

# REVISTA CONAMED

Órgano oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Volumen: 30 | Número: 1 | Enero - Marzo 2025 | ISSN: 2007-932X



## Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

### Artículo Original

Herramienta de vigilancia epidemiológica para cuatro paquetes de cuidado en la prevención de IAAS

### Editorial

Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica rumbo a un Sistema más robusto y resiliente



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONAMED**  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico



# REVISTA CONAMED

---

## Directorio

**Dr. David Kershenobich Stalnikowitz**  
Secretario de Salud

## Dirección Editorial

Directora Editorial  
**Dra. Odet Sarabia González**  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Editora en Jefe  
**Dra. Gabriela Yanet Cortés Moreno**  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Coordinadora Editorial  
**Mtra. Irma Kristel Rosas Díaz**  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Asistente Editorial  
**Lcda. Martha Patricia Hernández Mex**  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

---

# REVISTA CONAMED

---

## Editores Asociados

**Dr. Patricio Javier Santillán Doherty**  
Comisión Nacional de Bioética

**Dra. Armida Zúñiga Estrada**  
Comisión Federal para la Protección  
contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

**Dra. Martha Margarita Zapata Tarrés**  
Institutos Nacionales de Salud y  
Hospitales de Alta Especialidad

**Dr. Luis Armando González Placencia**  
Asociación Nacional de Universidades e Instituciones  
de Educación Superior (ANUIES)

**Dr. José Moya Medina**  
Organización Panamericana de la Salud /  
Organización Mundial de la Salud

**Dr. José Joaquín Mira Solves**  
Departamento Psicología de la Salud,  
Calité Investigación

**Dra. Yisel Pinillos Patiño**  
Universidad Simón Bolívar, Colombia

**Dr. Rodolfo Cano Jiménez**  
Miembro del Consejo Consultivo del Colegio de  
Medicina Interna de México como Ex Presidente

## Editores de Sección

**Dra. Liliana Hernández Mendoza**  
Subcomisión Jurídica  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Dr. Emilio José García Mayo**  
Dirección General de Conciliación  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Dr. Pablo Moreno Sánchez**  
Dirección General de Orientación y Gestión  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Dra. Martha Arellano González**  
Dirección General de Arbitraje  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Dra. Aramara Yasmin Aco Flores**  
Dirección General de Arbitraje  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Dr. Ricardo Landa Reyes**  
Dirección General de Arbitraje  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Dr. Luis Daniel Olvera Martínez**  
Dirección General de Conciliación  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Lcdo. Jesús Olivares Villa**  
Dirección General de Arbitraje  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Dra. Tania Janeth González Salinas**  
Dirección General de Orientación y Gestión  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Dr. Eduardo García Muñoz**  
Dirección General de Conciliación  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

---

---

## Comité Científico - Editorial

**Dr. Juan Gabriel Rosales Barrera**

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Dr. Sergio Ponce de León Rosales**

Instituto Nacional de Ciencias Médicas  
y Nutrición Salvador Zubirán

**Dr. Francisco Camilo de la Fuente Sandoval**

Instituto Nacional de Neurología  
Manuel Velasco Suárez

**Dra. Dewi Sharon Hernández Montoya**

Instituto Nacional de Pediatría

**Dr. Osvaldo Miranda Araujo**

Instituto Nacional de Perinatología

**Dr. José Nicolás Iván Martínez López**

Instituto Nacional de Psiquiatría

**Mtra. Claudia Solórzano Herrera**

Instituto Nacional de Medicina Genómica

**Dra. Natalia Sánchez Garrido**

Instituto Nacional de Geriátría

**Dra. Jennifer Hincapié Sánchez**

Programa Universitario de Bioética  
Universidad Nacional Autónoma de México

**Dr. Sergio López Moreno**

Facultad de Medicina  
Universidad Autónoma Metropolitana

**Dr. Leonardo Limón Camacho**

Petroleos Mexicanos PEMEX

**Dr. César Humberto Botello Ortiz**

Instituto de Seguridad Social del  
Estado de México y Municipios

**Dra. Laura Cortés Sanabria**

Dirección de Calidad y Educación en Salud, S.S.A

**Mtra. Sandra Guadalupe Moya Sánchez**

Dirección de Enfermería S.S.A México

**Dra. Maritza Ramos Ramírez**

Instituto Nacional de Cancerología

**Dr. Joaquin Alejandro Zúñiga Ramos**

Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias  
Ismael Cosío Villegas (INER)

**Dra. Rosana Pelayo Camacho**

Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

**Dr. Jesús Reyna Figueroa**

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales  
de los Trabajadores del Estado ISSSTE

**Dra. Mariana Cárdenas González**

Servicio de Salud  
IMSS-BIENESTAR

**Tte. Nav. SSN, MCN. Ramón Saavedra Bravo**

Secretaría de Marina

**Dra. Carmen Margarita Hernández Cárdenas**

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias  
Ismael Cosío Villegas (INER)

---

---

## **Equipo de Producción, Maquetación, Difusión y Editor de Estilo Ortotipográfico**

**Dr. Agustín Antonio Herrera Fragoso**  
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla  
Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología  
del Estado de Puebla

**Mtra. Sonia Adriana Tena Becerra**  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Mtra. Brenda Magos Acuña**  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico



### **Indexación y Visibilidad**

· Dialnet · Periódica · Biblat · LATINDEX · IMBIOMED · CUIDEN · BVS · EBSCO  
· INEHRM · CODAMEDY · CROSSREF · Scielo · Google Académico

---

REVISTA CONAMED, Vol. 30, Enero-Marzo 2025, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Marina Nacional No. 60, Col. Tacuba, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, C.P. 11410, en la Ciudad de México. Tel. 52 (55) 5420-7000, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Editora responsable: Dra. Odet Sarabia González, Comisionada Nacional. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2011-103108524200-102, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Dra. Gabriela Yanet Cortés Moreno, CONAMED, Av. Marina Nacional 60, piso 14, Col. Tacuba, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11410. Tels. 52 (55) 5420-7000, <https://www.gob.mx/conamed>, [articulos\\_revista@conamed.gob.mx](mailto:articulos_revista@conamed.gob.mx), fecha de última modificación, 30 de abril 2025. Los artículos armados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

## Carta a la Editora



8

### **Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica rumbo a un Sistema más robusto y resiliente**

*Hospital Epidemiological Surveillance Network on the path to a more robust and resilient system*

García Rodríguez G / Subgerencia de Calidad, Gerencia de Prevención Médica, Subdirección de Servicios Médicos (PEMEX)

## Artículos Originales



11

### **Herramienta de vigilancia epidemiológica para cuatro paquetes de cuidado en la prevención de IAAS**

*Epidemiological surveillance tool for four care bundles in the prevention of HAIs*

Hernández Ponce LB, Garcia Palma M, Garcia Ortiz L / Centro Universitario del Sur (CUSur), Universidad de Guadalajara

19

### **Calidad de la atención conforme las expectativas y percepciones del usuario, Hospital de Especialidades Puebla**

*Assessment of quality of care based on user expectations and perceptions in a high-specialty hospital in Puebla*

Castañeda Sánchez O, Mora-Trevera MM, Parra-Salazar JA / Instituto Mexicano del Seguro Social de Tlaxcala

## Reporte de Caso



29

### **Hidrolipoclasia y sus riesgos: Reflexión Crítica a partir de un caso**

*Hydrolipoclasia and its Risks: A case-Based Critical Reflection*

## Artículos de Revisión



33

### **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, un Análisis desde un Sistema de Gestión de Calidad**

*Healthcare-Associated Infections: An Analysis through a Quality Management Approach*

Martínez Molina R / Comisión Nacional de Arbitraje Médico

47

### **Liderazgo y Comunicación dentro del Proceso Administrativo en un Hospital de Tercer Nivel y su impacto en el Desarrollo Institucional**

*Leadership and Communication in the Administrative Process of a Tertiary-Level Hospital and Their Impact on Institutional Development*

Soto Acosta GM / Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Servicios de Salud para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)



## **Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica: rumbo a un sistema más robusto y resiliente**

*Hospital Epidemiological Surveillance Network on the path to a  
more robust and resilient system*

### **Estimada Editora,**

Desde tiempos antiguos, la humanidad ha luchado contra enfermedades epidémicas, pero no fue sino hasta el siglo XX cuando surgieron sistemas organizados de vigilancia epidemiológica en hospitales. La Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) se ha consolidado como un mecanismo clave para la detección, monitoreo y control de enfermedades transmisibles y eventos de importancia en salud pública.

En México, la RHOVE es un sistema diseñado para monitorear y responder a eventos epidemiológicos en hospitales del país. Su objetivo principal es detectar y prevenir brotes de enfermedades dentro de los hospitales y mejorar la respuesta ante emergencias sanitarias. Este sistema incluye la recopilación, análisis e interpretación de datos relacionados con enfermedades infecciosas y otros problemas de salud pública, ayudando a mejorar la toma de decisiones en hospitales y a diseñar estrategias de control de infecciones.<sup>1</sup>

La vigilancia epidemiológica es esencial para la prevención y control de enfermedades, especialmente en entornos hospitalarios donde los pacientes pueden estar más vulnerables a infecciones. Este enfoque está alineado con los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales que buscan fortalecer los sistemas de salud mediante la detección temprana y la intervención rápida en caso de brotes.<sup>2</sup>

A medida que las sociedades crecieron y las pandemias se volvieron más recurrentes, los hospitales fueron identificados como puntos estratégicos para la recolección de datos epidemiológicos. La vigilancia comenzó de manera informal con el registro de casos en hospitales individuales. Sin embargo, la falta de un sistema estructurado impedía la respuesta rápida ante brotes. En la segunda mitad del siglo XX, la OMS promovió la creación de sistemas de vigilancia epidemiológica hospitalaria, particularmente tras la pandemia de gripe de 1957 y el resurgimiento de enfermedades infecciosas en la década de 1980, como el VIH/SIDA.<sup>3</sup>

En muchos países, la formalización de la RHOVE ocurrió en la década de 1990 y principios de los 2000. Se establecieron redes de hospitales que recopilaban información sobre enfermedades de notificación obligatoria, infecciones nosocomiales y resistencia antimicrobiana. La digitalización de registros clínicos y la interconexión entre hospitales facilitaron el monitoreo en tiempo real. La RHOVE no solo se enfocó en infecciones, sino también en enfermedades emergentes, intoxicaciones masivas y desastres naturales con impacto en la salud pública. Esto permitió responder con rapidez a eventos como la pandemia de influenza A (H1N1) en 2009 y, más recientemente, a la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 en 2020.

### **Autor(a) de**

#### **Correspondencia:**

Dr. Gabriel García  
Rodríguez  
Gerencia de Prevención  
Médica, Subdirección  
de Servicios Médicos  
(PEMEX)  
Av. Marina Nacional  
No. 350 Piso 3, Alcaldía  
Miguel Hidalgo, Ciudad  
de México, C.P. 11311  
Correo electrónico:  
gabrielgarcia@aamr.org

### **Citar como:**

García Rodríguez  
G. Red Hospitalaria  
de Vigilancia  
Epidemiológica: rumbo  
a un sistema más  
robusto y resiliente. *Rev  
CONAMED*. 2025;30(1):  
8-10.

### **Fecha de recepción:**

2 de marzo 2025

### **Fecha de aceptación:**

28 de marzo de 2025

Actualmente, la RHOVE enfrenta desafíos como la resistencia antimicrobiana, la vigilancia de enfermedades zoonóticas y el impacto del cambio climático en la epidemiología. La inteligencia artificial y el análisis de grandes volúmenes de datos (big data) están transformando la manera en que se detectan y gestionan brotes epidémicos. El fortalecimiento de la RHOVE es crucial para prevenir futuras pandemias y garantizar una respuesta efectiva ante amenazas sanitarias. La inversión en tecnología, capacitación de personal y colaboración internacional será clave en las próximas décadas para consolidar una red hospitalaria aún más robusta y eficiente.

La OMS, en diciembre de 2023, elaboró el Plan de Acción Mundial y Marco de Monitoreo sobre Prevención y Control de Infecciones (PCI) 2024-2030. Este plan tiene como objetivo principal apoyar la implementación de la Estrategia Mundial de la OMS sobre PCI, con la visión de que para el año 2030, todas las personas que accedan o proporcionen atención médica estén a salvo de infecciones asociadas. Este plan abarca desde el compromiso político y las políticas hasta la colaboración y el apoyo de las partes interesadas a nivel mundial, regional, nacional y de las instalaciones sanitarias, enfatizando la importancia de la integración y coordinación del PCI con otros programas nacionales complementarios.<sup>4,5</sup>

Desde una perspectiva institucional, es crucial reducir las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS), a través de programas adecuados de Prevención y Control de Infecciones (PCI) que puedan reducir las IAAS hasta en un 70%. Durante la pandemia de COVID-19, se acentuaron las deficiencias en los programas de PCI en todo el mundo, pero también aumentó la percepción de riesgo y estamos ante la mayor oportunidad para mejorar la preparación y respuesta ante brotes mediante buenas prácticas de PCI, por supuesto, esto requiere inversión sostenida en programas de PCI para prevenir hasta 3,5 millones de muertes anuales, las cuales podrían ser causadas por infecciones asociadas a la atención de salud si no se toman medidas urgentes.

Por lo anterior, es importante que el sector salud de nuestro país promueva programas de higiene de manos, práctica fundamental que puede prevenir una gran parte de las infecciones nosocomiales; invierta fuertemente en infraestructura y recursos humanos, suministros e infraestructuras necesarios para implementar programas efectivos de PCI y promueva la colaboración internacional, el apoyo

de las partes interesadas a nivel mundial, regional, nacional y de las instalaciones sanitarias que son esenciales para fortalecer los programas de PCI a través del intercambio de buenas prácticas.

Por último, es imperante la actualización de la regulación en materia de Prevención y Control de Infecciones, así como en la disminución de la Resistencia Antimicrobiana, a través de la estandarización de procedimientos para la vigilancia, prevención y control de las IAAS en todas las unidades médicas del país, la implementación de protocolos específicos para la higiene de manos, el uso de equipos de protección personal y la desinfección de superficies y equipo médico; la mejora de la calidad de la Atención Médica y reducir la incidencia de infecciones nosocomiales será crucial para la seguridad del paciente y del personal sanitario, además del fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica mediante la creación de sistemas robustos de vigilancia epidemiológica en los hospitales, que permitirá una detección más rápida y una respuesta más efectiva ante brotes de enfermedades infecciosas.

Sin duda, la capacitación y educación en prácticas de prevención y control de infecciones asegurará que el personal esté al tanto de las mejores prácticas y protocolos actuales. El uso de la tecnología para la digitalización de registros y manejo de datos masivos y la coordinación y colaboración entre pares, favorecerá una mejor comunidad enfocada a la prevención y control de infecciones y disminuirá la resistencia antimicrobiana.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud [Dirección General de Epidemiología]. (2024). Boletín de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Cierre 2023. [www.gob.mx](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/926669/BoletinIAAScierre2023.pdf). Recuperado 20 de marzo de 2025, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/926669/BoletinIAAScierre2023.pdf>
2. Secretaría de Salud [Dirección General de Epidemiología]. (2016). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Recuperado 22 de marzo de 2025, de [https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/28\\_Manual\\_RHOVE.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHOVE.pdf)
3. Secretaría de Salud. (2024). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud: Red Hospitalaria De Vigilancia Epidemiológica. [www.gob.mx](https://www.gob.mx). Recuperado 29 de marzo de 2025, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920660/Manual\\_de\\_procedimientos\\_estandarizados\\_para\\_la\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_de\\_las\\_IAAS\\_-\\_RHOVE\\_junio\\_2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920660/Manual_de_procedimientos_estandarizados_para_la_vigilancia_epidemiologica_de_las_IAAS_-_RHOVE_junio_2024.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud [CONSEJO EJECUTIVO EB154/8 154.a reunión 21 de diciembre de 2023 Punto 8 del orden del día provisional]. (2023). Proyecto de plan de acción mundial para la prevención y el control de las infecciones. [apps.who.int](https://apps.who.int). Recuperado 13 de marzo de 2025, de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB154/B154\\_8-sp.pdf#:~:text=EI%20proyecto%20de%20plan%20de%20acci%C3%B3n%20mundial%20y,las%20ocho%20orientaciones%20estrat%C3%A9gicas%20de%20la%20Estrategia%20Mundial](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_8-sp.pdf#:~:text=EI%20proyecto%20de%20plan%20de%20acci%C3%B3n%20mundial%20y,las%20ocho%20orientaciones%20estrat%C3%A9gicas%20de%20la%20Estrategia%20Mundial)
5. Organización Mundial de la Salud. (2024, noviembre). Global Report on Infection Prevention and Control 2024. [www.who.int](https://www.who.int). Recuperado 20 de febrero de 2025, de <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>

Copyright © 2025 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
Todos los derechos reservados

---

### Conflicto de intereses:

"El autor declara que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

# Herramienta de vigilancia epidemiológica para cuatro paquetes de cuidado en la prevención de IAAS

*Epidemiological surveillance tool for four care bundles in the prevention of HAIs*



Hernández Ponce LB<sup>1</sup>, García Palma M<sup>2</sup>, García Ortiz L<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermera especialista adscrita a la Región Sanitaria X OPD Servicio de Salud Jalisco Zapopan".

<sup>2</sup> Enfermera especialista adscrita a la Región Sanitaria X, OPD Servicios de Salud Jalisco, Zapopan.

<sup>3</sup> Jefa de Enfermería de la Región Sanitaria VI, Ciudad Guzmán, OPD Servicios de Salud Jalisco. Profesora e investigadora en el Centro Universitario del Sur (CUSur), Universidad de Guadalajara.

## RESUMEN

**Introducción:** Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) representan un desafío global, ya que incrementan la morbilidad y mortalidad de los pacientes, además de elevar los costos de atención médica. Estas infecciones están frecuentemente relacionadas con el uso de dispositivos invasivos y con la falta de estrategias preventivas estandarizadas. **Objetivo:** Esta revisión tiene como propósito describir y sustentar el diseño de una herramienta de vigilancia basada en la literatura científica y normativa vigente, que agrupa los momentos clave de cuatro paquetes de cuidado para prevenir Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS): Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NVM), Infección del Tracto Urinario (ITU) asociada a Catéter Vesical (CV), Infección del Torrente Sanguíneo (ITS) asociada a Catéter Venoso Central (CVC) e Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ). **Métodos:** Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y documentos normativos nacionales e internacionales para sustentar el diseño de una hoja de vigilancia diaria que permita estandarizar la atención, evaluar el cumplimiento de criterios de calidad y facilitar la trazabilidad de las intervenciones de Enfermería. **Resultados:** La hoja propuesta facilita el registro de indicadores clave de calidad durante la instalación, mantenimiento y retiro de dispositivos invasivos. Su uso permite identificar áreas de mejora, fortalecer la seguridad del paciente y reducir eventos adversos. **Conclusiones:** Esta herramienta representa un avance significativo en la vigilancia epidemiológica, al integrar evidencia científica y criterios normativos en una sola plataforma que promueve prácticas estandarizadas, mejora la documentación clínica y respalda legalmente al personal de salud.

**Palabras clave:** infección de herida quirúrgica, infecciones relacionadas con catéter, neumonía asociada a ventilador, paquetes de cuidados, vigilancia epidemiológica.

## ABSTRACT

**Background:** Health care-associated infections (HAIs) pose a global challenge due to their impact on patient morbidity and mortality, as well as their contribution to increased healthcare costs. These infections are commonly related to the use of invasive medical devices and inadequate preventive strategies. **Objective:** This literature review aims to describe and support the development of a surveillance tool that integrates

### Autor(a) de Correspondencia:

Dra. Lidia García Ortiz  
Centro Universitario del Sur (CUSur), Universidad de Guadalajara  
Guadalupe Victoria No. 61, Col. Centro, Ciudad Guzmán, Jalisco, C.P. 49000, México  
Correo electrónico: lidia.garcia@cusur.udg.mx

### Citar como:

Hernández Ponce LB, García Palma M, García Ortiz L. Herramienta de vigilancia epidemiológica para cuatro paquetes de cuidado en la prevención de IAAS. *Rev CONAMED*. 2025;30(1): 11-18.

### Fecha de recepción:

16 de diciembre 2024

### Fecha de aceptación:

28 de febrero de 2025

evidence-based care bundles for the prevention of four main Health care-associated infection (HAIs): ventilator-associated pneumonia (VAP), catheter-associated urinary tract infection (CAUTI), central line-associated bloodstream infection (CLABSI), and surgical site infection (SSI). **Methods:** A narrative review was conducted using national guidelines and international evidence to support the design and implementation of a standardized surveillance tool. The tool is structured around current clinical regulations and best practices for device management. **Results:** The proposed daily surveillance sheet allows the documentation of critical quality indicators and enables traceability throughout the insertion, maintenance, and removal of medical devices. Implementation of this tool may enhance patient safety, reduce infection rates, optimize nursing documentation, and provide legal support for healthcare personnel. **Conclusion:** This surveillance tool represents a significant advancement in the standardized prevention of HAIs, offering a practical, evidence-informed solution for improving care quality and supporting clinical decision-making.

**keywords:** surgical site infection, catheter-associated infections, ventilator-associated pneumonia, care bundles, epidemiological surveillance.

## INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son infecciones adquiridas durante la atención médica. Estas infecciones prolongan las hospitalizaciones, aumentan el riesgo de fallecimiento y los costos, lo cual afecta a pacientes, familias y sistemas de salud.

Durante el año 2019 se creó el manual para la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), mismas que fueron observadas en el proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM045-SSA-2024, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud; la cual establece que los hospitales públicos y privados deben reportarlas a la Red de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).

El boletín de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) de Jalisco correspondiente a julio de 2024 reportó las Infecciones Asociadas a la

Atención de la Salud IAAS más frecuentes, entre las cuales se destacan:

1. Neumonías asociadas a ventilación mecánica (NVM).
2. Infecciones de vías urinarias asociadas a catéter urinario (IVU-CU).
3. Infección de torrente sanguíneo asociada a catéter central (ITS-CVC).
4. Infecciones de sitio quirúrgico (ISQ).

Para combatir estas Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), los Paquetes de Acciones para Prevenir (PAP) guían a los profesionales de la salud y evaluadores. Los resultados son analizados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), y el Comité para la Detección y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (CODECIAAS), con el fin de diseñar conjuntamente proyectos de mejora a través del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), todos enfocados en la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

A principios de la década de 2000, el Instituto para la Mejora de la Atención Sanitaria (IHI, por sus siglas en inglés) lanzó una iniciativa para combatir las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). El objetivo principal era reducir la mortalidad mediante la implementación de paquetes de cuidados estandarizados, basados en prácticas con evidencia científica. Un proyecto destacado fue liderado por el Dr. Peter J. Pronovost, quien aplicó recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en el manejo de líneas centrales en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con el fin de reducir infecciones asociadas a catéteres venosos centrales y mejorar la seguridad de los pacientes críticos.

La vigilancia epidemiológica es crucial para la seguridad del paciente, como lo demuestra un estudio en Barcelona, donde la implementación de un paquete de cuidados redujo las infecciones por catéteres vasculares y la flebitis. Sin embargo, aún se requieren investigaciones adicionales para identificar los componentes más eficaces en la prevención de complicaciones, de acuerdo con Ray-Barruel y colaboradores.

