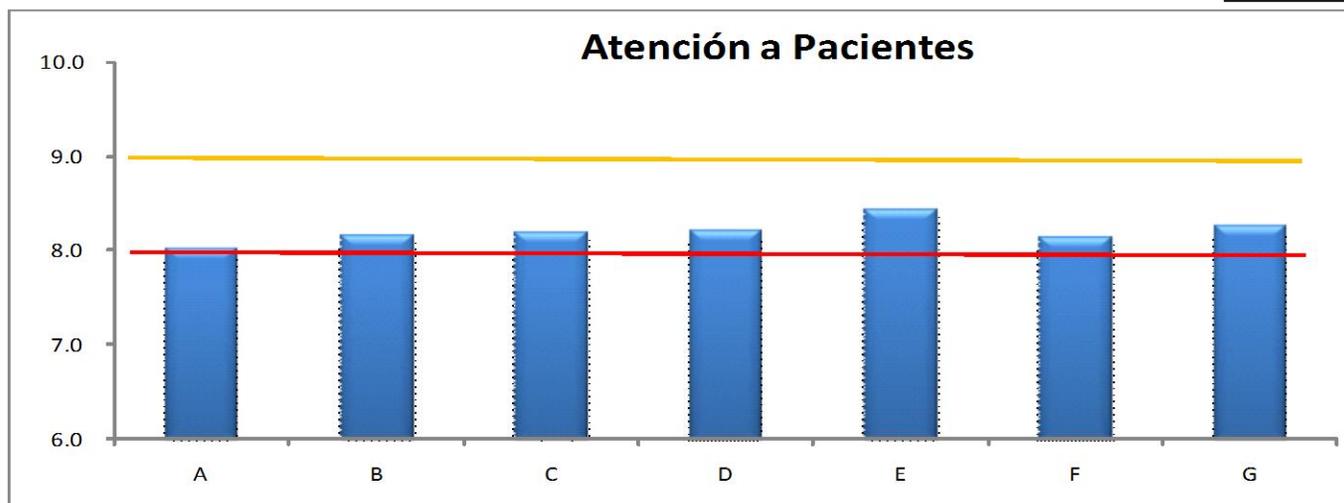


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable **Eficiencia y Calidad en el Servicio**
 Categoría **Atención a Pacientes**

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Se tienen estándares de servicio establecidos para medir el desempeño del personal?	A	8.0
2	¿En general se cumplen los estándares de servicio comparado contra los estándares nacionales?	B	8.2
3	¿Se mide la eficiencia en el diagnóstico así como del tratamiento?	C	8.2
4	¿Existen procedimientos estándar para la realización de tareas (Ej.; Cirugías, Cuidado Intensivo, Urgencias)?	D	8.2
5	¿Los procedimientos se aplican correctamente por el personal?	E	8.4
6	¿Se tienen los elementos suficientes y necesarios para generar un diagnóstico - tratamiento adecuado?	F	8.1
7	¿El personal tiene el mismo nivel de compromiso con el paciente?	G	8.3
Promedio:			8.2

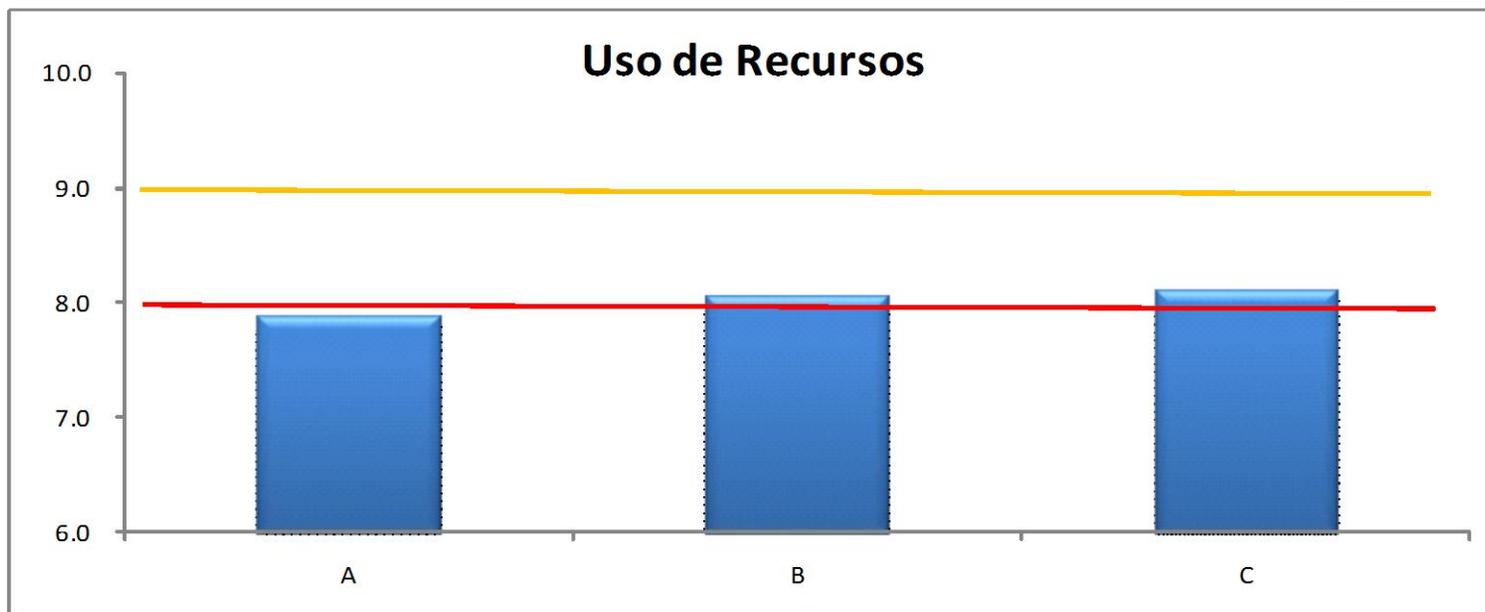


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable **Eficiencia y Calidad en el Servicio**
Categoría **Uso de Recursos**

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Cuenta usted con el equipo, material y recursos suficientes para hacer su trabajo?	A	7.9
2	¿Los sistemas actuales permiten el uso óptimo de los recursos humanos, materiales y médicos disponibles?	B	8.0
3	¿Se tienen identificados los puntos dónde se desperdician mayores recursos?	C	8.1
Promedio:			8.0

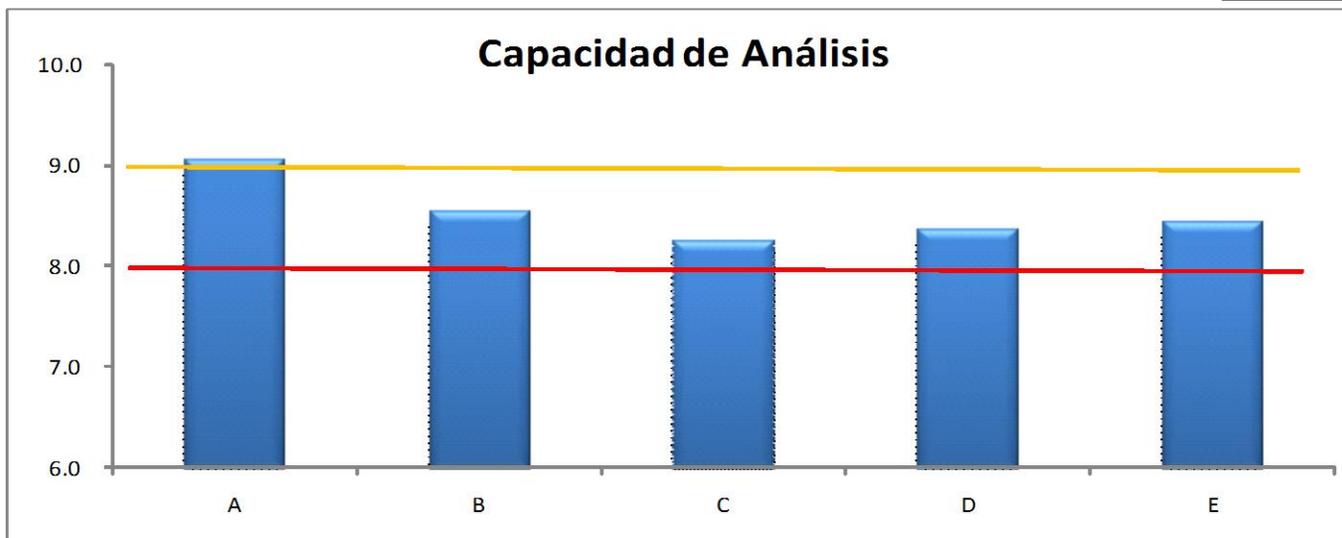


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable **Sistemas de Control**
 Categoría **Capacidad de Análisis**

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Se tiene un expediente individual por paciente?	A	9.1
2	¿El flujo de información es adecuado y es fácilmente concentrable?	B	8.5
3	¿Existe un reporte homologado para que cada nivel operativo pueda tomar decisiones?	C	8.2
4	¿Los reportes que se obtienen son confiables y oportunos?	D	8.4
5	¿La calidad de la información es adecuada?	E	8.4
Promedio:			8.5

