

# Modelo de Calidad que incorpora Indicadores Clínicos y de Seguridad en un Hospital Privado de la Ciudad de México\*

## Quality model that incorporates clinical and safety indicators in a private hospital in Mexico City

Dra. Mari Nieves Fernández-Dosal<sup>1</sup>, Lic. Verónica Sofía Aguilar-Morales<sup>2</sup>,  
Lic. Susana Olvera-Tapia<sup>2</sup>, Dr. Juan Ramón Fabregat-Ramírez<sup>3</sup>

### Trabajo ganador del premio SOMECASA: "Dr. Enrique Ruelas Barajas"

#### Resumen

El presente trabajo describe el desarrollo e implementación de un Modelo de Calidad propio, en un sistema de salud privado de 181 camas asignables, de tercer nivel en la Ciudad de México. Se especifican los antecedentes, la estructura, las actividades y funciones llevadas a cabo por los diferentes comités, el uso de indicadores, la implementación de estándares de calidad y seguridad en el personal de atención al paciente. Se detallan las fortalezas y dificultades encontradas para la transformación de la cultura organizacional, lo que permitió la creación de un Plan de Calidad y Seguridad basado en datos que orientan el desarrollo de nuevos procesos enfocados a la seguridad del paciente. *Rev. CONAMED. 2009; 14 (1): 45-54.*

#### Introducción

La búsqueda por garantizar la seguridad y la satisfacción de expectativas en la atención de la salud, ha llevado a nuestra institución a desarrollar estrategias orientadas a implementar mejores procesos, que requieren un profundo cambio en la cultura de la organización. El desarrollo de un modelo de calidad y de una estructura que favorece este cambio, ha permitido lograr importantes avances en esta dirección.

#### Abstract

This paper describes the development and implementation of a Quality Model itself in a third level healthcare system with 181 beds in Mexico City. The history, structure, activities, as well as the data used, implementation of quality and safety standards for the healthcare personnel are described. It includes the strengths and difficulties found in the cultural transformation process that allowed the creation of a Quality and Patient Safety Plan based on information that orients the development of new processes that are directed to patient safety.

#### Antecedentes

El sistema de salud está conformado por un hospital de alta especialidad de 117 camas asignables y otro con 64, que incluyen todas las especialidades médicas y quirúrgicas, además de contar con dos Clínicas de Beneficencia.

La historia de la calidad en el hospital se remonta a 1991, siendo de las primeras instituciones en tomar conciencia de la importancia de que los servicios de salud se orientaran a

<sup>1</sup> Gerente de Calidad, Centro Médico ABC; <sup>2</sup> Coordinadora de Calidad Centro Médico ABC; <sup>3</sup> Director Corporativo de Calidad Centro Médico ABC.

Correspondencia: Mari Nieves Fernández, Gerente de Calidad, Centro Médico ABC. Sur 136, No 116, CP 01120, México D.F. Correo electrónico: mnfdzd@yahoo.com.

la mejora. En 1993 se crea un área de calidad en donde se evalúa la satisfacción de los pacientes, dando seguimiento a quejas aisladas.

En 1998 se crea el Comité de Calidad, el cual establece la necesidad de contar con un Modelo de Calidad propio, para lo cual se realiza un diagnóstico inicial del estado de la calidad hospitalaria. Posteriormente se crea el Modelo de Calidad Institucional. (Figura 1)



Figura 1. Modelo de Calidad 1999-2006.

En 1999 se inicia el primer Plan de Mejora y es uno de los primeros 10 hospitales en ser certificados por el Consejo de Salubridad General.

A partir del año 2000 se inicia la difusión del Modelo de Calidad en todas las áreas, así como, en el proceso de inducción de todo el personal de nuevo ingreso. Se desarrolla e implementa un nuevo Sistema de Evaluación de la opinión del cliente, con encuestas estandarizadas y reportes sistemáticos a los responsables de las áreas. Se llevan a cabo diagnósticos situacionales de las áreas críticas y se establecen planes de mejora.

En 2004 se elaboran guías clínicas por parte de cada uno de los servicios y se lleva a cabo la recertificación del Campus 1 con los nuevos criterios del Consejo de Salubridad General.