En esta línea, un hospital australiano implementó un enfoque integral que redujo significativamente las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ), especialmente

en pacientes obesos, lo que evidencia la efectividad de las intervenciones. En México, Michelle y colaboradores destacan la importancia del manejo adecuado de catéteres venosos centrales y ofrecen recomendaciones para su cuidado. Coincidentemente, diversos estudios señalan que las medidas higiénicas en dispositivos médicos y del personal son fundamentales. La enseñanza, capacitación y actualización del personal de salud también resultan esenciales para reducir riesgos y mejorar la calidad de la atención.

Ante esta necesidad creciente y la ausencia de un instrumento integral para evaluar criterios de calidad en cada momento del cuidado, surge la hoja de vigilancia diaria para la prevención de IAAS mediante paquetes. Esta herramienta tiene como objetivo principal fortalecer la seguridad del paciente durante la atención sanitaria y reducir costos a largo plazo. Reemplaza el uso de múltiples cédulas y formatos complementarios que varían entre unidades y generan una carga administrativa excesiva. Además, facilita la trazabilidad durante la instalación, mantenimiento y retiro de dispositivos invasivos, con un enfoque preventivo.

La incorporación de esta hoja al expediente clínico fortalece los registros, que comúnmente resultan insuficientes para documentar todas las intervenciones de Enfermería. Esto brinda mayor respaldo legal al personal, al dejar constancia detallada de sus acciones.

## CORRECTO LLENADO DE LOS FORMATOS

Para un correcto llenado de esta importante evidencia de cuidado, se emiten recomendaciones técnico-administrativas basadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Entre las recomendaciones se encuentran:

- Utilizar tinta estandarizada por turno: azul para el turno matutino, verde para el vespertino y rojo para el nocturno.
- Los encabezados deben escribirse siempre en tinta azul, independientemente del turno.
- Es obligatorio completar todos los datos solicitados en cada apartado.

Se describen los criterios de calidad que deben documentarse de forma completa y oportuna

durante los distintos momentos del cuidado. Por ejemplo, en la instalación de dispositivos:

### **Ventilación mecánica:**

Registrar número de intentos, sitio de inserción (orotraqueal, nasotraqueal o traqueostomía), y presión del globo fijador.

### **Catéter vesical:**

Documentar técnica estéril, tipo de sonda (Nelaton o Foley), material (látex, silicón, PVC u otro), calibre (Fr), sistema recolector (prefabricado, cerrado-armado o abierto), tipo de instalación (primera vez o recambio) y motivo (retención urinaria, medición de gasto, cirugía, etc.).

### **Catéter venoso central:**

Indicar tipo de catéter (central, PICC o umbilical), técnica de inserción (percutánea, Seldinger, quirúrgica), sitio anatómico, número de punciones, control radiográfico y complicaciones.

### **Sitio quirúrgico:**

Verificar consentimiento informado, suspensión de tabaco, control glucémico, profilaxis antibiótica y riesgo quirúrgico.

HOJA DE VIGILANCIA DIARIA PARA LA PREVENCIÓN DE IAAS POR PAQUETES													
PACIENTE:			Nombre(s)			Apellido Paterno			Apellido Materno			F. NACIMIENTO:	EDAD:
# EXP.	*SERVICIO:	CAMA:	F. INGRESO:	DIAGNÓSTICO:	dd / mm / aaaa			SEXO:	H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>			
*Cirugía general, Cirugía pedia, Consulta Ext, Ginecología, Medicina interna, Neonatología, Obstetricia, Ortopedia/trauma, Pediatría, Terapia Int. Neonatal, Terapia Int. Pedia, Terapia Int. Adultos, Urgencias, Urgencias Pedia, Otro.													
INSTALACIÓN													
1- Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NVM)		Fecha/hora:		Hoja de laringoscopia desinfectada, adecuadamente resguardada:				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	# de intentos:			
		Inserción: <input type="checkbox"/>		(1) Orotraqueal, (2) Nasotraqueal, (3) Traqueostomía.				Cambio de cánula en cada intento: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	Fijación: cm.		Calibre: mm.
		Presión de globo fijador:		cmH2O.	Radiografía: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Circuito: <input type="checkbox"/>		(1) Desechable nuevo, (2) Reusable procesado.		Instalador:		
2- Infección de Tracto Urinario (ITU) asociada al Catéter Urinario (CU)		Fecha/hora:		Instalación estéril: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="checkbox"/>		(1) Simple/Nélaton, (2) Foley.		ABD en globo: cc.		
		Material del catéter: <input type="checkbox"/>		(1) Látex, (2) Silicón, (3) PVC, (4) Otro:				Calibre: Fr.		Sistema recolector: <input type="checkbox"/>		(1) Prefabricado, (2) Cerrado-armado, (3) Abierto.	
		Tipo de instalación: <input type="checkbox"/>		(1) 1ra vez, (2) Recambio.		Motivo de instalación: <input type="checkbox"/>		(1) Retención aguda de orina, (2) Medición de gasto urinario, (3) Procedimiento quirúrgico, (4) Cirugía perineal/sacra, (5) Inmovilización prolongada, (6) Confort en etapa terminal, (7) Incontinencia urinaria de riesgo, (8) Medición de PIA.					Instalador:
3- Infección de Torrente Sanguíneo (ITS) asociado al Catéter Venoso Central (CVC)		Fecha/hora:		Instalación estéril: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="checkbox"/>		(1) Venoso central, (2) Central de inserción periférica PICC, (3) Umbilical.				
		Técnica: <input type="checkbox"/>		(1) Percutánea, (2) Seldinger, (3) Seldinger modificada, (4) Quirúrgica, (5) Venodisección, (6) Visión directa.						Sitio: <input type="checkbox"/>		(1) Yugular der, (2) Yugular izq, (3) Subclavia der, (4) Subclavia izq, (5) Braquial der, (6) Braquial izq, (7) Femoral der, (8) Femoral izq, (9) Umbilical venoso, (10) Pedial der, (11) Pedial izq.	
		# de punciones / intentos:		Hemocultivo: <input type="checkbox"/>		(1) Central, (2) Periférico.		Control radiográfico: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	Motivo:		Complicaciones: <input type="checkbox"/>
4- Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) *Preoperatorio		Fecha/hora:		Indicación de cirugía en expediente: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	Consentimiento informado firmado: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>				
		Paciente suspendió tabaco 30 días previos a la cirugía programada: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	Tricotomía: <input type="checkbox"/>		(1) Cortadora, (2) Tijeras, (3) Rastrillo, (4) No se requiere.					
		Control de glucosa: mg/dl.		Profilaxis antibiótica de 30-60min antes de incisión: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	Clasificación ASA:						

Figura 1. Hoja de vigilancia diaria para la prevención de IAAS por paquetes.

Fuente: Elaboración propia

### CRITERIOS PARA EL SEGUIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS

El seguimiento requiere una supervisión constante. Para cada uno de los dispositivos, se utilizan criterios evaluados mediante una escala dicotómica (realizado/no realizado).

#### Neumonía asociada a ventilación mecánica:

Se debe verificar la posición adecuada de la cama del paciente, la ausencia de desconexiones en el sistema, la aspiración de secreciones endotraqueales mediante sistema cerrado, el uso de humedad activa (cascada) o pasiva (filtros HE), y la aplicación de medidas de higiene oral (en neonatos y adultos).

#### Infección de tracto urinario asociada a catéter:

Se debe asegurar la fijación correcta del catéter de acuerdo con el sexo del paciente, la higiene genital diaria, que la bolsa colectora se mantenga por debajo del nivel de la vejiga sin superar el 75% de su capacidad, así como la justificación médica para la permanencia del catéter.

#### Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central:

Es necesario verificar la justificación de la permanencia o retiro del catéter, la desinfección adecuada de los puertos, la ausencia de desconexiones en el sistema y la curación del sitio de inserción con técnica aséptica.

#### Infección del sitio quirúrgico en el periodo transoperatorio:

Se debe constatar la realización en voz alta de la lista de verificación de cirugía segura, la medición de glucosa y temperatura corporal, el uso de antiséptico para la preparación de la piel, la clasificación del tipo de cirugía y el tipo de apósito utilizado.

La supervisión continua de estos criterios durante el seguimiento es fundamental para prevenir complicaciones y optimizar la recuperación del paciente. Un adecuado seguimiento, junto con una correcta instalación y mantenimiento, contribuyen significativamente a la seguridad del paciente y a la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud.

MANTENIMIENTO													
*Acciones generales: Higiene de manos / Capacitación				FECHA:									
Número de días con la cánula endotraqueal:													
1- NIVM	1-Posición de la cama (30-45° en adultos, 10 a 15° en neonatos)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	2-Nebulizador siempre unido al circuito (evitar desconexiones)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	3-Médico evalúa y registra posible interrupción de sedación	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	4-Médico evalúa y registra posibilidad de retiro de la ventilación	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	5-Aspiración de secreciones endotraqueales c/sistema cerrado	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	6-Use de humedad activa (cascada) o pasiva (filtros HE)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	7-Higiene oral c/6-8 hrs (agua bidestilada en neonatos) (Clorhexidina 0.12% o solución salina 0.9% en adultos)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Porcentaje de cumplimiento:													
Número de días con la sonda vesical:													
2- ITU CU	1-Fijación acorde al sexo y con datos de identificación	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	2-Higiene genital diaria con agua y jabón neutro	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	3-Línea de drenaje sin obstrucciones o sedimentos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	4-Bolsa colectora debajo del nivel de la vejiga, sin tocar el suelo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	5-Se mantiene el sistema sin desconexiones, en todo momento	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	6-La bolsa recolectora nunca supera el 75% de capacidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	7-Justificación clínica para permanencia del CU (nota médica)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	8-Registro (notas) de las características macroscópicas de la orina	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Porcentaje de cumplimiento:													
Número de días con el catéter central:													
3- ITS CVC	1-Registro en notas de la condición del sitio de inserción y del CVC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	2-Médico justifica (nota evolución) permanencia o retiro del CVC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	3-Desinfección de puertos c/alcohol 70%, fricción de 15-30 seg.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	4-Cambio del sistema de infusión conforme al tipo de solución	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	5-Lúmen exclusivo para Nutrición Parenteral Total (NPT)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	6-Sistema de infusión permanece sin desconexiones	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	7-Curación del sitio de inserción c/7 días con técnica aséptica, o al momento de desprendimiento del apósito, sangrado, etc.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Porcentaje de cumplimiento:													
4- ISQ *Transoperatorio	Fecha/hora de incisión:			Realiza lista de verificación de cirugía segura en voz alta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									Glucosa: <input type="text"/> mg/dl.
Temperatura corporal:	<input type="text"/> °C	Antiséptico usado para preparación de piel: <input type="checkbox"/>			(1) Alcohol, (2) Clorhexidina, (3) Yodopovidona, (4) Otro.				Se colocan drenajes quirúrgicos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Tipo de dren:	<input type="checkbox"/> (1) Abierto, (2) Cerrado, (3) Ambos.	Clasificación de la cirugía: <input type="checkbox"/> (1) Limpia, (2) Limpia-contaminada, (3) Contaminada, (4) Sucia.			Apósito: <input type="checkbox"/> (1) Simple, (2) Avanzado, (3) Presión negativa.								

Figura 2. Hoja de vigilancia diaria para la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS): mantenimiento y seguimiento de dispositivos invasivos.

Fuente: Elaboración propia

### ASPECTOS POR CONSIDERAR PARA EL RETIRO SEGURO DE LOS DISPOSITIVOS

Al retirar un dispositivo, es fundamental registrar la fecha, hora y motivo del retiro.

#### Neumonía asociada a ventilación mecánica:

Deben documentarse los datos clínicos del paciente, como fiebre o distermia, leucopenia o leucocitosis, desaturación y aumento de secreciones. El motivo del retiro puede incluir traslado, fin terapéutico, salida accidental, disfunción de la cánula, defunción o evento adverso.

#### Infección de tracto urinario asociada a catéter:

Es importante registrar si el retiro se debió a fin terapéutico, sospecha de infección, disfunción, vencimiento del tiempo de uso, salida accidental,

defunción o evento adverso. También se debe anotar el restablecimiento de la micción espontánea y los signos clínicos de infección, si los hubiera.

#### Infección del torrente sanguíneo por catéter venoso central:

Se debe indicar si el paciente fue dado de alta con el catéter o si fue retirado. Es indispensable documentar el motivo del retiro, si se realizó cultivo de la punta del catéter y el resultado del mismo.

#### Infección del sitio quirúrgico posoperatorio (24 horas):

Debe registrarse el nivel de glucosa capilar, temperatura corporal, si la herida permanece sellada con apósito, el retiro de drenajes quirúrgicos y el envío del paciente a la clínica de heridas.

El registro completo de la información durante el retiro de dispositivos es esencial para evaluar la efectividad de las intervenciones y detectar posibles complicaciones. Este proceso, junto con una adecuada instalación, mantenimiento y seguimiento, cierra el ciclo de vigilancia y promueve la seguridad del paciente.

El registro integrado de la trazabilidad de las actividades en la prevención de infecciones durante la instalación, mantenimiento y retiro de dispositivos

ha permitido reducir la tasa de ITU-CU. Esta infección, que anteriormente ocupaba el segundo lugar entre las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud IAAS reportadas en Jalisco, pasó a ser la tercera causa notificada tanto en RHOVE como en el sistema INDICAS, con una disminución significativa en la tasa por 1,000 días-dispositivo: de un promedio anual de 23.34 en 2022 a 7.14 al corte del segundo cuatrimestre de 2024.

HOJA DE VIGILANCIA DIARIA PARA LA PREVENCIÓN DE IAAS POR PAQUETES											
<b>RETIRO</b>											
<b>1- NVM</b>	Fecha/hora:	Datos de NVM: <input type="checkbox"/> (1) Fiebre/distermia, (3) Leucopenia/leucocitosis, (4) Desaturación, (5) Secreciones aumentadas.				Motivo de retiro: <input type="checkbox"/> (1) Traslado,					
(2) Fin terapéutico, (3) Salida accidental, (4) Cánula disfuncional, (5) Defunción, (6) Evento adverso.				Existe indicación para extubación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Se informan signos de NVM: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
<b>2- ITU CU</b>	Fecha/hora:	Alta con CU: <input type="checkbox"/> (1) Domicilio, (2) Traslado a otro hospital.		Motivo de retiro: <input type="checkbox"/> (1) Fin terapéutico.		(2) Sospecha de infección asociada a sonda,					
(3) Disfunción, (4) Cambio por vencimiento, (5) Salida accidental, (6) Defunción, (7) Evento adverso.				Se restablece la micción espontánea: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Se informan signos de ITU: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
<b>3- ITS CVC</b>	Fecha/hora:	Alta con CVC: <input type="checkbox"/> (1) Domicilio, (2) Traslado a otro hospital.		Motivo de retiro: <input type="checkbox"/> (1) Fin terapéutico, (2) Sospecha de infección, (3) Disfunción,							
(4) Cambio por vencimiento, (5) Salida accidental, (6) Defunción, (7) Ruptura, (8) Perforación, (9) Obstrucción/oclusión.				Cultivo de punta de catéter: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Resultado: <input type="text"/>					
Hemocultivo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Resultado: <input type="text"/>		Se informan signos de ITS: <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
*Línea arterial: <input type="checkbox"/>											
<b>4- ISQ *Postoperatorio (24 horas)</b>		Glucosa:	mg/dl.	Temperatura corporal:	°C	Paciente con ventilador (FIO2 30-35%) mantiene SpO2 ≥95%: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>					
La herida permanece sellada y con apósito estéril, durante 24-48 hrs (salvo indicación escrita): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				*Medidas durante la higiene: <input type="checkbox"/> (1) Baño seco con clorhexidina		(2) Herida sellada.					
Datos localizados de infección: <input type="checkbox"/>		(1) Dolor, (2) Hipersensibilidad, (3) Inflamación localizada, (4) Rubor, (5) Calor, (6) Otra: <input type="text"/>				Retiro temprano de drenajes quirúrgicos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
*Curación con técnica aséptica e insumos estériles: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		*Antiséptico utilizado: <input type="checkbox"/>		(1) Alcohol, (2) Clorhexidina, (3) Isodine, (4) Otro. <input type="text"/>		Referencia a Clínica de Heridas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

**Figura 3.** Hoja de vigilancia diaria para la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS): retiro de dispositivos.

**Fuente:** Elaboración propia

### EXPERIENCIAS EN SERVICIOS DE SALUD JALISCO

En las unidades del Organismo Público Descentralizado (OPD) Servicios de Salud Jalisco donde este modelo de vigilancia ha sido presentado, y tras una capacitación previa sobre paquetes preventivos y uso del formato, la aceptación ha sido excelente entre supervisores y personal operativo. La herramienta ha permitido reducir el número de formatos, concentrar y complementar los registros clínicos y distribuir la carga de trabajo entre todos los turnos, involucrando al personal en el cumplimiento de la normatividad y en el modelo de calidad y seguridad del paciente.

### CONCLUSIONES

Los registros completos son evidencia de un cuidado de calidad, ya que permiten identificar la trazabilidad del proceso y reducir riesgos para la salud del

paciente. Para optimizar el uso de la herramienta de vigilancia epidemiológica para los cuatro paquetes de cuidado en la prevención de IAAS, se recomienda considerar el siguiente decálogo:

1. La aplicación constante de paquetes preventivos por parte del personal de salud genera beneficios sustanciales. Para los pacientes, implica menor riesgo de infección y mejor calidad de vida; para el personal, claridad en procesos y una cultura de seguridad; y para el sistema sanitario, menor costo, mayor eficiencia y mejor reputación institucional.
2. La supervisión y cumplimiento de los protocolos es una responsabilidad compartida. Cada profesional debe vigilar su propio cumplimiento y el de sus colegas, promoviendo una cultura de seguridad y mejora continua.

3. La evaluación de los criterios exige un cumplimiento del 100%, ya que incluso un pequeño porcentaje de incumplimiento puede derivar en eventos adversos.
4. No se recomiendan tachaduras, enmiendas ni el uso de correctores en el llenado de formatos.
5. El personal de Enfermería debe participar activamente en la vigilancia epidemiológica y reflejar sus intervenciones en las notas del expediente clínico.
6. El registro del apego al paquete preventivo comienza a las 24 horas de la instalación del dispositivo. Se deberá utilizar una nueva hoja de registro al completar siete días de vigilancia o si se realiza una nueva instalación antes de ese periodo.
7. Se recomienda empoderar al personal de Enfermería, brindándoles capacitación, recursos y autoridad para liderar iniciativas de mejora en áreas como el manejo de catéteres, terapia inhalatoria y cuidado de sondas.
8. La persona líder de cada paquete preventivo será responsable de recopilar la información de las hojas de vigilancia diaria y proponer estrategias de mejora.
9. Los resultados obtenidos (porcentajes de apego, riesgos en instalación, etc.) deben presentarse a las coordinaciones correspondientes, como Epidemiología, Enfermería y Calidad.
10. Se debe fomentar una cultura de bioseguridad: identificar factores de riesgo, realizar lavado de manos, aplicar desinfección de alto nivel a equipos y dispositivos, usar materiales estériles o desechables, evitar el uso de corbatas y restringir el uso de teléfonos celulares durante la atención.

Finalmente, todo el personal debe actualizar constantemente sus conocimientos. La capacitación continua es esencial y debe acompañarse de acciones de educación en salud para pacientes y familiares, proporcionándoles información veraz, útil y comprensible.

## REFERENCIAS

1. Sandoval-Vásquez D M, Castilla-Espinoza C S, Fupuy-Chung J A. La responsabilidad del médico en la propagación de infecciones nosocomiales. *Rev Med Hered* [Internet]. 2020 [consultado 11 de diciembre 2024]; 31(2): 141-142. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3782>
2. Infecciones HS. La estadística de infecciones nosocomiales en México, con datos de menos de 10% de los hospitales [Internet]. Hospital sin infecciones. 2020 [citado el 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://hospitalsininfecciones.com/1/la-estadistica-de-infecciones-nosocomiales-en-mexico-con-datos-de-menos-de-10-de-los-hospitales>
3. Secretaría de Salud. Manual para la Implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y Vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). [Internet]. México 2019 [Consultado 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2024/GP-IAAS\\_manual\\_implementacion.pdf](https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2024/GP-IAAS_manual_implementacion.pdf)
4. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA-2024, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud [Internet] 2024 [Consultado 02 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5732885&fecha=09/07/2024#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5732885&fecha=09/07/2024#gsc.tab=0)
5. Secretaría de Salud S. Boletín Epidemiológico RHOVE 2023 [Internet]. gob.mx. [citado el 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletin-epidemiologico-rhove-2023>
6. Institute for Healthcare Improvement. The 100,000 Lives Campaign puso la seguridad del paciente Campaña 100.000 Vidas: diez años después. [Internet]. 2016 [Consultado 25 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ihl.org/es/insights/100000-lives-campaign-ten-years-later>
7. Lladó Maura Y, Berga Figuerola ML, Rodríguez Moreno MJ, Lluch Garvi V, Soler Felsner EE, Rodríguez-Rodríguez A, et al. Care bundle for the prevention of peripheral venous catheter blood stream infections at a secondary care university hospital: Implementation and results. *Infect Dis Health* [Internet]. 2023;28(3):159-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.idh.2023.02.001>

8. Ray-Barruel, G, Hui Xu, Pantano N, Cooke M, Rickard C M. Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: A systematic review *Infection, Rev. Disease & Health*, Volume 24, Issue 3, 152 – 168 [Internet]. 2019 [Consultado 18 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.idh.2019.03.001>
9. Bolte M, Knapman B, Leibenson L, Ball J, Giles M. Reducing surgical site infections post-caesarean section in an Australian hospital, using a bundled care approach. *Infect Dis Health* [Internet]. 2020;25(3):158–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.idh.2020.01.006>
10. Velázquez MSM, Quiroz ER. Recomendaciones de enfermería para el manejo del Catéter Venoso Central. *Rev CONAMED*. 2022;27(3):128-131. Disponible en: [https:// dx.doi:10.35366/107644](https://dx.doi:10.35366/107644)
11. Mitchell BG, McGhie A, Whiteley G, Farrington A, Hall L, Halton K, et al. Evaluating bioburden of frequently touched surfaces using Adenosine Triphosphate bioluminescence (ATP): Results from the Researching Effective Approaches to Cleaning in Hospitals (REACH) trial. *Infect Dis Health* [Internet]. 2020;25(3):168–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.idh.2020.02.001>
12. Pujante-Palazón I, Rodríguez-Mondéjar JJ, Armero-Barranco D, Sáez-Paredes P. Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, comparación de conocimientos entre tres unidades de críticos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2016;27(3):120–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2015.10.001>
13. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. [Internet] 2024 [Consultado 22 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787#:~:text=Esta%20norma,%20establece%20los%20criterios,y%20confidencialidad%20del%20expediente%20cl%C3%ADnico](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787#:~:text=Esta%20norma,%20establece%20los%20criterios,y%20confidencialidad%20del%20expediente%20cl%C3%ADnico)

---

**Conflicto de intereses:**

"Las autoras declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

## Calidad de la atención conforme las expectativas y percepciones del usuario, Hospital de Especialidades Puebla

*Assessment of quality of care based on user expectations and perceptions in a high-specialty hospital in Puebla*



**Castañeda Sánchez O, Mora Trevera MM<sup>2</sup>, Parra Salazar JA<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Coordinador de Planeación y Enlace Institucional, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tlaxcala, Tlaxcala, México.

<sup>2</sup> Jefa del Departamento de Trabajo Social, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "General de División Manuel Ávila Camacho", Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, Puebla, México.