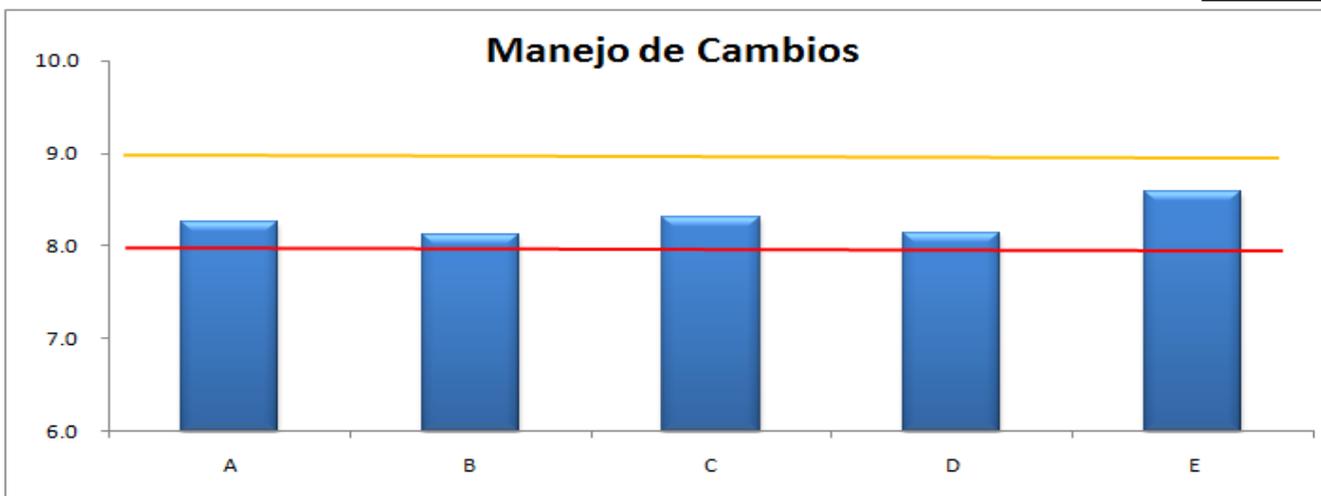


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable **Sistemas de Control**
Categoría **Manejo de Cambios**

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Hay trazabilidad en los cambios o modificaciones a cada expediente médico?	A	8.3
2	¿Se puede vincular con las bases de datos de información central?	B	8.1
3	¿La oportunidad de los cambios en la información permiten un mejor manejo del paciente?	C	8.3
4	¿Se puede establecer un vínculo entre la atención médica y los centros de costo de operación?	D	8.1
5	¿Se cuenta con un historial médico confiable?	E	8.6
Promedio:			8.3

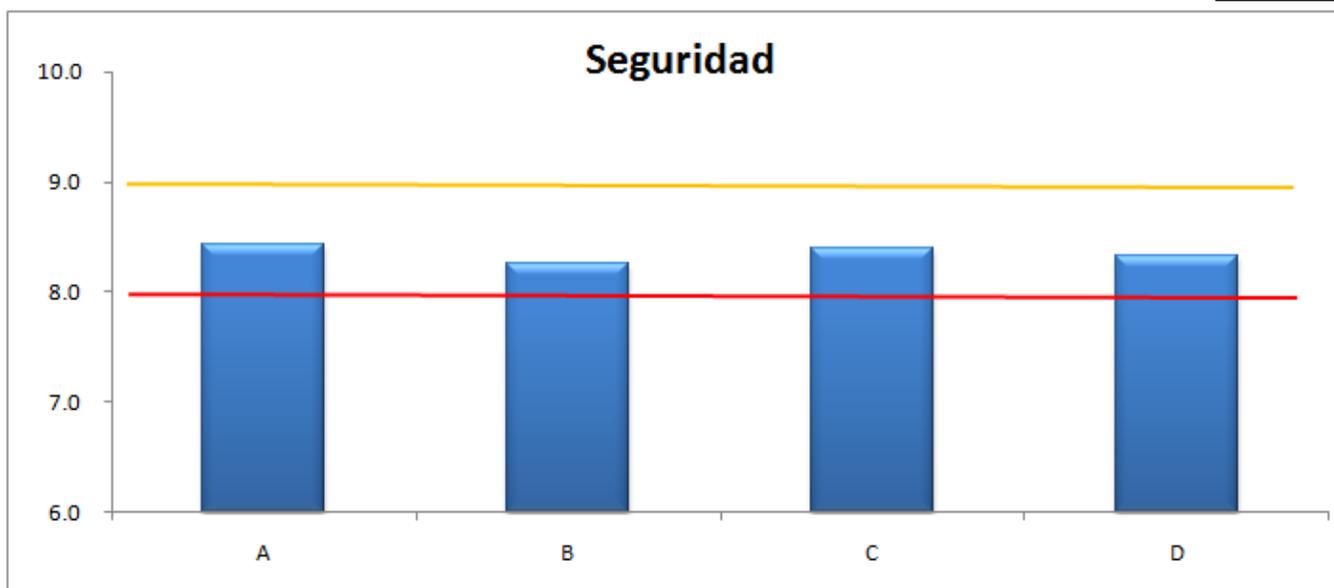


PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Variable **Sistemas de Control**
 Categoría **Seguridad**

No	Pregunta	Clave	Valor
1	¿Existe un solo sistema central de información?	A	8.4
2	¿Los candados y procedimientos de seguridad de la información son los adecuados?	B	8.3
3	¿Considera usted que la información del paciente esta debidamente resguardada?	C	8.4
4	¿El sistema permite el enlace entre distintos usuarios sin que haya riesgo de fuga de información?	D	8.3
Promedio:			8.4



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

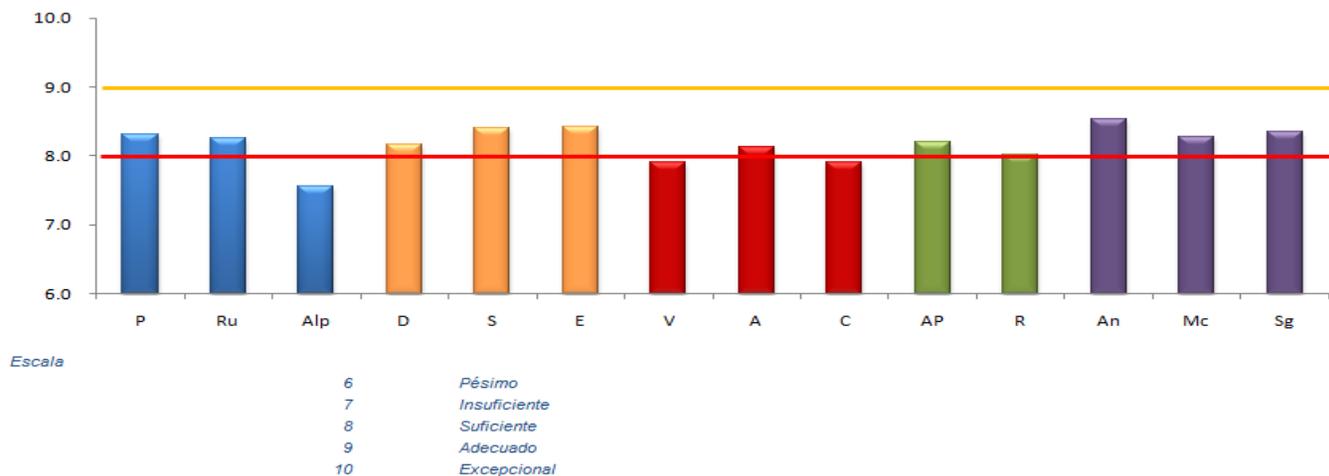
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Resumen Resultado Global

Sistema Estatal de Salud de Chihuahua
Programa de Calidad Equidad y Desarrollo en Salud
Encuesta a Personal / Resultados Globales

Variable	Categoría	Clave	Valor
Organización	8.0	Planeación	P 8.3
		Relación con Usuarios	Ru 8.3
		Atención a Largo Plazo	Alp 7.6
Servicios de Apoyo	8.3	Disponibilidad	D 8.2
		Seguridad	S 8.4
		Eficiencia	E 8.4
		Viabilidad	V 7.9
Operación	8.0	Aprendizaje	A 8.1
		Control	C 7.9
		Atención a Pacientes	AP 8.2
Eficiencia y Calidad en el Servicio	8.1	Uso de Recursos	R 8.0
		Capacidad de Análisis	An 8.5
Sistemas de Control	8.4	Manejo de Cambios	Mc 8.3
		Seguridad	Sg 8.4
		Promedio:	8.2

Evaluación por Variable



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Tabla Respuestas

A efecto de mostrar la opinión de los entrevistados se presenta una tabla con la participación porcentual para cada una de las variables – categorías que fueron analizadas.

Sistema Estatal de Salud de Chihuahua
Programa de Calidad Equidad y Desarrollo en Salud
Encuesta a Personal / Resultados Globales

Variable	Categoría	Clave	Pésimo	Insuficiente	Suficiente	Adecuado	Excepcional	No conteso	Total
Organización	Planeación	P	4%	18%	29%	36%	10%	3%	100%
	Relación con Usuarios	Ru	5%	21%	27%	34%	11%	3%	100%
	Atención a Largo Plazo	Alp	12%	33%	25%	15%	2%	12%	100%
	Sub total		7%	23%	27%	29%	8%	6%	100%
Servicios de Apoyo	Disponibilidad	D	4%	18%	35%	31%	6%	7%	100%
	Seguridad	S	3%	12%	28%	33%	10%	13%	100%
	Eficiencia	E	2%	13%	31%	35%	10%	9%	100%
	Sub total		3%	14%	31%	33%	9%	10%	100%
Operación	Viabilidad	V	8%	26%	23%	24%	5%	12%	100%
	Aprendizaje	A	5%	21%	32%	30%	6%	6%	100%
	Control	C	9%	24%	25%	24%	5%	13%	100%
	Sub total		7%	24%	27%	26%	5%	10%	100%
Eficiencia y Calidad en el Servicio	Atención a Pacientes	AP	5%	18%	29%	33%	7%	8%	100%
	Uso de Recursos	R	6%	25%	31%	26%	6%	7%	100%
	Sub total		5%	20%	29%	31%	6%	8%	100%
Sistemas de Control	Capacidad de Análisis	An	2%	13%	26%	40%	13%	6%	100%
	Manejo de Cambios	Mc	2%	15%	33%	30%	7%	13%	100%
	Seguridad	Sg	4%	14%	30%	34%	10%	8%	100%
	Sub total		2%	14%	30%	35%	10%	9%	100%
Total			5%	19%	29%	31%	8%	9%	100%

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

FODA Operación

Fortalezas	Debilidades
<p>Existe un amplio reconocimiento y aceptación por la calidad en el servicio por parte de la población beneficiada.</p> <p>Se cuenta con un nivel de alta dirección comprometida con mantener e impulsar las mejoras que lleven a la acreditación de los centros con los más altos estándares mundiales.</p> <p>El personal tiene un alto sentido de pertenencia y compromiso con ofrecer servicios de calidad.</p> <p>Contar con una visión estratégica para el mediano y largo plazo.</p>	<p>Existe duplicidad de funciones y no se están aprovechando economías de escala que pudieran significar una reducción en gastos de administración.</p> <p>Los procesos no están debidamente documentados y sistematizados.</p> <p>Los planes y estrategias de mediano y largo plazo no han sido adoptados aún por la organización.</p> <p>Forzar un modelo de calidad basado en el reporte y no en los resultados de la mejora continua.</p>
Amenazas	Oportunidades
<p>La viabilidad del sistema a largo plazo si no se desarrolla un nuevo modelo de ingresos y control de costos.</p> <p>La creciente demanda de servicios por los compromisos generados por el Programa Seguro Popular.</p> <p>El estado de la infraestructura actual y la urgente necesidad de implementar un modelo de inversión y mantenimiento integral.</p> <p>El perfil del personal y el plan de contrataciones no corresponden necesariamente a la demanda de servicios. (Falta de especialistas)</p>	<p>Diseño y adopción de modelo más económicos para la prestación de los servicios. (Ej.; telemedicina)</p> <p>Incorporación de las comunidades en los programas preventivos de salud.</p> <p>Incorporar un modelo de dirección basada en la colaboración y la autorregulación.</p> <p>Desarrollar un modelo de gestión y procesamiento de información estratégica para mejor toma de decisiones</p>

Parte 5. Evaluación Sistemas de Información

Hasta este punto se han documentado en el presente reporte, sus características desde una perspectiva descriptiva. Lo anterior es conveniente cuando se trata del análisis de aspectos operativos, estratégicos y normativos, pero cuando se trata de aspectos técnicos, los diferentes puntos de vista, sus interpretaciones y las condiciones ordinarias o extraordinarias propias del proceso de desarrollo de los sistemas, arrojan conclusiones diferentes y algunas veces contradictorias.

Por lo anterior es necesario utilizar, para el análisis de los aspectos técnicos; normas, metodologías y mejores prácticas de la industria que permitan homologar los criterios y presentar así un panorama más de la situación actual, su “deber ser” y su nivel de madurez.

Metodología de Análisis

A continuación se describe la metodología aplicada en el análisis técnico en sus principales fases y actividades.

La metodología se dividió en tres fases de alto nivel:

1. Diseño del marco de evaluación
2. Recolección de datos
3. Análisis y evaluación

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Diseño del marco de evaluación

Se seleccionaron los estándares y modelos que representan las mejores prácticas aplicables en materia de tecnologías de información y procesos relacionados. Fue así que se utilizaron los siguientes marcos de referencia

Modelo / Estándar	Descripción	Utilizado para evaluar
ISO 9126	Estándar para la evaluación de la calidad del software, contempla los elementos de un modelo de calidad y las métricas para su evaluación.	La calidad del software implantado para SIHO y SIGHO
ISO 27002	Código de prácticas para la gestión de la seguridad de la información en términos de la disponibilidad, integridad y disponibilidad.	Las prácticas de protección de los activos de información para SIHO y SIGHO
COBIT	Modelo de gobierno de información y tecnologías asociadas que demarca las mejores prácticas en la gestión de la información y la tecnología asociada en su ciclo de vida (Planeación, Adquisición y Desarrollo, Entrega y Soporte y Monitoreo)	Las prácticas en los procesos de planeación de tecnología, desarrollo de sistemas, soporte y operación y monitoreo y evaluación de los sistemas SIHO y SIGHO
HL7 v3	Estándar que soporta los flujos de trabajo del quehacer médico, se compone de los elementos: RIM (Reference Information Model), Marco de desarrollo, Mensajería y CDA (Clinical Document Architecture)	La alineación de los mensajes de intercambio de SIHO y SIGHO con las formas y métodos descritos en el estándar.

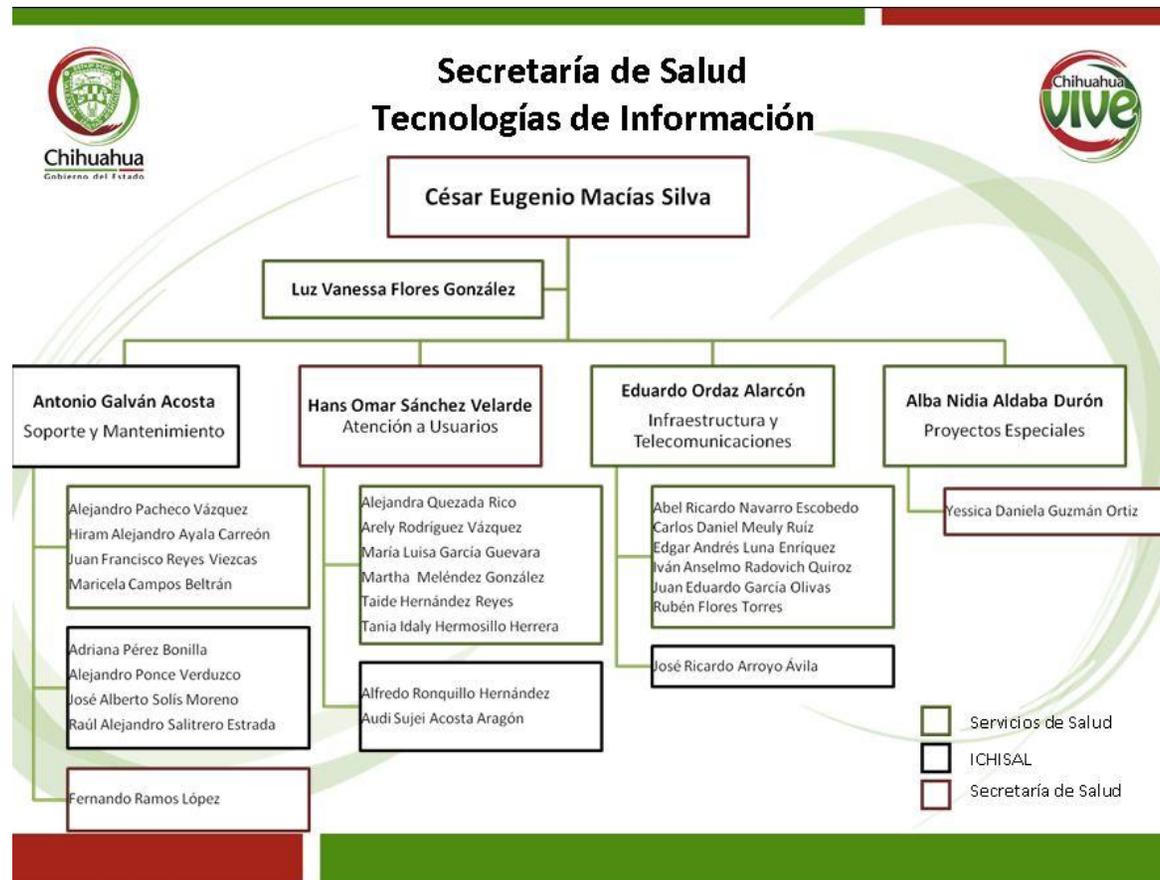
Recolección de Datos

Se llevaron a cabo tres tipos de actividades para la obtención de datos que sirviesen posteriormente para generar información relativa a la infraestructura tecnológica y a las prácticas de gestión de los sistemas que soportan el Expediente Clínico Electrónico de SES y ICHISAL. Las mencionadas actividades se dividieron en tres tipos:

1. Entrevistas con el personal de sistemas y usuarios finales.
2. Recolección de Documentación
3. Observación del sistema

Entrevistas con el personal de sistemas

Para obtener un panorama completo de la infraestructura y prácticas de operación se habló con el Ing. César Macías Silva, director de la nueva área unificada de Tecnología de Secretaría de salud de chihuahua para posteriormente ir con el encargado de cada área.



Para cada nivel se desarrolló un instrumento de levantamiento de información especializado que –basado en los modelos y estándares seleccionados- brindara una visión enfocada para cada tipo de perfil de la muestra.

Las entrevistas realizadas tuvieron como objetivo el conocer la división y función del entrevistado para obtener un entendimiento de; los elementos que componen los sistemas SIHO y SIGHO.

La información recabada en estas reuniones forma parte integral del presente reporte y se encuentra grabada como acervo de evidencia.

Resultado de la Evaluación Técnica

Si bien como resultado del trabajo realizado durante el proyecto de evaluación del Expediente Clínico Electrónico se presenta una valoración de los niveles de madurez de los distintos aspectos que (más adelante explicados), estas valoraciones no suponen, desde el punto de vista técnico, un juicio de valor de la efectividad de dicha tecnología con respecto a los objetivos de SES o ICHISAL, La evaluación técnica por naturaleza se basa en tres principales factores:

- **Prácticas o Tecnologías Implementadas.**- representan la realidad de las herramientas tecnológicas y de los elementos de gestión (procesos y personas) que operan en el día a día.
- **Modelo ó Estándar.**- representan las conocidas como mejores prácticas aceptadas en la industria y demarcan únicamente bases sobre las cuales las organizaciones construyen sus propias prácticas. En el caso de los estándares esta aceptación común por parte de la industria, es soportada por cuerpos nacionales e internacionales de generación de estándares y sirven como métricas de cumplimiento de niveles aceptables.
- **Modelo de Madurez.**- Si bien los estándares y mejores prácticas cuentan con elementos a cuyo apego es posible llamar binario, es decir, se cumple o no se cumple, la mayoría de los elementos que plasman estos modelos representan objetivos de control o estados deseables de la tecnología y de las prácticas asociadas. Es así que el apego a éstas últimas es medible en diferentes grados de eficiencia o madurez.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Modelo de Madurez

Se estableció el uso del modelo de madurez propuesto por el modelo COBIT¹ del Instituto para la Gobernabilidad de las Tecnologías de Información² A continuación se presentan el modelo de madurez utilizado:

Nivel de Madurez >>>					
0	1	2	3	4	5
No existente	Inicial	Repetible	Definido	Administrado	Optimizado
<p>Carencia completa de cualquier proceso reconocible. La organización no ha reconocido siquiera que existe un problema a resolver.</p>	<p>Existe evidencia que la organización ha reconocido que los problemas existen y requieren ser resueltos. Sin embargo; no existen procesos estándar en su lugar existen enfoques <i>ad hoc</i> que tienden a ser aplicados de forma individual o caso por caso. El enfoque general hacia la Administración es desorganizado.</p>	<p>Se han desarrollado los procesos hasta el punto en que se siguen procedimientos similares en diferentes áreas que realizan la misma tarea. No hay entrenamiento o comunicación formal de los procedimientos estándar, y se deja la responsabilidad al individuo. Existe un alto grado de confianza en el conocimiento de los individuos y, por lo tanto, los errores son muy probables.</p>	<p>Los procedimientos se han estandarizado y documentado, y se han difundido a través de entrenamiento. Sin embargo, se deja que el individuo decida utilizar estos procesos, y es poco probable que se detecten desviaciones. Los procedimientos en sí no son sofisticados pero</p> <p>Formalizan las prácticas existentes.</p>	<p>Es posible monitorear y medir el cumplimiento de los procedimientos y tomar medidas cuando los procesos no estén trabajando de forma efectiva. Los procesos están bajo constante mejora y proporcionan buenas prácticas. Se usa la automatización y herramientas de una manera limitada o fragmentada.</p>	<p>Los procesos se han refinado hasta un nivel de mejor práctica, se basan en los resultados de mejoras continuas y en un modelo de</p> <p>Madurez con otras organizaciones. TI se usa de forma integrada para automatizar el flujo de trabajo, brindando herramientas para mejorar la calidad y la</p> <p>Efectividad, haciendo que la organización se adapte de manera rápida.</p>

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Áreas Evaluadas

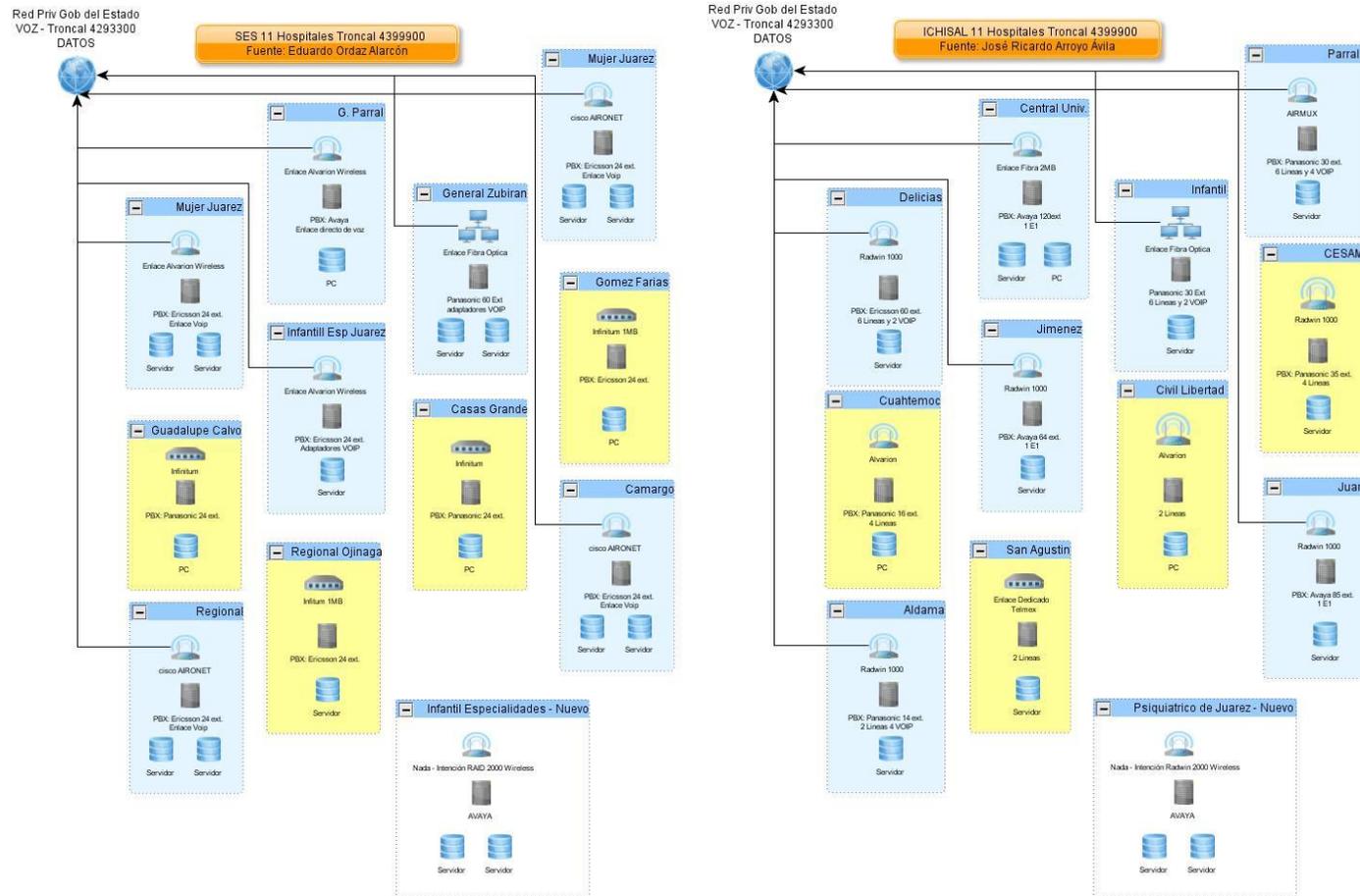
Se determinó usar un modelo que evaluase los principales aspectos de los sistemas del SIHO y SIGHO ya que son los sistemas que manejan el expediente clínico electrónico tanto en hospitalización como en consulta externa.

Áreas Evaluadas	Descripción
Infraestructura y Conectividad de VOZ/DATOS	Mapa de la infraestructura actual de comunicación entre los diferentes hospitales.
Características y observaciones de los sistemas SIHO y SIGHO y la percepción de los usuarios finales.	Diseño del sistema, especificación de tecnologías, bases de datos, plataformas, y lenguajes de programación
Arquitectura de conectividad y de sistemas distribuidos – Interoperabilidad con el Estándar HL7 v3	La forma en que se encuentran actualmente interconectados los sistemas bajo el estándar
Bases de Datos y Repositorio de Información	Los requerimientos y arquitectura de la base de datos del repositorio
Seguridad de la información	Las prácticas de gestión y las herramientas utilizadas para la protección de los activos de información.
Definición y administración de niveles de servicio	Las prácticas llevadas a cabo para brindar soporte a la operación de los sistemas
Documentación de Planeación	Los Documentos que genera el proceso de planeación tecnológica.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

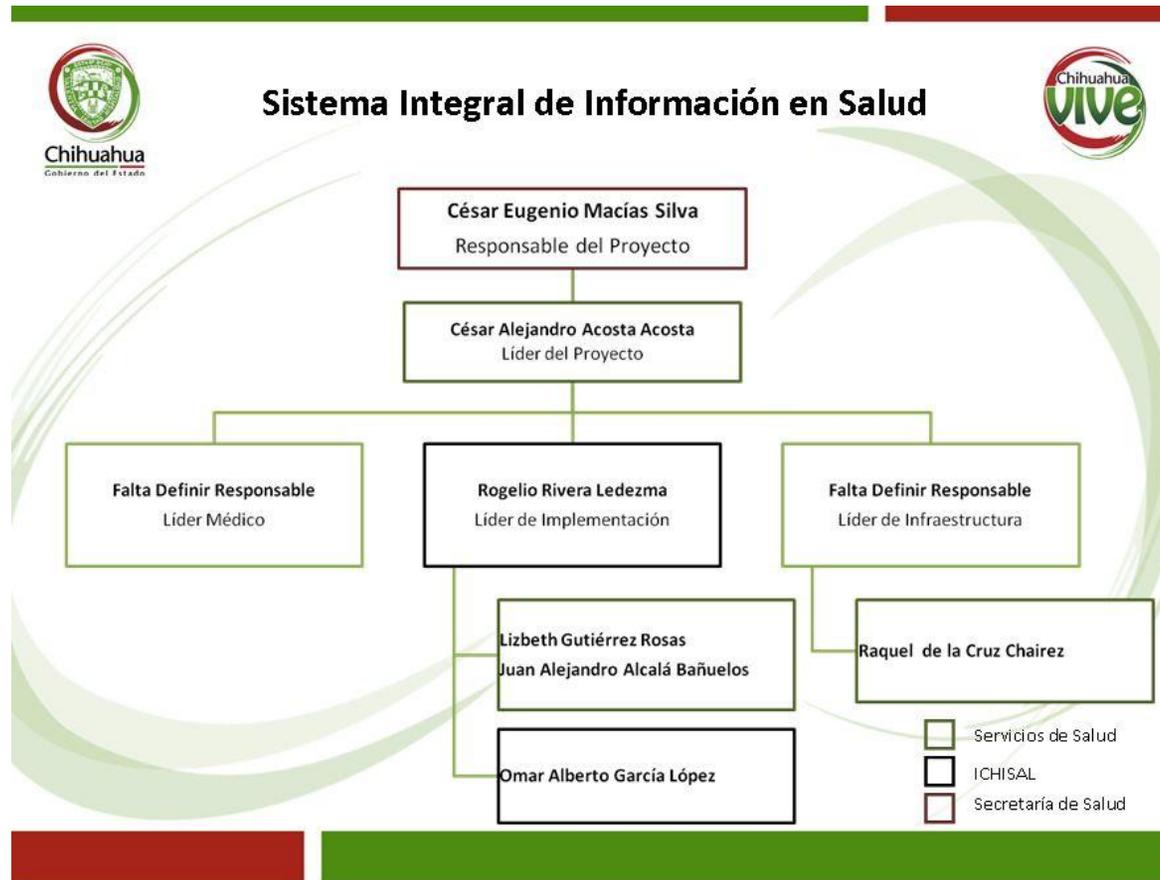
Infraestructura y Conectividad de VOZ/DATOS