En el año 2005 se inician operaciones en el Campus 2, el cual hereda los principios del Modelo de Calidad e inicia los trabajos de preparación para la Certificación del Consejo. La visión del Comité de Calidad incluye el elevar los estándares de calidad para optar por una acreditación internacional.

En 2006 se lleva a cabo la auditoria del Consejo de Salubridad General y el Campus 2 es certificado con un destacado desempeño. Durante el mismo año se firma una alianza estratégica con el Hospital Metodista de Houston, la cual conlleva cambios en la estructura organizacional y se inicia la preparación del Área de Calidad para la acreditación

internacional. En el mismo año, una asesoría internacional, denota que nos falta extendernos a aspectos clínicos, no hay involucramiento del cuerpo médico, falta el abordaje multidisciplinario de los problemas y la ausencia de «benchmarking» internacional.

En 2007 se crea la Dirección Corporativa de Calidad, cuya misión es involucrar a toda el área médica en los proyectos de mejora. Se inicia un sistema de evaluación de la calidad para cada línea de servicio, del hospital en conjunto, continuando con las acciones necesarias de mejora para la seguridad del paciente durante el proceso de atención. Se modifica el Modelo de Calidad, a fin de orientar todos los procesos a la atención integral al paciente. (Figura 2)

En 2008 se establece un nuevo formato para reporte de incidentes en forma electrónica en donde se detectan errores, casi errores y alertas en la atención de los pacientes.



Figura 2. Modelo de Calidad Actual

### Estructura

Como consecuencia de la falta de incorporación del cuerpo médico en los procesos, no se contaba con guías clínicas formalmente aprobadas e incorporadas en la práctica diaria. El sistema de credencialización y privilegios, no tomaba en cuenta el desempeño, nos encontrábamos con resultados clínicos, aunque buenos dentro del contexto general del país, con áreas de oportunidad al compararnos con los centros de excelencia internacionales y con la «parálisis», por razones de presión entre pares, de los sistemas de reporte de incidentes y de casos centinela. Nuestro sistema de farmacia, como pasa frecuentemente en nuestro medio, no participaba en la vigilancia farmacológica.

Conscientes de la necesidad de involucrar a toda la institución en el proceso y reconocedores de que la calidad

es la resultante de todas las calidades personales, nuestro centro médico, decide reestructurar el sistema de calidad con un nuevo plan global de seguridad y calidad, con una nueva estructura:

1. Gobierno y liderazgo.
2. Recolección, medición, y análisis de datos, incluyendo aspectos clínicos.
3. Procesos de mejora, superando definitivamente los conceptos de «control» de calidad.

Se estableció (Figura 3), que habría tres niveles para la promoción de la mejora de la calidad con información compartida y común dentro de los niveles jerárquicos, uno a nivel del patronato, otro a nivel dirección y mandos intermedios y uno más a nivel de los efectores finales de las acciones del hospital, organizados por medio de líneas de servicio.



Figura 3. Organigrama de Comités de Calidad.

El enfoque del Plan de Calidad y Seguridad al Paciente, se orienta a implementar actividades e indicadores que promuevan las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente dentro de todas las áreas de la Institución y el enfoque de proyectos de mejora, que se deben dirigir al cuidado del paciente y a su seguridad.

Una vez que se han realizado las actividades y hay indicadores específicos, que muestran mejoramiento de un área específica de proceso, los directivos se enfocarán en otro proceso que necesite ser modificado y reiniciar el ciclo de mejoramiento.

### Comités de mejora

Se crearon tres tipos de comités multidisciplinarios en diferentes niveles. Ellos son responsables del diseño, análisis y monitoreo de datos para proporcionar un cuidado seguro y adecuado a los pacientes.

### Comité de Calidad del Patronato

El Comité de Calidad del patronato es responsable de apoyar las iniciativas clínicas y operacionales para la mejora. Orienta los esfuerzos de la organización, proporcionando el liderazgo, dentro del Hospital, para dirigir los objetivos de Mejora-

miento de Calidad y establecer las acciones requeridas. Las prioridades son los procesos de cuidado crítico dentro del Hospital y las Metas de Seguridad del Paciente.