<sup>3</sup> Director General, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "General de División Manuel Ávila Camacho", Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, Puebla, México.

### RESUMEN

**Introducción:** La calidad de la atención desde la óptica de las expectativas y percepciones de las personas usuarias amplía el panorama para la mejora de los servicios de salud. **Objetivo:** Evaluar el nivel de calidad de la atención con base en las expectativas y percepciones de las personas usuarias del servicio de hospitalización en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Puebla. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico realizado de 2018 a 2019, en el Hospital de Especialidades de Puebla. Se aplicaron encuestas de satisfacción mediante muestreo probabilístico sistemático a personas usuarias hospitalizadas. **Resultados:** Se recolectaron 1,434 encuestas, de las cuales el 62.8% fueron respondidas por acompañantes. El 54.3% correspondió a pacientes hombres, con una edad promedio de  $46.1 \pm 20.5$  años; el 50% tenía calidad de trabajadores. El servicio de cardiología reportó el mayor número de hospitalizaciones. El 95% manifestó satisfacción total respecto a sus expectativas, mientras que el 78.7% lo hizo en relación con sus percepciones, observándose una diferencia significativa negativa ( $-0.51$ ,  $p = 0.001$ ). **Conclusión:** Aunque la satisfacción con las expectativas fue alta (9 de cada 10 personas), solo 8 de cada 10 reportaron satisfacción con sus percepciones, lo cual refleja una brecha significativa que señala áreas de oportunidad en la calidad de la atención.

**Palabras clave:** calidad de la atención de salud, motivación, percepción, satisfacción del paciente.

### ABSTRACT

**Introduction:** The quality of care from the perspective of the expectations and perceptions of the patient, broadens the panorama in the provision of health services. **Objective:** Evaluate the level of quality of care based on the expectations and perceptions of the users of the hospitalization service of the High Specialty Medical Unit Puebla Specialty Hospital. **Material and methods:** An analytical cross-sectional study was carried out at the Specialty Hospital Puebla from 2018 to

#### Autor(a) de correspondencia:

Dr. Oscar Castañeda Sánchez

Instituto Mexicano del Seguro Social de Tlaxcala  
Av. Progreso No. 68, Villa Alta, Tepetitla de Lardizabal, Tlaxcala, C.P. 90700

Correo electrónico: [dr.oscarcastanedas@gmail.com](mailto:dr.oscarcastanedas@gmail.com)

#### Citar como:

Castañeda Sánchez O, Mora Trevera MM, Parra Salazar JA  
Calidad de la atención conforme las expectativas y percepciones del usuario, Hospital de Especialidades Puebla. *Rev CONAMED* 2025; 30(1):19-28.

#### Fecha de recepción:

11 de febrero 2025

#### Fecha de aceptación:

02 de marzo 2025

2019; including systemic probabilistic surveys to evaluate the satisfaction of patients who use the hospitalization service. **Variables:** condition of the respondent; of the patient, age, sex, education, marital status, occupation, vulnerability, type of insured, hospitalization service and days of hospital stay, degree of satisfaction (expectations and perceptions) and quality of care. Analysis of results with descriptive and inferential statistics. **Results:** 1,434 surveys 62.8% answered by companions were included, 54.3% corresponded to male patients, 50% with quality of workers, with an average age of  $46.1 \pm 20.5$  years. The cardiology service had the highest number of hospitalized patients. 95% reported fully satisfied in their expectations and 78.7% in their perceptions, with a significant negative difference ( $-0.51$ ,  $p = 0.001$ ). **Conclusion:** The satisfaction of expectations is totally satisfactory in 9 out of 10 patients, for 8 out of 10 in the perceptions, presenting significant differences in the gaps, translating poor quality of care.

**Keywords:** quality of care, expectations, perceptions, patient satisfaction, hospitalization services.

## INTRODUCCIÓN

Hoy los sistemas de salud se encuentran en constante cambio, debido a factores como presiones económicas, competencia en el sector privado, mayores exigencias y la demanda de usuarios, quienes confían que, su necesidad de salud será atendida y que, al finalizar el proceso de atención su condición de salud mejore, cobrando importancia la calidad como concepto en la atención en salud.<sup>1,2</sup>

Percibiendo la calidad de la atención como resultado de la interacción del prestador de un servicio sustantivo o de apoyo con el paciente o sus familiares,<sup>3</sup> tomando en cuenta aspectos de estructura (recursos humanos y equipos adecuados), procesos (servicios básicos), resultados y su impacto en la organización.<sup>4</sup>

De manera que, la satisfacción del usuario es clave para definir y valorar la calidad de la atención,<sup>5</sup> siendo su definición y medición difícil y controvertida, implicando consenso entre sanitarios e investigadores permitiendo, identificar áreas de oportunidad desde la perspectiva del paciente, conocer aspectos que le disgustan y que afectan la imagen institucional, verificar el grado de cumplimiento de los tratamientos instituidos y su eficacia, y comparar diferentes sistemas sanitarios.<sup>6</sup>

Así, la satisfacción es entendida como la diferencia entre las expectativas (deseos o necesidades) del paciente y su grado de percepción (resultado de la asistencia sanitaria) del servicio,<sup>7</sup> interviniendo factores como el estilo de vida, experiencias previas y las propias expectativas que influyen en la satisfacción.<sup>8</sup>

De acuerdo con las características intangibles, heterogéneas, inseparables y perecederas de la estructura utilizada para la prestación de servicios de salud, se recomienda la evaluación de la calidad, mediante la escala de SERVQUAL, (Service of quality, por sus siglas en inglés) basada en un paradigma de desconfirmación,<sup>9</sup> la cual tiene una elevada confiabilidad y validez, siendo uno de los cuestionarios más empleados.<sup>10</sup>

Así, la medición y retroalimentación de la calidad consecuente a los resultados de satisfacción del paciente, permite identificar áreas de oportunidad para su mejora.<sup>11</sup> Por lo que, este trabajo tuvo como propósito evaluar el nivel de calidad de la atención con base a las expectativas y percepciones, de los usuarios del servicio de hospitalización de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Especialidades (HE) Puebla.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo en la (UMAE) Hospital de Especialidades (HE) Puebla. Centro Médico Nacional General de División "Manuel Ávila Camacho" de Puebla de febrero de 2018 a febrero de 2019, incluyendo de manera probabilística sistemática usuarios voluntarios de ambos sexos y de todas las edades atendidos en el servicio de hospitalización, excluyendo familiares de pacientes que fallecieron y eliminando las encuestas que no respondieron al 100%. Para la determinación del tamaño muestral se utilizó la fórmula para una proporción para poblaciones infinitas, con un nivel de confianza del 90%, una precisión del 87% y un margen de error del 1.75%.

Al egreso de cada paciente o en su caso al familiar que aceptó participar en el estudio, se le aplicó mediante un formulario electrónico el instrumento de recolección de datos, consistiendo en la escala de SERVQUAL para servicios de salud,<sup>9-10</sup> compuesta por 5 dimensiones:

1. Tangibilidad o apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia del personal y materiales de comunicación.
2. Fiabilidad o habilidad y cuidado al otorgar el servicio.
3. Capacidad de respuesta o disposición y buena voluntad para apoyar a los usuarios y proporcionarles un servicio rápido y oportuno
4. Seguridad o cortesía, transmitiendo credibilidad, confianza y confidencialidad en la atención
5. Empatía o disponibilidad para pensar primero en el paciente y atender, según características y situaciones particulares con cuidado y atención personalizada

Estas dimensiones se miden mediante 22 reactivos las expectativas y con otros 22 reactivos las percepciones, con respuestas tipo Likert, donde 1 = Totalmente insatisfecho, 2 = Regularmente insatisfecho, 3 = Parcialmente insatisfecho, 4 = Ni satisfecho, ni insatisfecho, 5 = Parcialmente satisfecho, 6 = Regularmente satisfecho y 7 = Totalmente satisfecho.

Para determinar el grado de satisfacción, la puntuación de las escalas (expectativas y percepciones) tiene un valor mínimo de 22 y máximo de 154, a mayor puntuación, mayor satisfacción. En tanto, la calidad de la atención se determinó, obteniendo el resultado de cada dimensión y sacando la diferencia entre los totales de las percepciones menos las expectativas, donde, una puntuación de 0 traduce calidad de la atención, mayor de 0 excelente calidad de la atención y menor de 0 mala o deficiente calidad de la atención.

Además, se interrogaron datos sociodemográficos del paciente, edad, sexo, grado académico, estado civil y ocupación, y otros relacionados con la atención como: tipo de asegurado, grupo vulnerable, tiempo de espera, servicio en que se hospitalizó y tiempo de hospitalización.

Los datos se guardaron en un formato de Excel y se analizaron con apoyo del paquete estadístico de SPSS para Windows, utilizando frecuencias y porcentajes para las variables nominales u ordinales y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Los resultados de las expectativas se contrastaron con los de las percepciones con estadística inferencial (Chi cuadrada, para los resultados generales y

t de student para cada dimensión). Además, se determinó la confiabilidad del instrumento con el alfa de Cronbach.

Conforme el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, se considera como una investigación sin riesgo, solicitando con base en el artículo 23, la dispensa del consentimiento informado por escrito, siendo el protocolo autorizado por el Comité 2101 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el folio F-2019-2101-007.

## RESULTADOS

Se incluyeron 1,434 encuestas, de estas 534 (37.2%) fueron respondidas por los pacientes y 900 (62.8%) por su acompañante, correspondiendo 717 (50%) a asegurados y el resto a beneficiarios, 778 (54.3%) pacientes fueron hombres y 656 (45.7%) mujeres, con un promedio de edad de  $46.1 \pm 20.5$  años,  $46.8 \pm 20.7$  años para hombres y  $45.2 \pm 20.3$  años para mujeres.

Con relación a sus datos personales, respecto al grado académico, 71 (5%) son analfabetas, 99 (6.9%) sabe leer y escribir, primaria 327 (22.8%), secundaria 354 (24.7%), preparatoria o nivel técnico 345 (24.1%), licenciatura 215 (15%), posgrado 23 (1.6%). En cuanto al estado civil, 393 (27.4%) son solteros(as), 749 (52.2%) casados(as), 139 (9.7%) se encuentran en unión libre, 38 (2.6%) son divorciados(as) y 115 (8%) son viudos(as). De acuerdo a su ocupación, 350 (24.4%) se desempeñan como amas de casa, 397 (27.7%) como empleados(as) u obreros(as), 90 (6.3%) como profesionistas, 188 (13.1%) son pensionados(as), 56 (3.9%) jubilados, 175 (12.2%) estudiantes, 124 (8.6%) no tienen ocupación y 54 (3.8%) son servidores públicos. En la clasificación de grupos vulnerables, 142 (9.9%) correspondieron a infantes, 11 (0.8%) a embarazadas, 509 (35.5%) a adultos mayores, 9 (0.6%) a grupos étnicos, 92 (6.4%) a inmunodeprimidos, 36 (2.5%) a discapacitados, 351 (24.5%) a otros.

El tiempo de espera para pasar del servicio de Admisión Médica Continua-Urgencias y Admisión Hospitalaria al área de hospitalización de acuerdo con la construcción del indicador para la substitución de camas en el Instituto Mexicano del Seguro Social es de 30 a 60 minutos, y conforme lo observado en 307 (21.4%) casos fue de 30 minutos a una hora, en 461 (32.1%) de una a dos horas, en 433 (30.2%)

de dos a cuatro horas, en 181 (12.6%) de cuatro a ocho horas y en 52 (3.6%) de más de ocho horas. En los diferentes servicios (Tabla 1) el tiempo de estancia hospitalaria fue de  $6.6 \pm 7.2$  días.

**Tabla 1.** Ocupación por servicios de hospitalización.

Servicio	No.	%
Unidad de Cuidados Intensivos	37	2,6
Cirugía General	183	12,8
Nefrología	121	8,4
Gastroenterología	93	6,5
Cardiología	184	12,8
Oftalmología	22	1,5
Oncocirugía	158	11,0
Pediatría	113	7,9
Neurocirugía	50	3,5
Proctología	42	2,9
Neumología	23	1,6
Medicina Interna	17	1,2
Urología	82	5,7
Hematología	144	10,0
Neurología	21	1,5
Radiodiagnóstico CCT	10	,7
Angiología	11	,8
Gastrocirugía	3	,2
Otorrinolaringología	45	3,1
Reumatología	5	,3
Cirugía de Tórax	13	,9
Cirugía Plástica	5	,3
Hemodinamia	1	,1
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	1	,1
Endoscopia (CPR)	5	,3
Maxilofacial	6	,4
Unidad de Trasplantes	4	,3
Medicina Nuclear	4	,3
Endocrinología	1	,1
Oncología Médica	24	1,7
Radioterapia	6	,4
<b>Total</b>	<b>1434</b>	<b>100,0</b>

Respecto a lo consignado por los usuarios, los resultados de las expectativas y percepciones se presentan en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Diferencias de las puntuaciones por dimensión para determinar la calidad de la atención.

Variable	Expectativas				Percepciones			
	Totalmente satisfecho		Totalmente insatisfecho		Totalmente satisfecho		Totalmente insatisfecho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Esperaba recibir todos los días visita médica	1394	97.2	28	2	1227	85.6	104	7.2
2. Comprensión de la explicación médica sobre la evolución del problema de salud	1394	97.2	21	1.5	1258	87.7	53	3.7
3. Comprensión de la explicación médica sobre el tratamiento, beneficios y efectos adversos	1396	97.3	21	1.5	1257	87.6	62	4.3
4. Comprensión de la explicación médica sobre resultados de laboratorio	1389	96.9	22	1.5	1248	87	58	4
5. Comprensión de la explicación médica sobre administración de medicamentos y cuidados al alta	1395	97.3	24	1.7	1256	87.6	60	4.2
6. Rapidez de trámites para hospitalización	1362	95	38	2.6	1155	80.5	136	9.5
7. Rapidez en realización de laboratorios	1360	94.8	37	2.6	1200	83.7	76	5.3
8. Rapidez en realización de auxiliares de diagnóstico y tratamiento	1345	93.8	40	2.8	1151	80.3	84	5.9
9. Rapidez en los trámites del alta	1366	95.3	38	2.6	1155	80.5	115	8
10. Interés del médico por mejorar o solucionar su problema de salud	1398	97.5	23	1.6	1264	87.4	55	3.8
11. Buen aspecto y adecuada temperatura de los alimentos	1375	95.9	31	2.2	1215	84.7	79	5.5
12. Mejoría o solución del problema de salud	1407	98.1	17	1.2	1257	87.6	59	4.1
13. Respeto a su privacidad	1386	96.7	22	1.5	1242	86.6	56	3.9
14. Trato amable, respetuoso y con paciencia por el personal de enfermería	1390	96.9	23	1.6	1259	87.8	49	3.4
15. Trato amable, respetuoso y con paciencia por personal médico	1398	97.5	19	1.3	1259	87.8	56	3.9
16. Trato amable, respetuoso y con paciencia por personal de nutrición	1389	96.9	22	1.5	1283	89.5	52	3.6
17. Trato amable, respetuoso y con paciencia en trámites de admisión y alta por asistentes médicas y trabajo social	1382	96.4	24	1.7	1293	90.2	42	2.9
18. Interés en la solución de su problema por el personal de enfermería	1382	96.4	27	1.9	1259	87.8	46	3.2
19. Ambiente del servicio cómodo y limpio	1385	96.6	26	1.8	1185	82.6	92	6.4
20. Limpieza de baños de pacientes y familiares	1370	95.5	29	2	1112	77.5	160	11.1
21. Disponibilidad y funcionalidad de equipos y existencia de material	1395	97.3	21	1.5	1260	87.9	59	4.1
22. Ropa de cama, colchón y cobertores suficientes y acordes a necesidades	1394	97.2	22	1.5	1213	84.6	101	7

En cuanto a la confiabilidad de la encuesta se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.97, para las expectativas 0.974 y 0.975 para las percepciones.

El promedio de las puntuaciones para las expectativas fue de  $150.14 \pm 16.63$  y  $139.03 \pm 30.13$  para las percepciones, mostrando el grado de satisfacción (Figura 1) diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

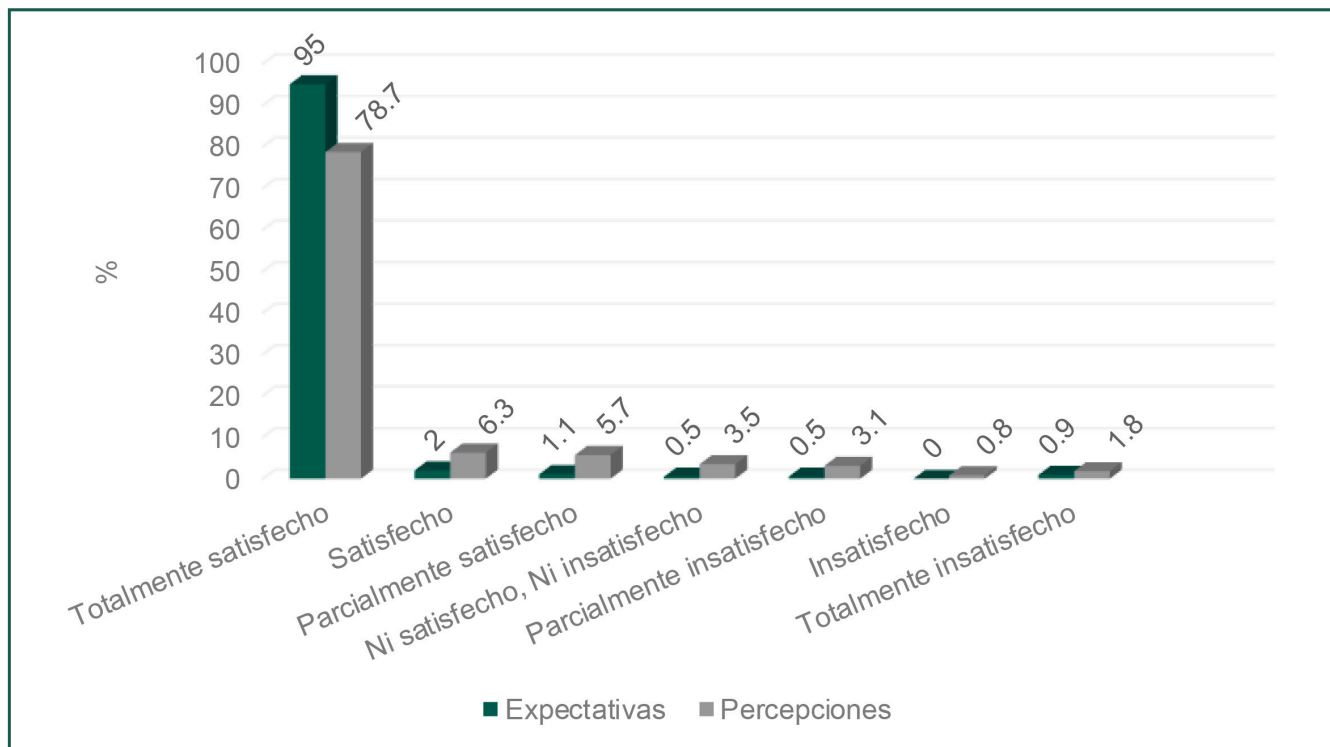


Figura 1. Grado de satisfacción conforme las expectativas y percepciones.

Por dimensión, en las percepciones, fue altamente satisfecho la tangibilidad en 80%, la fiabilidad 82%, la capacidad de respuesta 87%, la seguridad 88% y la empatía 86.8%.

Al comparar las dimensiones, se encuentran diferencias significativas entre expectativas y percepciones (Tabla 3), donde, un valor menor de 0, corresponde a mala o deficiente calidad de la atención.

**Tabla 3.** Diferencias de las puntuaciones por dimensión para determinar la calidad de la atención.

Dimensión	Expectativas	Percepciones	Diferencia	Valor p
Tangibilidad	24.73	27.33	-2.6	< 0.001
Fiabilidad	30.71	33.79	-3.09	< 0.001
Capacidad	32.10	34.33	-2.23	< 0.001
Seguridad	32.32	34.22	-1.90	< 0.001
Empatía	19.18	20.48	-1.30	< 0.001
Medias	6.32	6.82	-.051	< 0.001

## DISCUSIÓN

A pesar de que la satisfacción del usuario ha demostrado ser un indicador de calidad,<sup>5</sup> pocas instituciones la evalúan de forma sistemática y con estándares internacionales,<sup>12</sup> como los propuestos en México por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General.<sup>13</sup> A su vez los artículos en español que evalúan la satisfacción, se basan en instrumentos que solo miden la percepción, identificando áreas de oportunidad,<sup>7</sup> sin proporcionar un resultado de la calidad de la atención con la que se otorgan los servicios de salud.

La (UMAE) Hospital de Especialidades (HE) Puebla, a fin de implementar mejoras, introduce la aplicación de formularios electrónicos evaluando las expectativas y percepciones mediante la encuesta SERVQUAL (calidad en el servicio) en los servicios de consulta externa, hospitalización y admisión continua con apoyo del personal de trabajo social, analizando en esta investigación los resultados obtenidos en hospitalización.

A pesar de que los resultados de los 22 reactivos de las expectativas y los 22 reactivos de las percepciones (Tabla 2), con los que se evaluó la satisfacción en el servicio de hospitalización, muestran porcentajes satisfactorios, se observan diferencias al comparar los datos entre las expectativas y la percepción, en los que, la satisfacción disminuye y la insatisfacción se incrementa. Situación que también fue observada por del Pino y Medina (2018),<sup>14</sup> en su estudio realizado en un servicio de hospitalización chileno. Es decir, a pesar de que el resultado del servicio recibido resultó satisfactorio, al contrastarlo con las expectativas es menos satisfactorio que lo deseado o necesario por el paciente.

De forma que, al analizar el proceso de atención, se muestra reducción en la satisfacción con el tiempo requerido para realizar los trámites tanto de ingreso como de egreso, situación también reportada por García y Galvez (2016),<sup>4</sup> quienes reportan hasta 30 puntos porcentuales de diferencia entre la satisfacción y la insatisfacción, el doble a lo observado en este trabajo. Resultado que incide en el tiempo que espera el paciente para poder ingresar a hospitalización, cuyo indicador es mayor al contemplado a nivel institucional. Identificando áreas de oportunidad en la solicitud, búsqueda y

envío del expediente clínico del paciente, así como, en la autorización de la recepción del paciente por parte del área de hospital.

Con respecto a la información proporcionada en relación a la evolución del problema de salud del paciente, sobre el tratamiento tanto en la hospitalización como al egreso, sus beneficios y reacciones adversas, y sobre los resultados de estudios de laboratorio y gabinete, también en la percepción reduce la satisfacción e incrementa la insatisfacción, es decir, la información proporcionada por el personal médico no es explícita para el paciente, pudiendo incidir en la evolución de su condición de salud. De acuerdo con García Rodríguez et al (2013),<sup>15</sup> la provisión de información es un área de oportunidad, reportando saber poco respecto a su padecimiento y tratamiento, quedándose con dudas el 54% posterior a la explicación del médico, es decir, la información proporcionada en los diferentes momentos del proceso de atención médica no es suficiente o adecuada como para que el paciente la comprenda y pueda acatar lo indicado, cooperar con los procedimientos o tomar decisiones.

La rapidez o el tiempo con el que se realizaron los estudios de laboratorio y/o auxiliares de diagnóstico y tratamiento, de la misma forma se muestra al evaluar la percepción del paciente un decremento de la satisfacción e incremento en la insatisfacción, influyendo en la oportunidad para confirmar un diagnóstico, instaurar un tratamiento y con ello mejorar la condición de salud del paciente.