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

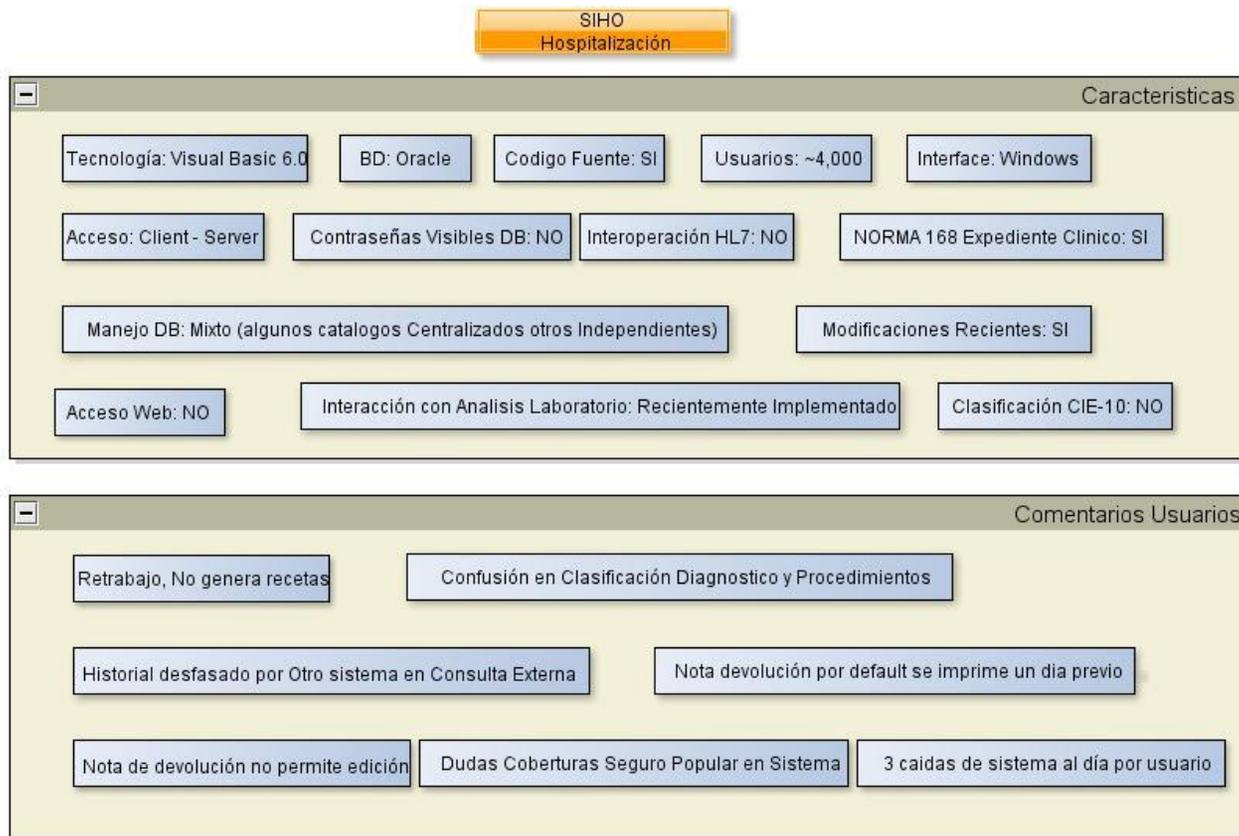
En los diagramas anteriores, se muestra el gran esfuerzo de conexión con la red privada de secretaria de salud del gobierno de chihuahua pero sigue siendo un reto tanto en la homologación de conmutadores, que se busca que sean todos Avaya para ahorrar costos enviando llamadas vía voip y de interconexión utilizando Antenas Radwin 2000 vía Wireless. Se tiene contemplado interconectar todos los hospitales tanto SES como ICHISAL para lo que se definió un nuevo departamento hace aproximadamente 4 meses justamente para darle continuidad a este fin, esto nos comenta el Ing. César Macías, anexo el organigrama actual de este equipo.



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

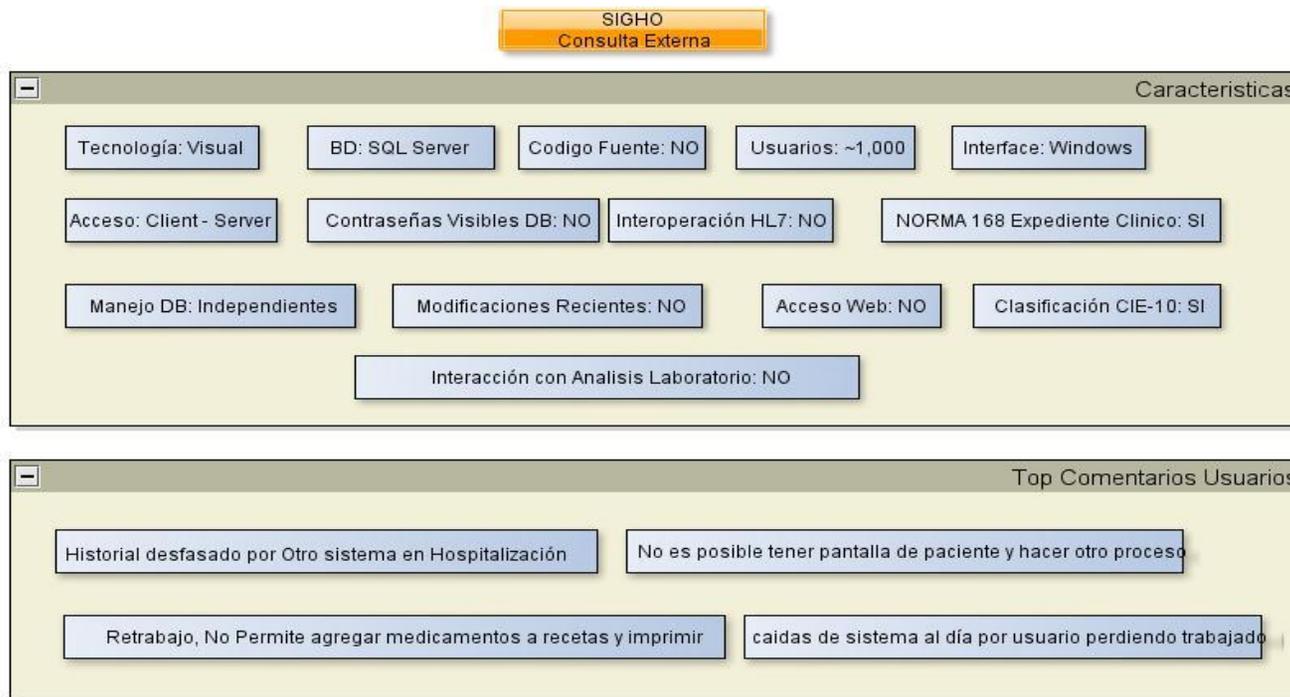
Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Características de los sistemas SIHO y SIGHO y la percepción de los usuarios finales.



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



Arquitectura de conectividad y de sistemas distribuidos – Interoperabilidad con el Estándar HL7 v3

Actualmente tanto el SIHO como el SIGHO claramente tienen la información suficiente para construir mensajes de intercambio basados en el estándar HL7, aunque no se tiene adecuadamente definidos y documentados los procesos y metodologías necesarias para generar dichos mensajes.

Va a ser necesario utilizar un traductor de información obteniéndola directamente de la base de datos en intervalos para transformarla de xml a mensajes HL7, para esto existen diferentes herramientas, al final del documento mostrare un ejemplo.

Bases de Datos y Repositorio de Información

Actualmente se cuenta con un repositorio central de información del sistema SIHO pero solo para la parte de ciertos catálogos como lo son diagnósticos y categorías de inventarios, así que para el SIGO y SIGHO definitivamente no hay repositorio central del expediente clínico electrónico, también notamos que en los últimos días de nuestro análisis se esta generando esfuerzos por generar cubos de consulta enlazándose a las diferentes bases de datos y obtener reportes a demanda de la información contenida en las bases de datos aisladas de los diferentes hospitales. Estos esfuerzos podrían también focalizarse en la interoperabilidad de comunicación vía mensajes HL7 a un repositorio central.

Seguridad de la información

Al pertenecer a una red privada, se reduce los riesgos de agentes de vulnerabilidad desde Internet por lo que no se encontró que existe un análisis de riesgo general, ocasionando que los riesgos asociados con la planeación, operación, y administración de TI no han sido identificados, y por consiguiente que no se estén tomando medidas de control preventivas para evitar que ocurran riesgos que afecten la seguridad de la información, en términos de disponibilidad, confidencialidad e integridad.

Existe un compromiso de la dirección del SES con el manejo de la información y su seguridad, que conlleva a un apoyo trascendental y sólido para la implementación de un programa de seguridad al interior. Sin embargo las prácticas de que comprenden la administración de la seguridad aun no alcanzan un nivel que permita implementar un ciclo completo que incluya desde la identificación y valoración de riesgos hasta el monitoreo de la efectividad de los controles implementados.

No se identificó evidencia de que exista un sistema de gestión de seguridad de la información (SGSI) claramente definido.

Como recomendación se les pide analizar la siguiente dirección que nos llamo la atención:

<http://ichisal.chihuahua.gob.mx/>

la cual esta en un servidor en Windows corriendo un servicio llamado sphider el cual muestra diferentes vulnerabilidades, anexo fuente.

http://www.cvedetails.com/vulnerability-list/vendor_id-4330/Sphider.html

Definición y administración de niveles de servicio

Actualmente los niveles de servicio están acordados pero son informales y no están revisados. Los reportes de los niveles de servicio dependen, en forma individual, de las habilidades y la iniciativa de los administradores.

Hace un par de meses, según me comenta el ing. Hans Omar Sánchez, se implementó un área de Atención al usuario definiendo un teléfono de soporte con 8 agentes capacitados en las diferentes aplicaciones que se utilicen en los hospitales, donde formalmente se generara un ticket de servicio, siendo medido el tiempo de respuesta. Este tipo de esfuerzos están en etapa inicial pero va por el camino correcto de confianza en los sistemas utilizados.

Documentación de Planeación

La planeación estratégica de TI sigue un enfoque estructurado, en el desarrollo de nuevos módulos SIHO pues se cuenta con el código fuente se documenta y se da a conocer a todo el equipo.

El proceso de planeación de TI es razonablemente sólido y garantiza que es factible realizar una planeación adecuada. Sin embargo, se otorga discrecionalidad a gerentes individuales específicos con respecto a la implantación del proceso, y no existen procedimientos para analizar el proceso.

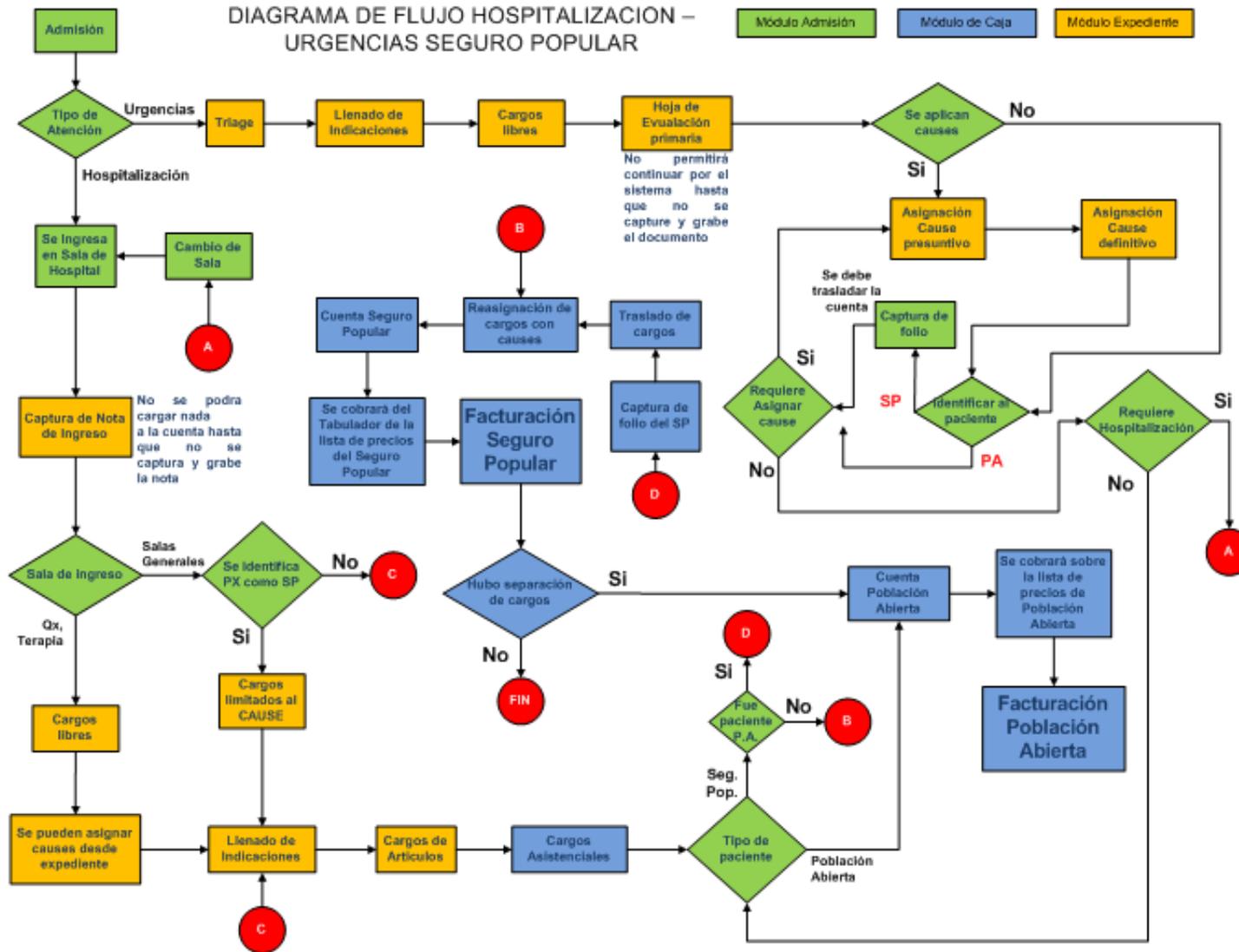
Se recomienda un sistema de avances de dichas implementaciones así como tener un canal de registro de ideas y problemas de usuarios finales vía la área de soporte.

La estrategia general de TI incluye una definición consistente de los riesgos que la organización está dispuesta a tomar como innovador o como seguidor. Las estrategias de recursos humanos, técnicos y financieros de TI influyen cada vez más la adquisición de nuevos productos y tecnologías. La planeación estratégica de TI se discute en reuniones de la dirección del negocio.

A continuación ejemplo de los diagramas de flujo que diseña el Área de TI para las recientes actualizaciones del SIHO:

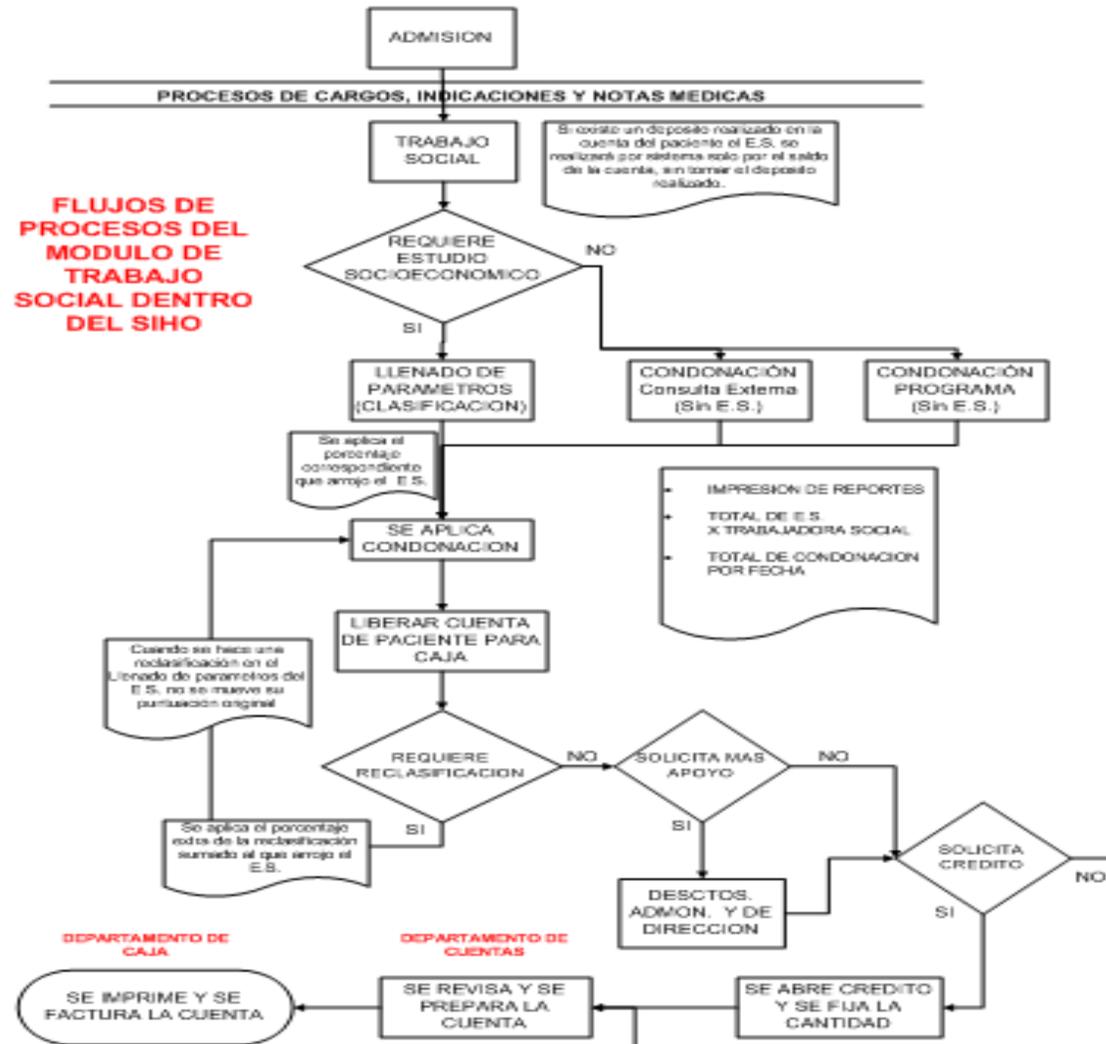
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



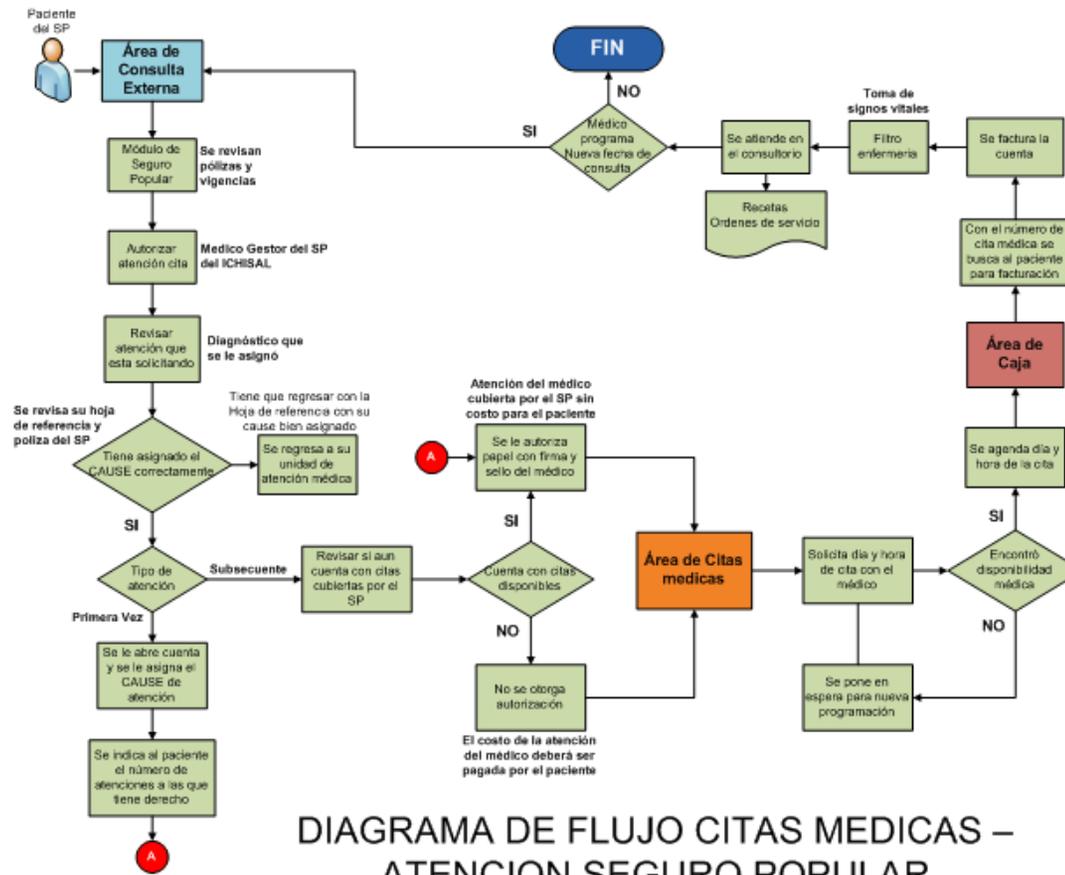
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



Manuales de usuario

Los sistemas SIHO y SIGO cuentan con la documentación necesaria para llevar a cabo el entrenamiento de nuevos usuarios operativos y de sistemas de información, aunque se solicitó a diferentes áreas tanto de soporte como gerenciales estos manuales de usuario pero se cuenta con manuales muy antiguos.

Si bien los sistemas SIHO y SIGHO cuentan con la documentación que les permite operar no se obtuvo evidencia de la existencia de un estándar institucional para la generación de manuales de usuario ya que las estructuras de los manuales difieren entre los distintos sistemas, conocimos de un esfuerzo de manejar un WIKI con manuales, aunque todavía falta implementación.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Análisis FODA

Fortalezas	Debilidades
<p>Uso generalizado, en este caso SIHO para hospitalización y SIGHO para consulta externa.</p> <p>Implementación de reglas de negocio, como es la parte de Seguro Popular.</p> <p>En el caso de SIHO se tiene ya la obtención de información directa de laboratorio.</p> <p>Cumplimiento de la normatividad vigente.</p>	<p>Duplicidad en funcionalidad, mantenimiento plataformas.</p> <p>Ausencia de portabilidad del expediente entre los 2 sistemas.</p> <p>Bases de datos distribuidas.</p> <p>No contar con la posibilidad de explotar los datos.</p> <p>Enorme dependencia a configuraciones y condiciones locales</p>
Amenazas	Oportunidades
<p>Obsolescencia de la infraestructura y plataforma tecnológica.</p> <p>Impacto en niveles de servicio por condiciones de configuración y operación de servidores locales.</p> <p>Dependencia de terceros para el desarrollo de sistemas, en especial para SIGHO</p> <p>No contar con información valiosa y en el momento por no manejar mensajes con el estándar HL7.</p>	<p>Realizar una explotación de datos mediante una base Central que sea fuente única generadora de reportes, indicadores e inteligencia de negocio.</p> <p>Fortalecer la funcionalidad del sistema de hospitales con tecnología de punta y accesibilidad mediante dispositivos móviles.</p> <p>Mejorar el nivel de servicio, seguridad y soporte al usuario.</p> <p>Ser un instrumento para el costeo y control de los servicios que se presta.</p> <p>Medir la calidad de la atención y tener mejor control sobre las prestaciones médicas como son vigencia, recetas, incapacidades.</p>

Conclusión

El gran reto que enfrenta en este momento es el llamado de interoperabilidad, que consiste en lograr que cualquier médico que se ubique en cualquier instalación del Hospital pueda consultar sin ninguna restricción el expediente médico de su paciente.

Esto no se pudo lograr aún pues existen varios problemas técnicos cuya solución ya la están definiendo e integrando todos los involucrados, pero que pasan fundamentalmente por establecer un portal de servicios que soportado con una base de datos integral y un manejador de contenidos que respondan a reglas y estándares internacionales permita el resguardo y acceso a los servicios médicos de acuerdo a las reglas internas de operación del Instituto.

Toda la comunicación con sistemas complementarios y satélites se hará a través de mensajes HL7 y están construyendo dicha plataforma tecnológica para poder migrar a un solo sistema.

Cualquier inversión que se realice tendrá una justificación importante, pues tiene como propósito fundamental el capitalizar las experiencias pasadas y aprovechar las ventajas tecnológicas actuales que no se tenían al momento de arrancar esta iniciativa.

Además es importante señalar que el Expediente Clínico Electrónico responde no solo a la parte de atención a la Salud que le corresponde al Instituto sino a la vigilancia, cumplimiento y buen uso de otros recursos como son los de días de incapacidad laboral, guarderías, atención a pensionados, educación para la prevención de enfermedades, entre muchos otros. Por ello en los siguientes años están trabajando en simplificar sus plataformas y crecer sus capacidades de interconexión con otros sistemas.

La misión de HL7 es procurar estándares, modelos, guías y metodologías flexibles y costo-efectivas que permitan la interoperabilidad entre sistemas de información heterogéneos en entornos clínicos. HL7 es una comunidad internacional abierta, en la cual participan de manera voluntaria y colaborativa diferentes sectores interesados en el desarrollo de los estándares.

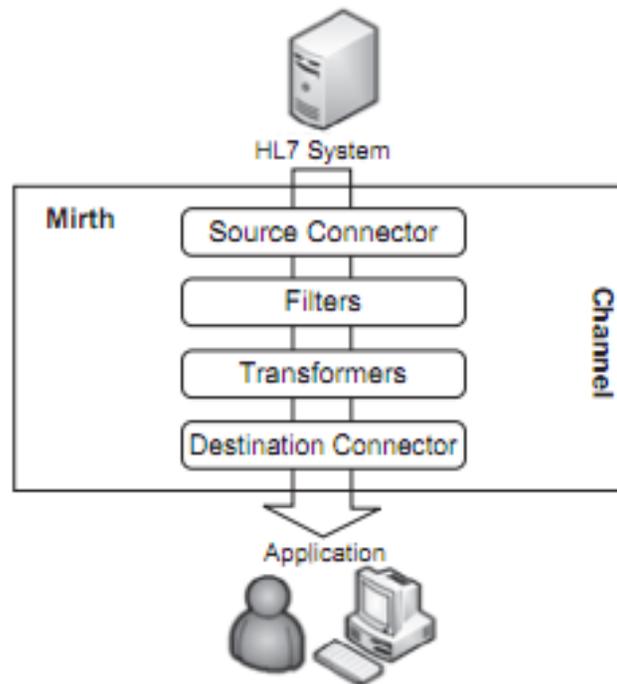
HL7 propone, para el intercambio de datos clínicos y administrativos, la utilización de estructuras denominadas mensajes HL7 de los cuales se han desarrollado dos versiones con enfoques y características completamente diferentes, conocidas como HL7v2.x y HL7v3. El estándar 3, la cual brinda interoperabilidad semántica al definir un modelo de información de referencia denominado HL7 RIM (HL7, Reference Information Model) desarrollado con una metodología orientada a objetos. HL7v3 emplea UML (Unified Modeling Language) como lenguaje de modelamiento y sugiere el uso de XML (Extensible Markup Language) como tecnología de implementación de los mensajes.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

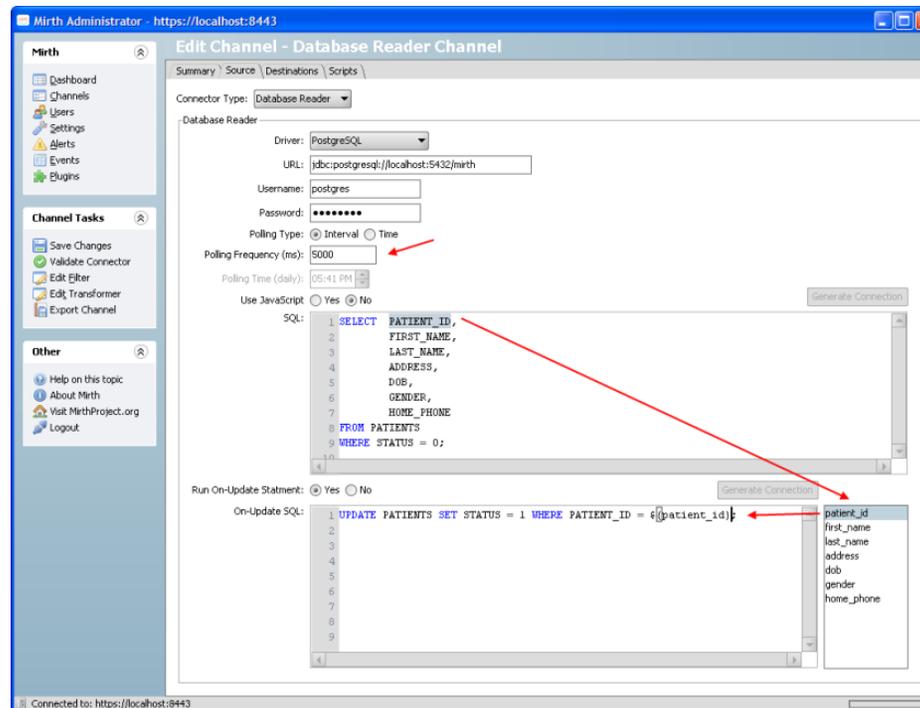
Es posible generar este tipo de mensajes HL7 de interacción tanto en ambos sistemas SIHO y SIGHO como la interacción con cualquier otro sistema de información ó hospital del país.

Existen diferentes aplicaciones y metodos pero como ejemplificación mediante la utilización de un Engine como [http://en.wikipedia.org/wiki/Mirth_\(software\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Mirth_(software)) Como traductor de las estructura bases de datos actuales a mensajes HL7.



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



Aquí mediante el Mirth, se crea un canal lector de base de datos, para Sql Server y Oracle, para el caso de SIGHO y SIHO respectivamente. En donde se puede convertir primero en un mensaje XML y posteriormente HL7 la base de datos cada 5 segundos, para correr un proceso de update confirmando que ese registro ya fue traducido.

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

The screenshot displays the Mirth Administrator interface for editing a channel. The main window is titled "Edit Channel - Database Reader Channel - Source Transformer".

Transformer Steps Table:

#	Name	Type
0	Patient Identification - Patient Name - Given Name (PID.5.2) (out) <-- first_name (in)	Message Builder
1	Patient Identification - Patient Name - Family Name (PID.5.1) (out) <-- last_name (in)	Message Builder
2	Patient Identification - Date/Time of Birth - Time (PID.7.1) (out) <-- dob (in)	Message Builder
3	Patient Identification - Administrative Sex - Value (PID.8.1) (out) <-- gender (in)	Message Builder
4	Patient Identification - Phone Number - Home - Telephone Number (PID.13.1) (out...	Message Builder

Message Segment Editor:

Message Segment: tmp[PID][PID.5][PID.5.2]
Mapping: msg['first_name'].toString()
Default Value:
String Replacement:

Regular Expression	Replace With
--------------------	--------------

Inbound Message Template Tree:

- XML-Message (1.0)
 - first_name
 - value
 - last_name
 - value
 - address
 - value
 - dob
 - value
 - gender
 - value
 - home_phone
 - value

Outbound Message Template Tree:

- PID (Patient Identification)
 - PID
 - PID.1 (Sex ID)
 - PID.2 (Patient ID)
 - PID.3 (Patient Identifier List)
 - PID.4 (Alternate Patient ID)
 - PID.5 (Patient Name)
 - PID.5.1 (Family Name)
 - TESTLAST
 - PID.5.2 (Given Name)
 - PID.6 (Mother's Maiden Name)
 - PID.7 (Date/Time of Birth)
 - PID.8 (Administrative Sex)
 - PID.9 (Patient Alias)

A red arrow points from the "last_name" field in the Inbound tree to the "last_name" field in the Outbound tree, indicating the mapping of data from the source to the target.

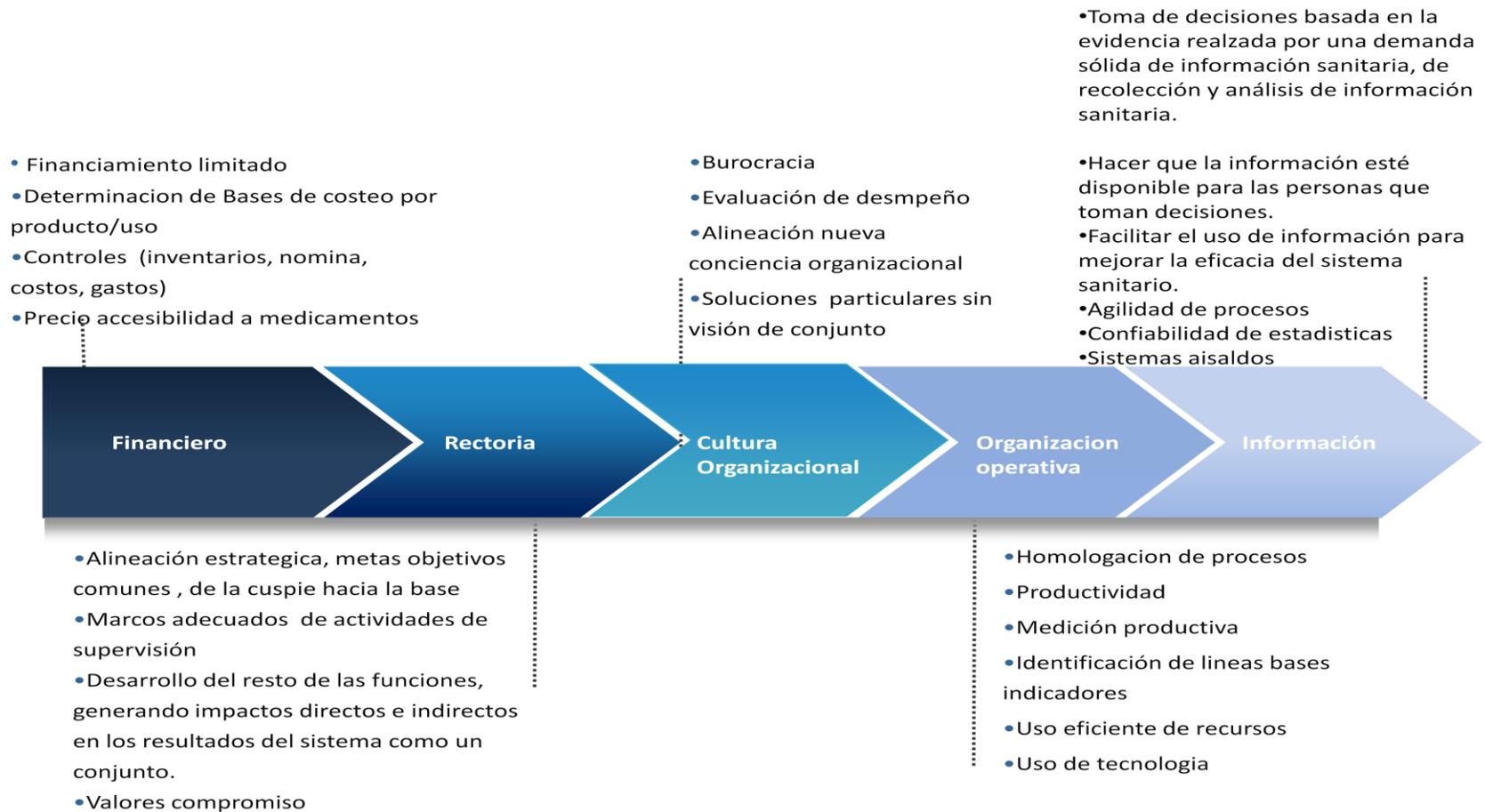
De esta manera es como es factible generar un mensaje HL7 con la información del paciente.

Restricciones a superar Global del Sistema de salud:



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua



PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

Conclusiones:

Existe un cuerpo Directivo con una clara identificación de necesidades actuales y futuras así como de los compromisos que enfrenta el Sistema Estatal de Salud. A manera de resumen se presentan los retos más importantes que a raíz del ejercicio de diagnóstico debe enfrentar el organismo a fin de alcanzar sus objetivos

Planeación	Gestión	Operación
<p>Alineamiento de Objetivos Es fundamental que se socialice la visión estratégica y los objetivos que está planteando la alta dirección con los grupos de mayor influencia en el sistema. Existe ya un plan de trabajo pero es necesario diseñar los programas que aseguren superar las barreras de la implementación y esto deberá ser a través de crear nuevos espacios de diálogo.</p>	<p>Liderazgo Es importante fortalecer los cuadros de mando y dar más peso específico a los médicos y enfermeras en el diseño de los sistemas de calidad y gestión.</p> <p>Es importante impulsar una cultura de colaboración y autorregulación basada en el desempeño.</p>	<p>Cobertura Uno de los retos más importantes el lograr balancear la cobertura y homologar los servicios, particularmente de especialidades a lo largo del territorio del Estado.</p>
<p>Capacidad de Inversión Es necesario encontrar y diseñar las posibles fuentes de recursos adicionales que permitan dar respuesta a la creciente demanda de servicios.</p>	<p>Control de Gastos El rediseño funcional del Sistema debe permitir una mejor estructura de gastos. El reto es establecer un sistema de costos unitarios de operación para así poder generar mejores presupuestos.</p>	<p>Autonomía de Operación. La normatividad debe ser revisada con el fin de evitar un exceso en los trámites, romper con formalismos y papeleo, pero sobre todo el despersonalizar las relaciones entre las unidades y que cada una de ellas tenga autonomía sobre sus decisiones.</p>
<p>Modelo Organizacional. El sistema de calidad debe correlacionarse con indicadores de desempeño y permitir el reconocimiento de los mejores elementos para impulsar una fuerza de trabajo altamente eficaz.</p>	<p>Digitalización del Expediente Médico. Uno de los principales factores para contar con información estratégica oportuna es la adopción de modelos electrónicos para la gestión y control de la operación. Existen res plataformas actualmente y debe trabajarse intensamente en la homologación de estándares</p>	<p>Homologación de perfiles. Es importante además que los pasantes y nuevos candidatos pasen por un proceso de inducción para que adopten los valores y principios que el SES está impulsando Hay que revitalizar las estrategias de formación y reforzar los mecanismos de acreditación,</p>

Personal entrevistado:

SECRETARIA DE SALUD:

- ❖ Director de planeación, evaluación y desarrollo
 - Dr. José González Baeza
- ❖ Dirección de Proyectos Médicos Especiales.
 - Dr. René González Mendoza
- ❖ Dirección Administrativa
 - C. Ramón Navarro Salazar
- ❖ Dirección Médica.
 - Dr. Victor Manuel Santana Maldonado
- ❖ Dirección planeación, evaluación y desarrollo
 - Dr. Néstor H. Escobedo M.
- ❖ Estadística: Lic. Apolo Zarate
- ❖ Sistemas: Ing. Hans Sánchez

SERVICIOS DE SALUD:

- ❖ Director General
 - Dr. Marcos Araujo García
- ❖ Dirección Administrativa
 - LC. Helio Alberto Tarín Villalobos
- ❖ Coordinación Técnica de la Dirección Administrativa
 - Lic. Antonino Placencia Terán
- ❖ Subdirección de Programación y Presupuesto
 - LC. Federico Solís García
- ❖ Subdirección de Recursos Humanos
 - Lic. María Teresa Marta Flores

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

Modelo de Reestructuración de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua

- ❖ Departamento de Control del Abasto
 - Heriberto Frías Ruiz
- ❖ Dirección de Prevención y Control de Enfermedades
 - Dr. José León Cárdenas T.
- ❖ Dirección Médica
 - Dr. Jorge Duque Rodríguez
- ❖ Coordinación de 2do Nivel
 - Dra. Laura Bustamante
- ❖ Dirección de Oportunidades
 - Dra. Susana Olga Lira Guerra
- ❖ Subdirección de Adicciones. Dr. Víctor Grado.
- ❖ Subdirección de Calidad: Dr. Solís

ICHISAL

- ❖ Director General:
 - Dr. Luis Javier García
- ❖ Dirección del Hospital Infantil del Estado
 - Dr. Juan Gutiérrez Almuina
- ❖ Dirección Médica:
 - Dr. Alfredo Ríos Velasco
 - Calidad. Lic. Héctor Calderón.
- ❖ Dirección Administrativa:
 - C. Antonio Tarín
 - Asesor Técnico Lic. Eldar Olivas Montes
 - Finanzas: Lic. Osiel Torres