### Comité de calidad hospitalario

El Director de Calidad lidera el Comité de Calidad Hospitalario, en el cual se involucra a todos los líderes y jefes de servicio, para establecer programas y prioridades para la atención, identificando los recursos necesarios para ello, implementando nuevos procesos y sistemas, valorando los indicadores estratégicos para análisis de resultados y establecimiento de acciones de mejora. Colabora en el Plan de Calidad y desarrollo de acciones para acreditaciones y certificaciones.

### Comités de mejora de calidad (CMC)

Actualmente, cada una de las líneas de servicio tiene un comité de mejora, la función de tales comités es monitorear y analizar los indicadores de su línea de servicio, para desarrollar las acciones de mejora de eficiencia, así como proporcionar información y requerimientos al Comité de Calidad del Hospital.

La idea central es conocer con la mayor veracidad posible la situación de los servicios, hacer un análisis profundo y tratar de promover un esquema de mejora continua, como se expresa en las Figuras 4 y 5. Esto se logra a través de la medición de los siguientes indicadores:

- Volumen
- Mortalidad y morbilidad
- Utilización
- Proceso
- Satisfacción
- Seguridad
- Financieros
- Eventos centinela

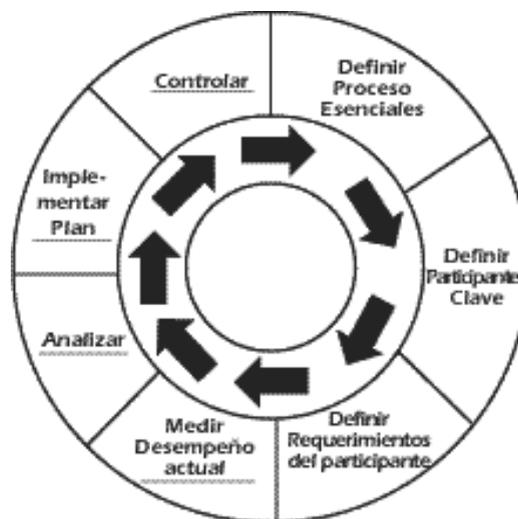


Figura 4. Ciclo de Mejora.

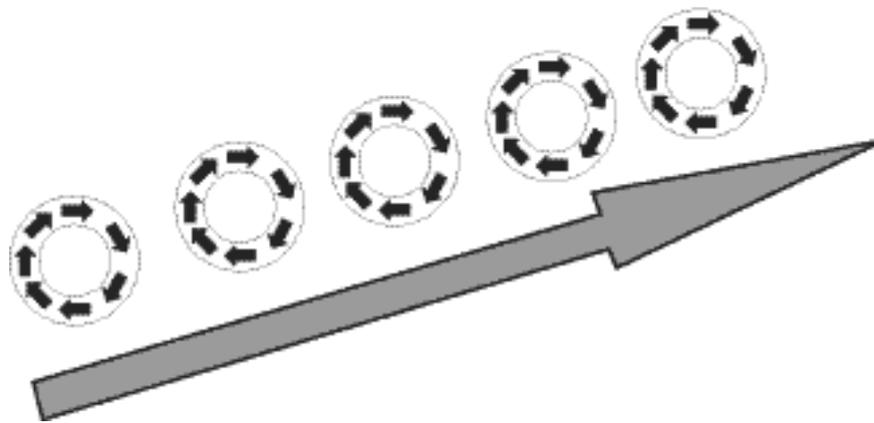


Figura 5. Mejora Continua.

### Traspaso de la Calidad al personal de línea

En la institución, los objetivos del Plan de Calidad y Seguridad han sido creados por las Áreas Directivas y de Calidad:

1. Promover una gestión basada en la mejora continua y reducción de riesgos (Figura 6).

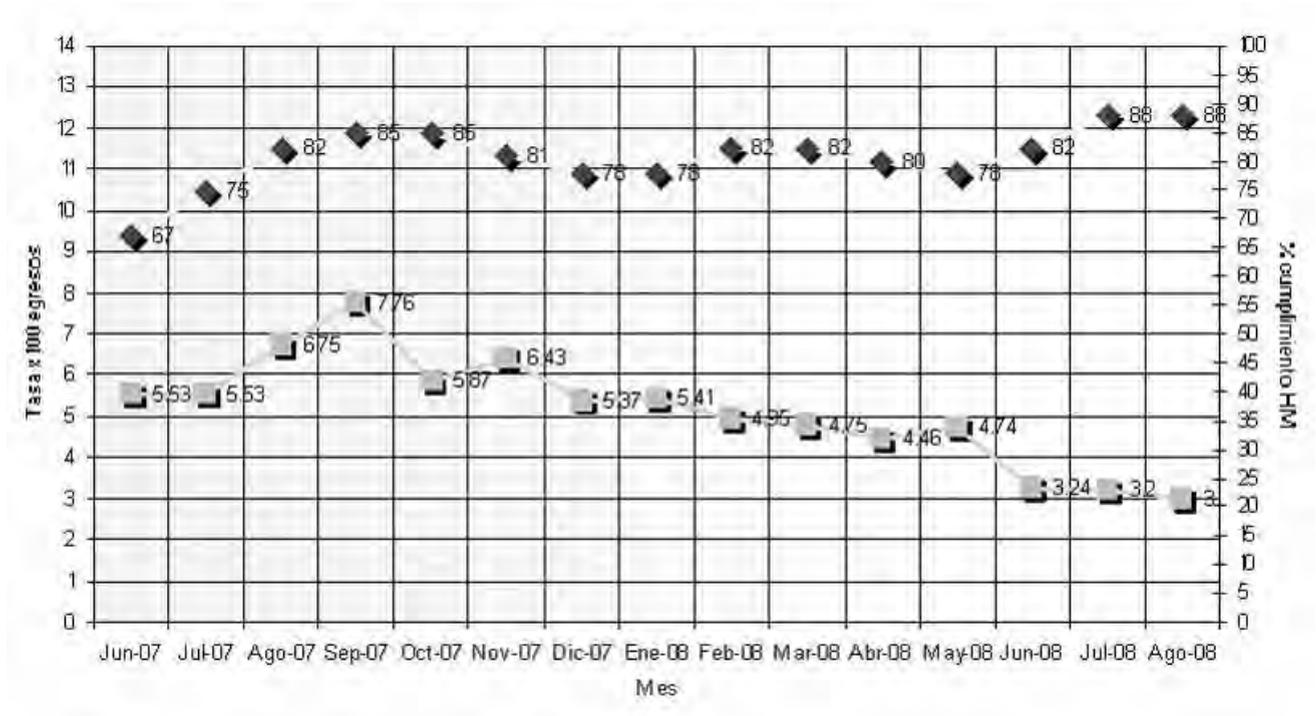


Figura 6. Gráfica Comparativa de Higiene de Manos vs. Infecciones

2. Establecer políticas que fomenten la participación de los colaboradores del Cuerpo Médico en las actividades institucionales de mejora de la seguridad y calidad.
3. Lograr la participación multidisciplinaria de los profesionales de la Organización en la mejora de la calidad y la seguridad a través de la creación de Líneas de Servicio.
4. Facilitar la gestión de los procesos de mejora en las diferentes áreas mediante el establecimiento de Comités de Mejora de Calidad de cada línea de servicio (Figura 7).

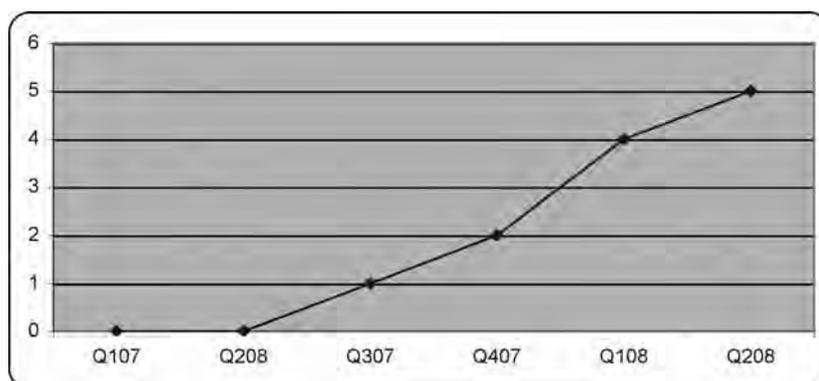


Figura 7. Gráfica de Comités de Calidad Productivos y Estables.