El interés mostrado por el personal médico y el personal de enfermería en la solución del problema de salud del paciente, se identifica como otra área de oportunidad, presentando posterior a evaluar la percepción un aumento en la insatisfacción y reducción de la satisfacción. La percepción del trato por parte del personal médico, de enfermería, de nutrición, de trabajo social y de las asistentes médicas, de la misma forma muestra un incremento de la insatisfacción y un decremento de la satisfacción. Y en cuanto a la privacidad, es otro aspecto susceptible de mejora al momento de contrastar la percepción con las expectativas del paciente. De acuerdo con García (2013),<sup>15</sup> los pacientes consideran la atención adecuada, quejándose de la falta de revisión por parte del médico, así como la falta de interrogatorio sobre sus males y dolencias.

A su vez, la percepción del paciente modifica el resultado de la mejoría de su estado de salud,

al contrastarlo con sus expectativas, aumentando la insatisfacción y reduciendo la satisfacción, lo cual, puede ser consecuencia de los aspectos mencionados en el párrafo previo.

Por otra parte, el aspecto y la adecuada temperatura de los alimentos, es otro aspecto susceptible de mejora, reduciendo la satisfacción y aumentando la insatisfacción al contrastar el servicio recibido con lo deseado. En el presente caso, 8 de cada 10 pacientes percibieron adecuados los alimentos, mientras estudios como el de Lechón et al (2019)<sup>16</sup> mencionan un 88% de satisfacción.

En cuanto a la infraestructura se muestran como áreas de oportunidad la limpieza y comodidad del ambiente (cama y entorno del paciente), la disponibilidad y funcionalidad de los equipos y existencia de material necesarios para la atención del paciente, así como la ropa de cama, las condiciones del colchón y la distribución de cobertores, resaltando la limpieza de los baños para los pacientes y para sus acompañantes. García y Gálvez (2016),<sup>4</sup> también observaron diferencias entre la satisfacción e insatisfacción de los aspectos tangibles con diferencias de 68.9 puntos porcentuales. Lo que significa que se requiere mejorar la apariencia y limpieza de las áreas, sobre todo de los sanitarios, así mismo, incrementar la limpieza y cambio de la ropa de cama.

Por otro lado, respecto a la confiabilidad del instrumento SERVQUAL comparando los resultados de este trabajo con los de otros autores se observa que fue superior a la documentada por Calixto et al (2011),<sup>14-17</sup> en un hospital Guanajuatense, donde las expectativas obtuvieron 0.66, las percepciones 0.76 y el total 0.74, y a la obtenida en el estudio realizado por Ibarra, Espinoza y Casas (2014)<sup>18</sup> en hospitales públicos de Sonora, siendo para las expectativas de 0.945 y 0.85 para las percepciones, también fue mayor a la reportada por Pedraza et al (2014),<sup>13</sup> de 0.93 como parte del proceso de evaluación de un hospital privado. Esto representa una alta reproducibilidad de la encuesta y validez de sus dimensiones, útil para conocer, por un lado, la satisfacción del paciente y por otro, la calidad de atención que se le brinda en la prestación de los servicios.

Hay que tomar en cuenta que el tamaño de muestra de este trabajo es mayor al de los estudios de los artículos abordados en él, basados en que la (UMAE) Hospital de Especialidades (HE) Puebla, tiene

una población delegacional de 2,177,656 usuarios y un promedio de atención de 16,288 pacientes mensuales.

Dentro de los factores sociodemográficos que a pesar de la diferencia en el tamaño de la muestra, están presentes y muestran semejanzas en las diferentes poblaciones estudiadas, tenemos, la edad promedio semejante a la del estudio de Ibarra et al (2014),<sup>15</sup> con promedio de 44 años, pero mayor que la de Pedraza et al (2014),<sup>12</sup> de 26 a 33 años, factor que puede influir en los resultados de la evaluación; el nivel de escolaridad, semejante en los estudios de Ibarra et al (2014)<sup>15-18</sup> y Pedraza et al (2014),<sup>12</sup> predominando el nivel medio superior; el estado civil que, para el caso del mismo Pedraza et al (2014)<sup>12</sup> y el de este estudio es semejante (casados 60%); y la ocupación, Ibarra et al (2014)<sup>15-18</sup> reportan un 42% empleados, mismo que predomina en este trabajo y que se asemejan a estudios realizados en Perú.<sup>4,8</sup>

En este trabajo también se evaluó la vulnerabilidad del paciente, ya que también puede ser un factor que influya en la satisfacción, cuando la organización médica no ha identificado sus grupos vulnerables, sus barreras sociales y establecido los procedimientos y políticas para su atención, predominando el de los adultos mayores.

Tanto en este estudio como en el de Sihuin, Gómez e Ibáñez (2015),<sup>10</sup> respondieron en su mayoría los acompañantes, lo cual, puede influir sobre todo en las percepciones. Así mismo, el tiempo de espera es calificado por estos autores predominantemente como mediano, coincidiendo con el estimado en este trabajo, con un tiempo de espera de 30 minutos a una hora. Mientras que, al revisar otros trabajos en cuanto al servicio con mayor ocupación, Sihuin et al (2015)<sup>10</sup> reportan mayor afluencia a cirugía general, mientras Becerra et al (2019),<sup>8</sup> reportaron el de medicina interna, siendo para este trabajo el de cardiología, seguido de cirugía general, donde el motivo de atención pudiera influir tanto en las expectativas como en las percepciones.

Ahora, la satisfacción de las expectativas no está documentada en los artículos abordados en este trabajo, siendo el sustraendo para poder determinar el nivel de calidad con base en la diferencia o puntuaciones de Servqual.<sup>15-18</sup> Respecto a las percepciones, a pesar de que hay alta satisfacción en las cinco dimensiones, en todas se reportan áreas de oportunidad, predominando en cuanto a la atención,

el tiempo para el ingreso y alta a hospitalización y el tiempo de gestión de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento; además de la comodidad y limpieza del cuarto y de los baños, la suficiencia de ropa de cama y la disponibilidad de insumos; así como, la calidad de la comunicación e información del médico con el paciente y los familiares en relación al problema, a los medicamentos, a los resultados de auxiliares de diagnóstico y al tratamiento en casa.

Comparado con los artículos abordados en este trabajo, los resultados que más se aproximan, son los reportados por García y Gálvez (2016),<sup>4</sup> presentando también áreas de oportunidad en la capacidad de respuesta, tangibilidad y fiabilidad, siendo factores relacionados con la gestión para la atención ingreso y egreso, la comunicación e información del médico con el paciente-familiares y la comodidad y limpieza de las instalaciones, aspectos a atender sobre todo en unidades médicas públicas.

En general, la satisfacción de las percepciones, se reporta como baja, por Valls y Abad (2018)<sup>7</sup> en España, mientras Becerra et al (2019),<sup>8</sup> lo mencionan como de satisfecho a muy satisfecho arriba del 70% en Perú, no obstante, de los artículos abordados, solo Lezcano y Cardona (2018)<sup>9</sup> reportan una calidad del servicio insatisfactoria, coincidiendo con los resultados de este trabajo. Considerando como debilidades, la falta de abordaje del motivo de atención, el cual puede influir tanto en las expectativas como en las percepciones lo cual, puede abordarse en otros trabajos. No obstante, evidencia las áreas de oportunidad de infraestructura, procesos y resultados a trabajar, para que al otorgar los servicios se atienda las expectativas, las cuales, al medirlas dan una ventaja competitiva a la organización hospitalaria.

## CONCLUSION

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación de las expectativas y percepciones de los pacientes atendidos en el servicio de hospitalización:

- En la rapidez para realizar trámites de ingreso y egreso, y para la realización de estudios auxiliares diagnósticos, 8 de cada 10 pacientes se encontraron satisfechos (diferencia de 14.8% con las expectativas).

- En el trato por parte del personal médico, de enfermería, trabajo social, nutrición y asistentes médicas, 9 de cada 10 pacientes estuvieron satisfechos (diferencia de 9.7% con las expectativas).

- En el interés mostrado por el personal médico y de enfermería, 9 de cada 10 pacientes se refirieron satisfechos (diferencia de 10.1% con las expectativas).

- Con las explicaciones del médico con relación al problema de salud del paciente, al tratamiento médico, a los resultados de los estudios de laboratorio e indicaciones al alta, 9 de cada 10 pacientes se mostraron satisfechos (diferencia de 9.7% con lo esperado).

- En la visita médica, privacidad y solución del problema de salud, 9 de cada 10 pacientes estuvieron satisfechos (diferencia de 11.6% con lo deseado).

- Con los aspectos tangibles, 8 de cada 10 pacientes mostraron satisfacción con el servicio recibido, con excepción de la disponibilidad de equipo y material, donde 9 de cada 10 estuvieron satisfechos (diferencia de 18% con el servicio esperado).

- En general 9 de cada 10 pacientes refirieron estar altamente satisfechos con respecto a sus expectativas, por 8 de cada 10 pacientes conforme a sus percepciones, cuyas diferencias significativas de las brechas entre lo esperado y lo recibido traducen una mala calidad de la atención.

De acuerdo con lo cual, el instrumento SERVQUAL muestra ser de gran utilidad para identificar los aspectos susceptibles de mejora en el proceso de atención médica del servicio de hospitalización, sugiriendo su uso y el desarrollo de ciclos de mejora para la atención de las áreas de oportunidad identificadas e incrementar la calidad de la atención otorgada.

## REFERENCIAS

- Ramos-Miranda KL, Podesta-Gavilano LE, Ruiz-Arias RA. Calidad de servicio y satisfacción de pacientes sometidos a tratamientos estéticos faciales mínimamente invasivos de una clínica privada. Lima-Perú. 2019. *Horiz Med* 2020;20(3):1-7
- Castelo-Rivas WP, Castelo-Rivas AF, Rodríguez-Díaz JL. Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. *Rev Cubana Enfermer* 2016;32(3):335-342
- Numcapaque-Pacabaque A, Buitrago-Orjuela LA, Pardo-Santamaría DF. Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario. *Rev Fac Med* 2019;67(2):235-219
- García-Valverde R, Gálvez-Díaz NC. Calidad de la atención asociada a la satisfacción del usuario externo en los establecimientos asistenciales de salud: MINSA-ESSALUD, Chongoyape-Perú. *Rev Tzhoeoen* 2016;18(2):1-10
- García-Galicia A, Díaz-Díaz JF, Montiel-Jarquín JA, González-López AM, Vázquez-Cruz E, Morales-Flores CF. Validez y consistencia de una escala rápida de satisfacción de satisfacción del paciente de consulta externa. *Gad Med Mex* 2020;156(1):47-52
- Arrazola-Vacas M, de Hevia-Payá J, Rodríguez-Esteban L. ¿Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la atención primaria en España? *Rev Calid Asist* 2015;30(5):226-236
- Valls-Martínez MC, Abad-Segura E. Satisfacción del paciente en el sistema nacional de salud español. *An Sist Sanit Navar* 2018;41(3):309-320
- Becerra-Canales B, Condori-Becerra A. Satisfacción de los usuarios en hospitales públicos: experiencia del plan "cero colas" en ICA, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2019;36(4):658-663
- Lezcano-Tobón LA, Cardona-Arias JA. Evaluación de la calidad de los servicios médicos según las dimensiones del SERVQUAL en un hospital de Colombia. *Arch Med* 2018;14(4):1-9
- Sihuin-Tapia EY, Gómez-Quispe OE, Ibañez-Quispe V. Satisfacción de usuarios hospitalizados en un hospital de Apurímac, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2015;32(2):299-302
- Arteta-Poveda LE, Palacio-Salgar K. Dimensiones para medición de la satisfacción del paciente en centros de urgencia. *Rev Salud Publica* 2018;20(5):629-36
- Pedraza-Melo NA, Lavín-Verastegui J, González-Tapia A, Bernal-González I. Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: caso ABC. *Entramado* 2014;10(2):76-89
- Herrera-Huerta EV, Pacheco-Ramón LA, Escutia-Gutiérrez R, García-Montalvo EA, Bulás-Mendoza MR, López-López JG. Certificación de hospitales en México: estándares internacionales. *Rev Med UCR* 2015;9(1):12-19
- Del Pino-Vera M, Medina-Giacomozzi A. Percepciones y expectativas del usuario respecto a la calidad del servicio en un hospital de Chile. *Rev Med Risaralda* 2018;24(2):102-7
- García-Rodríguez FM, Becerra-Gálvez AL, Lugo-González IV, Reynoso-Erazo IL. Satisfacción percibida por los pacientes oncológicos en relación con el personal médico. *Rev Hosp Jua Mex* 2013;80(3):155-62
- Lechón-Sandoval A, Ruiz-Jacome I, Reytez-López L, Salazar-Jiménez A. Nivel de satisfacción de los pacientes hospitalizados, respecto a la dieta del hospital San Vicente de Paul de Ibarra, 2018. *La U Investig* 2019;6(2):33-53
- Calixto-Olalde MG, Okino-Sawada N, Hayashida M, Costa-Mendes IA, Trevizan MA, de Godoy S. Escala SERVQUAL: validación en población mexicana. *Texto Contexto Enferm* 2011;20(3):526-33
- Ibarra-Morales LE, Espinoza-Galindo B, Casas-Medina V. Aplicación del modelo SERVQUAL para evaluar la calidad en el servicio en los hospitales públicos de Hermosillo, Sonora. *TECNOCENCIA* 2014;8(2):98-108

Copyright © 2025 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
Todos los derechos reservados

### Conflicto de intereses:

"Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

## **Hidrolipoclasia y sus riesgos: Reflexión crítica a partir de un caso**

*Hydrolipoclasia and its risks: A case-based critical reflection*



### **RESUMEN**

La hidrolipoclasia ultrasónica es un procedimiento estético no quirúrgico utilizado para reducir grasa localizada mediante la infiltración de solución hipotónica y la aplicación de ultrasonido; aunque se considera mínimamente invasiva, puede generar complicaciones graves si se realiza fuera de un entorno clínico seguro. Se presenta el caso de una mujer de 40 años con antecedentes de tabaquismo crónico y procedimientos estéticos previos, quien se sometió a hidrolipoclasia en una clínica estética sin valoración preoperatoria integral ni obtención válida de consentimiento informado. El procedimiento fue realizado por una profesional sin autorización legal ni sanitaria (persona del área de estomatología), lo que derivó en complicaciones inmediatas: sangrado profuso de la pared abdominal, dolor intenso, alteración transitoria del estado de alerta y eventual choque hipovolémico. La atención hospitalaria posterior incluyó estabilización hemodinámica, manejo analgésico y drenaje quirúrgico de hematoma. Este caso evidencia la omisión de buenas prácticas clínicas, la transgresión de principios bioéticos fundamentales y la necesidad urgente de regulación en servicios de medicina estética. Las lecciones aprendidas se orientan a fortalecer la ética profesional, la seguridad de las personas usuarias y la gobernanza sanitaria en procedimientos mínimamente invasivos.

**Palabras clave:** hidrolipoclasia ultrasónica, consentimiento informado, ética profesional, seguridad de la persona usuaria, mala praxis.

### **ABSTRACT**

Ultrasonic hydrolipoclasia is a non-surgical aesthetic procedure used to reduce localized fat by infiltrating hypotonic solutions followed by the application of ultrasound; although considered minimally invasive, it can lead to serious complications when performed outside a safe clinical context. This case describes a 40-year-old woman with a history of chronic tobacco use and previous aesthetic procedures, who underwent ultrasonic hydrolipoclasia at a cosmetic clinic without comprehensive preoperative evaluation or valid informed consent. The procedure was carried out by a professional without legal or sanitary authorization (person from the stomatology area), resulting in immediate complications including profuse abdominal wall bleeding, intense abdominal pain, transient loss of alertness, and eventual hypovolemic shock. Subsequent hospital care included hemodynamic stabilization, analgesic management, and surgical drainage of a hematoma. This case highlights the omission of good clinical practices, a violation of fundamental bioethical principles, and the urgent need for stricter regulation in aesthetic medicine services. The lessons learned aim to strengthen professional ethics, patient safety, and health system governance in minimally invasive procedures.

**Keywords:** ultrasonic hydrolipoclasia, informed consent, professional ethics, patient

**#IdeaClave**  
*No hay procedimiento sin responsabilidad. La historia clínica, el consentimiento informado y la competencia profesional son pilares irrenunciables incluso en contextos ambulatorios.*

Hidrolipoclasia y sus riesgos: Reflexión Crítica a partir de un caso.  
Rev. CONAMED 2025; 30(1):29-32.

**Fecha de recepción:**  
25 de febrero 2025  
**Fecha de aceptación:**  
02 de abril 2025

safety, malpractice.

## INTRODUCCIÓN

La hidrolipoclasia ultrasónica es un procedimiento estético no quirúrgico orientado a la reducción de grasa subcutánea localizada. Consiste en la infiltración de una solución hipotónica en el tejido adiposo, seguida de la aplicación de ultrasonido terapéutico para inducir la ruptura de las células grasas mediante el fenómeno de cavitación. Esta técnica se ha popularizado como alternativa a procedimientos quirúrgicos más invasivos, como la liposucción, debido a su carácter ambulatorio y a la percepción de menor riesgo por parte de quienes la solicitan.<sup>1,2</sup>

Sin embargo, a pesar de su perfil “mínimamente invasivo”, la hidrolipoclasia puede conllevar a composiciones relevantes si se realiza fuera de entornos clínicos, sin evaluación médica previa o por personal no capacitado. Entre los eventos adversos descritos se encuentran infecciones, hematomas, necrosis grasa, desequilibrio hidroelectrolítico, síndrome compartimental e incluso desenlaces graves como sepsis o choque hipovolémico.<sup>3-5</sup>

La creciente oferta de servicios estéticos no regulados plantea un riesgo para la seguridad de las personas usuarias, especialmente cuando se omite la obtención de consentimiento informado válido o se ignoran estándares básicos de calidad y bioseguridad. En este contexto, se presenta un caso, que ilustra los riesgos asociados a este procedimiento y permite reflexionar sobre la responsabilidad profesional, la ética en la atención estética y la necesidad de una mayor regulación.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 40 años con antecedentes de tabaquismo crónico (inicio en adolescencia, aproximadamente 10 cigarrillos diarios, suspendido un año antes del evento), sin comorbilidades mayores reportadas. En enero de 2022, acudió a una clínica estética para valoración y tratamiento de adiposidad localizada en abdomen bajo y flancos.

## VALORACIÓN INICIAL

La persona fue considerada candidata para hidrolipoclasia ultrasónica en región abdominal

inferior y laterales. No se documentó una historia clínica completa: no se indagaron antecedentes de tabaquismo como posible factor de riesgo para complicaciones vasculares, ni se identificaron factores metabólicos o estructurales que contraindicaran el procedimiento. Tampoco se solicitaron estudios preoperatorios, ni se realizó evaluación integral del estado basal. A pesar de hallazgos sugestivos de alteración anatómica abdominal, no se canalizó a valoración por cirugía general.

El consentimiento informado fue firmado únicamente por la persona usuaria, e identificaba como responsable a la Dra. A (médico general), sin rúbrica del profesional que realizó el procedimiento. Este fue llevado a cabo el mismo día por la Dra. B (estomatóloga), sin autorización legal ni sanitaria para realizar procedimientos médico-estéticos.

## PROCEDIMIENTO

La intervención consistió en la infiltración subcutánea de solución salina con lidocaína al 2% y bicarbonato, seguida de aplicación de ultrasonido terapéutico (frecuencia de 3 Hz durante 15 minutos) y drenaje linfático manual. Al finalizar, se colocó una faja compresiva y se prescribió manejo ambulatorio con analgésicos y antiinflamatorios.

## COMPLICACIONES Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

Horas después, en su domicilio, la persona presentó dolor abdominal persistente, sangrado visible en la faja y un episodio de obnubilación. Acudió a un hospital privado a las 21:00 horas, donde fue ingresada al área de choque con signos clínicos de hipoperfusión tisular: tensión arterial de 60/40 mmHg, palidez, diaforesis y llenado capilar prolongado.

Se inició reanimación con solución Hartmann, con respuesta hemodinámica favorable (TA 126/86 mmHg). La exploración física reveló un hematoma extenso en flanco derecho con irradiación a la región lumbar. Los estudios de laboratorio mostraron hemoglobina de 11.3 g/dL, leucocitosis de 20,500 células/mm<sup>3</sup>, pruebas de coagulación normales, glucosa de 133 mg/dL y creatinina de 0.88 mg/dL. Una tomografía abdominal reveló hematoma en

tejido celular subcutáneo y músculos oblicuos del flanco derecho, sin datos de sangrado activo intraabdominal. Se decidió manejo conservador con líquidos, antibióticos, analgésicos y vigilancia clínica. Durante la hospitalización, la hemoglobina descendió a 8 g/dL sin necesidad de transfusión. Egresó el 10 de enero de 2022, hemodinámicamente estable.

### ATENCIÓN POSTERIOR

El 17 de enero de 2022, ante persistencia de dolor y aumento de volumen en flanco derecho, fue atendida nuevamente para drenaje quirúrgico ambulatorio. Se realizó incisión de 3 mm y drenaje cerrado, extrayendo 200 mL de sangre residual. Evolucionó de manera satisfactoria, sin nuevas complicaciones documentadas.

### LECCIONES APRENDIDAS

El incumplimiento de normativas básicas,<sup>5,6</sup> en atención médica ambulatoria conlleva riesgos graves para el paciente, incluso en procedimientos catalogados como mínimamente invasivos.

El consentimiento informado debe refejar felmente al profesional tratante y ser frmado por todas las partes involucradas.<sup>5</sup>

La formación y competencias del profesional ejecutante deben ser coherentes con el procedimiento realizado, especialmente en medicina estética.

Una historia clínica deficiente impide identificar factores de riesgo que pueden condicionar complicaciones graves, como antecedentes de tabaquismo o alteraciones anatómicas.<sup>6</sup>

La bioética clínica no es negociable: la omisión de beneficencia, autonomía y no malefcencia puede

traducirse en daño.

### RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la regulación y supervisión sanitaria de clínicas estéticas, con énfasis en procedimientos invasivos.
2. Implementar auditorías clínicas periódicas orientadas a revisar historia clínica, documentación de consentimiento informado y competencias profesionales.
3. Desarrollar campañas institucionales de educación en ética médica, enfocadas en principios bioéticos en medicina estética.
4. Promover la denuncia y seguimiento de actos médicos realizados por personal no autorizado, como parte de la gobernanza sanitaria.
5. Fomentar la integración de los Comités de Seguridad del Paciente para evaluar eventos adversos asociados a mala praxis en entornos no hospitalarios.

## REFERENCIAS

1. Melo DC, Eraso JC. Hidrolipoclasia con solución salina hipotónica versus isotónica en adiposidad localizada [Investigación]. Bogotá: Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; 2014. [Consultado 15/04/2025]; Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/2f13c552-7bfd-45fb-b4e8-7786569c0c31/content>
2. Conde MA, Waliszewski E, Nava DI, Aguila SA. Disminución de grasa corporal local utilizando hidrolipoclasia. *Bionatura* [Internet]. 2018 [Consultado 15/04/2025]; 3(3):665-669. Disponible en: <https://revistabionatura.com/files/2018.03.03.7.pdf>. doi: /10.21931/RB/2018.03.03.7
3. Eraso JC, Motta AM. Hidrolipoclasia abdominal: Variaciones técnicas y resultados antropométricos en tres centros de medicina estética de Bogotá [Investigación]. Bogotá: Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; 2011. [Consultado 15/04/2025]; Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/119abe44-7264-4b11-95d9-c484f9e75c74/content>
4. Insua E, Fernández JA. Tratamiento de adiposidades localizadas mediante técnicas no quirúrgicas. *Nutr. clín. diet. Hosp* [Internet]. 2012 [Consultado 15/04/2025]; 32(2):37-43. Disponible en: <https://revista.sedca.es/PDF/TRATAMIENTO-ADIPOSIDADES.pdf>
5. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)
6. Guía de Práctica Clínica Valoración Preoperatoria en Cirugía No Cardíaca en el Adulto. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2011. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/455GRR.pdf>

Copyright © 2025 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
Todos los derechos reservados

---

### Conflicto de intereses:

*"El autor declara que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".*

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

# **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, un Análisis desde un Sistema de Gestión de Calidad**

## *Healthcare-Associated Infections: An Analysis through a Quality Management Approach*

**Martínez Molina R**

Subdirector de Calidad, Comisión Nacional de Arbitraje Médico

### **RESUMEN**

Existen diversas formas de gestionar la calidad, en este documento, se analizan las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, bajo el enfoque de la norma ISO 9001:2015 considerando los requisitos que una organización debe cumplir para certificarse en gestión de calidad. La norma está diseñada y orientada con el fin de que las organizaciones decidan como un factor estratégico mejorar su desempeño global y con ello, brindarle herramientas de desarrollo sostenible comprometiéndose a brindar en forma regular productos y servicios (atención médica) que satisfagan los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios aplicables, aumentar la satisfacción de los clientes, abordar los riesgos y oportunidades vinculadas con su objeto y objetivos para demostrar la conformidad con todos los requisitos asociados. Considerando esta metodología, se menciona y analiza la conveniencia de que los prestadores de servicios médicos sean certificados como una medida para atender, comprender, analizar y disminuir las IAAS, brindar atención en el momento adecuado, con el fin de disminuir su impacto en las personas y sus propiedades relacionadas y con ello, mejorar la seguridad antes, durante y después de recibir servicios de salud en sus diversos momentos (preventivo, curativo, rehabilitatorio o paliativo).

Se menciona la pertinencia de aplicar el ciclo Deming consistente en planificar, hacer, verificar y actuar en el sistema de gestión, como herramienta que permite mejorar el proceso administrativo y sus diversas relaciones mecánicas y dinámicas indicando el impacto de llevar a cabo acciones relacionadas con la organización y su contexto, identificar y comprender las expectativas y necesidades de los clientes, el liderazgo, el apoyo, la operación, la evaluación del desempeño y finalmente, la mejora como herramienta de las sostenibilidad de la misión, la visión, la política de calidad y los objetivos organizacionales, orientados a certificar la organización. Se indica la gravedad de la presencia de las IAAS, el impacto en caso de no ser atendida en tiempo y forma y sin duda, las complicaciones relacionadas con las personas y los recursos vinculados en la prestación de los servicios médicos; se sugiere la implementación de herramientas y sistema de gestión de calidad certificables para ser analizados por personal experto, generación de acciones de mejora bajo el criterio de la gestión de riesgos para lograr la sostenibilidad de la organización y su vínculo operacional con las personas, rendir cuentas y gestionar su desempeño en beneficio social.

Se intenta, que las organizaciones identifiquen en las IAAS una oportunidad para buscar la certificación de la gestión y la organización para minimizar los impactos

#### **Autor(a) de**

#### **Correspondencia:**

Mtro. Ricardo Martínez  
Molina  
Comisión Nacional de  
Arbitraje Médico  
Marina Nacional 60,  
piso 14, Col. Tacuba,  
Alcaldía Miguel  
Hidalgo, C.P. 11410,  
México  
Correo electrónico:  
rmartinez@conamed.  
gob.mx

#### **Citar como:**

Martínez Molina R.  
Infecciones Asociadas  
a la Atención en Salud,  
un Análisis desde un  
Sistema de Gestión de  
Calidad. *Rev CONAMED*  
2025;30 (1): 33-46.

#### **Fecha de recepción:**

24 de marzo de 2025

#### **Fecha de aceptación:**

03 de abril de 2025

dirigidos hacia las personas, las partes interesadas y su propio entorno, para lo cual, deben contar con expertos en cada tramo de control y responsabilidad, una comunicación asertiva para involucrar a todo el personal que se vinculará activa o pasivamente, interna o externamente en los procesos certificables.<sup>1</sup>

**Palabras clave** infecciones asociadas a la atención en salud, sistema de gestión de calidad

## ABSTRACT

There are several ways to manage healthcare quality. This article analyzes Healthcare-Associated Infections (HAIs) through the lens of the ISO 9001 quality management standard, which outlines the requirements an organization must meet to achieve certification.

ISO 9001 is designed to help organizations strategically enhance their performance and support sustainable development. Certified institutions commit to consistently delivering products and services (such as medical care) that meet customer expectations and applicable legal and regulatory requirements. The standard also encourages actions that improve customer satisfaction and address risks and opportunities related to the organization's mission and objectives.

Within this framework, the potential of certifying healthcare service providers is explored as a strategy to identify, assess, and reduce HAIs. Certification can help ensure timely, safe, and effective care throughout all stages—preventive, curative, rehabilitative, and palliative—while minimizing harm to patients and associated resources.

The application of the Deming Cycle (Plan-Do-Check-Act) is discussed as a key quality management tool to enhance administrative processes, adapt to dynamic contexts, and align with organizational goals. This cycle supports actions across all system components: leadership, operations, performance evaluation, continual improvement, and risk management, ultimately contributing to the sustainability of the institution's mission, vision, and quality policies.

The article emphasizes the serious consequences of HAIs when not addressed in a timely manner, including harm to patients, staff,

and institutional resources. It advocates for the implementation of certifiable quality management systems operated by qualified personnel and informed by risk management principles. These systems can improve accountability, operational performance, and the overall benefit to society.

Finally, the text calls on healthcare organizations to view HAIs as an opportunity to strengthen their quality management systems through certification. This requires well-trained personnel at all levels of responsibility and assertive communication to engage everyone involved—directly or indirectly—in certified processes.

**Keywords** healthcare-associated infections, ISO 9001, quality management system, patient safety, certification.

## INTRODUCCIÓN

### LA DECISIÓN DE IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Cuando la alta dirección de una organización decide que su proceso administrativo, no le es suficiente para lograr una plena satisfacción de los clientes, siente que debe ser agregado un elemento más que le permita gestionar y vincular sus estrategias, líneas de acción y actividades para alcanzar la metas que fueron ponderadas en la planeación. Existen varias metodologías para acercar a la excelencia operativa a las organizaciones, las cuales, dependen de las necesidades y expectativas del cliente y del diagnóstico situacional de cada una de ellas.

Es necesario, que la alta dirección, cuente con información actualizada del comportamiento de los mercados, la competencia, los proveedores de insumos que se requieren en su organización, la disponibilidad de los recursos, entre otros factores; las condiciones legales y reglamentarias para brindar los bienes y/o servicios que la organización canalizará, los componentes financieros que serán integrados para el techo presupuestal, los impuestos, costos fijos, variables y comportamiento del mercado laboral, entre muchos otros factores internos y externos. Por otro lado, el estado mexicano, en su consulta para elaborar el Plan Nacional de Desarrollo debe considerar que muchas de las expectativas y necesidades son catalogadas derechos humanos, lo cual, se convierte en requerimientos específicos que deben cumplirse con el fin de brindar el máximo

beneficio a las personas sujetas. Considerando la atención médica, la organización debe plantear una misión, visión y objetivo general orientados a dicha prestación, los elementos que se vinculan y los costos asociados, las leyes y reglamentos que deben cumplirse y sin duda el capital humano que hará posible una excelente experiencia en la atención que se brindará conforme a los servicios ofertados. Las unidades de atención identificadas como consultorio hasta los institutos de salud, tienen un cliente que requiere de educación para modelar su salud, prevenir riesgos y enfermedades, acudir en tiempos establecidos con su médico y conocer sus derechos y obligaciones en este marco de referencia y de actuación. Por otro lado, la cartera de servicios debe generarse considerando capacidades y competencia de las personas profesionistas, los costos asociados, las instalaciones y los elementos legales y reglamentarios nacionales e internacionales que se vinculan con la prestación de servicios que tendrán riesgos asociados como son la infecciones que se asocian a la atención médica.

Con apego a lo indicado en el Boletín Infecciones Asociadas a la Atención Médica (IAAS) de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) emitido por la Secretaría de Salud en México para el cierre de 2022, las primeras son definidas con apego a lo acontecido, analizado y publicado en la Organización Mundial de la Salud como “aquellas infecciones que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital o Centro Sanitario, que no estaba presente, ni en período de incubación al momento de su ingreso y que pueden inclusive llegar a manifestarse después del alta del paciente”.<sup>2</sup>

Analizando el concepto con el fin de aplicar herramientas del enfoque de calidad considerando un sistema, es necesario argumentar que la parte organizacional indica que existe un proceso asistencial en un hospital o centro sanitario. El primer elemento que considera de suma importancia un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), es mantener y/o elevar la satisfacción del cliente, para lo cual, debe llevar a cabo un estudio de detección de necesidades y expectativas para comprenderla; su impacto en la organización es vital, ya que de ello dependerá la confianza y seguridad con la cual se sientan atendidos o confíen en el servicio brindado. Para el caso específico de una unidad de salud, el estudio va acompañado de la determinación del alcance que tendrá el mencionado SGC considerando las situaciones externas e internas de la unidad, los

requisitos de las partes interesadas, incluidos los clientes, los entes fiscalizadores y el impacto del servicio en las diferentes esferas manifestadas por el usuario.

Al continuar con el análisis, se identifica que al momento de brindar la atención a una persona, se produce la infección, lo cual indica la necesidad de establecer, implementar, mantener y mejorar en forma continua tanto los procedimientos, la gestión de los riesgos, los criterios y métodos de atención, incluyendo el seguimiento, la implementación de mediciones, indicadores y metas de desempeño que permitan asegurar en un límite máximo, la pérdida de la operación considerando eficacia y eficiencia.

## ELEMENTOS ESTRATÉGICOS

En los procedimientos debe explicarse el objetivo, las políticas, las actividades, los límites de actuación, la competencia del capital humano, la disponibilidad de recursos para brindar la atención, las buenas prácticas nacionales e internacionales relacionadas con la prevención, actuación, seguimiento, cursos alternos de acción y los medios para ponerlos en práctica dependiendo del agente que impactó y los procedimientos que deberán seguirse con el fin de atender el impacto, asegundo la satisfacción del cliente que se traduce en este aspecto en la seguridad del paciente, la calidad en la prestación del servicio y evitar ponerlo en estado de vulnerabilidad.

Aspecto importante en los procedimientos y actividades, es la responsabilidad y autoridad de cada actor en la prestación del servicio médico, acompañado de la comunicación adecuada, oportuna y que apoye la toma de decisiones, aplique adecuadamente la secuencia de actividades y con ello, la oportunidad de abortar los riesgos que podrían en su momento evitar obtener los resultados programados y el cumplimiento legal y reglamentario. Si bien, la Ley General de Salud manifiesta la prestación de los servicios médicos como “...todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”<sup>3</sup> y los clasifica como prestación de servicios médicos, salud pública y la asistencia social, las actuaciones de los actores debe estar orientada a la parte progresiva cuantitativa y cualitativa cuando se aborda la integralidad del servicio. Es indispensable identificar que la prestación de los servicios médicos es motor

de la relación entre el usuario y el prestador, si se limita el alcance del SGC a atender los procesos y sus elementos para evitar las infecciones asociadas, con el paso del tiempo, la experiencia, las buenas prácticas, las guías y los estándares en la atención que están probadas y siguen una metodología que el profesional de la salud conoce, podrán orientarse las acciones para la promoción, mejorar y elevar a la excelencia con el paso de las atenciones y su experiencia, sin embargo, es importante mencionar, que los procesos para identificar, atender y resolver las mencionadas infecciones, se tienen probadas, por lo que las preguntas son: ¿por qué siguen ocurriendo?, ¿qué elementos se miden y atienden y, cuáles no?, ¿Quién tiene a cargo la prevención, el análisis de los agentes y el control para evitar estos eventos?, ¿Qué información se tiene, qué se hace con ella, cómo se comunica, qué se comunica y finalmente, cuál es el impacto de esta comunicación?

Es importante mencionar que todo reproceso (garantías) involucra más recursos para la organización y en cierta ponderación, la pérdida de la confianza del cliente en los procesos, servicios o productos y, tratándose de atención médica, el impacto puede ser catastrófico convirtiéndose en eventos adversos para ambas partes.<sup>4</sup>

## LA PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La planeación, es un elemento debidamente perfeccionado en los sistemas de salud, tanto públicos, privados y sociales. Considera la primera acción que debe emprenderse para que la organización esté debidamente orientada, posicionada y perfilada en el corto, mediano y largo plazos. Los resultados e información que se va obteniendo en la operación deben ser medida, analizada y convertida en protocolos de buenas prácticas, estas, deben retroalimentar al sistema para alcanzar el máximo beneficio del usuario o cliente. Volvamos al boletín emitido por la Secretaría de Salud, en su parte introductoria, menciona que se cuenta con una red de vigilancia centinela que forma parte de un Sistema Especial del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que consolida información con apego en la NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales y se cuenta con un manual de procedimientos estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, lo cual aportar una línea de acciones y estrategias que

consolidan la prioridad de evitar su presencia y el impacto tanto para el usuario como para el Sistema.<sup>5</sup> No obstante, a la documentación relacionada con el tema, para el periodo informado en el Boletín (1 de enero al 31 de diciembre de 2022) se registraron 58,859 IAAS, que tienen mayor presencia en la CD. MX., Jalisco, Estado de México, Veracruz y Guanajuato, no obstante, al dar lectura a la información, esta indica que se tuvo un periodo de rectificación y ratificación al 28 de febrero del 2023.

Considerando el proceso de planeación, los SGC basados en la Norma ISO 9001:2015,<sup>6</sup> indica que las organizaciones deben planificar los objetivos de calidad, que, sin duda, en las unidades médica relacionadas con este tema su objetivo central es anular las IAAS, por lo que se sugiere revisar las determinaciones siguientes: qué se va a hacer, qué se está midiendo y qué no se está midiendo, qué recursos se requerirán, quién será responsables, cuándo finalizará, la forma en que se evaluarán los resultados y, en la medida correspondiente, la implementación de acciones correctivas o de mejora documentadas. Estas dos últimas acciones, deben planificarse, documentarse y medirse con el fin de que cada cambio, cumpla el propósito y sus consecuencias potenciales, que se salvaguarde la integralidad de la gestión y la administración con todos sus procesos, sin dejar de considerar, la satisfacción de los usuarios, los recursos disponibles en tiempo, modo y lugar y en forma importante, la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

Para el caso del SGC la infección es un agente de riesgo que fue identificado en un proceso de análisis, síntesis y atención, sustentada en las salidas planificadas para la organización. En este rubro, la organización prestadora del servicio médico debe controlar los cambios planificados y los impactos que se detectaron y, en su caso, atacar a la brevedad posible, identificar nuevos agentes con el fin de mitigarlos, gestionarlos, esperar el impacto para atacarlos o bien ceder su atención a unidades especializada externa, para evitar los eventos adversos o minimizar el impacto. Otro punto importante es la supervisión, ponderación y autorización o rechazo de productos o procesos provenientes del exterior de la organización que no cumplen con certificaciones nacionales o internacionales, estos, pueden impactar negativamente los resultados previstos.

## COMUNICACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Otro elemento importante que el SGC considera en la documentación de las IAAS, es la comunicación con el cliente. Esta acción obligatoria, es de crucial importancia, por lo que deben recaudarse datos relacionado con la experiencia del usuario después de haber recibido la atención médica que cubre la atención del evento, esta retroalimentación, es fundamental para la organización, incluyendo las quejas que el usuario o cliente hace de su conocimiento. En esta, se fundamenta la parte sentida o medible de la complicación, los motivadores de la inconformidad y, por lo tanto, datos explotables para conocer que parte de los requisitos del bien, el servicio o su combinación debe ser recalibrada, modificada o innovada para evitar impactos no deseados.

La información debe ser conservada, analizada y ponderada con el fin de argumentar su validez, contundencia y consistencia que permita abordar el cambio, la corrección, la capacitación o la decisión pertinente por cada salida no conforme. La salida no conforme es una evidencia que aporta información relevante para implementar y medir el impacto de la mejora o la corrección. En el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la IAAS, se menciona un evento importante, una herramienta para atenderlas son los antimicrobianos, que en la documentación indica que se han actualizado los procesos de vigilancia epidemiológica estableciendo 16 indicadores orientados 6 para Gram positivos y 10 para Gram negativos, lo cual se acompaña de actualización de políticas para comprender y atender el problema, indicando que para 2023, el número reportado fue de 58,604 con un sensible descenso de lo informado en 2023.<sup>7</sup>

Analizada la información correspondiente al servicio y citando nuevamente el Boletín, se identifica que la atención médica que se brindó fue en los servicios de medicina interna, cirugía general, terapia intensiva adultos y la terapia intensiva neonatal y pediátrica fue la de mayor ponderación de IAAS (46%), argumentando los agentes de riesgo, estancia prolongada y realización de procedimientos invasivos y en su caso, los impactos en caso de materialización de los riesgos. Para este caso en especial, la visión del SGC indica que, al momento de la planificación del diseño y desarrollo de los productos o servicios, la organización debe

establecer, implementar y mantenerlo para asegurar su revisión en tiempos futuros para su provisión, además, el impacto y validez de la situación está relacionado con la posibilidad de que todos los eventos sean notificados, documentados, atendidos y sirvan, no solo como parte de una estadística, debe ser utilizados para mejorar la atención, los procesos, los lugares, el ambiente, las competencias de las personas, la información hacia el paciente y el impacto de los insumos utilizados.

En la planificación deben considerarse la naturaleza, duración y complejidad de las actividades; las etapas de proceso requeridas, las actividades de verificación y validación, acciones elaboradas por expertos en los procesos de atención médica y sus especialidades vinculatorias, las responsabilidades y autoridad, los recursos internos y externos, los procesos y procedimientos para controlar las interfaces entre las personas que participan en forma activa (competencias, habilidades, destrezas y tiempos de actualización), en todo el proceso y si fuera necesario dar seguimiento externo del usuario donde serán verificables los requisitos para atención fuera de la organización, en reprocesos y vinculadores con unidades de mayor nivel de resolución y la información documentada de todos los momentos desde el detonamiento del servicio hasta su conclusión sea cual fuere su resultado.<sup>8</sup> Es indispensable que la infraestructura en la cual se apoyarán las acciones incluyan aquellos que permitan proporcionar, mantener los procesos funcionales y con ello, lograr la conformidad con los servicios y productos brindados, para ello, deben identificarse aspectos sociales, psicológicos y físicos que sustancialmente definen a los productos o servicios o su combinación. Para el caso específico de las IAAS, la trazabilidad es indispensable y con apego a la metodología de los SGC esta debe esquematizarse como proceso y el vínculo del conjunto de elementos que se combinan para obtener lo que se programa y una de esos requisitos son las mediciones.

En la atención médica, es un requisito medir el total de los elementos que se vinculan en los procedimientos, esto, con el propósito de generar confianza en la validez de los resultados de medición, por esto los equipos debe calibrarse y/o verificarse a tiempos establecidos con apego a las condiciones del producto o dependiendo de la intensidad de su uso, el tipo de material y su impacto en el resultado. Es indispensable que las personas que llevan a cabo esta actividad, cuenten con las certificaciones

necesarias para sumar al cumplimiento de requisitos nacionales e internacionales, que brinden valor agregado a los procedimientos, eleven la satisfacción de los clientes y permitan la seguridad en la prestación del servicio y los resultados esperados, la documentación soporte y, en consecuencia, mejorar cada momento evitando acciones que vulneren el estado original de las personas, su pertenencias y el propósito sobre el cual se tomarán las decisiones considerando, en el caso médico, el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento hasta el alta del paciente y de presentarse complicaciones, activar los cursos alternos de acción diseñados conforme a los resultados a la matriz de riesgos y control interno organizacional, lo cual puede brindar nuevas formas de identificar, prever y atender las infecciones derivadas de la atención médica.

### **ANÁLISIS Y COMPRENSIÓN DE LOS SERVICIOS Y PRODUCTOS**

Para implementar acciones de mejora, las organizaciones deben abordar las necesidades y tendencias resultantes de los servicios brindados o los productos, para lo cual debe generar herramienta que permitan a las personas, conocer, comprender y aplicar argumentos como el propósito de la organización, los bienes o servicios ofertados. Para el caso analizado, la organización ya cuenta con información suficiente para analizar las causas, lo motivo e incluso los resultados de no atender en tiempo y forma la complicación. Es de suma importancia contar con especialistas interdisciplinarios que acoten en su marco de conocimiento y referencia las lecciones que se han implementado, los fracasos y éxitos obtenidos e incluso hacerse de buenas prácticas nacionales o internacionales donde los resultados sean mejores y eleven la seguridad del paciente. Otro elemento indispensable, es la disponibilidad de conocimiento externo que implique mejora integral y que permita a la organización minimizar la presencia de estas infecciones, y de presentarse contar con todos los elementos sumen al éxito en los procedimientos de atención para erradicarlos.

La innovación basada en investigación, puede aportar elementos de desarrollo en los procesos sustantivos de las unidades médicas, mejorar sus conocimientos, la infraestructura y las herramientas utilizadas para brindar la atención que se complica por tiempo y exposición. En este aspecto, es importante que la experiencia sea

documentada, esto permite que otras personas dentro y fuera de los procesos la lean, analicen y generen ideas que puedan aportar situaciones que no han sido observadas, incluso, por los responsables de los procesos. Es importante entonces que, la organización tenga determinada, perfilada, verificable y supervisada la competencia necesaria de las personas que se involucran en la atención médica que se ha identificado como riesgosa al presentar las personas, infecciones con diferentes impactos, son responsables en la suma de contactos necesarios para el restablecimiento de la salud aplicando eficiencia y eficacia para evitar reprocesos o aplicación de garantías o atenciones prevenibles o innecesarias.<sup>9</sup>

Las personas que se involucran en estos procedimientos, deben tomar conciencia por parte de la organización de su responsabilidad, adquirir las competencias necesarias y ser evaluadas en forma constante, comprender y ser supervisadas al momento de llevar a cabo procedimientos catalogados de riesgo y con ello, evaluar la eficiencia de las acciones tomadas, doble verificación de ser necesario y el seguimiento al paciente con información previa que le permita decidir en tiempo y forma acudir al servicio en caso de presentar síntomas contrarios a su salud.<sup>10</sup> Es vital que se genere y guarde información en el expediente de los eventos fuera de norma y las acciones para mitigar la desviación. Actualmente la certificación de competencias en un procedimiento que permite contar con personal capacitado y que ha puesto en evidencia ante otros expertos su capacidad para cumplir con los requisitos del estándar que cumplirá. La organización para apoyar y complementar acciones para obtener el éxito en todos los procedimientos, debe difundir la política del área o áreas que aplicará, los riesgos que representa la atención, los requisitos previos para recibir la atención, las actividades ordinarias y extraordinarias de la atención, la comunicación transversal, los objetivos a obtener, la participación de los usuarios y los cuidados que debe tener para contribuir plenamente al restablecimiento de su salud y en obvio de repeticiones, las implicaciones del incumplimiento de los requisitos que se han acodado en la implementación del SGC. Los éxitos y los impactos negativos, en el SGC deben comunicarse y documentarse, para ello, la cultura y clima organizacional deben ser maduras en el trato de los fracasos y considerarlos como elementos de mejora y aprendizaje para mitigarlos o evitarlos, por lo que es necesario que la organización genere un

proceso de comunicación que permita dar respuesta a qué elementos comunica, el momento en que se comunica (mensaje, importancia y oportunidad), a quién se comunica, cómo se comunica incluyendo el idioma, el contenido y el contenido del mensaje en idioma original, su impacto en el procedimiento y las personas a comunicar, quién comunica y finalmente, revisar el impacto de la comunicación, la cual, puede ser ponderada con apego a los resultados de medición relacionada con el éxito en los procedimientos y la disminución de reprocesos o aplicación de garantías.