5. Elaborar Protocolos de Actuación para los problemas de salud más frecuentes en las dos unidades.
6. Favorecer la comunicación con los pacientes y acompañantes, a través del personal de Atención a Público y encuestas de salida, buzones y a través de la página de Internet. (Figura 8)



### 1. RESUMEN DE RESULTADOS

Periodo: 2008



Figura 8. Gráfica de Satisfacción y Gráfica de Total de Quejas, Insatisfacciones, Sugerencia y Felicitaciones que proporciona el Sistema Integran de Evaluación de la Opinión del Cliente (SIEVOC).

7. Proporcionar a los pacientes y acompañantes trámites cómodos y sencillos.
8. Fomentar la participación de los pacientes y familia en el proceso de atención a través de información y consentimientos específicos para la misma.
9. Adaptar los procesos a las necesidades y expectativas de los pacientes.
10. Desarrollar e implantar un Plan de Educación para la Salud. (Anexo 1)
11. Desarrollo de procesos eficientes, seguros y basados en la mejor evidencia científica disponible, a fin de obtener la satisfacción de los pacientes, sus familias y de los profesionales.
12. Elaborar e implementar un Plan de Comunicación Interna.
13. Evaluar el cumplimiento de los objetivos del Plan de Calidad y Seguridad del Hospital.
14. Elaborar e implementar un Plan de Formación en Calidad dirigido a la difusión de la cultura, metodología y herramientas de gestión para la mejora continua de la calidad.
15. Impulsar la mejora continua en busca de la excelencia.

La cultura organizacional dentro de la institución se ha transformado, siendo un elemento de gran importancia que permite afianzar ciertas conductas e inhibir otras, alentando la participación y conducta madura de todos los integrantes que forman parte de la Organización, a través de la interacción del conjunto de valores, creencias y entendimientos importantes que los integrantes de una organización tienen en común.

El objetivo más importante para el Centro Médico es que las funciones de atención al paciente sean encaminadas siempre a la satisfacción de sus necesidades dentro del marco de valores que propone el Modelo de Calidad (Figura 2).

El Cuerpo de Gobierno y los líderes del hospital, son responsables de la promoción de un cambio cultural en la

institución, mediante principios de mejora de calidad que usan datos para mejorar y desarrollar nuevos procesos en toda la organización. El objetivo de involucrar a todo el personal en estas iniciativas de mejora de calidad favorece un cambio cultural que involucra todos los aspectos de la organización.

Se ha rediseñado la estructura organizacional para el mejoramiento de la eficiencia, a fin de lograr mejores resultados basados en la información, durante los comités de las nuevas líneas de servicio, que incluye la planeación y monitoreo de la mejora de calidad y el programa de seguridad del paciente. Esta estructura pretende:

- Promover el mejoramiento de calidad.
- Analizar la calidad y seguridad de los procesos realizados.
- Identificar líderes, actores y destinatarios de los procesos en cada nivel.
- Promover el análisis de las causas de los problemas.
- Priorizar y validar los planes de mejoramiento.
- Evaluar los resultados de los planes.
- Facilitar los recursos humanos y materiales para el desarrollo del proceso.

Los errores pueden ocurrir en cualquier proceso humano por lo que se decidió crear un sistema eficiente de reporte de que nos permita:

- Fomentar una cultura de calidad no punitiva.
- Considerar a los incidentes como una oportunidad de mejora.
- Favorecer la importancia de la información sobre el fallo mismo, dando oportunidad a reconocer la deficiencia.
- Analizar sus causas y elaborar estrategias para prevenirlos.

Dentro de la organización se ha trabajado sobre el reporte de los errores desde el año 2004, realizándose de forma manual, cubriendo sólo el punto referente a los medicamentos; las personas que reportaban eran jefes o supervisores. (Figura 9)