En este orden de ideas, la comunicación es un elemento de suma importancia en las organizaciones, así como los resultados esperados, por lo que la información documentada en un SGC debe asegurarse que es apropiada la identificación y descripción, el formato y su posterior recuperación y lectura, así como la supervisión y aprobación con relación a su conveniencia y adecuación. Posteriormente, la organización debe controlar la información y para que sea útil, contundente y consistente, debe generar la forma para que esté disponible en los lugares idóneos para ser utilizada cuando se requiera su uso y esté protegida de alternaciones, pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, pérdida de integralidad, alteraciones o modificaciones sin ser aprobadas. También debe diseñarse su control, realizando actividades relacionadas con la distribución (análisis y decisión de los puntos), quiénes podrán acceder y los elementos de seguridad si es que las normas advierten este requisito, la recuperación en el menor tiempo posible y, en su caso, la portabilidad, lectura y uso de la misma.

### **EL MEDIO AMBIENTE Y LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA**

Otro elemento que debe analizarse correctamente y diseñar intervalos de actualización se relaciona con el almacenamiento, las características del lugar, iluminación, temperatura entre otros elementos físicos o químicos o su combinación, que pudieran en tiempo determinado dañar el repositorio y su contenido. En los registros y documentos es indispensable tener un control de las versiones o revisiones de la documentación revisada y aprobada con el fin de tener certeza de que la información documentada es la más actualizada, así como los registros, elementos, esto últimos, que brindan evidencia del cumplimiento de las acciones realizadas

en la prestación de los servicios, considerando el tiempo de conservación con apego a los elementos legales y reglamentarios que impacten tanto la información como a las personas, sus bienes y la prestación del servicio brindado o el producto comercializado. Analizando la información disponible relacionada con las infecciones resultantes de los procedimientos médicos, hemos citado uno que en forma continua se actualiza y brinda las mejores prácticas a los responsables de llevarlos a cabo y, nuevamente se hace presente la duda ¿qué se está haciendo y cómo se mide el impacto?

Actualmente, se cuenta con información local y mundial del comportamiento, el medio, el impacto, incluso se tienen identificados estudios descriptivos, analíticos, ecológicos, transversales, caso-control, cohorte, experimentales con pruebas aleatorias, de campo y en la comunidad, así mismo se mencionan sitios de las infecciones y factores de riesgo, v.gr. infección en el sitio quirúrgico relacionado con el factor de riesgo edad avanzada, malnutrición, severidad de la enfermedad, afeitado preoperatorio, clasificación de la herida, tipos de procedimiento, prótesis,<sup>11</sup> y, en su caso, faltaría el tiempo de estancia y el lugar de estancia (espacio destinado para una persona o varias, tipo de iluminación, ventilación, aseo, lugar geográfico, entre otros). Dados estos datos, al contar con un SGC la organización está obligadas a gestionar los riesgos, documentar y aplicar las medidas a que haya lugar con el propósito de elevar la satisfacción del cliente y contar con información documentada relacionada.

### **LA OPERACIÓN**

La organización debe contar con la identificación clara del servicio o producto que se ofertará, debiendo contar con procedimientos, trazos de jerarquía, información, control, metas, indicadores, sus revisiones y aprobaciones por los dueños bajo los requisitos previamente establecidos por la organización o bien dentro del marco legal aplicable. Cuando el proceso involucra a la persona y sus pertenencias incluyendo seguridad, se hace manifiesta la obligación de implementar una serie de controles, hojas de control, contenido, listas de verificación que aporten confianza de que se están cumpliendo requisitos nacionales e internacionales, según sea el impacto y con ello, demostrar interna y externamente que tanto los productos como los servicios se están cumpliendo en tiempo y forma. Las

salidas de los procesos, deben estar debidamente evaluadas y autorizadas por el personal que la organización ha determinado como dueña y experta y de no encontrarse a la persona autorizada para llevar a cabo esa tarea importante y que cumpla con la información documentada, los requisitos y la satisfacción del usuario, relacionando información que le permita tomar decisiones cuando se impacte algún agente de riesgo o, incluso, un evento no previsto. La organización debe entonces, tomar medidas de control para los cambios imprevistos en el resultado, considerando las consecuencias y debiendo tomar acciones para mitigar efectos adversos para los usuarios o las partes interesadas.

### REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS

Las organizaciones públicas, sociales o privadas que brindan atención médica en sus diversas modalidades, saben, entienden y atienden diversas complicaciones derivadas de los contactos que tienen con sus usuarios. El elemento que tiene que permear a lo largo de la organización es la comunicación. La comunicación es vital para el funcionamiento, avance y atención de las diversas tareas que se llevan a cabo y que han sido planificadas, organizadas, controladas y dirigidas con un solo propósito que es el compromiso de brindar servicios y/o productos que satisfagan las expectativas y necesidades de los clientes bajo la visión de cumplir elementos reglamentarios nacionales e internacionales por lo que cada miembro colaborador de la organización deberá mantener contacto con los clientes con el objeto de brindar información amplia y detallada de los procedimientos a que va a ser sometido y de los riesgos y complicaciones que se pueden hacer presentes, las acciones que debe tomar en caso de que se presenten y la obligación de cubrir todos los requerimientos científicos, legales y reglamentarios incluyendo los cambios, las consultas, atención de dudas, los contratos si los hubiere.

Es necesaria la retroalimentación relativa a los procedimientos y posibles complicaciones para evitar expectativas innecesarias, la forma en la que podrá manipularse propiedades de los clientes, en este caso el cuerpo si se trata de un tratamiento quirúrgico, el porcentaje de invasión y las acciones de seguridad que se le brindarán antes, durante y después de la atención otorgada.<sup>12</sup> De acuerdo al modelo de acciones esenciales de seguridad del paciente una de ellas es la reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), para lo cual se indica el lavado de manos mediante

la implementación de un programa integral en la unidad médica.<sup>13</sup>

En este documento electrónico, se puede identificar que son dos unidades de la Secretaría de Salud que en forma coordinada con las unidades que brindan servicios médicos, suman conocimiento y acciones para lograr el objetivo, siendo estas, el Consejo de Salubridad General y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

En este sentido, los SGC exigen que la organización debe asegurarse que tienen la capacidad para logra cubrir las exigencias, expectativas y necesidades del usuario, por lo que después de su revisión, debe externar, mediante una política de calidad y sus procesos, su compromiso a brindar la atención médica con apego al cumplimiento de requisitos legales, reglamentarios y científicos aplicables a cada caso y los más importante, a cada persona cubriendo en el máximo de porcentaje sus expectativas y necesidades versus la política declarada.<sup>14</sup>

Cabe mencionar que si el usuario es considerado conceptualmente como el insumo de un proceso o su detonador, debe brindarse la información clara, detallada, contundente y consistente del procedimiento, de los requisitos que él debe cumplir para minimizar los riesgos y la forma de llegar a acuerdos, en caso de presentarse diferencias que impacten el resultado previsto, el alcance y en su caso, los cursos alternos de acción que se activarán con el fin de salvaguardarlo en todo momento, incluso, con procesos externos, mismos que se han revisado, verificado y alineado al entorno de cumplimiento de la organización contratante. En el caso específico de unidades de prestación de servicios médicos que han presentado problemáticas asociada a las IAAS, la información relacionadas con las causas y los efectos es de vital importancia considerando que el propósito en que la persona se encuentre en un estado de seguridad, lo que implica su presencia y no poner en funcionamiento acciones de mejora y correctivas para evitar su recurrencia. Es importante mencionar, que la organización bajo un criterio de calidad, se ha manifestado en su política como un medio a través de la cual, el servicio médico ofertado cubre las expectativas y necesidades de los clientes, los legales, reglamentarios y cuenta con los recursos para hacerlo, teniendo como propósito de elevar la satisfacción del cliente. La organización debe en este caso, asegurarse que tiene la capacidad para brindar los servicios y estos, cumplen con los

requisitos establecidos, por lo que debe revisar constantemente las especificaciones de los clientes incluyendo los requisitos al momento de la entrega y posterior a las misma, con el objeto de que, al presentarse inconsistencia o incumplimientos, se documenten y se tomen acciones para el aseguramiento de la calidad y la seguridad de las partes interesadas.

La información disponible relacionada con las IAAS en basta, sin embargo, probablemente el enfoque de atención no ha sido el adecuado, el análisis de las causas raíz no ha sido lo bastante escrupuloso, las líneas de investigación y su resultado no ha sido colegiado, interdisciplinario, analítico o incluso ha dado cabida a situaciones fuera de interpretación por intereses no documentados que benefician a otras partes interesadas. Los SGC son herramientas que debidamente implementadas, supervisadas, con seguimiento y aplicación de procesos de auditorías internas o externas, arrojan información valiosa, contundente y consistente siempre y cuando la ética y la cultura organizacional estén bien orientadas y realmente se aporte la información transparente para la mejora. La información resultante de procesos de revisión, debe documentarse, conservarse y ser parte de la evidencia de la mejora, la innovación y la toma de decisiones relacionadas con minimizar los eventos de no cumplimiento de requisitos o de los impactos no deseados de las actividades brindadas a los usuarios internos o externos.<sup>15</sup>

## EL DISEÑO

Considerando que la IAAS pueden en su momento generar un impacto poco deseable al usuario o su entorno social o familiar, expertos en la prestación de servicios médicos en combinación con expertos en otras áreas deben encargarse del diseño y desarrollo del servicio debiendo identificar las diferentes etapas y controles que se implementarán, considerando el entorno completo y complejo que representa la atención médica en sus diversos momentos. La naturaleza de las acciones que se han mencionado deben involucrar la duración y su complejidad, considerando detalladamente las etapas, los momentos de verificación establecidos por la organización, los legales y reglamentarios, incluyendo información relevante relacionada con la gestión de los riesgos, las responsabilidades de cada actor y la autoridad para la toma de decisiones en beneficio de las partes interesadas.

Es de suma importancia en este momento de desarrollo del servicio, identificar las interfaces entre las personas que participan en forma activa en el proceso y en su caso, el involucramiento del cliente para complementar tanto el diseño como el desarrollo del servicio, documentando cada momento con fines de análisis, toma de decisiones, cambios o adecuaciones que permitan la mejora y evitar la no conformidad con los requisitos de cada proceso y procedimiento implementado y documentado. Considerando que la IAAS es un aspecto no deseable en la prestación de los servicios médicos, la comunicación con el usuario es vital, la organización debe brindar la información relacionada con el o los procedimientos a que se va a sujetar, las complicaciones documentadas en la literatura médica, incluyendo información de hechos que no se han reportado y que, en su caso, podrían presentarse, generando un registro que permite medir el impacto de la información otorgada y si esto, le permite otorgar su consentimiento para llevar a cabo el procedimiento, según sea el caso. (16) El manejo de quejas, por parte del usuario interno o externo, es una retroalimentación que la organización debe valorar como la oportunidad de mejora, para ello debe analizar los componentes que dieron inicio a la salida no conforme. Analizar cada evento con su raíz y su impacto, permitirá minimizar los eventos y una participación más asertiva de los componentes humanos y su vinculación con los insumos, los materiales, el medio en el que se brinda la atención y la forma en la cual se brinda la información antes, durante y después de la prestación del servicio.<sup>17</sup>

Estos elementos forman parte del diseño y desarrollo del servicio, por lo que, dada la importancia de los resultados esperados, la organización debe asegurar que los procesos, productos y servicios que se suministran externamente cumplen los requisitos para sumarse a la seguridad que se espera durante el procedimiento y posterior al mismo con el fin de salvaguardar al cliente.

Todos los bienes o servicios que servirán como insumos provistos externamente y que están destinados en su totalidad, en parte o directamente deben medirse y verificarse con criterios sólidos y de ser posible, con estándares nacionales o internacionales aplicables y científicamente documentados, con el fin de evitar complicaciones al momento de su uso, en beneficio de la persona que recibe la atención médica. En este momento procesal, es importante la implementación de

controles con el fin de asegurar que procesos, productos y servicios externos que impactarán en la prestación de la atención médica, son controlados, documentados, calibrados, analizados y en su caso, sustituidos o desechados en momentos establecidos y documentados en el SGC, considerando que su impacto se vincula con el resultado programado en el cumplimiento de los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios aplicables.

Estos controles deben ser implementados, medidos, vigilados e incluidos en el proceso de auditoría interna con el fin de emitir un juicio que sume al alcance de la política de calidad, la revisión de la alta dirección y permita que el compromiso de todos los colaboradores del Sistema, permite continuar o cambiar la proveeduría en beneficio del cliente externo e interno. (18) Los resultados documentados de quejas, impactos y resultados, deben analizarse con relación a la cantidad de IAAS presentadas en este momento, revisar los procesos, los documentos y las evidencias relacionadas para brindar información del cumplimiento de los requisitos relacionados con acciones esenciales que se deben tomar para minimizar la presencia de estas IAAS.

La organización está obligada bajo la visión y objeto de mantener un SGC, a mantener comunicación con sus proveedores para asegurar que se cumplen los requisitos de los procesos, productos y servicios aprobando, en su caso, productos y servicios, métodos, procesos y equipos, así como su liberación en el momento procesal oportuno, la competencia del personal que se involucra incluyendo cualquier competencia y cualificación requerida para presentar atención médica básica o especializada que se vincule con la posibilidad de detonar una IAAS, considerando que su interacción es un factor de riesgo que debe identificarse y gestionarse en la matriz correspondiente, diseñando los controles específico para minimizar el riesgo, verificando y controlando el desempeño integral tanto del personal, procedimientos, bienes e insumos que se vinculan en el servicio ofertado y brindado.<sup>19</sup> Al momento de concluir el servicio, la organización debe aplicar los métodos que le permitan identificar plenamente las salidas y asegurar que el servicio se ha brindado con relación a los requisitos vinculantes debidamente identificados, medidos y trazados, sería importante un cuestionario de satisfacción aplicado en el momento de que la persona sea dada por máxima mejoría.<sup>20</sup> El trazo o la trazabilidad de salida con

calidad, depende del seguimiento y medición de los resultados documentados y de la comunicación con el cliente, quien finalmente, es quien mostrará la mejoría o, en su caso, alguna complicación que debe ser tratada a la brevedad posible para evitar ponerlo en riesgo o vulnerabilidad, de presentarse un evento distinto a lo documentado en los procedimientos, no se dará la salida a la persona.

Resulta importante en este momento, la necesidad de que la organización pondere y controle que se han cumplido los elementos legales y reglamentarios, que se han tomado las medidas correspondientes de las consecuencias potenciales al ser dado de alta hospitalaria a la persona y las posibles complicaciones que se pueden presentar en su domicilio directamente proporcionales al tratamiento brindado, lo complejo de los procedimientos, los riesgos asociados a la estancia hospitalaria y al conjunto de manipulaciones que se realizaron buscando el máximo beneficio, la naturaleza, el cuidado, la actividad, el tiempo de incapacidad y la vida útil de los insumos con los cuales es dado de alta hasta su retiro y sus posibles complicaciones y finalmente, la retroalimentación con el cliente en caso de presentarse signos de alarma. Por lo tanto, al momento de dar de alta al paciente de la unidad hospitalaria o del tratamiento por máximo beneficio, la organización debe asegurarse que los criterios son aceptados por la persona o su representante y trazabilidad a las personas que autorizan el alta o liberación, es decir, de acuerdo a la norma ISO 9000 es la capacidad de la organización para seguir el histórico de la atención, entrada, proceso, salida, satisfacción, acciones a realizar después de la liberación, considerando el origen de los materiales utilizados y sus partes, los procesos<sup>21</sup> y dónde se le puede ubicar al paciente en caso de presentar complicaciones o bien IAAS.

## EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Las organizaciones deben rendir cuentas a diversas partes interesadas, por lo que debe determinar a qué dar seguimiento, medición, evaluación, auditoría y, en su caso, calibración de los dispositivos internos y externos, indicado los métodos con los cuales, se llevará a cabo cada acción, el personal y su calificación para llevarlos a cabo, el intervalo de tiempos establecidos por la organización o por requerimientos legales para asegurar que los resultados son válidos. Con los datos aportados, se debe evaluar el desempeño de la organización

y la eficacia para cumplir con un SGC debiendo documentar todos los eventos, los resultados y en su caso, las acciones de corrección o de mejora implementados y su impacto en los resultados finales conforme a las metas, el comportamiento de los indicadores establecidos y la satisfacción del cliente. Para el caso de la auditoría interna, como requisito de la implementación, continuidad y mejora del SGC, la organización debe establecer sus requisitos y los de la norma ISO 9001 para aportar información de su implementación y mantenimiento. El proceso de auditoría debe planearse, establecerse, implementarse y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas, su alcance y los criterios.

Debe contarse con el cumplimiento de las directrices que marca la norma ISO 19011 con el fin de contar con una evaluación objetiva, ética y documentada que permita las acciones correctivas y de mejora con el fin de evitar las IAAS, mejorar la comunicación, las competencias de los involucrados y la implementación de una cultura de mejora continua.<sup>22</sup> La mejora continua, debe iniciar con la participación asertiva, consciente e involucrada de la alta dirección y de los responsables de los procedimientos que se vinculan en la prestación de los servicios que pueden detonar las IAAS, para lo cual, el SGC debe ser revisado y la carpeta documentada debe contener: el estado de las diversas revisiones previas, los cambios internos o externos que afectan al SGC, información del desempeño y eficacia del SGC, la adecuación de los recursos, la eficacia de las acciones tomadas y las oportunidades de mejora implementadas y su resultado para mitigar los riesgos y elevar la satisfacción de los clientes al minimizar la presencia de IAAS durante o posterior a las prestaciones del servicio médico.

## LA MEJORA

Finalmente, pero no menos importante, la organización debe determinar y seleccionar las oportunidades y riesgos que le permitirán minimizar o mitigar los riesgos inherentes a los tratamientos brindados y que estos han cumplido con los requisitos documentados. La mejora, debe cumplir con tres aspectos básicos que se relacionan

con las expectativas y necesidades de los clientes considerando las futuras, corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados como son las IAAS, y con ello mejorar el desempeño y la eficacia del SGC.

Un elemento importante para implementar la mejora son las no conformidades y las acciones correctivas. La primera, es detonada por una queja del cliente por lo que la organización debe tomar las acciones pertinentes para controlarlas y corregirlas haciendo frente a las consecuencias hasta el máximo beneficio que se pueda otorgar al paciente que ha presentado IAAS, para ello debe revisar y analizar la no conformidad, determinar las causas y eventos similares o potenciales a ocurrir, implementar cualquier medida necesaria, actualizar, de ser necesario, los riesgos y oportunidades que se han determinado desde la planeación con lo cual se adecuará el SGC. Es necesario, que todas las complicaciones, acciones para mejorarla y cambios se mantengan documentados y disponibles para generar documentación relacionada con buenas prácticas adaptables con otros prestadores de servicios en beneficio y bienestar de las personas que son sujetas a tratamientos médicos donde se ha identificado la posibilidad de prestar una IAAS.<sup>23</sup>

## CONCLUSIÓN

La calidad, es una decisión que debe ser tomada desde la alta dirección, debe ser liderada por las personas con las calificaciones y capacitación que les permita una comunicación asertiva y fluida con todo el personal que se involucrará en la cultura de Calidad. La política de calidad, debe brindar información del alcance del sistema y debe estar documentada, informando las acciones de planear, hacer, verificar y actuar, como elementos primarios para cumplir los requisitos aplicables al momento de brindar un servicio de alta responsabilidad como lo es la atención médica (antes, durante y posterior a). Las infecciones asociadas a atención en salud, es un tema bastante documentado, crítico y de alto impacto en las personas, sin embargo, se observa del análisis de la documentación revisada, pocos avances en su control y disminución a lo largo de los años, lo cual indica que, las acciones esenciales de seguridad del paciente, gobernanza, medición de criterios mínimos y máximos, no se han implementado, verificado y controlado bajo un esquema de certificación de las unidades hospitalarias y de las personas que se vinculan en la prestación del servicio, lo cual resulta en reprocesos

para los prestadores y eventos no deseables para las personas que reciben atención médica que pueden trascender en quejas o demandas que desgastan por igual a los usuarios, los prestadores y el equilibrio social y económico. Los sistemas de gestión de calidad, son una metodología que cuenta con múltiples herramientas que permiten la gestión de riesgos, conocer las expectativas y necesidades de las partes involucradas y con ello, documentar la información que impacta tanto externa como interna a la organización, el cumplimiento legal y reglamentario nacional e internacional aplicables a los procesos administrativos que harán vinculados con los resultados programados, con este esquema, se pondera la resistencia al cambio, la problemática del cambio de paradigmas y las posibles acciones fuera del marco de legalidad, ética y moral, que afecte el entorno donde se brinda la atención médica, por lo que se considera como factor de riesgo la conducta de las personas.

Las personas que tienen a su cargo acciones de calidad, deben contar con las certificaciones, conocimientos, habilidades y destreza que permitan analizar las problemáticas, diseñar las acciones correctivas y de mejora, basada en la gestión de riesgos que previamente se ha llevado a cabo, sujetando todas estas actividades a análisis, verificaciones, seguimiento, ponderaciones y auditorías con personas que, igualmente, tienen y demuestran las capacidades para elevar la calidad de la atención brindada, la seguridad del paciente y la mejora continua para mantener o elevar la satisfacción del cliente.

Es indispensable la aplicación de metodologías probadas nacional e internacionalmente en el diseño y desarrollo de los servicios médicos, identificar cuáles de ellos requieren de controles más estrictos y críticos en la organización con el propósito de mantener acciones de seguimiento y verificación en beneficio de las personas que reciben información, atención y seguimiento de sus enfermedades, atender en tiempo y forma las posibles complicaciones inherentes o secundarias que se pudieran presentar. Todas las organizaciones son complejas y al aumentar el tamaño y número de interacciones, se convierten en más vulnerables al impacto de la falta de ética, moral y aplicación de conocimientos orientados al servicio, como lo es la prestación de servicios médicos. Lo importante es todo, cuando hablamos de un sistema, en el caso de la recurrencia e impacto de la IAAS, es vital ponderar que se trata

de un vínculo entre personas, independientemente de los medios materiales que son utilizados en la prestación del servicio.