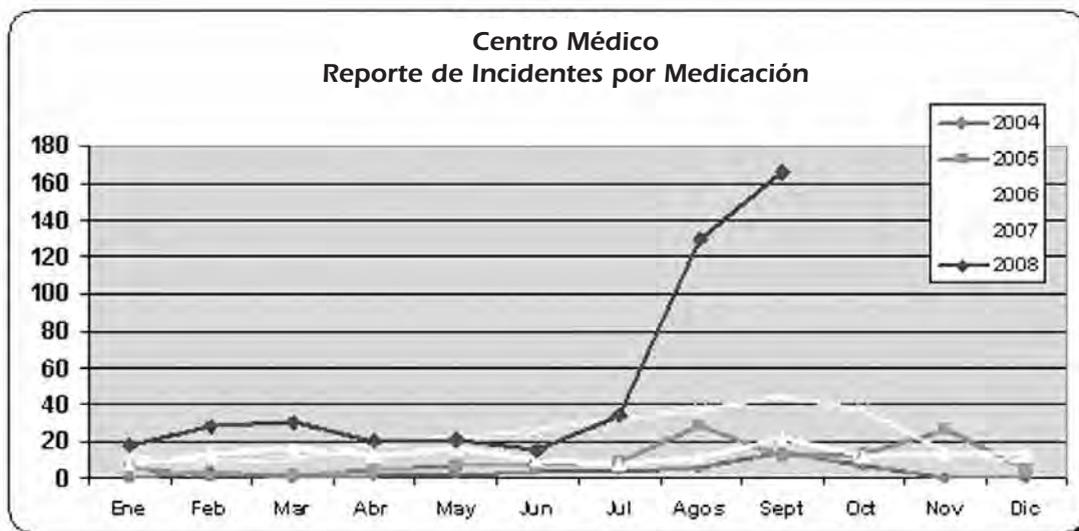


Figura 9. Gráfica de Reporte de Incidentes.

En 2008 se crea el sistema electrónico de reporte de Incidentes clínicos ubicado en intranet (Figura 10) disponible en todas las computadoras de la organización, con lo que se abaten barreras. En éste se notifican en forma voluntaria y anónima los errores que se producen en la práctica clínica habitual.

Figura 10. Pantalla Inicial del Sistema Electrónico de Reporte de Incidentes.

Las notificaciones de errores que describen situaciones de riesgo, como pueden ser lesiones permanentes, incidentes próximos a la muerte o la propia muerte (eventos centinela), requieren un análisis multidisciplinario de causas con los profesionales implicados en el error y la adopción inmediata de medidas no punitivas, dirigidas a la prevención y a la mejora de los procesos (Figura 11).

Estamos convencidos de que el que más notifica, NO es el que más se equivoca.

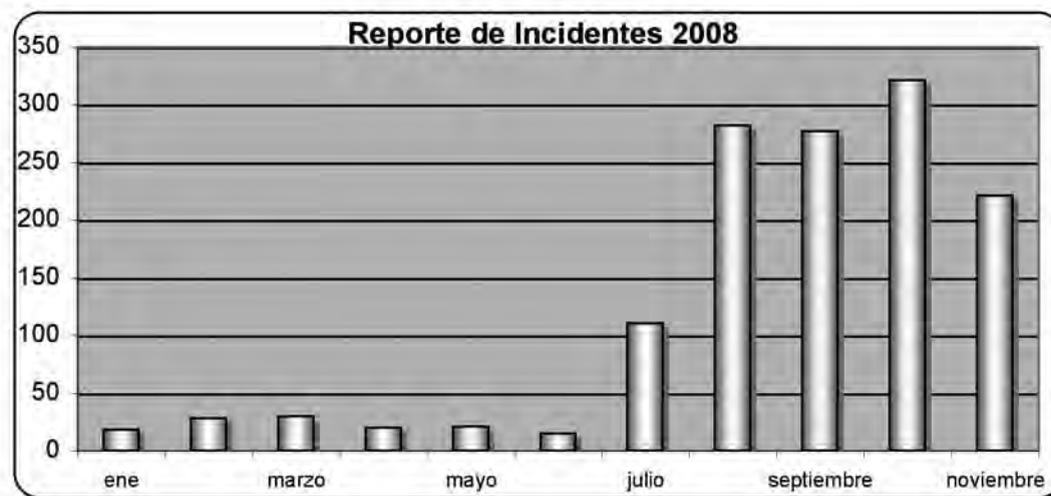


Figura 11. Gráfica de Reportes de Incidentes.

## Metas internacionales para la Seguridad del Paciente

En el Centro Médico consideramos que prevenir un daño al paciente a través de una respuesta efectiva y oportuna, es la clave para reducir problemas potenciales y así poder generar la seguridad hacia el mismo. Por lo que, hemos desarrollado toda una metodología para llevar a cabo la implementación de las «Metas de Seguridad del Paciente».

A fin de contribuir a la prevención de incidentes y como consecuencia su reducción, se inició una campaña de difusión para todos los empleados. Durante seis semanas se dio a conocer cada una de las metas de seguridad y la manera en como se llevan a la práctica dentro de la Institución (Figura 12).

1. Meta: «Identificación de paciente correcto». Usamos dos datos para identificar al paciente: 1) Nombre completo y 2) Fecha de nacimiento, al momento de administrar medicamentos, productos sanguíneos, toma de muestras de laboratorio y otros procedimientos.
2. Meta: «Mejorar la comunicación efectiva». Verificamos las órdenes verbales y telefónicas de las indicaciones de atención o reporte de resultados de laboratorio, haciendo que la persona que documente, enseguida lea la misma para confirmar y verificar la información.

3. Meta: «Seguridad en el manejo de medicamentos de alto riesgo». Tomamos medidas de seguridad para almacenar, prescribir, preparar, administrar y registrar medicamentos, que incluyen, entre otros:
  - Retiro de electrolitos concentrados.
  - Implementación de etiquetas de identificación de «Medicamento de Alto Riesgo».
  - Doble verificación de dosis de «Medicamentos de Alto Riesgo».
  - En Central de Mezclas implementación de etiquetas, con diferente letra para medicamentos que puedan ser confundidos.
4. Meta: «Asegurar paciente correcto, sitio correcto y procedimiento correcto». Llevamos a cabo la verificación previa a procedimientos quirúrgicos e invasivos, que incluyen la utilización del protocolo «Tiempo Fuera».
5. Meta: «Reducir el riesgo de infección asociada a la atención». Tenemos una campaña permanente para la higiene de manos, antes y después de atender a cada paciente. Dicha campaña tiene como lema: «Lavarse las manos salva vidas».
6. Meta: «Prevención de caídas». Contamos con un protocolo llamado «Círculo Azul», el cual nos ayuda a identificar pacientes con riesgo de caídas y actividades de prevención.



Figura 12. Tarjetas de Metas de Seguridad para el Paciente.

El personal médico, de enfermería y de otras disciplinas se ha involucrado en todas estas iniciativas de calidad, partiendo desde la sensibilización, capacitación e implementación en todos los nuevos procesos desarrollados.

### Conclusiones

Los cambios estructurales realizados en nuestro hospital han permitido la incorporación de éste Modelo de Calidad que comienza a dar resultados. Estamos convencidos que se trata de un modelo de mejora continua, por lo cual no se da por concluido.

Los ejemplos mencionados son sólo algunas de las historias de éxito que sirven de ejemplo para que todos los que colaboran en el hospital incluyan las propias.

Anexo 1. Formato de Educación del Paciente.