Debe existir un momento en el que las IAAS deban ser disminuidas o en su caso, atendidas en el momento adecuado con el fin de evitar daños en la salud del paciente, en su entorno o en sus bienes, para ello, existen herramientas de identificación, atención y seguimiento de las acciones correctivas y de mejora, que permitan aplicar acciones conceptual y metodológicamente comprobadas en otros sistemas considerando la postura epidemiológica. Es obligatorio que las personas que buscan calidad y seguridad del paciente, cuenten con la formación, actualización conceptual y práctica, necesarias para aplicar el conocimiento en forma integral, tanto en sus profesiones de origen como aquellas que se relacionan con aspectos de cumplimiento de requisitos certificables relacionadas con cualquier modelo orientado a la mejora continua, sujetarse constantemente a capacitación activa y estar en pleno conocimiento del impacto del cumplimiento de sus tramos de control, responsabilidad y vinculación con elementos de mayor resolución de problemáticas, para decidir en tiempo y forma la referencias de aspectos fuera de su ámbito de resolución.

Dar cumplimiento al objeto de un sistema orientado a la calidad bajo un esquema de certificación, es vital para la prestación de servicios médicos, por lo que, la certificación hospitalaria debe ser una prioridad u obligación de unidades relacionadas con la prestación de estos servicios que tanto impactan individual, colectiva, social y económicamente. Los riesgos estarán presentes, no obstante, disminuirlos es parte de la actuación responsables del prestador de servicios para elevar la satisfacción del cliente y generar con ello la confianza que se requiere para poner en una organización la confianza de ser atendido y que esta atención se hará buscando que el servicio sea el mejor.

## REFERENCIAS

1. INTERNATIONAL I. ISO 10015:2019 GESTIÓN DE CALIDAD. DIRECTRICES PARA LA GESTIÓN DE LA COMPETENCIA Y EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS. [Online].; 2019 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10015:ed-2:v1:es>
2. México SdS. Boletín de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE). [Online].; 2022 [cited 2025 03 03]. Available from: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/808320/BOLETINRHOVECIERRE2022\\_FINAL.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/808320/BOLETINRHOVECIERRE2022_FINAL.pdf)
3. Unión CdDdHCdl. Ley General de Salud. [Online].; 2024 [cited 2025 03 03]. Available from: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
4. INTERNATIONAL I. ISO 10010:2022 GESTIÓN DE CALIDAD. ORIENTACIÓN PARA COMPRENDER, EVALUAR Y MEJORAR LA CULTURA DE LA CALIDAD EN LA ORGANIZACIÓN. [Online].; 2022 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10010:ed-1:v1:es>
5. Salud Sd. NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. [Online].; 2005 [cited 2025 03 24]. Available from: <https://platiica.economia.gob.mx/normalizacion/nom-045-ssa2-2005/>
6. international I. Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos. 2015th ed. ISO , editor. Suiza: ISO; 2015
7. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD. [Online].; 2023 [cited 2025 03 07]. Available from: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920660/Manual\\_de\\_procedimientos\\_estandarizados\\_para\\_la\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_de\\_las\\_IAAS\\_-\\_RHOVE\\_junio\\_2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920660/Manual_de_procedimientos_estandarizados_para_la_vigilancia_epidemiologica_de_las_IAAS_-_RHOVE_junio_2024.pdf)
8. INTERNATIONAL I. ISO 10013:2021 GESTIÓN DE CALIDAD. ORIENTACIÓN PARA LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA. [Online].; 2022 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10013:ed-1:v1:es>
9. INTERNATIONAL I. ISO 10014:2021 GESTIÓN DE CALIDAD. GESTIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN PARA RESULTADOS DE CALIDAD. ORIENTACIÓN PARA OBTENER BENEFICIOS FINANCIEROS Y ECONÓMICOS. [Online].; 2021 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10014:ed-2:v1:es>
10. INTERNATIONAL I. ISO 10001:2007. [Online].; 2007 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10001:ed-1:v1:es>
11. Anahalechaka A. Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención médica. [Online].; 2014 [cited 2025 03 10]. Available from: [https://www.theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish\\_ch3\\_PRESS.pdf](https://www.theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch3_PRESS.pdf)
12. INTERNATIONAL I. GESTIÓN DE LA CALIDAD. DIRECTRICES PARA LOS PLANES DE LA CALIDAD. [Online].; 2018 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10005:ed-3:v1:es>
13. Salud Sd. Conoce las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [Online].; 2018 [cited 2025 03 19]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>
14. INTERNATIONAL I. ISO 10008:2022 GESTIÓN DE CALIDAD. ORIENTACIÓN PARA LA TRANSICIÓN DE COMERCIO ELECTRÓNICO DEL NEGOCIO AL CONSUMIDOR. [Online].; 2022 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10008:ed-2:v1:es>
15. INTERNATIONAL I. ISO 10009:2024 GESTIÓN DE CALIDAD. ORIENTACIÓN PARA LAS HERRAMIENTAS DE CALIDAD Y SU APLICACIÓN. [Online].; 2024 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui/es/#iso:std:iso:10009:ed-1:v1:es>
16. INTERNATIONAL I. ISO 10007 GESTIÓN DE LA CALIDAD. DIRECTRICES PARA LA CONFIGURACIÓN. [Online].; 2017 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10007:ed-3:v1:es>
17. INTERNATIONAL I. GESTIÓN DE LA CALIDAD. DIRECTRICES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS QUEJAS EN LAS ORGANIZACIONES. [Online].; 2018 [cited 2025 04 02]. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10002:ed-3:v1:es:term:3.8>

18. INTERNATIONAL I. GESTION DE LA CALIDAD. DIRECTRICES PARA LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE FORMA EXTERNA A LAS ORGANIZACIONES. [Online].; 2018 [cited 2024 04 02. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10003:ed-2:v1:es>
19. INTERNATIONAL I. ISO 10012:2003 GESTIÓN DE CALIDAD DE LAS MEDICIONES. REQUISITOS PARA LOS PROCESOS DE MEDICIÓN Y LOS EQUIPOS DE MEDICIÓN. [Online].; 2003 [cited 2025 04 02. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso%3Astd%3Aiso%3A10012%3Aed-1%3Av1%3Aes>
20. INTERNATIONAL I. GESTIÓN DE LA CALIDAD. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE. DIRECTRIES PARA EL SEGUIMIENTO Y LA MEDIÓN. [Online].; 2012 [cited 2025 04 02. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:10004:ed-1:v1:es>
21. INTERNATIONAL I. Sistemas de Gestión de Calidad, Fundamentos y vocabulario. [Online].; 2015 [cited 2025 03 21. Available from: [https://dai.uas.edu.mx/pdfs/NORMA\\_ISO\\_9000-2015\\_FyV.pdf](https://dai.uas.edu.mx/pdfs/NORMA_ISO_9000-2015_FyV.pdf)
22. INTERNATIONAL I. ISO 19011:2018 DIRECTRICES PARA LA AUDITORÍA DE LOS SISTEMA DE GESTIÓN. [Online].; 2018 [cited 2025 04 02. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:19011:ed-3:v1:es>
23. INTERNATIONAL I. ISO 10006:2017 GESTIÓN DE CALIDAD. DIRECTRICES PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE PROYECTOS. [Online].; 2017 [cited 2025 04 02. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:10006:ed-3:v1:es>

Copyright © 2025 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
Todos los derechos reservados

---

**Conflicto de intereses:**

*"El autor declara que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".*

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

# Liderazgo y Comunicación dentro del Proceso Administrativo en un Hospital de Tercer Nivel y su impacto en el Desarrollo Institucional

*Leadership and Communication in the Administrative Process of a Tertiary-Level Hospital and Their Impact on Institutional Development*



**Soto Acosta GM<sup>1</sup>, Hernandez MD<sup>1</sup>, Velasco Torres EM<sup>1</sup>, Osorno Rasso M<sup>2</sup>, Uriarte Robles FA<sup>3</sup>, Ramírez Zariñana BE<sup>4</sup>, Valencia Ledezma OE<sup>5\*</sup>, Carrillo Mejía CK<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Dirección Médica. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Servicios de Salud para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)

<sup>2</sup> Unidad de planeación. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Servicios de Salud para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)

<sup>3</sup> Hospital General Xico Valle de Chalco, "Fernando Quiroz Gutierrez".

<sup>4</sup> Subdirección de Recursos Humanos. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Servicios de Salud para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)

<sup>5</sup> Subdirección de investigación. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Servicios de Salud para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)

## RESUMEN

El liderazgo es la capacidad de influir en las acciones de las personas dentro de un grupo u organización para alcanzar un objetivo específico. Un líder inspira y motiva a su equipo, fomenta la confianza y la comunicación, además de guiar hacia una meta común. Es crucial identificar los intereses y necesidades individuales y colectivas de las personas. La comunicación corporativa es importante para poder crear un ambiente de confianza entre emisores y receptores, para lo cual se debe ayudar a resolver problemas internos y externos. Existen diferentes tipos de liderazgo como: el autocrático, democrático, transformacional y situacional. En particular, el enfoque del liderazgo situacional se encuentra en gestionar proyectos, equipos, empresas e instituciones de manera eficaz, como es el caso de los hospitales. Por lo anterior, la finalidad de este artículo es dar a conocer el estudio que se realizó para conocer el comportamiento de los indicadores de liderazgo y comunicación latentes en el Hospital Regional de Alta Especialidades de Ixtapaluca (HRAEI), para ello se usó una encuesta con 90 reactivos. Orgánicamente, el HRAEI cuenta con un líder (Titular de la Dirección General) que realiza recorridos por todo el hospital para identificar las necesidades e intereses de las y los trabajadores a la hora de desempeñar sus funciones para, posteriormente, darles solución. Este mismo realiza una escucha activa para todos y cada uno de los empleados, lo que genera un ambiente de confianza y se logra un liderazgo eficiente, pues propicia que sus trabajadores realicen sus actividades de forma óptima mediante la proporción de materiales necesarios, además de motivarlos a seguir laborando de manera correcta, en tiempo y forma, para alcanzar los objetivos esperados dentro del HRAEI.

**Palabras clave:** comunicación, hospitales, liderazgo, metas, organizaciones, planificación.

### Autor(a) de

#### Correspondencia:

Omar Esteban Valencia Ledezma  
IMSS-Bienestar  
Gustavo E. Campa 54,  
Col. Guadalupe In,  
Alcaldía Alvaro Obregón,  
Correo electrónico:  
esteban84valencia@  
gmail.com.mx

### Citar como:

Liderazgo y  
Comunicación  
dentro del Proceso  
Administrativo en un  
Hospital de Tercer  
Nivel y su impacto en el  
Desarrollo Institucional.  
Rev. CONAMED 2025;  
30(1):47-55.

### Fecha de recepción:

06 de diciembre de 2024

### Fecha de aceptación:

20 de marzo de 2025

## ABSTRACT

Leadership is the ability to influence the actions of people within a group or an organization to achieve certain objectives. A leader inspires and motivates his team, fosters trust and communication, and guides toward a common goal. It is crucial to identify the individual and collective interests and needs of people. Corporate communication is important to create an environment of trust between senders and receivers, helping to solve internal and external problems. One of the approaches to leadership is "Situational Leadership" that manages projects, teams, companies, and institutions effectively. There are different types of leadership such as: autocratic, democratic, transformational, and situational leadership. Therefore, the general objective of this study was to conduct a study to understand the behavior of the latent leadership and communication indicators in the HRAEI. To do so, a survey with 90 items was used. The Ixtapaluca Regional High Specialty Hospital (HRAEI) has a leader (Head of the General Directorate) who tours the entire hospital to identify the needs and interests of the workers when performing their duties, in order to subsequently provide solutions. This leader actively listens to each and every employee, generating an environment of trust. This leads to efficient leadership, as it encourages its workers to perform optimal work by providing the necessary materials, in addition to motivating them to continue doing their work correctly in a timely manner to achieve the expected objectives within the HRAEI.

**Keywords:** communication, hospitals, leadership, goals, organizations, planning.

## INTRODUCCIÓN

El liderazgo se refiere a la habilidad de los individuos para afectar el comportamiento de otros. Para lograr esto, es fundamental conocer los intereses tanto personales como grupales de las instituciones, de modo que se puedan cumplir los objetivos anuales fijados<sup>1</sup>. La comunicación dentro de las empresas, y más aún en el contexto de los hospitales, es un elemento crucial que frecuentemente no se resalta en las discusiones sobre liderazgo. No obstante, esta permite crear un entorno de mayor confianza y conexión entre quien emite el mensaje y quien lo recibe, facilitando la solución de varios inconvenientes que pueden surgir, ya sea con el personal que trabaja o con los pacientes.<sup>2</sup> La

comunicación y organización en las instituciones de salud, ha evolucionado de acuerdo a los retos y las necesidades que se presentan y se requieren en las instituciones. Este cambio hace necesario que áreas de salud, como los hospitales, se adapten para garantizar una calidad de atención en los servicios. Motivo por el cual, es importante implementar un proceso administrativo que nos ayude a encontrar e implementar una atención de calidad, calidez y efectiva al brindar los servicios de salud.<sup>3</sup>

En México, la salud es un derecho humano fundamental y toda persona que se encuentre en el territorio nacional, tiene el derecho a gozar del mismo,<sup>4</sup> motivo por el cual todos los hospitales deben contar con profesionales de salud encargados de hacerlos funcionar, sobre la base que la operatividad institucional de un complejo de salud tiene grandes retos, principalmente la comunicación y el ambiente laboral puede tornarse complejo; por tal motivo, hay que tomar medidas con las cuales se desarrolle sentido de pertenencia y responsabilidad por su profesión, llevándolos a asumir liderazgos y roles, tales como: las funciones de gestión, supervisión, coordinación, generación y ejecución de estrategias; que ayuden a optimizar el desempeño de los integrantes de los servidores públicos.<sup>5</sup>

Para que el liderazgo sea efectivo, es fundamental contar con varios elementos clave, como el reconocimiento del trabajador por sus tareas y la satisfacción al desarrollar sus labores, viéndose como parte integral del hospital. Además, es esencial fomentar el apoyo entre los trabajadores, acorde a las instrucciones que reciban de sus alternos, las cuales deben ser claras. Una buena comunicación también es crucial, ya que facilita la toma de decisiones y la resolución de problemas.<sup>6</sup> Actualmente, la manera en cómo se lideran las instituciones de salud tiene que ver con la formación, motivación, reconocimiento y compromiso para cumplir metas y brindar la atención de calidad que los pacientes merecen. Hoy en día, en una organización se exige mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de sus prestaciones. Identificar el tipo de liderazgo adecuado para estas tiene un efecto transformador, lo que a su vez impulsa la alternabilidad y democratización, para evitar un liderazgo erróneo.<sup>8-11</sup>

Los hospitales en la actualidad tienen que establecer metas bien establecidas que permitan lograr los indicadores marcados y al mismo tiempo cuidar el recurso humano.<sup>12</sup> Por lo anterior, dentro de este estudio se planteó como objetivo determinar

si las variables asociadas al liderazgo se realizan dentro de los hospitales y si estas se reflejan en la percepción de todo el personal.

## MATERIAL Y MÉTODOS

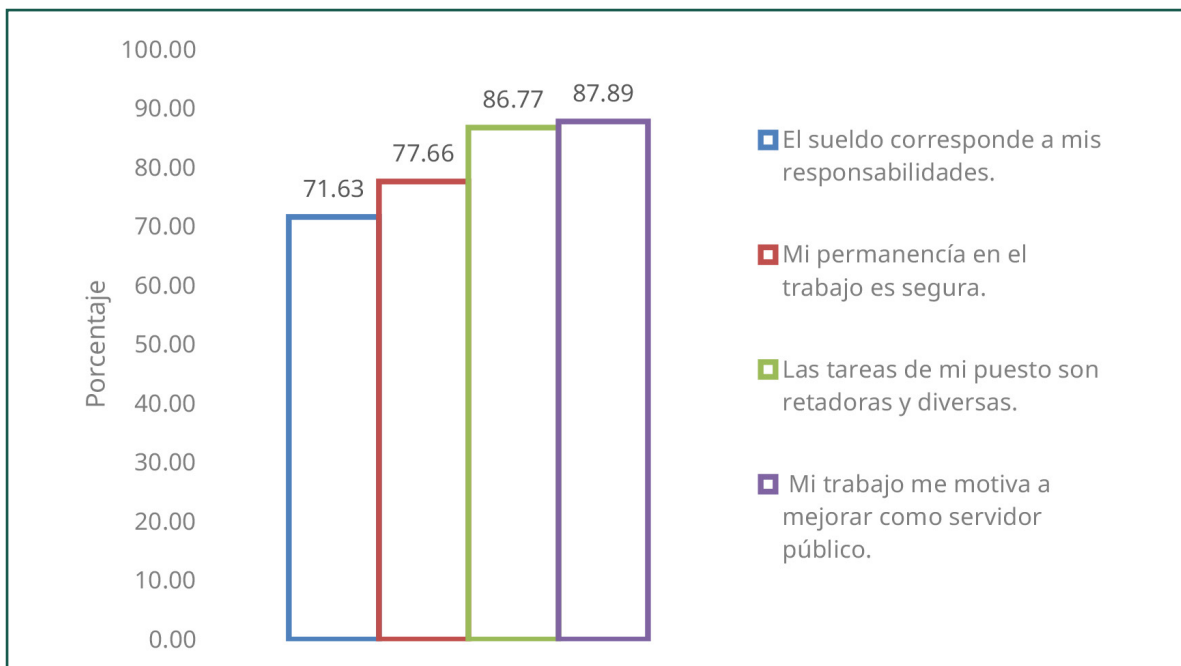
El estudio cuenta con un enfoque cualitativo y cuantitativo, para determinar el impacto del liderazgo organizacional en el rendimiento laboral, por lo que se usaron instrumentos de medición y de estadística para la recolección de la información y para el análisis de los resultados de la investigación, siendo la evidencia de tipo documental.

Asimismo, la presente investigación correspondió a un tipo de estudio descriptivo y transversal, donde se describen las variables del modelo Utrecht Work Engagement Scale, utilizado para conocer desde la perspectiva y experiencias de los colaboradores del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. Se analizó la correlación entre las variables que lo estructuran (liderazgo, rendimiento laboral) y los datos fueron recogidos del mes de agosto a diciembre del 2023, haciendo de este un estudio transversal. Se trabajó con una muestra de 1,209 trabajadores: administrativos, operativos (médicos y enfermeras), auxiliares de apoyo de todas las áreas de la institución, de una población total de 1,553 trabajadores (100%).

Para evaluar el tipo de liderazgo percibido por el encuestado se utilizó un cuestionario del modelo Utrecht Work Engagement Scale, el cual es uno de los cuestionarios más utilizados en la práctica. La encuesta se agrupa diferentes aspectos que evalúan el liderazgo dentro de la institución; Se compone de 9 cuadrantes, 18 factores generales y 90 reactivos específicos, los cuales brindan un índice acerca de cómo se percibe el clima y cultura organizacional, finalmente derivado de los resultados se valoró el impacto que se tiene en el ambiente laboral y el enlace con el liderazgo.

## RESULTADOS

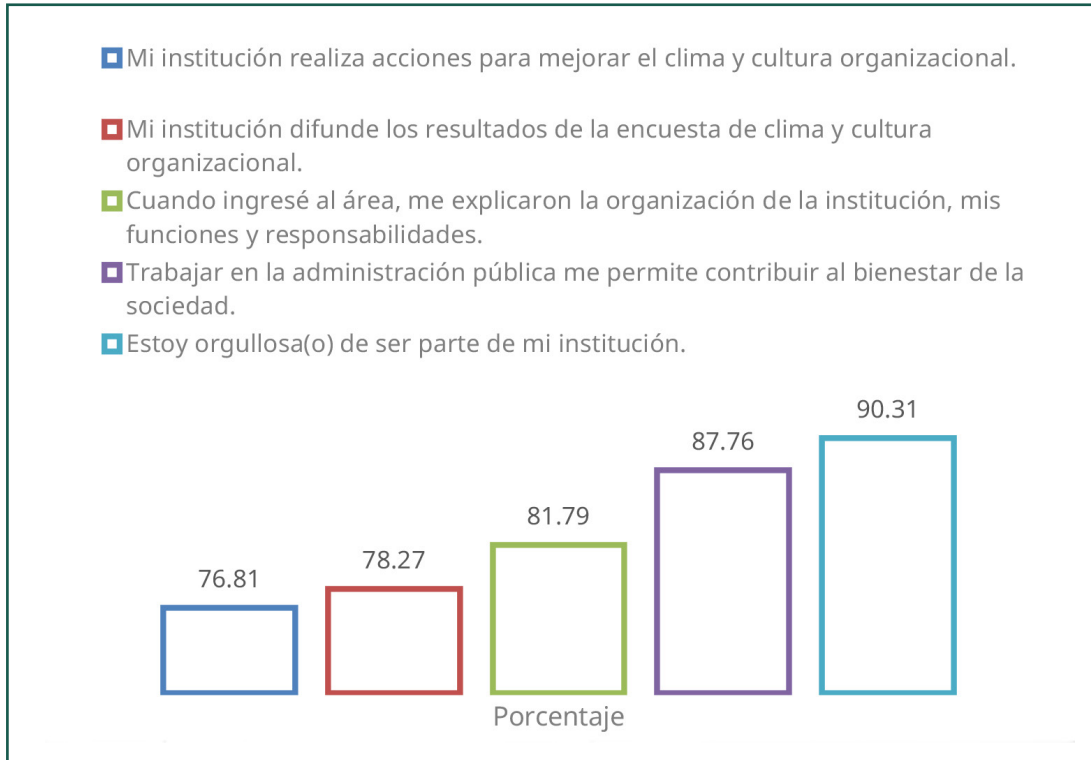
Los resultados reportados corresponden con el análisis de la encuesta realizada por la antes Secretaría de la Función Pública (SFP) actualmente Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, a los trabajadores del Hospital Regional de Altas Especialidades titulada ECCO "Programa de prácticas de transformación de clima y cultura organizacional 2023". Los resultados de la primera variante sobre "Calidad de vida laboral y estrés" reflejaron que la mayoría de los empleados del HRAEI se sienten bien en su puesto y con las actividades que desempeñan; sin embargo, se denota una controversia en lo que perciben económicamente contra lo que realizan, estos datos se pueden observar en la Gráfica 1.



**Gráfica 1.** Evaluación de la calidad de vida laboral y estrés. Datos modificadas de ECCO prácticas de transformación de clima y cultura organizacional 2023 HRAEI, por la entonces Secretaría de la Función Pública, 2023.

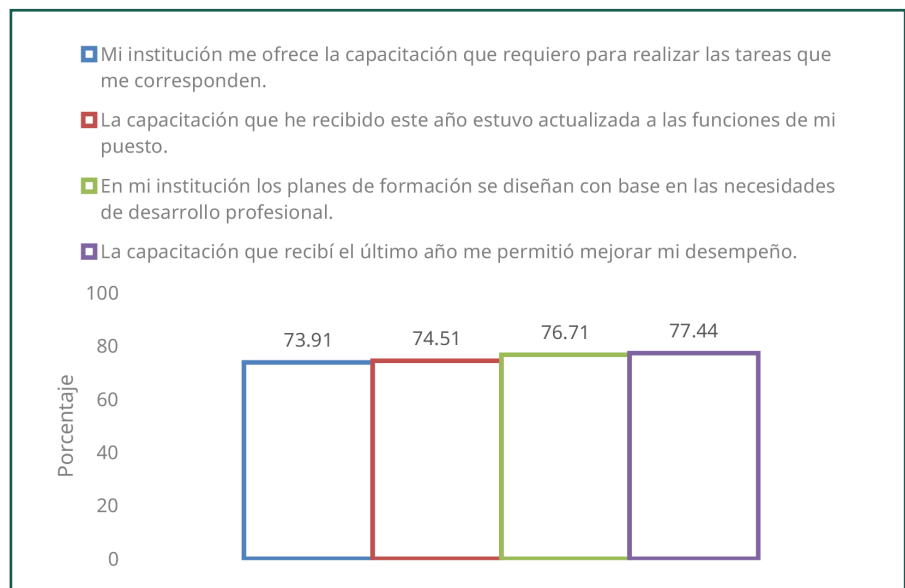
En lo que respecta a la "Evaluación del desempeño", en la Gráfica 2 se refleja la necesidad de reforzar la retroalimentación que el jefe inmediato efectúa a través del sistema de evaluación, para dar a conocer

las fortalezas y debilidades del *trabajador* y tomar medidas para alcanzar los indicadores establecidos anualmente de manera eficaz y motivarlo a alcanzar sus *metas* comunes establecidas.