 <b>THE AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER I.A.P.</b> <small>Asociación de Médicos y Enfermeras de la Universidad de Chile</small> <small>Asociación de Médicos y Enfermeras de la Universidad de Chile</small>		EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE Y SU FAMILIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO <small>(Formulario completo de evaluación para uso No. 04 para el estudiante, versión del médico educador)</small>						
Diagnóstico (s):								
<b>EVALUACION: MOTIVACION, DISPONIBILIDAD, BARRERAS Y PREFERENCIAS</b>								
<b>PARAMETROS</b>	<b>Pac</b>	<b>Fam</b>	<b>Otro</b>	<b>PARAMETROS</b>	<b>Pac</b>	<b>Fam</b>	<b>Otro</b>	
	SI NO	SI NO	SI NO		SI NO	SI NO	SI NO	
Incapacidad física	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Déficit auditivo/visual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Déficit cognitivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prácticas culturales o religiosas que puedan afectar el aprendizaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Preferencias para aprender				Barreras emocionales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Instrucciones audiovisuales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Motivado y preparado para aprender (Realiza preguntas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Instrucciones escritas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Demostración	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Instrucciones verbales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Otra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Evaluación hecha por: (Nombre completo y Firma)							Fecha/Hora:	
<b>Fecha/Hora</b>	<b>Necesidad identificada de aprendizaje</b>	<b>Enseñanza dirigida a:</b> Pac / Fam / Otro		<b>Metodo de Enseñanza</b>	<b>Evaluación del aprendizaje</b>	<b>Título / Nombre completo y Firma</b>		
	Derechos/ Responsabilidades del paciente	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Información financiera	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Precauciones/Seguridad	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Orientación/Rutina de la Unidad	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
<b>Padecimiento o Enfermedad:</b> Ver indicaciones médicas, historia clínica y notas de evolución para los hallazgos específicos de la evaluación								
	Proceso de la enfermedad	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Cuidados	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
<b>Plan de tratamiento:</b> Ver indicaciones médicas y notas de evolución para el plan de tratamiento específico								
	Pruebas/Procedimientos Diagnósticos	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Manejo del Dolor	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Medicamentos	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	* Indicación/Propósito	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	* Efecto y / o Precauciones	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Cirugía/Procedimiento	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	* Instrucciones Preop / Pre procedimiento	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	* Instrucciones Postop / Post procedimiento	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
<b>Dieta y Nutrición:</b> Ver evaluación nutricional y notas de evolución								
	Dieta modificada	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Interacción(es) Alimentos / Medicamentos	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
<b>Técnicas de Rehabilitación/Equipo:</b> Ver indicaciones médicas y notas de evolución para el plan de tratamiento específico								
	Tipo de tratamiento	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Utilización de equipo	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Actividad Física	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
<b>Planeación de los cuidados de alta:</b> Ver la nota de evolución final, las instrucciones de alta e identificación de posibles riesgos del paciente para la planeación del alta								
	Recursos de la comunidad	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
	Cómo/Cuándo para obtener futuro tratamiento	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>						
<b>Métodos de enseñanza</b>		<b>Evaluación del aprendizaje</b>						
E	Explicación	1	Revisa instrucciones*	* Lista para el alta				
D	Demostración	2	No hay evidencia de aprendizaje*	* Mas explicaciones escritas en la sección de comentarios				
IE	Instrucciones escritas	3	Verbaliza finalidad del entendimiento**					
MA	Material audiovisual	4	Verbaliza entendimiento					
F	Folleto	5	Incapaz para demostrar habilidad*					
CD	Disco compacto	6	Demuestra habilidad con mínima asistencia*					
O	Otro	7	Demuestra habilidad*					
<b>Fecha/Hora</b>	<b>COMENTARIOS</b>							

## Referencias

1. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Deming WE. *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1989.
3. Deming WE. *Out of the Crisis*. Cambridge: MIT Center for Advanced Engineering Study, 1986. ISBN 0-911379-01-0.
4. Pande PS, Neuman RP, Cavanagh RR. *Las Claves de Seis Sigma*. McGraw-Hill: Philadelphia, 2002.
5. Shewhart WA. *Economic Control of Quality of Manufactured Product/50th Anniversary Commemorative Issue*. Millwauki: American Society for Quality, 1980. ISBN 0-87389-076-0.



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD





CONAMED

### HAZ TU SERVICIO SOCIAL EN INVESTIGACIÓN EN CONAMED



La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, da la más cordial Bienvenida a estudiantes del área de salud y afines de la Universidad Nacional Autónoma de México que estén interesados en realizar su Servicio Social con actividades de investigación, analizando el origen de las quejas, para generar soluciones y propuestas que propicien una mejor atención médica a la población mexicana.

Ofrecemos:

- Flexibilidad de horario.
- Ambiente cordial e interprofesional que favorece la aplicación de los conocimientos y el enriquecimiento multidisciplinario.
- Inscripción gratuita a los programas educativos que imparte CONAMED.
- Desarrollo de competencias cognitivas: pensamiento crítico, trabajo colaborativo, análisis bibliográfico.
- Reconocimiento de la participación en proyectos de investigación (publicaciones).
- En algunas facultades es una OPCIÓN PARA TITULACIÓN.

Para mayor información, ponte en contacto con nosotros. ¡No te pierdas esta gran oportunidad!



Dr. Héctor Aguirre Gas, Director de Investigación.  
5420-7030. [haguirregas@conamed.gob.mx](mailto:haguirregas@conamed.gob.mx)

Dra. Esther Mahuina Campos Castolo.  
5420-7143. [mahuina@conamed.gob.mx](mailto:mahuina@conamed.gob.mx)