**Gráfica 2.** Evaluación del desempeño. Datos modificadas de ECCO prácticas transformación de clima y cultura organizacional 2023 HRAEI, por la entonces Secretaría de la Función Pública, 2023.

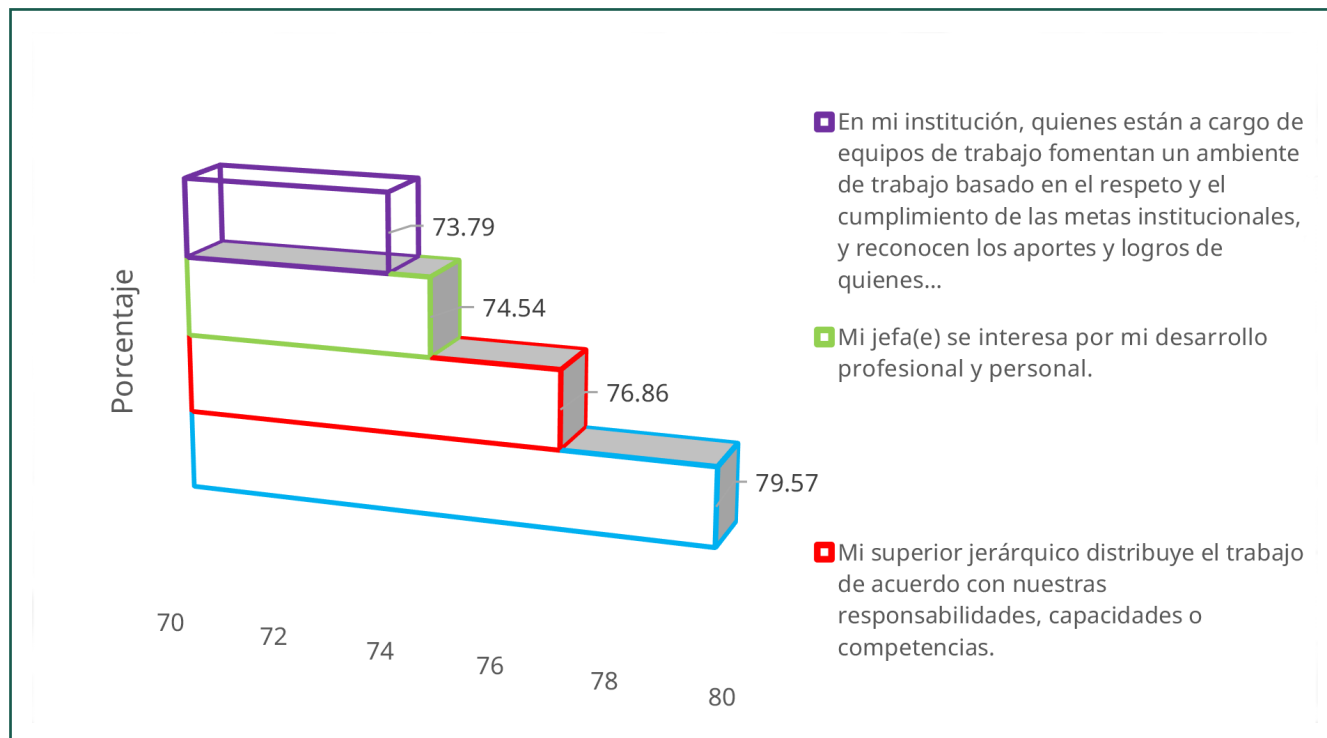
En lo correspondiente al rubro de "Capacitación", expuesto en la Gráfica 3 la mayoría de personas han determinado que esta actividad ayuda en su desempeño, sin embargo, es importante sensibilizar más al servidor público a involucrarse en temas de detección de necesidades, comunicando a su jefe inmediato las mismas para que la capacitación sea de acuerdo a su área y formación, y no exclusivamente en torno a temas médicos, sino también a temas administrativos para mejorar los procesos del HRAEI, y dentro de las estrategias se debe dar prioridad a temas como el liderazgo para mejorar y fortalecer esto en la institución.



**Gráfica 3.** Evaluación de capacitación. Datos modificadas de ECCO prácticas de transformación de clima y cultura organizacional 2023 HRAEI, por la entonces Secretaría de la Función Pública, 2023.

De acuerdo con la variable "Liderazgo" presentada en la Gráfica 4, se observa que los responsables de puestos superiores, en su mayoría, únicamente se limitan a delegar funciones. No obstante, es importante identificar áreas de *oportunidad* para el personal que tenga las cualidades de liderazgo, con el fin de delegar funciones que puedan ser llevadas a cabo mediante la comunicación asertiva, se puedan asignar actividades y responsabilidades, así como brindar una orientación para el desempeño del

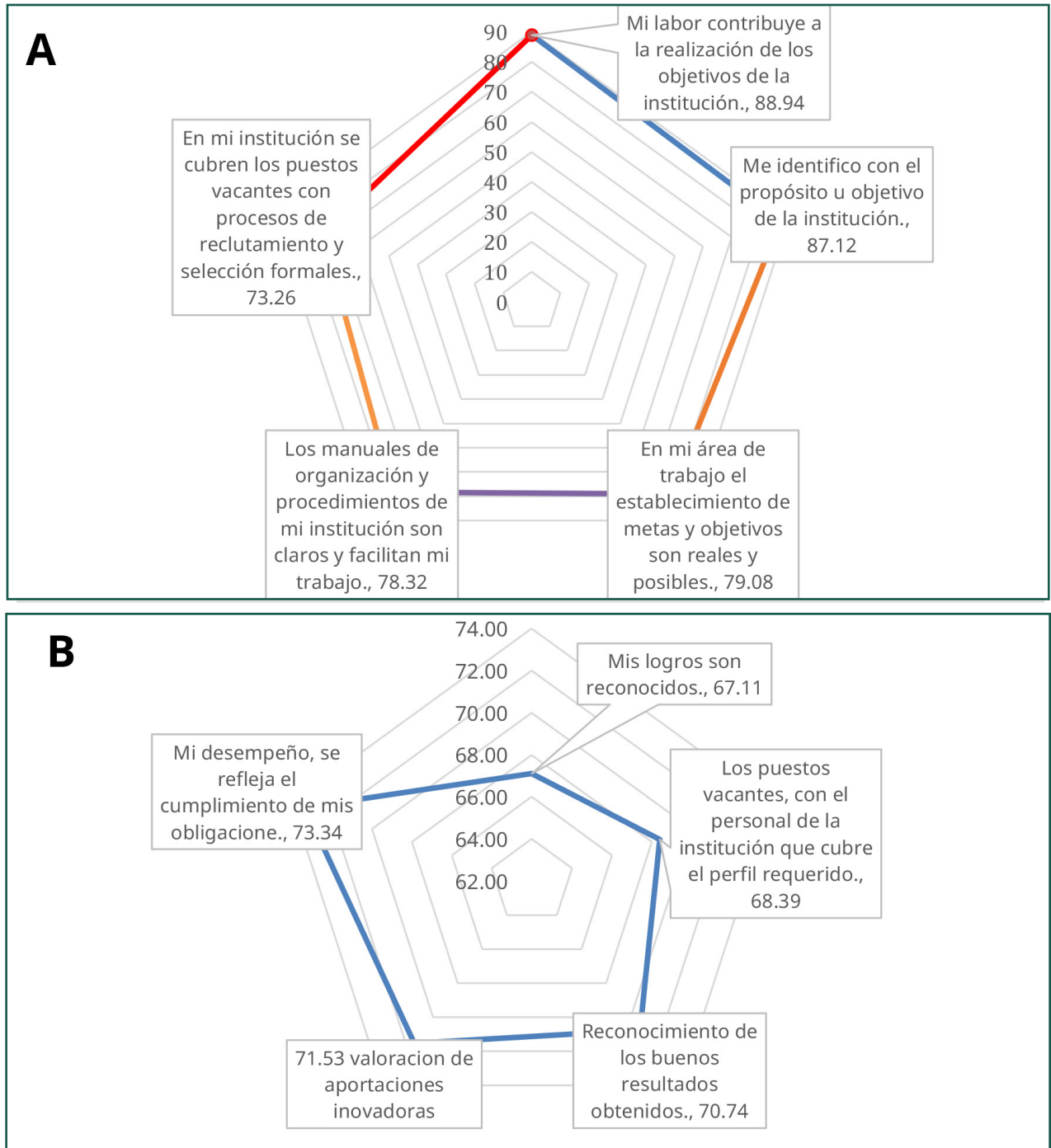
trabajo y el cumplimiento de metas. Además, se detectaron respuestas similares en lo referente a la información proporcionada por los jefes (80%) y la distribución del trabajo de acuerdo con las responsabilidades (77%). Estos datos pueden vincularse con los resultados reportados en los años 2022 y 2023, donde el HRAEI mostró un comportamiento adecuado en base a los alcances y objetivos reportados.



**Gráfica 4.** Evaluación de liderazgo. Datos modificados de ECCO prácticas de transformación de clima y cultura organizacional 2023 HRAEI, por la entonces Secretaría de la Función Pública, 2023.

En la Gráfica 5A se muestra, en primera instancia, el parámetro de "Organización" en donde los porcentajes están en un nivel por arriba de 75% en los puntos evaluados, lo que evidencia que hay una organización institucional adecuada; sin embargo, pueden ser mejorados de acuerdo con las metas del HRAEI, las cuales pueden ser impulsadas por los líderes en conjunto con su equipo de trabajo, para un mejor crecimiento tanto individual como en equipo. Asimismo, y de acuerdo con el resultado en la Gráfica 5B "Reconocimiento laboral", los empleados externaron sentir que su trabajo no es formalmente

reconocido 67.11%, por lo que, los líderes de cada área deben buscar las estrategias para mejorar este aspecto, con el fin de que sus empleados se sientan más valorados y así atraer más productividad en cada uno de ellos. Además, al ser un hospital digitalizado, la innovación es latente en las áreas operativas. Este enfoque se refleja en las aportaciones innovadoras, lo cual aporta al desarrollo institucional rasgos característicos en su desempeño y operatividad.

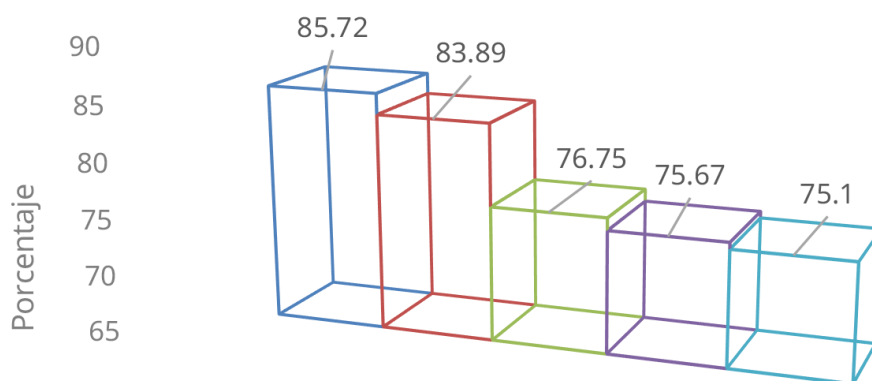


**Gráfica 5.** Datos obtenidos del clima organizacional 5 A Organización y 5 B Reconocimiento Laboral. Datos modificados de ECCO prácticas de transformación de clima y cultura organizacional 2023 HRAEI, por la entonces Secretaría de la Función Pública, 2023.

Finalmente, en lo que corresponde a "Trabajo en equipo", se puede apreciar que el empleado se siente parte de su grupo de trabajo, sin embargo, no logra percibir las acciones que el HRAEI ha implementado en temas de trabajo en equipo y colaboración. Por tal motivo, es importante que el

hospital establezca estrategias, por parte de los jefes líderes de las áreas, para integrar a los trabajadores y se realicen más trabajos en equipo, que agilicen procesos y procedimientos, al mismo tiempo que el equipo de trabajo tenga un sentido de pertenencia.

- Soy una parte importante de mi equipo de trabajo.
- Mis compañeras y compañeros en el área me tratan con respeto
- En mi institución se promueve la cooperación entre las personas que integran equipos de trabajo.
- En mi institución se trata con respeto a todas las personas que ahí colaboramos, sin agredir, insultar, amenazar, humillar, intimidar o realizar conductas similares



**Gráfica 6.** Evaluación de Trabajo en Equipo. Tomado y modificadas de ECCO 2022 Prácticas de transformación de clima y cultura organizacional 2023 HRAEI, por la entonces Secretaría de la Función Pública, 2023.

## DISCUSIÓN

Una vez interpretados los resultados, ahora se puede concluir que el HRAEI cuenta con un liderazgo regular, al reflejar el análisis que los altos mandos les proporcionan información relevante para llevar a cabo sus labores, sin embargo, éste debe ser mejorado para aumentar la productividad de los trabajadores y lograr que las metas propuestas por el hospital junto con su misión y visión sean cumplidas de manera adecuada. El clima organizacional se conceptualiza como “el ambiente psicológico que resulta de los comportamientos, los modelos de gestión y las políticas organizacionales, que se refleja en las relaciones interpersonales”.<sup>13</sup> La responsabilidad de garantizar las relaciones laborales estables, positivas y agradables es responsabilidad primordial de los directivos, pero a su vez de todo el personal de la institución.<sup>13</sup> El clima organizacional es fundamental dentro del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, al ser una institución de tercer nivel y tener los 3 pilares esenciales que son: la atención clínica, la enseñanza y la labor de investigación. Un

reconocimiento del clima organizacional permite procesos, tales como: intervenciones certeras a nivel de diseño, planificaciones estratégicas, cambios en el entorno organizacional interno, gestión de programas motivacionales, gestión de desempeño con mejora de sistema de comunicación interna y externa, mejora de procesos productivos, mejora en los sistemas de retribuciones, entre otros. La eficiencia de los servicios de las instituciones hospitalarias depende de la gestión del titular de la institución, quien debe desempeñarse como líder y administrador para dirigir las actividades laborales. Su liderazgo determina los resultados, pues su labor es la de hacer cumplir las funciones asignadas desde una perspectiva estratégica, a fin de desarrollar el potencial del recurso humano a través de un liderazgo asertivo.<sup>15</sup>

En ese sentido, el liderazgo es “la capacidad de un individuo de influir sobre otros, motivarlos y facilitar su contribución a la eficacia y el éxito de la

organización" por tal motivo estimular en los líderes para tener una mejor comunicación y estructura dinámica potenciará sus actividades. También se puede definir como "un proceso donde intervienen personas, de manera individual o grupal, para establecer influencia sobre otras, con el fin de que se cumplan los objetivos y metas, así como impulsar estímulos motivacionales que sirvan de apoyo en la realización de actividades laborales comunes, con actitud entusiasta y ambientes positivos de trabajo dentro de la organización".<sup>14</sup> Es por ello que, se ha determinado que el principal factor a mejorar dentro del HRAEI es el liderazgo, la propuesta consiste en identificar elementos que sean líderes en las diferentes áreas operativas, al lograr esto se podrá asignarlos como asistentes de los jefes inmediatos, con lo que se mejorarán diversos problemas, como son: la motivación, la iniciativa y el compromiso; asimismo, un buen líder debe aportar ideas y dar soporte para la implementación de nuevas estrategias, con lo cual se logrará una mejora en el ambiente laboral, factor que muchos empleados creen que no se lleva de manera correcta. La implementación de cursos, talleres y capacitación en administración gerencial desarrollará las habilidades de liderazgo, tanto para el personal médico como el administrativo.

El estilo de dirección y clima organizacional son elementos importantes porque tienden a influir sobre la forma en el que un trabajador realiza sus actividades laborales y la forma en la que se atiende al paciente. Cuando se encuentran resultados con nivel de liderazgo organizacional bajo es muy común que los problemas comunicativos se acentúen dentro del hospital, esto origina que no exista una buena comunicación entre jefes o directivos y trabajadores.<sup>14</sup> Otro factor que influye en el liderazgo administrativo es la gestión del tiempo para poder establecer prioridades. Un líder debe ser capaz de diferenciar entre las tareas importantes de las tareas urgentes, con el apoyo de su equipo de trabajo. La falta de esta habilidad puede generar inestabilidad en el clima laboral, en su mayoría propiciada por el estilo de liderazgo utilizado, por lo que es fundamental identificar y corregir estos factores para generar liderazgo y un clima organizacional de calidad.<sup>14</sup>

En Estados Unidos, se tiene la connotación que al contar con una dotación de personal adecuada, así como apoyo organizativo y administrativo dentro de las instituciones son elementos claves para mejorar la calidad de la

atención al paciente, disminuir la insatisfacción y el agotamiento laboral del recurso humano en última instancia y mejorar la problemática de retención de los trabajadores en el entorno hospitalario.<sup>11</sup> En España, los hospitales públicos tienen una mayor especialización y el clima organizacional es más destacado que en los hospitales privados. Además, en los hospitales públicos, las características de los recursos humanos y su gestión pueden tener un impacto significativo en la percepción del clima, lo que da mayor importancia al clima organizacional como determinante del clima ético.<sup>12</sup> Mientras tanto, en México, un clima organizacional favorable va a condicionar una mayor calidad en la vida de los integrantes de la institución de salud y, por ende, una mejora sustancial en la prestación de servicios de salud al derechohabiente, las relaciones entre los miembros de una organización y el conocimiento mutuo que poseen éstos, desempeña papel clave en la configuración de la percepción del clima que se genera en el grupo.<sup>16</sup>

Finalmente, dentro de las instituciones, el apartado de evaluación del desempeño, debe confluir para que se pueda realizar una adecuada determinación de los avances para conseguir los objetivos y metas propuestas, y permitir una correcta evaluación de los indicadores, por ello se ha propuesto que se realice una evaluación cada 2 meses; a lo largo de 6 meses, para obtener 3 evaluaciones, en las cuales se podrá determinar si las problemáticas tuvieron solución rápida o simplemente se ha ido prolongando su solución; asimismo, con esta evaluación, se pretende identificar más rápidamente las oportunidades de mejora para un mayor crecimiento en el HRAEI.

## CONCLUSIONES

El liderazgo en el HRAEI es un área importante de mejora para alcanzar una productividad del personal, enfocado en la verdadera realización de la misión y la visión de la institución. La aplicación de un liderazgo más asertivo intensificado por la comunicación y un clima organizacional útil se presenta como obligatoria. Estimular el mejor desempeño desde los niveles jerárquicos más altos, potenciará las áreas operativas y capacitarlos en habilidades de administración puede mejorar la identificación de las áreas de oportunidad para mejorar y la dirección de su equipo. Además, es preferible que los jefes tengan una comunicación fluida con su personal

para reconocer las necesidades y generar confianza y un ambiente laboral adecuado.

El clima organizacional no solo influye en la productividad del personal, sino también en la interacción con los pacientes. La aplicación de un liderazgo efectivo y el desarrollo de sus habilidades directivas beneficiarán el ambiente laboral en el hospital.

## REFERENCIAS

1. Atuesta Camacho, Laura María Bustos Cifuentes, Nicoll Vanessa Caballero Carranza, Manuela Duque Torres, Jessica Muñoz Lemus, Claudia Alejandra Novoa Gamba, Cristian Julián Quiñones Franco, Cristian Andrés Reyes Cepeda, Karen Natalia Sáenz Dávila, Laura Emma Sepúlveda Díaz, Karen Yiseth Vargas Guezguan, Angie Julieth Bustos Zambrano, Julián Hermidez. . Gobierno corporativo hospitalario y sus efectos en la gestión organizacional; 2022
2. I Pahí, B. E., & Donet, A. R. Digital Soft Skills: Habilidades necesarias para una buena gestión y liderazgo en los puestos de trabajo. Profit Editorial; 2022
3. Rojas-Sánchez, M., Rosas-González, E., Xequemoraes, Á. S., García-Rodríguez, I., & Padrón-Méndez, N. Z. Estilo de liderazgo y clima organizacional en profesionales de enfermería de un hospital público, México. *Sanus*, 7; 2022
4. De Diputados, C. Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Cámara de diputados; 2012
5. González Macías, J. O. El liderazgo como factor de éxito y alto rendimiento en una empresa de diagnóstico médico integral. 2017
6. Salas Vallina, A. Liderazgo transformacional, capacidad de aprendizaje organizativo y felicidad en el trabajo, 2013
7. Mojica, A. T. La relación de liderazgo: entre las teorías del liderazgo situacional y la acción humana (Doctoral dissertation, Universidad de Navarra); 2020
8. Hersey, P., & Blanchard, K. Liderazgo situacional. Englewood Cliff: Prentice Hall; 1972
9. Benjamin, G. C.; Asegurar la equidad en la salud durante la pandemia de COVID-19: el papel de la infraestructura de salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 2020, 44, NA-NA
10. Pinzón-Espitia, O. Liderazgo en los servicios de salud. *Ciencia y Salud Virtual*; 2014, 6(1) 37-53
11. Vargas, G. M. G., & Delgado, V. H. O. Liderazgo para una gestión moderna de procesos educativos. *Revista Educación*; 2010, 34(1) 15-29
12. Alles, M. A. Diccionario de términos de Recursos Humanos. Ediciones Granica SA; 2011
13. Niño, L. C., Rodríguez, Y. C. A., & Cárdenas, M. B. Modelo de intervención en clima organizacional. *International journal of psychological research*; 2009, 2(2), 121-127
14. Hernández Gracia, T. J., Duana Avila, D., & Polo Jiménez, S. D. Clima organizacional y liderazgo en un instituto de salud pública mexicano. *Revista cubana de salud pública*; 2021, 47(2)
15. Vera de Corbalán, M., & Samudio, M. Clima organizacional de enfermería en los hospitales regionales del Instituto de Previsión Social. *Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud (Impr)*; 2013, 41-54
16. Fors, C. V., Odriozola, G. G., Zabaleta-del-Olmo, E., & Moral, E. G. La investigación en atención primaria como área de conocimiento. *Informe SEPAS 2012. Gaceta Sanitaria*; 2012, 26, 76-81
17. García, I. G., Castillo, R. F., & Santa-Bárbara, E. S. Nursing organizational climates in public and private hospitals. *Nursing ethics*; 2014, 21(4), 437-446
18. Juárez-Adauta, S. Clima organizacional y satisfacción laboral. *Revista médica del instituto Mexicano del Seguro Social*; 2012, 50(3), 307-314

Copyright © 2025 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
Todos los derechos reservados

### Conflicto de intereses:

"Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

# ¡Convocatoria Abierta!

**PUBLICA EN  
NUESTRA REVISTA**

*CONSULTA LOS LINEAMIENTOS*



[www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/revista.php](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/revista.php)





Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo,  
Colonia Tacuba, 11410, Ciudad de México  
Teléfono 5554207000  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/revista.php>



**Salud**  
Secretaría de Salud



**CONAMED**  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico