

**El Ciclo de una Mejora Continua aplicada en el  
Proceso de Credencialización para prevenir  
Negligencias Médicas en el Hospital San Ángel Inn  
Sur  
Ciudad de México  
2019-2020**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN ADMINISTRACION EDUCATIVA**

P R E S E N T A:

***Hugo Santos Muñiz***

***Directora de Tesina***

**Maestra Susana Romero González**

Ciudad de México.

Julio, 2020

## **Agradecimientos**

Empezaré agradeciendo a la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) y a la carrera de Administración Educativa por abrirme sus puertas y poder iniciar un nuevo camino por recorrer y que, sin duda, sería una etapa importante durante mi estancia académica.

Agradezco a la institución por darme la oportunidad de cumplir con uno de mis mayores propósitos que fue haber pertenecido a esta “Casa de estudios” por cuatro años y que por supuesto, no fueron fáciles de recorrer, pero, sin embargo, aprendí y saqué el mayor aprovechamiento académico para mi superación y éxito profesional en un futuro.

Gracias a ello, me defino como una persona con mucho ímpetu y entusiasmo en alcanzar las metas que por muy complicadas y duras que sean, siempre las logro.

Quiero agradecer además a aquellas personas, que, con su experiencia, conocimiento y profesionalismo docente aportaron sus enseñanzas para prepararnos a los alumnos a ser críticos y analíticos que nos competen a las diversas problemáticas a las que se ha enfrentado nuestra profesión de Administración Educativa.

En particular, doy mis más gratos reconocimientos por el esfuerzo y tiempo invertido en formar parte de la carrera de Administración Educativa al personal docente que si no fuera por los profesores, investigadores y, las herramientas brindadas para el crecimiento educativo tanto teórico como práctico, no se habría podido cumplir este objetivo.

Por mencionar algunos hago mención de profesores distinguidos con los que tuve la oportunidad de tomar clases, primero que nada, a mi asesora, que me acompañó a lo largo de la elaboración de este trabajo de investigación, a la destacada Mtra. Susana Romero González por

su sabiduría en el manejo de los temas del ámbito administrativo y educativo y que supo orientarme adecuada y eficientemente en sus clases, así como de la preparación del presente trabajo académico.

Reconozco y agradezco por su simpatía, pasión y comprensión a la Mtra. Leticia Rocha Herrera que, con su experiencia en Prácticas Profesionales, supo manejar sus clases de forma comunicativa, y fue quien me aliento a pisar un nuevo terreno de prácticas.

Mi respeto y reconocimiento a la Mtra. Rocío Verdejo Saavedra por su dedicación en el seminario de tesis por sus enseñanzas de cómo construir un excelente trabajo de tesis, que la caracteriza por sus clases de forma dinámica, y por su gran apoyo para poder cumplir una meta más.

También muchas gracias al Mtro. Lauro Ventura Cabrera por todas las aportaciones y conocimientos con sus alumnos en cuanto a temas de construcción de un trabajo de tesis y como integrante de la Comisión de Titulación de la Licenciatura en Administración Educativa y así como también siendo uno de los partícipes del seminario de titulación, con su entusiasmo y disposición de formarnos.

En general, agradezco rotundamente a todo el cuerpo de profesores de la licenciatura, que dieron su tiempo, dedicación y compromiso por las clases impartidas durante los ocho semestres de la carrera, que dejaron no solo un aprendizaje académico en aulas, sino un camino que no acaba aquí y en el que hay que continuarlo por el resto de la vida en que se ejerce esta profesión. Agradezco a Dios por ser gran apoyo y guía en mi vida, por ser mi fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

## **Dedicatoria**

Este trabajo está dedicado a:

Primero que nada, gracias a la vida por la superación, y de las muchas cosas logradas a base de mi esfuerzo y coraje de salir de los obstáculos que la vida me impone, y a la vez prepararse a ser cada vez más fuerte y demostrar de lo que puedo ser capaz, y más de lo que es posible y porque no, de lo imposible también sin barrera alguna.

La culminación de este trabajo que guardaré en mi corazón por toda mi vida, entre múltiples cosas, se lo debo a dos personas que durante muchos años y con mucho esfuerzo, han sabido luchar por sus cuatro grandes regalos de Dios que son sus hijos, a quienes sacan adelante día a día con comentarios y regaños, nos guían con sus palabras de experiencia y paciencia para poder entrar en razón y analizar las cosas de otra manera, considerando todo esto como parte de nuestro aprendizaje de vida y retos a futuro.

Estas personas son mis padres Juan Santos del Moral y María Guadalupe Muñiz Jaime quienes con su amor, me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades que la vida por sorpresa me va poniendo en mi trayectoria de vida.

A mis hermanos Juan, Diego y Alex Daniel Santos Muñiz, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A mi novia, Karen E. Arroyo Romero que es una persona que siempre estuvo en los momentos más difíciles y que con su apoyo, amor y cariño sigo cumpliendo mis metas y objetivos.

Finalmente quiero dedicar este trabajo a cada persona que me marcó y me ayudó tanto en mi trayectoria formativa como laboralmente, quiero agradecer también, a mi querido amigo y colega el Dr. Fernando Góngora Iriarte, por apoyarme cuando más lo necesitaba, por extender su mano en momentos difíciles. De verdad, mil gracias a toda mi familia, siempre los llevaré en mi corazón.

## Índice

Introducción.....	13
Capítulo I.....	16
Contexto organizacional del Hospital San Ángel Inn Sur.....	16
1.1 Antecedentes del Grupo Hospitales San Ángel Inn.....	16
1.2 Hospital San Ángel Inn Sur.....	19
1.3 Organización .....	19
1.4 Misión y Visión .....	22
1.5 Objetivos y funciones .....	23
1.6 Valores.....	25
Capitulo II.....	27
Calidad y Ciclo de PHVA de Mejora Continua .....	27
2.1 Definición de calidad .....	28
2.2 Origen de la calidad .....	30
2.3 Organización Internacional para la Normalización (ISO) .....	37
2.4 Principios de la gestión de calidad.....	38

2.5	Enfoque basado en procesos.....	39
2.6	Calidad Total .....	42
2.7	Los requerimientos y condicionamientos de la Calidad Total .....	43
2.8	Características del Sistema de Calidad Total .....	45
2.9	Concepto de Cero defectos.....	46
2.10	Principios de Calidad.....	47
2.11	14 puntos de Edwards Deming .....	48
2.12	El ciclo de Deming (Ciclo PDCA).....	51
2.13	Planeación estratégica .....	53
2.14	Análisis FODA.....	53
Capítulo III .....		56
Proceso de Credencialización del Hospital San Ángel Inn Sur.....		56
3.1	Proceso del Proceso de Credencialización del año 2019 .....	56
3.2	Objetivo General del Proceso de Credencialización .....	56
3.3	Alcance del Proceso de Credencialización .....	57
3.4	Políticas del Proceso de Credencialización.....	57
3.4.1	Privilegios temporales .....	59

3.4.2	Privilegios definitivos .....	61
3.4.3	Evaluación de privilegios .....	63
3.4.4	Retiro de privilegios.....	65
3.5	Negligencias médicas.....	65
3.6	Diagnóstico del Proceso de Credencialización año 2019 .....	70
3.6.1	Universo de Médicos Enero del año 2019.....	71
3.6.2	Médicos credencializados del año 2014 al año 2018.....	72
3.6.3	Cortesías del año 2014 al año 2018 .....	73
3.6.4	Médicos de base del año 2019.....	75
3.7	Análisis FODA .....	78
3.8	Conclusiones de la herramienta FODA .....	85
Capítulo IV .....		87
Propuesta y Aplicación del Ciclo PHVA de Mejora Continua del año 2019.....		87
4.1	Planificación.....	87
4.1.1	Objetivos SMART .....	88
4.2	Hacer.....	89
4.2.1	Estrategias Planteadas .....	90

4.3	Verificar .....	93
4.3.1	Resultados de la Estrategia 1 .....	93
4.3.2	Resultados de la Estrategia 2 .....	95
4.3.3	Resultados de la Estrategia 3 .....	96
4.3.4	Resultados de la Estrategia 4 .....	97
4.3.5	Resultados de la Estrategia 5 .....	98
4.4	Actuar.....	102
4.5	Análisis FODA del Proceso de Credencialización para el año 2020.....	103
4.5.1	Conclusión del Análisis FODA .....	105
Capítulo V .....		107
Ciclo de PHVA para el proceso de Credencialización 2020.....		107
5.1	Planificación.....	107
5.5.1	Estrategias Planteadas para el año 2020.....	108
5.6	Hacer .....	109
5.6.1	Estrategia 1 .....	109
5.6.2	Estrategia 2 .....	112
5.6.3	Estrategia 3 .....	114

5.6.4 Estrategia 4 .....	114
Conclusiones.....	116
Fuentes de referencias .....	119
Anexos.....	122
Organigrama .....	122

## Índice de tablas, y gráficos

### Ilustraciones

Ilustración 1. Normas del Sistema de Gestión de la Calidad.....	38
Ilustración 2. Principios de la Gestión de Calidad en la NTC ISO 9000:2015.....	40
Ilustración 3. Tarjeta de presentación.....	77
Ilustración 4. Flayer.....	113

### Tablas

Tabla 1. Evolución Cronológica del Concepto de Calidad.....	32
Tabla 2. Definición de Calidad desde Principales autores Académicos.....	34
Tabla 3. Principios de la Gestión de Calidad en la NTC ISO 9000:2015.....	38
Tabla 4. Universo médico.....	71
Tabla 5. Médicos anuales.....	72
Tabla 6. Médicos en cortesía anuales.....	74
Tabla 7. Médicos internos año 2019.....	75
Tabla 8. Análisis FODA.....	79
Tabla 9. Nivel de mayor actuación.....	80
Tabla 10. Matriz de Ponderación.....	81

Tabla 11. Matriz de totales y porcentajes .....	82
Tabla 12. Análisis global: Otorgamiento de privilegios.....	84
Tabla 13. Resultado universo médicos año 2019.....	95
Tabla 14. Médicos credencializados por mes del año 2019.....	99
Tabla 15. Médicos credencializados anualmente.....	100
Tabla 16. Médicos en cortesía año 2019 .....	101
Tabla 17. Análisis FODA año 2020 .....	103

### **Graficas**

Gráfica. 1.....	71
Gráfica. 2 .....	72
Gráfica. 3 .....	74
Gráfica. 4 .....	75
Gráfica 5 .....	84
Gráfica. 6 .....	96
Gráfica. 7 .....	99
Gráfica. 8 .....	100
Gráfica. 9 .....	101

## **Introducción**

En la Licenciatura en Administración Educativa en la Universidad Pedagógica Nacional, se brindan Prácticas Profesionales durante 6°, 7° y 8° semestre de la carrera; estas con la finalidad de ofrecer al estudiantado herramientas de aprendizaje para su crecimiento académico y laboral.

Las prácticas profesionales que presento como estudiante durante 6°, 7° y 8° semestre de la licenciatura, las realicé en el Hospital San Ángel Inn Sur durante el año 2019 y 2020. Durante mi estancia como practicante me desempeñé en el área de Dirección General adjunto Dirección Médica, cumpliendo con la labor de encargado del proceso de credencialización para médicos externos e internos que ingresan al Hospital.

En el presente trabajo, en modalidad de recuperación de prácticas profesionales para obtener el título de Licenciado en Administración Educativa, tiene como finalidad, la recuperación de la experiencia en prácticas profesionales en el Hospital San Ángel Inn Sur con el tema denominado: El Ciclo de Mejora Continua aplicada en el Proceso de Credencialización para prevenir Negligencias Médicas durante el año 2019 y 2020.

El interés que me motivó a realizar el presente trabajo se originó después de haber observado de que en el Hospital no había una persona a cargo del proceso de credencialización, lo cual generaba una falta de seguimiento continuo para la aplicación de forma correcta y con calidad para los médicos, propiciando con esto, que el Hospital corriera el riesgo de cometer negligencias médicas.

En base al planteamiento del problema, se explican los motivos y la importancia de realizar un diagnóstico y un análisis FODA, en el proceso de credencialización del Hospital San Ángel Inn Sur para el año 2019 y 2020.

El Objetivo General del trabajo es: Dar a conocer la elaboración y aplicación de una propuesta basada en la metodología de mejora continua, aplicada en el proceso de credencialización, como parte de las prácticas profesionales en el Hospital San Ángel Inn Sur durante el año 2019 y 2020.

Los objetivos específicos que nos ayudarán a cumplir con el objetivo principal son los siguientes:

- Plasmar la realización del diagnóstico y el análisis FODA, donde se señala en qué situación se encontraba el proceso de credencialización a inicios del año 2019.
- Plasmar la propuesta de mejora continua aplicada, y sus resultados durante el año 2019.
- Plasmar la realización del análisis FODA, y un nuevo ciclo de mejora continua para el primer semestre del año 2020.

El trabajo está estructurado en 5 capítulos, detallados de la siguiente manera:

**Capítulo 1:** Contexto histórico y organizacional del Hospital San Ángel Inn Sur, haciendo una breve reseña de su creación, la cual incluye su estructura organizacional y los principios que la rigen, tales como misión, visión, objetivos, funciones y valores.

**Capítulo 2:** Se presenta un marco teórico de Calidad y de la Mejora Continua, que darán soporte a la realización y aplicación de la propuesta en el trabajo. Como primer punto, se tratarán

los aspectos fundamentales de la calidad, y como segundo punto, se hará referencia ciclo PHVA de mejora continua de Deming.

**Capítulo 3:** Se mencionan dos aspectos, el primero es una breve explicación del proceso de credencialización del Hospital, y el segundo se plasma el diagnóstico y un análisis FODA aplicado en el proceso, esto con la finalidad de comenzar con la elaboración de la propuesta de mejora continua.

En este capítulo también se menciona el objetivo planteado por el Director General; el Dr. Fernando Góngora Iriarte, quien busca que el Hospital San Ángel Inn Sur sea el que mejor aplique con calidad el proceso de credencialización, para los médicos durante el año 2019 y 2020 en la gama de Hospitales San Ángel Inn.

**Capítulo 4:** Se explica la elaboración y aplicación de la propuesta de mejora continua, con objetivos SMART y sus respectivas estrategias para poder enfrentar la problemática con éxito, y de esa manera cumplir con el Objetivo General planteado por la Dirección General a inicios del año 2019, donde también se mostrarán los resultados de la propuesta.

**Capítulo 5:** Se presenta un nuevo Objetivo General, planteado por parte del Comité de Credencialización, y la realización de un nuevo análisis FODA para volver a iniciar con el ciclo de mejora continua para el primer semestre del año 2020, donde de igual forma se realizarán objetivos SMART y estrategias para cumplir con el nuevo objetivo.

En conclusiones, lo que se quiere plasmar es la experiencia de prácticas profesionales vivida en un terreno nuevo para la Administración Educativa, donde se realizó una intervención de un alumno de la UPN, para el mejoramiento de un proceso que lo requería.

## **Capítulo I**

### **Contexto organizacional del Hospital San Ángel Inn Sur.**

El contexto de la organización son todos aquellos factores internos o externos que afectan la organización, ya sea de manera positiva o negativa (Chiavenato, I., 1999) afirma:

La organización es una entidad social porque está constituida por personas, y se haya orientada hacia objetivos porque está diseñada para alcanzar resultados. Está estructurada deliberadamente porque divide el trabajo, y su ejecución, se asigna a los miembros de la organización. En este sentido, la palabra organización significa cualquier empresa humana conformada intencionalmente para conseguir determinadas metas y objetivos (p. 344).

#### **1.1 Antecedentes del Grupo Hospitales San Ángel Inn**

El Grupo San Ángel Inn son Hospitales que actualmente cuentan con el objetivo de brindar un excelente servicio de salud a la sociedad en la Ciudad de México, sus antecedentes históricos comienzan con el Centro Médico Dalinde creado en el año 1913, y que actualmente es uno de los Hospitales de Salud Privado más reconocidos en la Ciudad de México.

El primogénito de Doña Carmen, Mario González- Ulloa, (Dueño de los Hospitales San Ángel Inn), heredó su vocación de servicio y el amor por la medicina y cursa la carrera hasta obtener la especialización en cirugía plástica. En el año 1938 el joven médico construye su primera clínica de cirugía plástica, dándole su nombre, en las calles de Esperanza y Nicolás San Juan.

Los años que siguieron a su renovación, sirvieron para convertir al Hospital Dalinde en un centro especializado en cirugía plástica y como sede internacional de congresos y cursos en

donde los mejores especialistas, reunidos en torno a la figura del Doctor González-Ulloa, compartían conocimientos y técnicas para el desarrollo de la medicina moderna de México.

Al fallecer el Doctor González-Ulloa en el año 1995, sus herederos, bajo la dirección del Licenciado Mario González-Ulloa Vázquez, se dan a la tarea de modernizar integralmente las instalaciones y de actualizar los equipos médicos con tecnología de punta, para cumplir con la filosofía corporativa fundada en la visión, misión y valores de las dos primeras generaciones de la familia González-Ulloa.

Para apoyar estas tareas, se incorporan a la nueva organización administrativa la Licenciada Cecilia González-Ulloa Vázquez, y el joven Mario González-Ulloa Arellano quienes representan a la cuarta generación en formar parte en esta importante empresa.

En los 50 años de la fundación Dalinde, se organiza un congreso internacional en el cual se da a conocer el complejo proceso de atención al paciente desde su llegada al Hospital hasta su egreso y establece varios programas y comités de supervisión médica enfocados a crear una cultura de calidad total que satisfaga las necesidades y expectativas de médicos y pacientes.

En el año de 1999, se hace frente a los retos del nuevo siglo, el renombrado Centro Médico Dalinde implementa un programa de mejora continua que incluye la ampliación y renovación total de sus edificios, la adquisición de lo último en tecnología médica, la actualización de los sistemas informáticos, la optimización de sus procesos y la capacitación integral de todo el personal en vías de obtener las certificaciones de calidad y hospitalarias disponibles en ese momento.

En el año 2002, al concluir la construcción de la Torre Médica Dalinde, se constituye su concepto contemporáneo como Hospital de tercer nivel y alta complejidad, con la obtención de la certificación del Consejo de Salubridad General, se posiciona como uno de los mejores centros hospitalarios del país. Dalinde: Centro Médico. Recuperado de <http://www.dalinde.com/historia/acerca-de/historia.html>

El Hospital Dalinde realiza una planeación estratégica en el año 2002, que tenía como objetivo final aliarse a un inversionista y poner sedes en toda la Ciudad de México, por lo consiguiente se crea el Grupo San Ángel Inn que son instituciones de Salud comprometida en brindar servicios de salud con los más altos estándares de calidad.

El Licenciado Mario González-Ulloa Vázquez desde un inicio ha trabajado afanosamente para cumplir con esta promesa a cada paciente, que es llevar servicios de salud de primer nivel, con un equipo médico altamente capacitado, instalaciones en perfecto estado y personal administrativo con experiencia en satisfacer las necesidades en este sector, que particularmente exige un nivel de responsabilidad superior.

En la actualidad se cuentan con 4 Hospitales San Ángel Inn:

- Hospital San Ángel Inn Universidad: Avenida. Río Churubusco 601, Xoco, 03330 Ciudad de México.
- Hospital San Ángel Inn Patriotismo: Avenida Patriotismo 67, San Juan, 03730 Ciudad de México.
- Hospital San Ángel Inn Sur: Avenida. México 2, Colonia Atizapán de la alcaldía Álvaro Obregón, 01080 Ciudad de México.

- Hospital San Ángel Inn Chapultepec: Avenida Chapultepec 489, Juárez, 06600 Ciudad de México.

## **1.2 Hospital San Ángel Inn Sur**

El Hospital San Ángel Inn Sur, fue la Institución de Salud, donde realicé prácticas profesionales durante 6°, 7° y 8° semestre. Esta unidad está ubicada en San Ángel que es un barrio originario de la alcaldía Álvaro Obregón, en la Ciudad de México, asociado estrechamente por motivos históricos, urbanísticos y funcionales a los barrios de Tizapán, Chimalistac, Altavista, y Tlacopac. Google Mapas, Hospital San Ángel Inn Sur. (2002). Recuperado de <https://www.google.com.mx/maps/@19.3403987,->

Es una zona donde existen escuelas, empresas y comercios que requieren de un Institución de Salud, y es por lo consiguiente que se crea el Hospital San Ángel Inn Sur, en el año 2002 en el predio que ocupaba el desaparecido Hospital de Nuestra Señora del Rocío fundado en 1972, en la zona típica de Tlacópac al sur de la Ciudad de México.

- En el año 2005 obtiene el certificado por parte del Consejo de Salubridad General.
- En el año 2007 obtiene la Certificación por la Procuraduría de Federal de Protección al Ambiente (PROFEPA).

## **1.3 Organización**

Los pacientes del Hospital pueden ser de diferente:

- Clase social
- Religión

- Nivel educativo
- Nacionalidad
- Sexo

Los servicios que brinda el Hospital son: urgencias, hospitalización, rayos x, tomografía, ultrasonido, servicios de transfusión, laboratorio de análisis, consulta externa, ambulancia, cirugía y cirugía de especialidad. Las especialidades que maneja el Hospital son: Inhaloterapia, neurología, ortopedia y traumatología, neonatología, nutrición, infectología, endoscopía y fisiología digestiva.

De acuerdo al área, el Hospital actuará unido en seis frentes: capital humano, área médica, enfermería, área comercial, infraestructura, finanzas y administración.

En infraestructura, el Hospital es sumamente moderno, en la entrada principal, se encuentra una fuente, los asientos de la sala de espera son muy cómodos, también son de aspecto moderno y confortable.

Cuenta con:

- 41 camas
- 19 censables
- 22 no censables
- Terapia intensiva
- Terapia intensiva neonatal
- Bacinetes de cunero fisiológico
- incubadoras

- Camas de calor radiante

El Hospital cuenta con dos edificios “A” y “B”, cada edificio de cuatro niveles, escaleras, salidas de emergencia y elevadores, éstos son muy amplios para subir al paciente a su habitación. También cuentan con baños y televisores en cada nivel para pacientes y familiares.

En el primer piso del edificio “A” se encuentran la sala de urgencias, rayos x, laboratorio y baños. En el edificio “B” se encuentra admisión, cuatro consultorios donde dan consultas a pacientes y el área de relaciones públicas donde se les puede atender de manera más rápida y segura a los pacientes o familiares.

En el segundo piso “A” se encuentran los cuneros, pediatría, quirófanos, centrales de enfermería, baños y cuidados intensivos, y una sala de espera con sillones cómodos para que los familiares puedan esperar. En el segundo piso “B” se encuentra Farmacia, Archivo Clínico, Dirección General Adjunto Dirección Médica, Farmacovigilancia, Cuentas por Pagar y Compras.

En el tercer piso “A” Y “B” se encuentra toda el área de hospitalización donde se incluyen 20 habitaciones con baño cada habitación y un baño para familiares, dos centrales de enfermería, salas de espera para los pacientes y una capilla.

El cuarto piso del edificio “A” es donde se encuentra el área de capital humano, almacén, lockers para el personal, una sala de juntas para comités o reuniones para personal del Hospital, el área de sistemas, tinacos, el gas etc.

También cuenta con un restaurante en el segundo piso “B”, en el que ofrecen distintos platillos, ahí pueden comer tanto familiares de pacientes, como empleados del Hospital San Ángel Inn Sur.

Los colores utilizados, son los clásicos en gamas del color azul y blanco que se manejan en otros hospitales, ya que es un protocolo para la higiene y la seguridad del paciente, se observó a diferencia de otros hospitales, las habitaciones son amplias y confortables para brindar comodidad al paciente.

El Hospital cuenta con 110 trabajadores, distribuidos en las diferentes áreas, como lo son enfermería, mantenimiento, dirección administrativa, lavandería, por mencionar algunos.

Los pacientes consideran que el Hospital cuenta con una buena calidad en sus servicios, generando ser una competencia para los demás hospitales de la ciudad, así como también por contar con tecnología avanzada y una infraestructura moderna.

#### **1.4 Misión y Visión**

La misión del Hospital es la siguiente:

“El Hospital San Ángel Inn Sur busca ser una organización que privilegia la vida, a través del compromiso con el desarrollo humano” Hospital San Ángel Inn Sur. (2002). Recuperado de <https://www.hospitalsanangelinn.mx/conocenos>.

La visión del Hospital es la siguiente:

“El Hospital San Ángel Inn Sur busca poner al alcance de la población del Valle de México la mejor alternativa del cuidado de la salud, maximizando la seguridad del paciente” Hospital San Ángel Inn Sur. (2002). Recuperado de <https://www.hospitalsanangelinn.mx/conocenos>.

## 1.5 Objetivos y funciones

Los objetivos que desea lograr el Hospital San Ángel Inn Sur son los siguientes:

- Cumplir con los requerimientos y expectativas de los pacientes internos y externos, a fin de incrementar su satisfacción en forma continua.
- Implementar y desarrollar el modelo de calidad total y mejora continua, en todos los departamentos y servicios del Hospital.
- Desarrollar en forma permanente los ámbitos profesionales y humanos del personal.

En el Hospital San Ángel Inn Sur cuenta con las siguientes funciones:

- Organizar y prestar los servicios de atención médica general y en la especialidad de medicina interna, cirugía general, ginecología-obstetricia, pediatría y demás especialidades de apoyo, de acuerdo al tipo de unidad, con apego al sistema de referencia y contrarreferencia.
- Difundir y observar las normas de atención médica, paramédica, enseñanza y capacitación, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Implementar los procedimientos que garanticen la debida operación de los servicios hospitalarios.
- Realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación, medicina preventiva, epidemiología y salud reproductiva.
- Organizar, prestar y mejorar la calidad de los servicios de enfermería, trabajo social, laboratorio clínico, radiodiagnóstico, anatomía patológica, anestesiología, banco de sangre, ultrasonografía, radioterapia, dietética, admisión, estadística,

archivo clínico, farmacia, y los demás que otorgue la unidad hospitalaria; conforme a las normas y procedimientos vigentes.

- Elaborar el programa anual de supervisión, evaluación y auto-evaluación de servicios que presta la unidad, mismo que deberá estar encaminado a la acreditación y/o certificación de la unidad hospitalaria; asimismo informar el avance, resultados y en su caso, las acciones correctivas adoptadas.
- Participar en la instrumentación y operar del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Captar, procesar y analizar la información estadística en materia de salud que genere la unidad, e informar de la misma al Instituto de Servicios de Salud en los términos y con la periodicidad que se establezcan.
- Ejecutar las acciones que correspondan al programa de enseñanza y capacitación, así como coordinar y ejecutar acciones de investigación para la salud.
- Participar en los anteproyectos de presupuesto anual conforme a las normas y lineamientos aplicables.
- Las unidades hospitalarias contarán con un consejo interno encargado de asesorar al titular en las labores normativas, asegurando la continuidad en el esfuerzo de renovación, progreso científico y formación de recursos para la salud. Hospital San Ángel Inn Sur. (2002). Recuperado de <https://www.hospitalsanangelinn.mx/conocenos>.

## **1.6 Valores**

El Hospital San Ángel Inn Sur, cuenta con los siguientes valores:

### **Responsabilidad**

Busca el compromiso de cumplir a cabalidad con las obligaciones, con lo mejor del Hospital y dando ese esfuerzo extra que lo distingue como institución de excelencia.

### **Seguridad**

Busca poner el máximo cuidado y meticulosidad en la atención a los procedimientos médicos y de enfermería, utilizando los mejores recursos tecnológicos y humanos disponibles para el mejor diagnóstico y la mejor calidad médica para asegurar la efectividad del tratamiento.

### **Calidad profesional**

Proporcionar servicios de excelencia al paciente interno como al externo, basado en una sólida formación profesional, la capacitación continua de todos los que colaboren en el grupo y la búsqueda de un desarrollo permanente como personas y como profesionales.

### **Honestidad**

Debe cumplir con los compromisos y obligaciones de colaboradores, proveedores y autoridades, cumpliendo a cabalidad con las regulaciones aplicables de cualquier índole y tratando con la verdad a aquellos que utilizan los servicios.

## **Calidad humana**

Debe creer en el respeto a la dignidad de la persona humana y esforzarse para brindar el mejor trato a todas las personas con las que interactúa.

## **Servicio**

Debe buscar afanosamente la satisfacción de las necesidades de los pacientes, con el equipo de profesionales médicos y el personal institucional, a través de la disposición para escuchar, aplicar la flexibilidad y resolución de problemas para actuar a favor de las necesidades de los pacientes. Hospital San Ángel Inn Sur. (2002). Recuperado de <https://www.hospitalsanangelinn.mx/conocenos>.

En este primer capítulo se pudo ver la importancia de redactar de forma global como está compuesto internamente el Hospital San Ángel Inn Sur de la Ciudad de México, ya que es muy importante para un administrador educativo conocer el ambiente en donde se va a intervenir. Así como también el conocer la misión, visión y valores que la rigen, porque todas las instituciones se rigen por diferentes valores, creencias y objetivos. Personalmente como estudiante de la carrera de Administración Educativa, se planteó un respeto mutuo a las políticas y valores del Hospital. Por este motivo este capítulo es mi primer soporte, del trabajo recepcional, porque se plasma el lugar en donde intervine.

## **Capítulo II**

### **Calidad y Ciclo de PHVA de Mejora Continua**

Después de analizar la tabla de contenidos del trabajo, y plasmar el contexto organizacional en donde se realizaron prácticas profesionales, debemos estar conscientes sobre que teoría o metodología estaremos basados para aplicar de forma correcta la propuesta con estrategias para el proceso de credencialización durante el año 2019 y 2020.

Este trabajo, está basado con fundamentos teóricos de la Calidad y de la Metodología de la Mejora Continua, o mejor conocido como el Ciclo PHVA de Edwards Deming. En la actualidad la mayoría de instituciones y organizaciones cuentan con un sistema de gestión de calidad que están bajo la normatividad del ISO 9001, donde se incluye la metodología de mejora continua de servicios y productos para los clientes.

Esta metodología suele usarse en Hospitales del sector Público y Privado en Europa, siendo un protocolo fundamental por que brindan un servicio de salud a la comunidad. Así mismo también tienen que contar con un sistema de gestión de calidad y una mejora continua en cada proceso que se maneje en relación a la atención y seguridad del paciente.

El Grupo de Hospitales San Ángel Inn, se destaca por ser de los Hospitales de Salud Privados más reconocidos en la Ciudad de México, e igualmente es uno de los principales Hospitales que cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), basado con la certificación del ISO 9001 que está vigente en la actualidad.

Cada área y proceso de una organización debe manejar una mejora continua, esto debido a que día con día, se buscará la mejora, para que la empresa sea más competitiva en un mercado tan cambiante como en la actualidad está sucediendo.

A continuación, comenzaremos desde un tema muy conocido, que en las últimas décadas en todo el mundo, sea considerado como un punto importante para todas las organizaciones e instituciones, nos referimos a la calidad.

En este capítulo analizaremos un poco de su historia y de lo importante que es en la actualidad, así como también tomándolo como un punto de partida para llegar a la mejora continua.

## **2.1 Definición de calidad**

Cuando se habla de la calidad y su evolución histórica, se nos vienen a la mente los principales autores llamados los grandes de la calidad, como son William Edwards Deming, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa y Philip B. Crosby.

El concepto de calidad ha estado presente en la mente de la humanidad desde sus inicios en todo el mundo, pero su máximo desarrollo se presentó durante el siglo XX, donde surgieron conceptos tales como la definición propia de calidad, métodos para su medición, establecimiento de normas formales de calidad, creándose una filosofía entorno a esta, desembocando un fenómeno que ha ido en evolución con el transcurrir de los años. (Cubillos, M. y Rozo, D., 2009).

En este trabajo se plasmarán ideas y principios de los autores ya mencionados, pero nos basaremos en uno especial para este marco teórico, el autor Edwards Deming que es considerado

el padre de la calidad, quien definió la calidad como un grado predecible de uniformidad que proporciona fiabilidad a bajo costo y conveniente para el mercado.

William Edwards Deming fue el fundador de “La calidad total”. Su nombre está asociado al desarrollo y crecimiento de Japón después de la Segunda Guerra Mundial. Ofreciendo sus catorce principios fundamentales para la gestión y transformación de la eficacia empresarial, y un ciclo de mejora continua con el objetivo de ser competitivos, mantenerse en el negocio y dar empleo (Deming, E., 1989).

.Entre las numerosas aportaciones de Deming, solo se hablara de dos:

- Los catorce puntos de Deming, que se contemplan para la dirección de la empresa.
- El ciclo PDCA, que consiste en un modelo metodológico básico para asegurar las actividades fundamentales de mejora y mantenimiento: Plan-Do- Check-Act (Deming, E., 1989).

Con el paso del tiempo la calidad no solamente se basa en lo industrial o empresarial, sino que se ha desviado a muchos sectores donde también se busca que los productos y servicios cuenten con calidad.

Cuando hablamos de calidad, ¿A qué nos estamos refiriendo? Nos referimos al mejoramiento de un producto o servicio para los clientes que pagan por él, en la actualidad muchas empresas o instituciones de gobierno carecen de una buena calidad en sus servicios que brindan a la sociedad. Tal es el ejemplo en los servicios de salud y educación en nuestro país, que son ineficientes y sin un rumbo de cambio a corto plazo (Deming, E., 1989).

## 2.2 Origen de la calidad

Existe constancia de que ya en la Edad Media los artesanos eran condenados cuando vendían algún producto en mal estado.

La escasez de alimentos y alto costo de los bienes de consumo al ser realizados de forma totalmente artesanal hacen que el no aprovechar correctamente cualquier recurso fuese considerado un grave delito (Rickert, E., 1948).

Frederick W. Taylor (1856-1915) a inicios de siglo XIX desplegó una serie de métodos destinados a aumentar la eficiencia en la producción. Esta forma de gestión conocida como “Taylorismo”, en la que los trabajadores eran considerados como “máquinas con manos”, estaba todavía muy apartada de la concepción actual de calidad, pero fue una primera aproximación a la mejora del proceso productividad. (Taylor, F., 1969).

Shewhart, W. (1997), publica su trabajo “Economic Control of Quality of Manufactured Products”, base de la aplicación del padrón de calidad utilizado por otros estudiosos de época para posteriores desarrollos en gestión de calidad. Además, el ejército de los Estados Unidos decidió emplear muchas de sus ideas para la elaboración de maquinaria de guerra.

Después de concluir la Segunda Guerra Mundial, Japón estaba frente a la reconstrucción del país, Estados Unidos decidió apoyarlos con la reconstrucción de su economía y envía un grupo de expertos para ayudar en su labor, en ese tiempo el Profesor Andrew Shewhart, se encontraba realizando otras investigaciones y no contaba con el tiempo suficiente, así que le recomienda a un profesor de la Universidad de Columbia quien había estudiado ampliamente sus temas, este profesor era W. Edwards Deming, que ya había estado en Japón anteriormente en una

misión de observación de la economía, y se le facilitó la incorporación como instructor (Shewhart, W., 1997).

Durante la investigación observaron que Japón contaba con mano de obra ineficiente e inexperta, con esta problemática los administradores japoneses deciden reorientar los esfuerzos de capacitación para la mano de obra.

En 1950, Deming indica que fue un invitado para compartir sus ideas ante los principales hombres de negocios del Japón, quienes buscaban en esos momentos la reconstrucción del país al término de la Segunda Guerra Mundial. Deming los convence de que la calidad japonesa podría convertirse en la mejor del mundo al instituirse los métodos que proponía en su investigación (Deming, E., 1989).

De esta forma las empresas comienzan a trabajar con el concepto de “Sistema Integral de Calidad” los industriales japoneses aprendieron de las enseñanzas de Deming y la calidad japonesa, la productividad y su posición competitiva. Mejoraron y reforzaron para ser lo que son hoy en día.

A finales de los años 70, y comienzo de los 80 del siglo XX, Edwards Deming, nos habla de que la industria occidental sufre una gran desventaja con respecto a los productores japoneses y comienza a aplicar sus filosofías de gestión sobre sus productos o servicios. Los consumidores empiezan a demandar productos de más calidad a precio competitivo y es entonces cuando surgen las primeras normas que regulan la gestión de calidad (Deming, E., 1989).

En la actualidad parece que la industria occidental ha reducido las diferencias con la industria japonesa y han surgido nuevas ideas respecto a la gestión de calidad, como la aparición

de nuevos modelos de gestión como el de Excelencia Empresarial de la EFQM o el Baldrige de Estados Unidos, ya que el cliente es consciente de la importancia de la calidad y cada vez lo exige más a los fabricantes (Nebrera, J., 2016).

El concepto de Calidad inició en la etapa de la administración científica, específicamente con la aparición del control de calidad por inspección, que da comienzo formal al concepto de calidad, ya que en este punto empiezan a definirse los criterios para catalogar si un producto es bueno o malo de acuerdo con las especificaciones previamente establecidas (Cubillos, M., & Rozo, D., 2009).

A continuación, se realiza una breve descripción de la evolución cronológica del concepto de calidad:

**Tabla 1. Evolución Cronológica del Concepto de Calidad**

<b>ETAPA</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>FINALIDAD</b>
<b>Artesanal</b>	Hacer las cosas bien independientemente del costo o esfuerzo necesario para ello.	Satisfacer al cliente. Satisfacción del artesano, por el trabajo bien hecho. Crear un producto único
<b>Revolución Industrial</b>	Producir en grandes Cantidades sin importar la calidad de los productos.	Satisfacer una gran demanda de bienes. Obtener beneficios.
<b>Administración Científica</b>	Técnicas de control de calidad por inspección y métodos estadísticos, que permiten identificar los productos defectuosos.	Satisfacción de los estándares y condiciones técnicas del producto.

<b>Segunda Guerra Mundial</b>	Asegurar la calidad de los productos (armamento), sin importar el costo, garantizando altos volúmenes de producción en el menor tiempo posible.	Garantizar la disponibilidad de un producto eficaz en las cantidades y tiempos requeridos.
<b>Posguerra Occidente</b>	Producir en altos volúmenes, para satisfacer las necesidades del mercado	Satisfacer la demanda de bienes causada por la guerra.
<b>Posguerra Japón</b>	Fabricar los productos bien al primer intento.	Minimizar los costos de pérdidas de productos gracias a la calidad. Satisfacer las necesidades del cliente. Generar competitividad.
<b>Década de los setenta</b>	Sistemas y procedimientos en el interior de la organización para evitar productos defectuosos	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción de costos. Generar competitividad.
<b>Década de los noventa</b>	La calidad en el interior de todas las áreas funcionales de la empresa	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción de costos. Participación de todos los Empleados de la empresa. Generar competitividad.
<b>Actualidad</b>	Capacitación de líderes de calidad que potencialicen el proceso.	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción sistemática de costos. Equipos de mejora continua. Generar competitividad. Aumento de las utilidades

**Fuente: Cubillos M, y Rozo, D. (2009)**

A través de la historia, existen otros personajes que han estudiado la calidad y son reconocidos mundialmente por sus aportes académicos desde diferentes disciplinas.

**Tabla 2. Definición de Calidad desde Principales autores.**

<b>Personaje Académico</b>	<b>Concepto de Calidad</b>
<b>William Edwards Deming</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Calidad es una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua”.</li><li>• Divulga el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), también conocido como Círculo de Deming. Es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, también denominada “espiral de mejora continua”, muy utilizado en los sistemas de gestión de calidad.</li></ul>
<b>Joseph M. Juran</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La define como la aptitud para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente.</li><li>• Principales aportaciones: la trilogía de procesos de Juran, los cuales se encuentran interrelacionados: Planeación de la calidad, control de la Calidad y Mejora de la Calidad.</li></ul>

---

**Kaoru Ishikawa**

- Ishikawa (1986) define el control de calidad (CC) como: desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor.
- Principales aportaciones: sus siete herramientas básicas son gráficas de Pareto, diagrama de causa-efecto, estratificación, hoja de verificación, histograma, diagrama de dispersión y gráfica de control de Shewhart.

---

**Philip Crosby**

- Crosby tiene el pensamiento que la calidad es gratis, es suplir los requerimientos de un cliente, al lograr cumplir con estos se logra cero defectos.
  - Principales aportaciones: creador del concepto cero defectos. Desarrolló un concepto denominado los absolutos de la calidad total, cuyos principios son:
    1. La calidad se define como cumplimiento de requisitos.
    2. El sistema de calidad es la prevención.
    3. El estándar de realización es cero defectos.
    4. La medida de la calidad es el precio del incumplimiento.
-

---

**William Ouchi**

- Para Ouchi calidad es hacer las cosas bien desde la primera vez.
- Principales aportaciones: la teoría Z proporciona medios para dirigir a las personas de tal forma que trabajen más eficazmente en equipo.
- Esta teoría sistematiza las diferencias culturales entre las prácticas de gestión norteamericana y japonesa.

---

**Armand Vallin  
Feigenbaum**

- Feigenbaum (1986) la define como el resultante total de las características del producto y del servicio de mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través de los cuales el producto o servicio en uso satisfará las esperanzas del cliente.
- Principales aportaciones: establece 19 pautas para el mejoramiento de la calidad.

---

*Fuente: Cubillos, M. y Rozo, D. (2009)*

## **2.3 Organización Internacional para la Normalización (ISO)**

Organismo responsable de regular un conjunto de normas para la fabricación, comercio y comunicación en todas las industrias y comercios del mundo. Este término también se les adjudica a las normas fijadas por el mismo organismo, para homogeneizar las técnicas de producción en las empresas y organizaciones internacionales (Noguez, V., 2015).

Las Normas ISO son elaboradas de manera conjunta con la base más amplia de grupos de partes interesadas, provenientes de todas las regiones del mundo, tanto países desarrollados como en vías de desarrollo (uno por país), donde cada miembro es el principal organismo de normalización de su país.

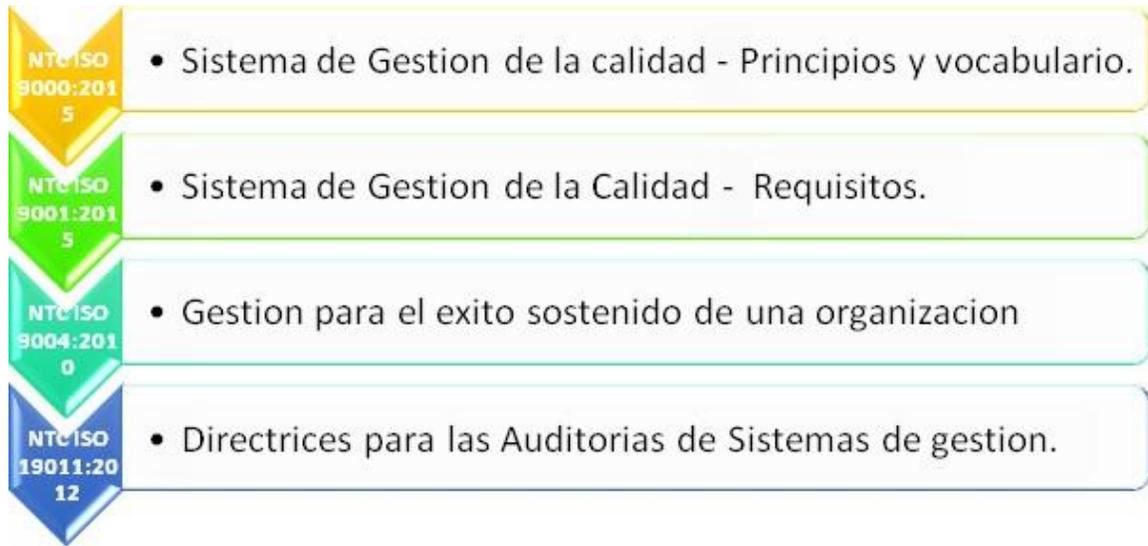
### **NTC ISO 9001: 2015 Sistema de Gestión de la Calidad:**

Es la base del sistema de gestión de la calidad, está proporciona requisitos, orientación y herramientas para las organizaciones que buscan asegurar que sus productos y servicios cumplen con los requisitos exigidos por los clientes y que la Calidad de los mismos sea continuamente mejorada (ICONTEC, Sistemas de Gestión de la Calidad., 2015)

### **Normas relacionadas con el sistema de gestión de calidad (SGC).**

La serie ISO 9000, está compuesta por varias normas. La única norma que es utilizada para certificar organizaciones es la ISO 9001: 2015. Y existen otras normas que complementan la familia de la ISO 9000 que son:

**Ilustración 1. Normas del Sistema de Gestión de la Calidad.**



*Fuente: Correa, G. (2004)*

**2.4 Principios de la gestión de calidad**

Los principios de la Norma ISO 9001:2015, son tomados de la norma ISO 9000, orientados a las diversas partes interesadas estos principios son:

**Tabla 3. Principios de la Gestión de Calidad en la NTC ISO 9000:2015**

<b>PRINCIPIO ISO 9001:2015</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>1. Enfoque al cliente</b>	Las organizaciones deben tener presente las necesidades del cliente, con el fin de satisfacer y superar las expectativas de los mismos.
<b>2. Liderazgo</b>	La organización debe garantizar un ambiente laboral, en donde todo el personal esté involucrado en el cumplimiento de los objetivos propuestos de la institución.
<b>3. Compromiso de las personas</b>	El compromiso de la alta dirección y del personal que labora en la organización es de vital importancia y base de este sistema de gestión.

<b>4. Enfoque basado en procesos</b>	Todas las actividades desarrolladas en la organización hacen parte de procesos interrelacionados. Incorporan el ciclo Planificar, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos.
<b>5. Mejora</b>	La mejora continua de todos los procesos hace que la organización tenga acciones de corrección, innovación y reorganización de sus actividades.
<b>6. Toma de decisiones basada en la evidencia</b>	Los datos y análisis de los mismos con los que cuentan las organizaciones, son esenciales para la toma de decisiones.
<b>7. Gestión de las relaciones</b>	La gestión de las relaciones con las partes interesadas es un aspecto importante, ya que se tiene un mejor desempeño en los procesos de la empresa.

**Fuente: Norma ISO NTC ISO 9001:2015**

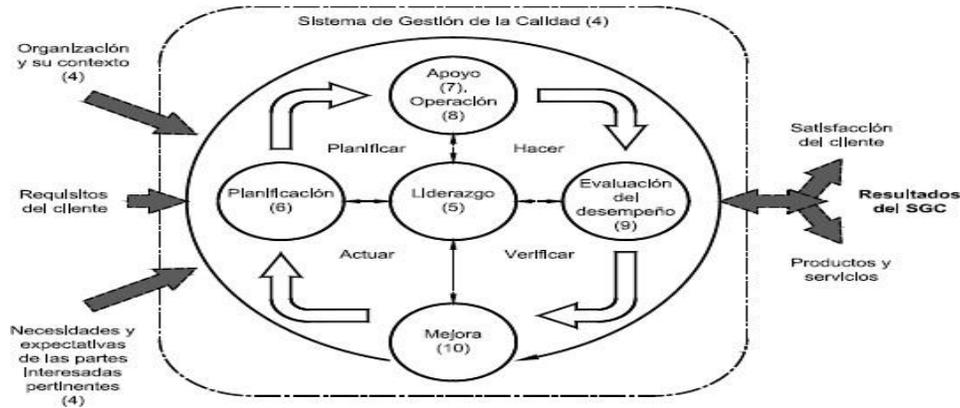
## **2.5 Enfoque basado en procesos**

El enfoque basado en procesos implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de la calidad y la dirección estratégica de la organización. Propone que la gestión de los procesos y el sistema en su conjunto pueden alcanzarse utilizando el ciclo PHVA como se muestra en la *Figura 2*.

El aplicar este enfoque a un SGC permite:

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos de manera coherente
- La consideración de los procesos en términos de valor agregado
- El logro de un desempeño del proceso eficaz
- La mejora de los procesos con base en la evaluación de los datos y la información

## Ilustración 2. Principios de la Gestión de Calidad en la NTC ISO 9000:2015



Fuente: Norma ISO 9001:2015

### Contexto de la organización

La NTC ISO 9001 en su versión 2015, define el contexto de la organización considerando a todos los elementos que pueden influir en el desempeño del sistema, incluyendo factores externos e internos como los culturales, sociales, económicos, tecnológicos, legales, etc. Estos factores influyen en la organización y la consecución de sus objetivos.

### Liderazgo

La versión de 2015 asigna al líder de la organización la responsabilidad de los objetivos de Calidad estratégica; el alcance del SGC y resultados; políticas y procesos; comunicación; cultura empresarial; el fomento de un compromiso con la calidad ofreciendo oportunidades de formación; e incluso la responsabilidad de “inspirar, fomentar y reconocer la contribución de sus trabajadores.

## **Planificación**

Este punto incluye el carácter preventivo de los sistemas de gestión, trata los riesgos y oportunidades que enfrenta la organización. La planificación abordará qué, quién, cómo y cuándo, aunque no sea fácil de entender. Proporciona más facilidad de comprensión a la acción preventiva y correctiva.

## **Apoyo:**

Todas las organizaciones deben determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

## **Operación:**

Define de una manera efectiva los criterios y procesos para los productos y servicios que se entregarán a los clientes, así como que la documentación y los recursos sean los adecuados. Siempre se debe conservar información documentada para demostrar que los criterios establecidos y los procesos productivos están alineados con los resultados buscados, que los recursos se han planificado y que el producto o servicio se ajusta a los requisitos establecidos.

## **Evaluación de desempeño:**

Habla de seguimiento, medición, análisis y evaluación, auditoría interna y revisión por la dirección. Es decir, esta cláusula define el momento de comprobar el rendimiento, de determinar qué, cómo y cuándo supervisar o medir algo.

En las auditorías internas, por su parte, obtenemos información sobre si el sistema de gestión se adapta a los requisitos de la organización y la norma se aplica eficazmente.

## **Mejora:**

Aborda las no conformidades, acciones correctivas y mejora continua. Los sistemas de gestión nos invitan a hacer cosas realmente para que el sistema sea una verdadera mejora. Es el momento de afrontar no conformidades y emprender acciones correctivas.

## **2.6 Calidad Total**

El concepto Calidad Total surgió en el mundo empresarial, concretamente en Japón, como control de calidad total, aparejado a otro concepto: justo a tiempo; luego pasó a los Estados Unidos de Norteamérica, y más tarde a Europa (Deming, E., 1989).

El control de calidad recae en una estrategia de gestión empresarial que la hace capaz de enfrentar los retos del sector empresarial como es la globalización de un mercado de continuo cambio, el aumento de las competencias y en errores de los aspectos de la gestión, ya que la calidad total debe estar presente en la administración, el justo a tiempo y el mantenimiento del producto (Lindsay, W., Boulton, W., Franklin, S., Rue, L., 1982).

Tal como indica Municio, P. (1998) la calidad se ha convertido en el centro de actividades organizadas ya que comprende todos y cada uno de los aspectos de la organización, debido a que involucra y compromete a todas las partes con la finalidad de satisfacer tanto al cliente como al que ofrece el servicio.

Entonces se puede definir que la calidad total no solo se refiere a la mejora de productos o servicios en sí, sino que es una mejoría permanente del aspecto organizacional, gerencial, donde cada trabajador, gerente, funcionario o del más bajo nivel jerárquico están comprometidos con los objetivos empresariales.

No obstante, los primeros estudios sobre el control de calidad se llevaron a cabo en Estados Unidos en los primeros años del siglo XX, aunque no fue hasta principios de los cuarenta cuando E.W. Deming participa en el desarrollo de un proyecto de técnicas estadísticas para el control de calidad en las industrias.

En esta primera fase, la preocupación principal la constituyó la calidad del producto que se medía con criterios definidos por la propia empresa.

Según Deming, E. (1989) la gerencia de calidad total es una técnica de administración que se basa en 3 principios

- Está orientado hacia el cliente
- Hace énfasis en el proceso o la forma de hacer las cosas
- Se sostiene bajo el esfuerzo del mejoramiento continuo en las organizaciones.

La calidad total es un concepto, una filosofía, una estrategia, un modelo de hacer negocios y está enfocado hacia el cliente. La filosofía de calidad total proporciona un concepto global que toma la mejora continua en la organización y la involucra en todos sus miembros con el objetivo de lograr la calidad óptima en todas las áreas (Deming, E., 1989).

## **2.7 Los requerimientos y condicionamientos de la Calidad Total**

Según Deming, E. (1989) para aplicar la calidad total se deben considerar requerimientos en relación cliente-proveedor, que deben establecerse en acuerdo común respecto al cumplimiento de modelos o especificaciones acerca de los bienes o servicios que serán provistos. Si ambas partes concuerdan en que las condiciones establecidas son posibles de cumplir, entonces se ha establecido un contrato de calidad.

La calidad de un producto se puede ver desde dos enfoques tradicionales que son:

- Perspectiva: Satisfacción de las necesidades del cliente.
- Funcional: Cumplir con las especificaciones requeridas.

De acuerdo a Deming, E. (1989, esto permite a las empresas implantar un sistema de calidad, que no es otra cosa que una estructura organizada de responsabilidades para un excelente proceso. Para implantar un sistema de gestión de calidad, se tiene que establecer una misión empresarial, visión y valores de la empresa, así como sus políticas de calidad que son las siguientes:

- Satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente (externo e interno).
- Desarrollo de un proceso de mejoras continuas en todas las actividades del proceso llevadas a cabo en la empresa.
- Total compromiso de la dirección y un liderazgo activo de todo el equipo directivo.
- Participación de todos los miembros de la organización y fomento del trabajo en equipo.
- Participación del proveedor en el sistema de calidad total de la empresa.
- Identificación y gestión de los procesos clave de la organización.
- Toma de decisiones de gestión basada en datos y hechos subjetivos.

En el sistema de calidad total se requiere una auditoría y un estándar con el cual auditar, como son las normas ISO 9000 que aborda temas tales como requisitos organizacionales.

Para conseguir una buena calidad en el producto o servicio hay que tener en cuenta tres aspectos importantes.

- Dimensión técnica
- Dimensión humana
- Dimensión informática (Deming, E., 1989).

## **2.8 Características del Sistema de Calidad Total**

Para Deming, E. (1989) hay cuatro características del Sistema de Calidad Total que son de particular importancia:

- 1.** La forma en que la calidad trabaja en la realidad, y cómo pueden tomarse las mejores decisiones son las actividades principales de calidad tomándose como procesos continuos de trabajo. Comienzan con los requisitos del cliente y terminan con éxito solo cuando el cliente está satisfecho con la forma en el que el producto o servicio satisface estos requisitos.
- 2.** Representa la base para la documentación profunda y totalmente pensada, como la identificación de las actividades clave y duraderas de las relaciones integrales personas-máquinas-información que hacen viables y comunicable una actividad particular en toda la organización.
- 3.** El sistema de calidad es un fundamento para hacer que el alcance más amplio de la calidad de las compañías sea realmente manejable, porque permite a la administración, empleados de fábricas y compañías, poner sus brazos alrededor de sus actividades de calidad, requisitos del cliente, satisfacción del cliente.

4. La calidad total es la base para la ingeniería de mejoras de tipo de magnitud sistemática en todas las principales actividades de calidad de la compañía.

En relación a los recursos humanos presenta dos requisitos fundamentales: la definición y comunicación de las responsabilidades de cada puesto de trabajo y el aseguramiento de la competencia de todos los empleados para el desarrollo de las actividades encomendadas. Al mismo tiempo la aplicación del personal en el desarrollo, implementación y mantenimiento del sistema se convierte en un factor clave para el éxito en el cumplimiento de los objetivos de la organización (Deming, E., 1989).

## **2.9 Concepto de Cero defectos**

Philip, B. (1989) introduce el concepto de “Cero defectos”. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malos entendidos. Las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar la conformidad con sus requerimientos. La no conformidad detectada es una ausencia de calidad, control y evaluación de la calidad total.

Philip, B. (1989) indica que la evaluación de la calidad son los mecanismos, acciones, herramientas que realizamos para detectar la presencia de errores en los procesos aplicados.

La función del control de calidad existe primordialmente como una organización de servicio, para conocer los detalles establecidos en los productos y proporcionar asistencia al departamento de fabricación, para que la producción alcance estas descripciones.

Deming, E. (1989) indica que el control de calidad se utiliza para identificar las causas especiales de variación y para señalar la necesidad de tomar alguna acción correctiva cuando sea apropiado.

Para controlar la calidad de un producto, se realizan inspecciones o pruebas de muestreo para verificar que las características del mismo sean óptimas para la satisfacción de los clientes, sin embargo, el gasto que con lleva tomar estas medidas hace que el costo del producto final sea elevado, y esto genera una disminución a la oferta y un aumento a la demanda.

La evaluación de la calidad comprende aquellas actividades realizadas por una empresa, institución u organización en general, para conocer la calidad en ésta, supervisa las actividades del control de calidad. Se pueden realizar controles antes y después de haber obtenido los resultados, instalando sensores en aquellas fases que se quieran controlar (Deming, E., 1989).

Para disminuir el número de defectos es preciso aumentar el gasto en el control, ya que deberá inspeccionarse con mayor número de piezas e instalarse más controles en diferentes fases del proceso.

El control de calidad consiste en un conjunto de métodos y actividades de carácter operativo, que se utilizan para satisfacer el cumplimiento de los requisitos de calidad que se han establecido (Gutiérrez, P., 2004).

## **2.10 Principios de Calidad**

Ishikawa, K. (1986) fue representante del movimiento de Calidad en Japón donde introduce el Diagrama de Causa y Efecto como una herramienta para el estudio de las causas de los problemas, así como también el Desarrollo y Difusión de los Círculos de Calidad.

Parte de que los problemas no tienen causas únicas, sino que suelen ser, según su experiencia, un cúmulo de causas. Sus principios básicos son los siguientes:

- La calidad empieza con la educación y termina con la educación
- El primer paso a la calidad es conocer lo que el cliente quiere
- El estado ideal del control de calidad ocurre cuando ya no es necesaria la inspección
- Eliminar la causa raíz y no los síntomas
- El control de calidad es responsabilidad de todos los trabajadores y en todas las áreas
- No confundir los medios con los objetivos
- Poner la calidad en primer término y poner las ganancias a largo plazo
- El comercio es la entrada y salida de la calidad
- La gerencia no debe presentar enfados cuando sus subordinados le presenten hechos
- Aquellos datos que no tengan información de variabilidad, son falsos
- El 95% de los problemas de las empresas se pueden resolver con simples herramientas de análisis y de solución de problemas (Ishikawa, K., 1986).

### **2.11 14 puntos de Edwards Deming**

Con los catorce puntos para la gestión, Deming, E. (1989) pretende mostrar la importancia del papel de las personas y en especial de la dirección en la competitividad. Estos catorce puntos son:

- **Crear constancia con el propósito de mejorar el producto y el servicio:**  
Supone que el propósito de la mejora de la calidad debe ser continuo, es decir, una

meta estable y permanente, dentro de los objetivos a largo plazo de la organización.

- **Adaptar la empresa a la nueva economía en que vivimos:** Implementar una nueva filosofía en la empresa representa un cambio que supone la implicación de todos los sujetos involucrados.
- **Evitar la inspección masiva de productos:** Se debe eliminar la inspección en masa, focalizando e integrando el concepto de calidad en todo el proceso de producción.
- **Comprar por calidad, no por precio y estrechar lazos con los proveedores:** Implica eliminar la práctica de comprar basándose exclusivamente en el precio (al proveedor más barato). En su lugar, se deben concentrar los esfuerzos en minimizar los costos totales, creando relaciones sólidas y duraderas con un solo proveedor para cada materia prima, basándose en la fidelidad y la confianza.
- **Mejorar continuamente en todos los ámbitos de la empresa:** No es suficiente con resolver los problemas que vayan surgiendo. La mejora continua de la calidad supone un proceso constante de mejora de los procesos, servicios, planificación, gestión, dirección, etc.
- **Formar y entrenar a los trabajadores para mejorar el desempeño del trabajo:** La formación de la plantilla implica una constante capacitación e instrucción de los trabajadores, fijando estándares de calidad para todos los desempeños.
- **Adaptar e implantar el liderazgo:** Supone adoptar e instituir el liderazgo para la dirección de personas, reconociendo sus diferencias, habilidades, capacidades,

aspiraciones, destrezas, etc. El propósito del liderazgo es ayudar al equipo a mejorar su trabajo.

- **Eliminar el miedo, para que las personas trabajen seguras y en lo mejor de sí mismas:** Generando un clima de confianza, de manera que no exista temor a opinar o preguntar, permitiendo trabajar de forma más eficaz.
- **Romper las barreras entre departamentos:** Eliminando la competición y construyendo un sistema de cooperación basado en el mutuo beneficio que abarque toda la organización.
- **Eliminar eslóganes y consignas para los operarios, sustituyéndolo por acciones de mejora:** Ya que solo crean relaciones adversas y de rivalidad y que redundan en el detrimento de la competitividad y calidad.
- **Eliminar estándares de trabajo, incentivos y trabajo a destajo, pues son incompatibles con la mejora continua:** Así como la gestión por objetivos, tanto para el personal operativo como para los niveles de mando. Las cuotas solo tienen en consideración los números, no los procesos, los métodos o la calidad; constituyendo, por lo general, una garantía de baja calidad y altos costes.
- **Eliminar las causas que impiden al personal sentirse orgullosos de su trabajo:** En una empresa en que se haya desarrollado una cultura correcta, el personal se sentirá orgulloso por el trabajo realizado. Por ello, es importante eliminar factores que impidan a las personas sentirse orgullosas del trabajo que realizan.
- Eliminar las barreras que privan a la gente de estar orgullosas de su trabajo: A través de la instauración de programas con estos objetivos.

- Estimular a la gente para su mejora personal: Supone la implicación de todos los miembros de la compañía, trabajando conjuntamente para conseguir el cambio (Deming, E., 1989).

## 2.12 El ciclo de Deming (Ciclo PDCA)

Durante la segunda mitad del siglo XX, W. Deming, E. (1989), popularizó el ciclo PDCA (Planificar, Desarrollar, Comprobar, Actuar), inicialmente desarrollado por Walter Shewhart quien utilizó extensamente este ciclo en los ámbitos de la gestión de la calidad. Esta herramienta ayuda a establecer en la organización una metodología de trabajo encaminada a la mejora continua (Shewhart, W., 1997).

La mejora continua implica una serie de actividades consecutivas orientadas a la resolución de los problemas que surgen en áreas o procesos de una organización. A continuación se muestra las 4 fases del Ciclo Deming:

**Planificar (P)** La dirección de la organización define los problemas y realiza el análisis de datos, y marca una política, junto con una serie de directrices, metodologías, procesos de trabajo y objetivos que se desean alcanzar en un periodo determinado, incluyendo la asignación de recursos. Estas actividades que corresponden a la alta dirección se engloban bajo el término “Planificar” (“Plan”, en inglés), que constituye el primero de los grupos anteriormente citados.

**Hacer (D)** A partir de las directrices que emanan de la planificación, la organización efectúa una serie de actividades encaminadas a la obtención de los productos o los servicios que proporciona a sus clientes (“Do” en inglés). En estos procesos, se deben tener en cuenta todos los

requisitos del cliente, de forma que el producto o servicio obtenido se ajuste lo más posible a sus expectativas. De ello dependerá el grado de satisfacción del cliente.

**Verificar (V)** Finalizado el proceso productivo, se debe evaluar su eficacia y eficiencia realizando un seguimiento y un control con una serie de parámetros que son indicativos de su funcionamiento. Se trata de comprobar (“Check” en inglés) objetivamente los resultados obtenidos por la organización mediante el análisis de sus procesos, comparándolos con los resultados previamente definidos en los requisitos, en la política y en los objetivos de la organización, para verificar si se han producido las mejoras esperadas, averiguar las causas de las desviaciones o errores y plantear posibles mejoras.

**Actuar (A)** En función de los resultados obtenidos, y una vez analizados por la dirección, ésta marcará una serie de nuevas acciones correctoras para mejorar aquellos aspectos de los procesos en los que se han detectado debilidades o errores. En consecuencia, se tiene que “Actuar” (“Act” en inglés) para estandarizar las soluciones, mejorar la actividad global de la organización y la satisfacción del cliente. Para cerrar el ciclo, la dirección, hará un análisis global del ciclo completo, volverá a planificar una serie de objetivos aplicables a la siguiente iteración del bucle.

En el momento en que se mejora la calidad, disminuye el costo de la garantía al cliente, al igual que los gastos de revisión y mantenimiento. Si se empieza por hacer bien las cosas, los costes de los estudios tecnológicos y de la disposición de máquinas y herramientas también disminuyen, a la vez que la empresa acrecienta la confianza y la lealtad de los clientes (Deming, E., 1989).

### **2.13 Planeación estratégica**

Generalmente, en las organizaciones, los directivos ocupan la mayor parte de su tiempo en resolver las operaciones diarias y difícilmente dedican parte de él a la planeación. Bajo esta perspectiva, los beneficios asociados a la misma, como plantear anticipadamente hacia dónde se dirige una organización (estrategia), y contar, por lo tanto, con una idea más clara de las diversas opciones y actividades que deben realizarse para llegar a los objetivos establecidos, no es formalmente definida. Un programa efectivo de trabajo debe tener una visión clara del futuro y un plan bien concebido que describa los pasos a seguir ahora y en los años venideros, y aunque es indiscutible que los planes pueden cambiar, el cambio puede hacerse de manera controlada sobre la base de información previamente valorada (Serna, H., 2007).

La planeación estratégica es una herramienta de carácter gerencial válida para las organizaciones privadas y públicas, facilita la evaluación en la cual se encuentra la empresa y determina los factores que influyen y exigen desde el exterior hacia la organización. Esos factores pueden ser oportunidades o amenazas que condicionan en mayor o menor grado el desarrollo de la misión visión y objetivos de la empresa. Además de ello permite realizar un análisis interno, es decir las fortalezas y debilidades de la organización

### **2.14 Análisis FODA**

El Análisis FODA o Matriz FODA es una metodología de estudio de la situación de una organización o empresa en su contexto y de las características internas (situación interna) de la misma, a efectos de determinar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. Es una herramienta utilizada para conocer la situación real en que se encuentra la organización.

La técnica FODA es una alternativa disponible para el pequeño y mediano empresario, atractiva por sus múltiples beneficios, ya que es fácil de aplicar, es analítica, propositiva, y cuyo único requisito consiste en trabajarla o desarrollarla a través de la integración de un equipo de trabajo o miembros de un grupo directivo involucrados con el manejo y/o dirección de la institución. Y con el tiempo necesario para realizar el análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas a las cuales se enfrenta la organización, llegando de esta manera a contar con información que permita determinar alternativas estratégicas viables, para afrontar los diferentes cambios que el medio presenta y hacerlo con éxito (Serna, H., 2007).

**Fortalezas:** Se incluyen en ellas los recursos disponibles, las capacidades, habilidades y las actividades positivas.

**Oportunidades:** Se definen como aquellos factores externos que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el medio y que permiten obtener ventajas competitivas.

**Debilidades:** Se definen como aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente al medio, que entorpecen el alcance de los objetivos o que retrasan los procesos, como recursos insuficientes, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente.

**Amenazas:** Se definen como aquellas situaciones que provienen del entorno, que se vislumbran como riesgos significativos y que pueden llegar a atentar contra el prestigio institucional (Serna, H., 2007).

En resumen, se puede mencionar que, si las empresas ponen en práctica las estrategias planteadas en la investigación y actualizan su análisis FODA junto a su plan estratégico y operativo, las empresas serán líderes en el mercado en el que se desarrollan, puesto que ninguna institución u organización llega a su éxito sin antes no haber evaluado sus fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, ya que sin ello no se pueden plantear las debilidades para la empresa.

Como reflexión del capítulo II, puedo afirmar que es muy importante un marco teórico, por que al momento de realizar una propuesta de intervención, se tiene que llevar a cabo una investigación, un análisis y una metodología, para sustentar las diferentes propuestas para las problemáticas que estén afectando a las instituciones. Son los cimientos de un trabajo recepcional, no puede haber una intervención con propuesta si no hay una metodología o teoría que sustente dicha propuesta. En este capítulo se habló del marco teórico donde se hace mención de dos puntos fundamentales, el primero, es la calidad, el segundo, es la metodología del ciclo PHVA de mejora continua de Deming, que fue el sustento para la elaboración de una propuesta para intervenir en la problemática que se detectó en un proceso de la área de Dirección General Adjunto Dirección Médica del Hospital San Ángel Inn Sur.

## **Capítulo III**

### **Proceso de Credencialización del Hospital San Ángel Inn Sur**

#### **3.1 Proceso del Proceso de Credencialización del año 2019**

El Hospital San Ángel Inn Sur, maneja distintos tipos de procesos en todas sus áreas en relación a la seguridad y atención de los pacientes, que solicitan un servicio de Salud. Ya una vez instalado como practicante en el área de Dirección General Adjunto Dirección Médica, me pongo a revisar una carpeta donde se incluían todos los procesos que se manejan en el área de Dirección Médica.

De todos los procesos revisados, uno en particular me llamó la atención, fue el proceso de credencialización, esto por los puntos rojos y negativos que se tenían como resultados en la última certificación del Hospital.

Con la información anterior, se logró en el mes de enero del año 2019, con el apoyo del Coordinador del área de Calidad, se realizara una actualización y modificación en las políticas del proceso, buscando que se inicie con la aplicación de forma correcta y con calidad. En este capítulo se explica de forma global el proceso de credencialización en el Hospital San Ángel Inn Sur.

#### **3.2 Objetivo General del Proceso de Credencialización**

El Objetivo General del Proceso de Credencialización, es garantizar la seguridad en la atención de los pacientes en el Hospital San Ángel Inn Sur, a través de unos filtros que permitan identificar, definir, verificar y analizar la preparación académica de médicos internos que

atienden pacientes y médicos externo que ingresan pacientes para una atención medica en las instalaciones.

### **3.3 Alcance del Proceso de Credencialización**

El alcance del proceso es para todo profesional de la salud que requiera hacer uso de las instalaciones del Hospital San Ángel Inn Sur, para el internamiento de pacientes con fines médicos y/o quirúrgicos (médicos internos y externos), al personal administrativo que tenga relación con el proceso y al personal adscrito a las áreas de admisión de pacientes (hospitalización, urgencias, y quirófono).

### **3.4 Políticas del Proceso de Credencialización**

El Hospital San Ángel Inn Sur, permite el acceso y utilización de sus instalaciones a médicos especialistas externos (no contratados por el Hospital) para la atención clínico-quirúrgica de sus pacientes, con la condición de llevar a cabo su proceso de credencialización antes de ingresar al Hospital.

A continuación se hace mención a las políticas del proceso:

- 1.** Solo se permite el internamiento y atención de pacientes a médicos con grado de especialidad (médicos tratantes).
- 2.** Los médicos tratantes podrán conformar equipos de trabajo con otros profesionales de la salud, siempre que estos colaboradores cumplan con el proceso para tal efecto.
- 3.** Los médicos internos o contratados por el Hospital, también deben cumplir con el proceso de manera correcta, ya que tendrán a cargo pacientes que ingresen por urgencias o que no cuenten con médicos tratantes.

4. Todo médico que solicite la credencialización debe presentar la siguiente documentación:

- Solicitud de ingreso al cuerpo médico.
- Currículum Vitae
- Título universitario de medicina general (licenciatura en medicina, médico cirujano, médico cirujano y partero o equivalente)
- Diploma universitario de especialidad en medicina (médicos especialistas)
- Diploma universitario de subespecialidad (en el caso).
- Cédula profesional de medicina general otorgada por la Dirección General de Profesiones.
- Cédula profesional de especialidad en medicina otorgada por la Dirección General de Profesiones.
- Cédula profesional de subespecialidad en medicina (en el caso) otorgada por la Dirección General de Profesiones.
- Certificación de consejo de la especialidad vigente.
- Formato de solicitud de privilegios temporales/definitivos.
- Listado de privilegios de la especialidad.
- Póliza de responsabilidad civil profesional actualizada.
- Aviso de privacidad firmado.
- Identificación oficial.
- Cédula de Inscripción al SAT.
- CURP.

Durante la aplicación del proceso de credencialización a los médicos se les otorgarán privilegios, estos únicamente a médicos externos, donde deben de estar en relación con la especialidad médica y/o con el grado de preparación profesional que presenta en sus documentos académicos. A continuación se señalan los tipos de privilegios que se les otorgan a los médicos:

### **3.4.1 Privilegios temporales**

Los privilegios temporales se otorgan a los médicos que no han realizado el proceso de solicitud/ otorgamiento de privilegios definitivos en la institución para la atención de pacientes, en casos de urgencia o en circunstancias en las que no le fue posible al médico solicitar anticipadamente los privilegios definitivos.

El personal de admisión, admisión urgencias, y quirófano, debe consultar con el encargado del proceso de credencialización el estatus de privilegios del médico solicitante, a brindar servicio en la institución de manera que quede identificado, y proceda a la solicitud de privilegios temporales.

El encargado del proceso debe realizar la consulta de la cédula profesional de licenciatura, especialidad y subespecialidad, del profesional de la salud que solicita privilegios temporales en la página del Registro Nacional de Profesiones, como mínima verificación de la preparación académica que ostente el médico solicitante.

En ausencia del responsable del proceso de credencialización el personal de admisión, admisión urgencias y quirófano, debe realizar la consulta de cedula profesional de licenciatura, especialidad y subespecialidad, del profesional de la salud que solicita privilegios temporales, como se describe en la política anterior.

En caso de que la verificación sea satisfactoria, se le otorgarán privilegios temporales, los cuales amparan únicamente un solo procedimiento y/o internamiento y puede solicitarse únicamente en tres ocasiones consecutivas.

En caso de que la verificación no sea satisfactoria, la solicitud de privilegios temporales será denegada y el médico debe asignar a un médico especialista al paciente; en caso de no contar con uno, será asignado un médico especialista del rol de guardias del Hospital.

Cuando el médico ha solicitado privilegios temporales en dos ocasiones sin completar el proceso de otorgamiento de privilegios definitivos, independientemente del tiempo entre estas atenciones, se le exhorta a completar el procedimiento de solicitud de privilegios definitivos antes de permitirle el internamiento de un tercer paciente.

Las áreas de admisión, admisión urgencias y quirófano reportaran al encargado del proceso, de todos los casos de médicos, no registrados que deseen hospitalizar pacientes, de tal manera que el responsable del proceso pueda gestionar el otorgamiento de privilegios temporales ante la Dirección Médica.

El encargado del proceso conservará en su archivo las solicitudes de privilegios temporales elaboradas por los médicos con la finalidad de tener un registro histórico de dichas solicitudes a manera de expediente individual del médico. Esto con la finalidad de tener el control de las ocasiones en que el médico ha solicitado privilegios temporales y aplicar la política del presente documento.

De los privilegios de emergencia o por única ocasión: un médico especialista puede estar autorizado por la Dirección Médica para hacer todo lo posible por salvaguardar la vida de un paciente en estado grave y con carácter de urgente, si aún tiene privilegios.

Para lo anterior, se le otorgarán privilegios temporales de manera extraordinaria.

Una vez terminada la atención de emergencia, es obligación del médico cambiar su estatus de privilegios de continuar el internamiento de su paciente, de lo contrario, debe asignarse a otro médico que cuente con privilegios como tratante para la atención médica.

Para el proceso de solicitud y otorgamiento de privilegios temporales se utilizará el formato “Solicitud de Privilegios Temporales” (SAIC-FO-COM-CR-002).

En caso de que llegue un médico nuevo que es parte del equipo quirúrgico y que no cuente con otorgamiento de privilegios temporales, el personal encargado del descanso de médicos debe identificarlo para dar aviso al encargado del proceso de credencialización, para que se le realice el proceso correspondiente antes de que ingrese al quirófano.

El personal de admisión, admisión de urgencias y quirófano, debe solicitarle los datos al médico, validar la información y entregarle privilegios temporales acorde al proceso para que pueda ingresar a quirófano.

### **3.4.2 Privilegios definitivos**

Los médicos especialistas (médicos tratantes) que deseen ingresar pacientes al Hospital con fines diagnósticos y/o terapéuticos deberán solicitar el otorgamiento de privilegios por escrito con el formato “Solicitud de Privilegios Definitivos” (SAIC-FO-COM-CR-001) ante el encargado del proceso de credencialización

Los médicos internos del Hospital, deben cumplir con la misma documentación definida por el proceso de credencialización. El encargado realizará la verificación en fuente original de cédula profesional y cédulas de especialidad, así como de la certificación del Consejo.

Las solicitudes de privilegios recibidas con documentación completa serán entregadas y analizadas por el Comité de credencialización, para que inicie la valoración de otorgamiento de privilegios definitivos.

Una vez que el médico solicitante sea considerado a recibir privilegios definitivos, será notificado por escrito por la Dirección Médica a través del encargado del proceso de credencialización.

Los colaboradores del Comité de Credencialización deben consultar de acuerdo a la especialidad y tipo de privilegios que el médico interno y externo solicita. Una vez cumpliendo con los privilegios definitivos, el médico automáticamente queda credencializado en el Grupo Hospitales San Ángel Inn.

Los expedientes del personal médico interno y externo que solicite el otorgamiento de privilegios definitivos serán resguardados por el encargado del proceso de credencialización

Estos expedientes serán presentados en el Comité de Credencialización y podrán ser prestados a los jefes de servicio considerando la especialidad del solicitante para su evaluación. Acorde al número de solicitudes nuevas, esta actividad podrá llevarse a cabo con frecuencia semanal (los viernes), sin necesidad de esperar a que sesione el Comité.

Una vez teniendo el expediente completo se hará entrega de una copia a los 3 Hospitales San Ángel Inn, esto servirá como respaldo si el médico llegara a intervenir a un paciente en cualquier Hospital del Grupo San Ángel Inn.

La vigencia de los privilegios definitivos es de tres años, periodo tras el cual el Comité de Credencialización del Hospital realizará el análisis de la trayectoria del médico en la atención de sus pacientes.

Dependiendo de los resultados de dicha evaluación se le dará otro permiso con vigencia de otros tres años más. El Listado de Privilegios solicitados será validado mediante firma autógrafa del Director Médico y será anexado al expediente del médico con privilegios definitivos.

### **3.4.3 Evaluación de privilegios**

El médico externo e interno que recibió el otorgamiento de privilegios definitivos será evaluado en su actuar profesional mediante la aplicación de un cuestionario, específicamente diseñado para tal efecto.

Los jefes de servicio serán los encargados de llevar a cabo la evaluación del desempeño del personal de salud médico y no médico, y el resultado de la evaluación será validada por los miembros del Comité de Credencialización.

El instrumento de evaluación lo realiza el Director General adjunto Director Médico, es un cuestionario que incluye tres secciones: Sección 1, con un valor de 10% del total, sección 2, con un valor de 10% del total, y Sección 3, con un valor de 80% del total. La suma de las tres secciones corresponderá al 100%.

Serán sujetos de evaluación quienes tengan otorgados privilegios definitivos y registren por lo menos cinco internamientos o atenciones a pacientes en el Hospital San Ángel Inn Sur, en un periodo de 12 meses.

En caso de brindar atención a más de cinco pacientes al año, la evaluación se realizará con frecuencia anual.

El resultado de la evaluación se ponderará de la siguiente manera:

- Porcentaje mayor o igual al 75%: Médico A. Desempeño adecuado.
- Porcentaje igual al 60% y menor al 74%: Médico B. Desempeño regular.
- Porcentaje menor al 60%: Médico C. Desempeño no deseable.

El profesional clínico con calificación A será invitado a continuar con el esfuerzo en su desempeño; el profesional con calificación B será instado a corregir las desviaciones en su proceso de atención; el profesional con calificación C será turnado al Comité de Credencialización para el análisis complementario de su evaluación y el posible retiro de sus privilegios, de manera parcial o definitiva.

Los profesionales clínicos que obtengan calificación C serán convocados por los miembros del Comité de Credencialización para el análisis de su evaluación, firmando de enterado al calce de la misma.

#### **3.4.4 Retiro de privilegios**

Es motivo de retiro de privilegios el médico especialista que no cumpla con el reglamento, que falte al código de ética institucional y/o que demuestre impericia en la atención médica de pacientes.

El Comité de Credencialización colegiará y dictaminará las solicitudes de análisis de caso derivadas de desviaciones en los procesos de atención a pacientes por algún profesional de la salud. Lo anterior se hará en sesión extraordinaria del Comité de Credencialización mismo que emitirá el dictamen con recomendación de refrendo o retiro de privilegios en un período de 48 horas como máximo.

Derivado del análisis de las desviaciones en el proceso de atención por los médicos con privilegios, estos podrán serle retirados de manera parcial (destrezas específicas) o total (suspensión definitiva de todos sus privilegios).

La notificación del retiro de privilegios deberá ser por escrito a través de oficio firmado por el Director Médico en el Comité de Credencialización y firmada de recibida por el médico en cuestión.

#### **3.5 Negligencias médicas**

Hoy en día cuando las personas buscan una atención médica por algún tema de salud se dirigen a un Hospital, no importando si es público o privado, lo que buscan al momento de ingresar es que los atiendan de manera rápida y con calidad.

Los familiares y pacientes por la urgencia de querer ser atendidos, no se percatan de que corren el riesgo de que se les realice una mala praxis o un mal diagnóstico, y por lo consiguiente

generar alguna negligencia médica por parte de los médicos tanto internos, como externos del Hospital.

En la actualidad es un tema complicado para Hospitales públicos y privados del país, ya que se han generado demasiadas negligencias médicas a lo largo de décadas, esto debido a la falta de seguimiento y mejora en los procesos relacionados a la seguridad de los pacientes.

Es interesante conocer los procesos o procedimientos que utilizan los Hospitales para estar conscientes de que los médicos están preparados y certificados para dar atención médica a los pacientes. No solo es conocer, es realizar la verificación de que el proceso se esté aplicando de forma correcta y con una buena gestión de calidad.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en 2015, en su área de atención de inconformidades para la atención médica, recibió un total de 4 mil 468 quejas sobre negligencia médica. Algunos daños por presuntas responsabilidades médicas observadas en los servicios de seguridad social en México son: fallecimiento, lesiones irreversibles, secuelas orgánicas y psicológicas.

En la actualidad en distintos países del mundo se aprecia una importante demanda por parte de la población para recibir un servicio de salud en Hospitales públicos o privados con una excelente calidad en su atención médica, con el fin de no caer en negligencias médicas.

En 1998, El Instituto de Medicina de los Estados Unidos inició un proyecto denominado Calidad de la Atención en Salud en América, cuyo objetivo fue desarrollar una estrategia para la mejora en la calidad de la sanidad, ya que se detectó que una de las principales causas de muerte y lesión en la nación se debía a los “errores médicos” (Rojas, Y., 2011).

El artículo 228 del Código Penal Federal de 1931 establece:

Los profesionistas artistas o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometen en el ejercicio de su profesión, sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre el ejercicio profesional, en su caso (p.59).

Como resultado, los sistemas actuales de salud en el mundo han venido incorporando estrategias para mejorar día tras día los diferentes servicios que se le brinda a la población, una de ellas ha sido la incorporación de sistemas de gestión de calidad que han surgido desde otras disciplinas como la ingeniería y la administración (Rojas, Y., 2011).

La ausencia de calidad se manifiesta de múltiples maneras: servicios ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios y lo peor, pérdidas humanas (Balderas, M., 2012).

En la actualidad, vivimos en un mundo donde las negligencias médicas están a cualquier hora, esto se debe a una mala gestión de calidad, atención médica y una mala administración hospitalaria en hospitales públicos y privados.

Ante un caso de negligencia médica existe una consecuencia jurídica que debe afrontar el médico prestador del servicio. La reparación del daño debe incluir una indemnización material y moral, incluyendo el pago de los tratamientos curativos (Rojas, Y., 2011).

Para América Latina, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son consideradas como una estrategia para la medición y mejora de la salud de la población desde 1997, cuando el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó aplicarse como

punto de apoyo para la renovación de la política de la salud para todos en el año 2000 (Rojas, Y., 2011).

Por su parte, México por medio del Sistema Nacional de Salud (SNS) presenta una larga historia de esfuerzos durante las últimas cinco décadas por lograr un avance paulatino y permanente en la mejora de la prestación de los servicios de salud.

Actualmente, el Gobierno Federal sostiene su interés en los problemas de la calidad de los servicios de salud y se ha propuesto garantizar que se otorguen de manera eficiente, con calidad y seguridad para el paciente, conforme lo establecen sus últimos dos Planes Nacionales de Desarrollo, en donde se ha hecho explícita la necesidad de desarrollar una estrategia dirigida a implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica (Balderas, M., 2012).

México ha impulsado la cobertura universal de la seguridad social en salud (conocido como Sistema de Protección Social en Salud o “Seguro Popular”) que ofrece a todos sus beneficiarios el derecho a recibir servicios de salud con calidad y que las instituciones prestadoras de servicios deberán hacer todo lo posible por garantizar su seguridad como usuarios de dichos servicios. Esto coloca nuevamente a la calidad de la atención a la salud, como política pública permanente de la agenda de trabajo nacional, identificando la necesidad de crear una cultura por la calidad y la seguridad del paciente a todos los niveles del SNS (Balderas, M., 2012).

Se ha notado como punto clave que los Hospitales de salud, no dan una importancia a los procesos de seguridad de los pacientes, que en este caso es el verificar si los médicos son aptos para realizar diagnósticos, consultas e intervenciones quirúrgicas.

El Hospital San Ángel Inn Sur es un Hospital certificado, que está bajo los estándares del Consejo de Salubridad General y está comprometido con la calidad de la atención a los pacientes. Tiene como obligación contar con un excelente proceso de credencialización para médicos externos e internos del Hospital, buscando de esa manera prevenir negligencias médicas. Siendo que sus clientes (principios de la calidad) son los pacientes (estudiantes, padres de familia y público en general) quienes buscan en el Hospital una excelente seguridad y calidad en el servicio de salud que se les brinda.

Como primer paso se debe identificar en qué estado se encuentra el proceso, realizando una serie de preguntas, que se presentan a continuación:

- **¿Quién es el responsable de llevar y aplicar de forma correcta el proceso de credencialización?**
- **¿Las normas y políticas están actualizadas?**
- **¿Se cumple de manera correcta y con calidad el proceso de credencialización, para los médicos internos y externos del Hospital?**

A partir de lo anterior se determina lo siguiente:

Una vez analizadas las preguntas del planteamiento del problema del trabajo recepcional, se arrojó que no hay una persona a cargo, y esto generaba una falta de seguimiento para la aplicación del proceso de credencialización con calidad.

Estas preguntas fueron expuestas en el Comité de credencialización, donde con colaboración de los coordinadores, la Directora de Operaciones y el Director General, se

contestaron las preguntas, donde se causó una relevante inquietud por parte de los Directores, por la falta de seguimiento del proceso de credencialización.

Después de exponer a detalle la problemática principal, se expuso un diagnóstico del proceso de credencialización a inicios del año 2019, para dar a conocer números y cifras de años anteriores. A continuación se muestra el diagnóstico realizado:

### **3.6 Diagnóstico del Proceso de Credencialización año 2019**

Un administrador educativo, cuando se encuentra en una institución, una de sus principales funciones es resolver problemáticas de un área, servicio o proceso que lo requiera. Cuando ingreso al Hospital lo primero que realicé fue un diagnóstico para saber en qué situación se encontraba el proceso de credencialización a inicios del año 2019, recordando que es un proceso fundamental para la seguridad de los pacientes en el Hospital San Ángel Inn Sur.

El proceso de credencialización, no se tomaba de manera importante y con la seriedad que debía de tomarse, ya que en todo el año 2018, no hubo una persona que tomara la iniciativa de poner en marcha el proceso, y no solo eso, de darle un seguimiento continuo y propuestas de mejora.

Como practicante en el Hospital, encontré esta problemática como un área de oportunidad, y como un gran reto de poner en marcha el proceso de credencialización de forma correcta y con calidad.

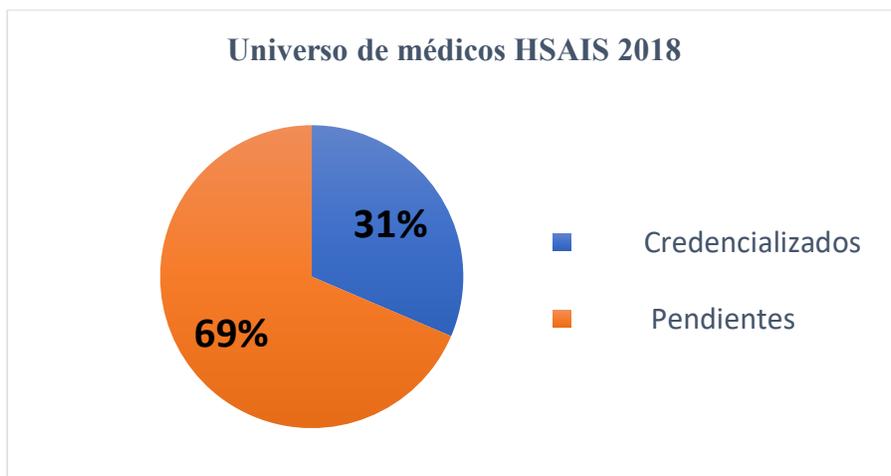
### 3.6.1 Universo de Médicos Enero del año 2019

Como primera problemática en el proceso de credencialización que encontré en el Hospital, fue que ya se manejaban distintos universos de médicos tanto externos como internos, de años anteriores, pero que iba con un aumento de rezago de expedientes de médicos, por la falta de seguimiento de una persona a cargo del proceso. A continuación se muestra, como se encontraba el universo de médicos externos e internos del Hospital durante los últimos años:

**Tabla 4. Universo de médicos**

Universo enero del año 2019		
Médicos	Credencializados	Pendientes
700	220	480

**Gráfica. 1**



Como indica la gráfica 1, el proceso de credencialización, ya contaba con un universo de aproximadamente 700 médicos, pero sin embargo solo se tenía 220 médicos registrados durante los años anteriores, y se tenía un rezago de 480 expedientes de médicos sin revisar y registrar.

Se tiene en consideración que es alarmante para el Hospital San Ángel Inn Sur, ya que es una de las instituciones de salud del sector privado más reconocidos de la Ciudad de México.

El Hospital arriesga a manchar su imagen, porque si un médico ingresa a su paciente ya sea, para tratamiento quirúrgico o clínico, y no se aplica el proceso de credencialización de forma correcta, se podría generar una negligencia médica; el Hospital además de perder su prestigio arriesga la confianza y seguridad de los pacientes que se ha ganado por años.

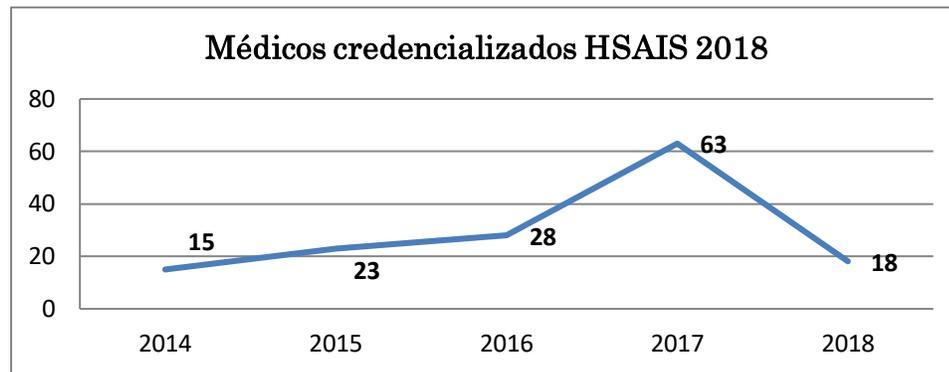
### 3.6.2 Médicos credencializados del año 2014 al año 2018

Como segunda problemática en el proceso, se encontró que el número de médicos registrados que llevaba el Hospital en los últimos 5 años era muy bajo, donde se rescató este dato importante, que se presenta a continuación:

**Tabla 5. Médicos anuales**

<b>Año</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Médicos Registrados</b>	15	23	28	63	18

*Gráfica. 2*



Como nos indica la gráfica 2, se arroja que en los últimos 5 años solo 147 médicos cumplieron con el proceso de credencialización, por lo que, se concluye que estas cifras son muy bajas para los años que el Hospital lleva en pie. El Hospital San Ángel Inn Sur, debe cumplir su misión; brindar una excelente calidad en los procesos de atención y seguridad de los pacientes.

“Los pacientes esperan tener una experiencia interpersonal satisfactoria con los médicos externos e internos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, ellos buscan que se les transmita confianza y seguridad en la efectividad del servicio que se les brinda”

### **3.6.3 Cortesías del año 2014 al año 2018**

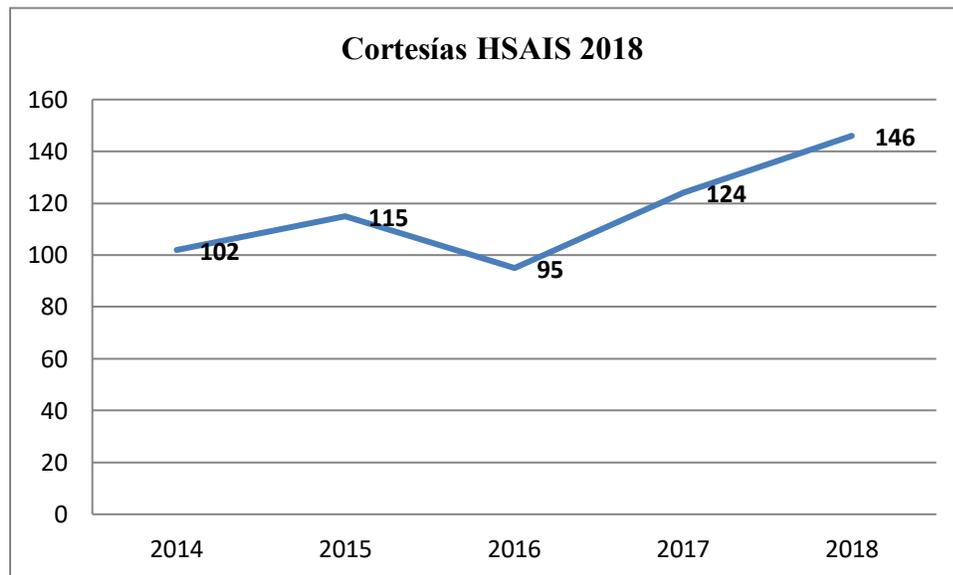
Como tercera problemática se encontró lo siguiente: El Hospital trabaja otro dato llamado cortesías, que indica que un médico que ingresa a realizar una intervención, no está registrado en el Grupo San Ángel Inn.

A continuación, se menciona la siguiente gráfica en base a las cortesías de años anteriores:

**Tabla 6. Médicos en cortesía anuales**

<b>Año</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Cortesías</b>	102	115	95	124	146

**Gráfica. 3**



Como se indica la gráfica 3, las cortesías anuales en el Hospital San Ángel Inn Sur son muy altas, y esto genera que en los últimos años se haya corrido un riesgo de que un médico realice una mala praxis.

Esta información fue obtenida con una búsqueda amplia que se realizó, es muy urgente que se den fin a las problemáticas del proceso y empezar a generar resultados positivos a partir del año 2019 y 2020.

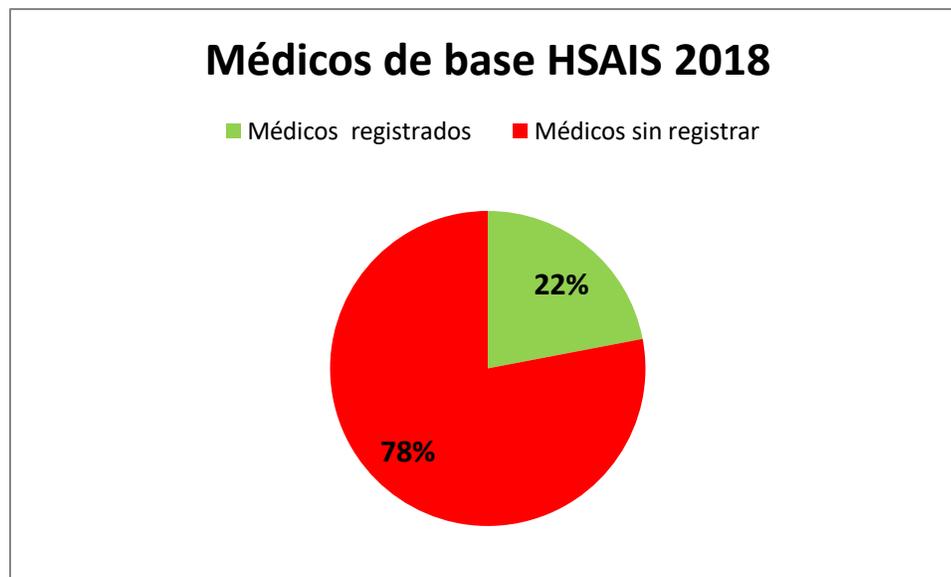
### 3.6.4 Médicos de base del año 2019

Como última problemática, se encontró un dato alarmante que va en relación a que los médicos internos de base, los que representan el top 50 y el rol de guardias, deberían estar credencializados y no lo están, ya que son médicos contratados por el Hospital. A continuación se muestra los datos alarmantes sobre los médicos de base a inicios del año 2019:

**Tabla 7. Médicos internos año 2019**

<b>Médicos Internos</b>	<b>Médicos registrados</b>	<b>Médicos sin Registrar</b>
100	22	78

**Gráfica. 4**



Como indica la gráfica 4, el porcentaje de médicos de base que no cumplen con el proceso de credencialización es muy elevado, teniendo una problemática más, que es la falta de

seguimiento continuo del proceso de credencialización para médicos que son contratados por el Hospital. Después de analizar y exponer estos datos al Director General, se le plantea lo que se quiere hacer y hacia dónde se quiere llegar con el proceso de credencialización, en el Hospital durante el año 2019 y 2020.

Siendo estudiante de mi último año de licenciatura, no cabe duda que el miedo es muy alto, porque la mayoría de los egresados, no tienen idea de que hacer una vez concluida la licenciatura. En mi caso fue ir a una institución de Salud a presentarme como una persona que diagnostica y resuelve problemáticas, no fue sencillo, esto porque en la actualidad es una obligación contar con experiencia laboral para que una institución te deje poder realizar una propuesta que solucione sus problemáticas actuales.

El Hospital San Ángel Inn Sur, no es una institución que contrate personas sin una preparación profesional, para solucionar problemáticas, y sobre todo si se trata de la seguridad de los pacientes, tiene que ser una persona con mucha experiencia. Fue un momento muy fuerte como estudiante, el poder presentarle una propuesta al Director General para solucionar una problemática, que se presentan en todos los Hospitales del país.

El compromiso, la valentía, la dedicación, la entrega y los valores que me inculco la universidad fueron fundamentales para poder enfrentar con éxito este nuevo reto. Para el mes de enero del año 2019, en una reunión con el Director General, se le plantea el diagnóstico y la propuesta con éxito.

Después de que pasaron varios días de plantearle la propuesta al Director, convoca a una reunión a todos los Coordinadores de cada área del Hospital y menciona lo siguiente:

“Presento al practicante Hugo Santos Muñiz como encargado del proceso de credencialización para el año 2019”. Mi mente, me decía miles de cosas al mismo tiempo, era un gran reto donde tenía que demostrar que tenía las capacidades, habilidades y creatividad para enfrentar este nuevo reto profesional.

### **Ilustración 3. Tarjeta de presentación**



A continuación, se muestran los siguientes puntos a favor de poner a una persona a cargo del proceso:

- El proceso se tomará con más seriedad para distintas áreas del Hospital
- Los médicos externos e internos, tomarán con más seriedad el proceso, antes de intervenir a un paciente al Hospital.
- Se harán cumplir las políticas y procedimientos del proceso de credencialización en el Hospital.
- Se llevará de manera correcta las tareas diarias del Proceso de Credencialización.
- Habrá más formalidad y calidad en la aplicación del proceso para los médicos.

El Director quien, junto con el Comité de Directivos del Hospital, llegan a la conclusión de ponerme el siguiente objetivo general:

El Proceso de Credencialización debe ser aplicado con calidad y correctamente, con el fin de llegar a un 95% de efectividad en su aplicación, para diciembre del año 2019.

Después de realizar un Diagnóstico sobre cómo se encontraba el proceso de credencialización a inicios del año 2019, y detectar cuantas problemáticas se tenían, ahora se necesitaba saber el por qué no se cumple con el proceso de forma correcta y con calidad.

### **3.7 Análisis FODA**

El análisis FODA, se utiliza como una herramienta para diagnosticar problemáticas y áreas de oportunidad en instituciones y organizaciones, ellos usan este análisis para realizar planeaciones estratégicas a futuro, con la finalidad de que se puedan mover de manera correcta en un mercado cambiante.

Las instituciones analizan su entorno interno y externo, para conocer sus oportunidades, debilidades, amenazas y fortalezas, como punto a recordar las debilidades y fortalezas son internas y las oportunidades y amenazas son externas.

Después de que las instituciones realizan su análisis FODA y plantean estrategias, y ya se sabe hacia dónde quieren ir, deben de informar a las áreas cuál es su nueva visión, y por lo consiguiente dichas áreas deben realizar un análisis FODA para diagnosticar cuáles son sus problemáticas y en que pueden mejorar para hacer cumplir con la nueva visión de la institución.

Las áreas se rigen por procesos que se tienen que hacer cumplir para su funcionamiento, pero en ocasiones hasta los procesos necesitan un cambio o una solución, de las problemáticas que se van generando.

Teniendo en mente lo siguiente, se comienza a trabajar con un análisis FODA para detectar las fortalezas y debilidades internas del proceso de credencialización, así como también se analizarán las Oportunidades y Amenazas que son externas del proceso en el Hospital, con la finalidad de identificar los puntos rojos del Proceso de Credencialización. A continuación se muestra un cuadro del análisis FODA que se realizó:

**Tabla 8. Análisis FODA**

<b>Fortalezas</b>	<b>Oportunidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Políticas y procedimientos establecidos y actualizados del proceso.</li> <li>● Apoyo del Director General del Hospital.</li> <li>● Equipo y material de trabajo disponible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Generar seguridad y confianza en los pacientes externos desde que ingresan.</li> <li>● Generar un plan de trabajo para las actividades, tanto internas como externas para el Proceso de Credencialización.</li> <li>● Generar un compromiso por parte de los médicos externos e internos con el proceso.</li> <li>● Generar una seguridad a los directivos del Hospital, ante situaciones de negligencias médicas</li> </ul>

---

**Debilidades**

- Falta de interés por parte del personal interno y externo para que realicen el proceso.
- Falta de seguimiento de actividades diarias que requiere el proceso.
- Falta de una excelente gestión de calidad para realizar el proceso.
- Rezago y falta de seguimiento del proceso.

**Amenazas**

- Negligencias médicas continuas por el Hospital.
- Generar algún caso médico legal con algún paciente que se le haya aplicado una mala praxis.
- Se pondría en peligro el prestigio del Hospital
- Disminución de ganancias para el Hospital

---

Después de realizar la matriz con la herramienta FODA se realizó una asignación de una ponderación para cada una de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, listadas de acuerdo a una escala establecida de 1 a 4, donde el 4 es el nivel muy alto de actuación, el 3 el nivel alto, el 2 el nivel medio y el 1 el nivel más bajo.

**Tabla 9. Nivel de mayor actuación**

---

Nivel 4	<b>Muy alto (rojo)</b>
Nivel 3	<b>Alto (anaranjado)</b>
Nivel 2	<b>Medio (amarillo)</b>
Nivel 1	<b>Bajo (verde)</b>

---

A partir de ello se asignó una calificación individual a la lista, para indicar el grado de cada variable, de esta manera se pudieron establecer las diferencias y jerarquización entre ella

**Tabla 10. Matriz de Ponderación**

<b>Fortalezas</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Amenazas</b>
Políticas y procedimientos establecidos y actualizados del proceso <b>(Nivel 1).</b>	Generar seguridad y confianza en los pacientes externos desde que ingresan. <b>(Nivel 1).</b>	Falta de interés por parte del personal interno y externo para que realicen el proceso. <b>(Nivel 4).</b>	Negligencias médicas continuas por el Hospital. <b>(Nivel 4).</b>
Apoyo del Director General del Hospital <b>(Nivel 2).</b>	Generar un plan de trabajo para las actividades, tanto internas como externas para el Proceso de Credencialización. <b>(Nivel 2).</b>	Falta de seguimiento de actividades diarias que requiere el proceso. <b>(Nivel 4).</b>	Generar algún caso médico legal con algún paciente que se haya aplicado una mala praxis. <b>(Nivel 4).</b>
Equipo y material de trabajo disponible <b>(Nivel 1).</b>	Generar un compromiso por parte de los médicos externos e internos con el proceso <b>(Nivel 2).</b>	Falta de una excelente gestión de calidad para realizar el proceso. <b>(Nivel 4).</b>	Se pondría en peligro el prestigio del Hospital <b>(Nivel 4).</b>
	Generar una seguridad a los directivos del Hospital, ante situaciones de negligencias médicas <b>(Nivel 2).</b>	Rezago y falta de seguimiento del proceso <b>(Nivel 4).</b>	Disminución de ganancias para el Hospital <b>(Nivel 4).</b>

En este punto se calcularon los resultados obtenidos de la siguiente manera: se debe sumar (horizontal o por renglón) el total de números asignados a la lista de cada una de las

variables (fortaleza, debilidades, etc.) correspondiente a cada criterio de análisis, obteniéndose así un total que expresado en porcentaje significa el 100% de la cantidad. A su vez se deben de calcular los porcentajes individuales de cada una de las variables por criterio.

**Tabla 11. Matriz de totales y porcentajes**

Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas	Total
Políticas y procedimientos establecidos y actualizados del proceso <b>(Nivel 1).</b>	Generar seguridad y confianza en los pacientes externos desde que ingresan. <b>(Nivel 1).</b>	Falta de interés por parte del personal interno y externo para que realicen el proceso. <b>(Nivel 4).</b>	Negligencias médicas continuas por el Hospital. <b>(Nivel 4).</b>	<b>10</b>
Apoyo del Director General del Hospital <b>(Nivel 2).</b>	Generar un plan de trabajo para las actividades, tanto internas como externas para el Proceso de Credencialización. <b>(Nivel 2).</b>	Falta de seguimiento de actividades diarias que requiere el proceso. <b>(Nivel 4).</b>	Generar algún caso médico legal con algún paciente que se haya aplicado una mala praxis. <b>(Nivel 4)</b>	<b>12</b>
Equipo y material de trabajo	Generar un compromiso por parte de los	Falta de una excelente gestión de	Se pondría en peligro el prestigio del	<b>11</b>

disponible <b>(Nivel 1).</b>	médicos externos e internos con el proceso <b>(Nivel 2).</b>	calidad para realizar el proceso. <b>(Nivel 4).</b>	Hospital <b>(Nivel 4).</b>	
	Generar una seguridad a los directivos del Hospital, ante situaciones de negligencias médicas <b>(Nivel 2).</b>	Rezago y falta de seguimiento del proceso <b>(Nivel 4).</b>	Disminución de ganancias para el Hospital <b>(Nivel 4).</b>	<b>10</b>
<b>Total = 4</b>	<b>Total = 7</b>	<b>Total = 16</b>	<b>Total = 16</b>	<b>Total</b>
<b>9.3%</b>	<b>16.3 %</b>	<b>37.2%</b>	<b>37.2 %</b>	<b>43</b>
				<b>100%</b>

El balance estratégico es la relación que se guarda entre el factor optimización y el factor de riesgo de una organización, y esto favorece para el desarrollo de estrategias competitivas futuras.

**F + O = Factor Optimización:** El Factor de Optimización indica la posición favorable de la organización respecto a sus ventajas que tiene el proceso de credencialización.

**D + A = Factor de Riesgo:** El Factor de Riesgo por el contrario muestra las condiciones que limitan que el proceso se lleve a cabo de forma correcta

A continuación, se muestra el balance estratégico entre el factor de optimización y el factor de riesgo que nos arrojó.

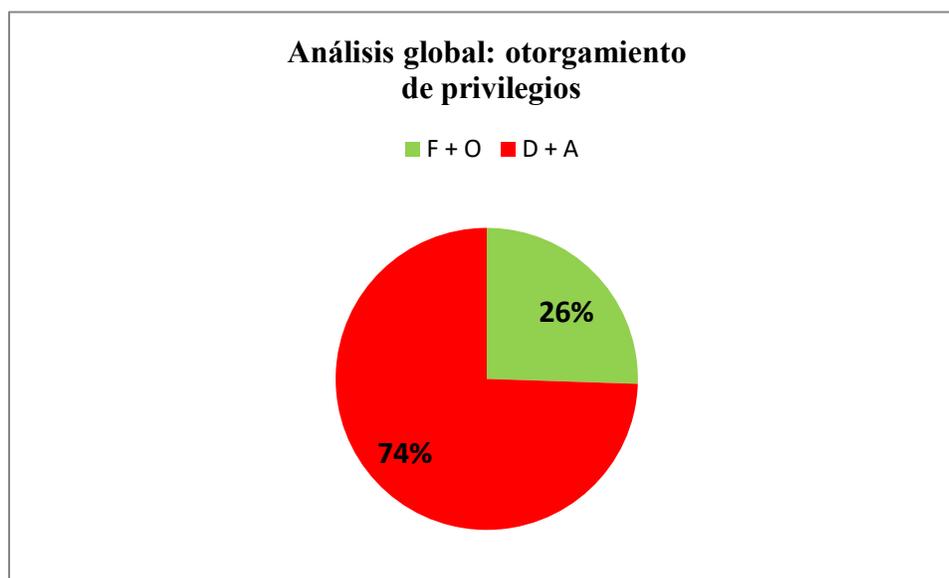
<b>F + O</b>	<b>D +A</b>	<b>Total</b>
25.6%	74.4%	Aprox.
		100%

Así se muestra el análisis global de criterio.

**Tabla 12. Análisis global: Otorgamiento de privilegios**

<b>F + O</b>	25.6 %
<b>D + A</b>	74.4 %
<b>Total</b>	100%

**Gráfica 5**



Se puede observar, que el balance es negativo, debido a que el factor de oportunidad (fortalezas y oportunidades) tiene un 25.6% contra las debilidades y amenazas que representan un 74.4% lo que supone un factor de riesgo muy alto en conjunto, y por tanto se deberá centrar más

la atención en las debilidades y amenazas del Proceso de Credencialización correctamente, a fin de que la situación no se convierta verdaderamente crítica.

Se aprecia una alta calificación, en las oportunidades del Proceso de Credencialización, que es generar seguridad tanto para los pacientes como para los directivos del Hospital, y como fortalezas, es que, ya se cuenta con políticas y procedimientos vigentes, y que hay un apoyo del Director General, así como también que se cuenta material de trabajo.

Con relación a las debilidades, se encontró que la mayor calificación, se asignó a la falta de interés por parte del personal interno y médicos, falta de una excelencia en la gestión de calidad para aplicar el proceso, hay rezago y falta de seguimiento del proceso. En tanto a las amenazas se situaron en que se pueden generar negligencias médicas, poniendo en riesgo el prestigio del Hospital y generando disminución de ganancias para el mismo.

### **3.8 Conclusiones de la herramienta FODA**

Se puede concluir que con la aplicación de la herramienta FODA, los orígenes de la problemática del Proceso de Credencialización en el Hospital San Ángel Inn Sur son las siguientes:

- Falta de interés por parte del personal interno para dar información del proceso.
- Falta de interés de médicos externos en cumplir con el proceso de credencialización.
- Falta de seguimiento para el desarrollo de actividades diarias que requiere el proceso.

- Falta de cumplimiento de normas y políticas con calidad para aplicar correctamente el proceso de credencialización.
- Rezago de años anteriores y falta de seguimiento del proceso.

Una vez que se identificaron los puntos rojos, se realizó la propuesta y aplicación del Ciclo PHVA de Mejora Continua en el Proceso de Credencialización para el año 2019.

Como parte final de este capítulo, quiero mencionar que es muy importante dar a conocer y explicar de qué trata el área, servicio o proceso, donde se detectan las problemáticas, que en este caso fue en el Proceso de Credencialización para médicos externos e internos del área de Dirección Médica del Hospital San Ángel Inn Sur. Así como también, dar a conocer el diagnóstico aplicado en el proceso, para exponer cómo se encontraba, y que resultados se tenían del proceso en años anteriores en el Hospital.

Una vez analizado el diagnóstico, se pudieron detectar los puntos rojos que afectaban al proceso, siendo así que se aplicó de forma correcta el análisis FODA, usándola como metodología para sustentar y tener claro los puntos rojos del proceso para poder exponerlo al Director General.

Este capítulo es muy importante en el trabajo recepcional por que abarca varios temas, como desde la explicación del proceso, el planteamiento del problema, el diagnóstico aplicado al proceso y como punto final el análisis para detectar en donde estaban las fallas del proceso y con esto dar inicio a la elaboración y aplicación de la propuesta de mejora continua.

## Capítulo IV

### Propuesta y Aplicación del Ciclo PHVA de Mejora Continua del año 2019

El Hospital siendo una institución que genera un Servicio de Salud a la sociedad, está basado bajo la normatividad del ISO 9001:2015, la cual indica que se debe cumplir de manera correcta y con calidad los procesos en relación a la atención y seguridad de los pacientes.

El proceso de credencialización es un indicador del Modelo de Seguridad del Paciente (SiNaCEAM), que funciona como una medida de seguridad para saber si los médicos están certificados. Es fundamental la aplicación y seguimiento del proceso, ya que los Hospitales buscan generar una tranquilidad y seguridad en los pacientes sobre algún caso de negligencia médica.

La mejora continua es el conjunto de actividades que hay que llevar a cabo para lograr un compromiso hacia la calidad a todos los niveles, Esto permitirá: detectar y eliminar ineficiencias sistemáticamente, prevenir fallos en todas las áreas para evitar problemas potenciales y adaptarse permanentemente a las necesidades del cliente (Arroyo, J., 2010).

El “Círculo de Deming”. Referido a la mejora continua, fue anunciado primeramente por Shewhart (González, A., 2002). Este se compone de 4 etapas que se realizan de forma secuencial: planificar (Plan), hacer (Do), verificar (Check) y actuar (Act):

#### 4.1 Planificación

La planificación, es la primera función de la gestión, método por el cual el directivo ve hacia el futuro y consiste en determinar las metas y objetivos a alcanzar (Qué se quiera hacer).

La planificación es un punto importante para el Ciclo PHVA y para el administrador educativo, porque una vez identificado los puntos rojos, por medio de la herramienta FODA, se comenzó con la selección de ideas, objetivos y estrategias para resolver las problemáticas, que hacían que el proceso de credencialización no se efectuó correctamente, y, por consiguiente, lograr cumplir con el objetivo general que nos solicita la Dirección.

#### **4.1.1 Objetivos SMART**

Los objetivos específicos, que se utilizaron para cumplir con el objetivo general, son planteados con el método SMART, que pide que se cumplan los siguientes puntos:

- Específico
- Medible
- Alcanzable
- Relevante
- Temporal

En enero del año 2019 se utilizaron 3 objetivos SMART, que a continuación se muestran:

**OBJETIVO SMART 1:** El Hospital buscará aumentar mensualmente al 10% (de 22 a 40) la credencialización, para médicos durante todo el año 2019, buscando que se reduzca el rezago acumulado en un 100% del año anterior.

**OBJETIVO SMART 2:** El Hospital buscará implementar un plan de trabajo, donde se redacten todas las actividades que requiere el Proceso de Credencialización, con el fin de que los médicos cumplan con el proceso correctamente, llegando a un 95% de efectividad en la aplicación del proceso para diciembre del año 2019.

**OBJETIVO SMART 3:** El Hospital buscará reducir de 15 médicos en cortesías a 5 mensualmente, con el fin de llegar a un 6% de médicos en cortesías en diciembre del año 2019.

#### **4.2 Hacer**

Hacer: Consiste en dirigir el esfuerzo común de los subcoordinadores para alcanzar las metas y objetivos de la organización, asignando funciones, autoridades, responsabilidades y tareas, estableciendo las relaciones entre los trabajadores. Una vez definidos los objetivos SMART para el año 2019, se resalta la siguiente pregunta: ¿Cómo se podrán alcanzarlos? y con eso se presentan las siguientes estrategias:

- El encargado, del proceso realizó un plan de trabajo (donde se incluye al personal de urgencias, quirófano y admisión), para que se cumplan con las actividades que requiere el proceso para aplicarlo correctamente.
- El encargado, organizó los expedientes que están rezagados de médicos del año anterior, y con lo consiguiente dio inicio a la revisión de cada uno de ellos.
- El encargado, realizó estatus para saber dónde se encuentran los médicos rezagados o nuevos en el proceso de credencialización.(punto verde, amarillo o rojo)
- El encargado, realizó bases de datos del proceso de credencialización en Excel para llevar el control diario de médicos externos que ingresan con pacientes al Hospital.
- El encargado, entregó resultados de la propuesta al Director General y colaboradores en el Comité de Credencialización.

## **4.2.1 Estrategias Planteadas**

### **Estrategia 1**

Se elaboró un plan de trabajo, donde se van agregar todas las actividades que requiere el proceso, para su seguimiento y su aplicación correcta, donde se incluirán, también actividades para el personal de urgencias, quirófano y admisión.

**Acción 1:** El encargado del Proceso de Credencialización realizó una reunión con los coordinadores de las áreas de urgencias, quirófano y admisión para explicarles sobre el nuevo plan de trabajo, que va a consistir en dar a conocer las nuevas actividades para buscar la mejora del Proceso de Credencialización en el Hospital para el año 2019.

**Tiempo:** Fechas de implementación de la estrategia 1:

15 de enero del año 2019 al 31 de enero del año 2019.

**Responsables:** Director General el Dr. Fernando Góngora, el Coordinador de Calidad Dr. Oscar Meléndez y el encargado del Proceso de Credencialización.

**Recursos:** Oficina para la reunión, computadora, minuta de reunión, proyector y un pizarrón.

### **Estrategia 2**

El encargado del Proceso de Credencialización comenzará con la organización y ejecución del proceso de forma correcta, comenzando con todos los expedientes rezagados y pendientes de médicos que han solicitado su proceso.

**Acción 2:** El encargado del Proceso de Credencialización realizó la revisión de expedientes para saber cuáles están completos o incompletos, y de esa forma comenzar con la aplicación del proceso para los médicos que cuenten con su expediente completo, y los médicos que cuenten con documentos incompletos se les pedirá la documentación restante para iniciar su proceso.

**Tiempo:** Fecha de la aplicación de la estrategia 2:

1° de febrero de año 2019 al 31 de mayo del año 2019.

**Responsables:** Encargado del Proceso de Credencialización.

**Recursos:** computadora, plumas, plumones, material de oficina, tarjetas de presentación memorias USB, teléfono de oficina y un celular.

### **Estrategia 3**

El encargado realizó y reviso el estatus de los expedientes rezagados, y de médicos actuales que ingresen al Hospital (punto verde, amarillo o rojo), esto ayudará para el comienzo y seguimiento del Proceso de Credencialización de forma correcta.

**Acción 3:** El encargado del Proceso de Credencialización realizó estatus a los médicos externos que ingresen al Hospital, serán como indicadores donde se hará un seguimiento para los médicos en el proceso, como se presenta a continuación:

- Verde médico autorizado
- Amarillo médico pendiente
- Rojo falta autorización

**Tiempo:** Fechas de aplicación de la estrategia 3:

1° de febrero al 31 de diciembre de 2019.

**Responsables:** Director General adjunto Dirección Médica Dr. Fernando Góngora y el Encargado del Proceso de Credencialización.

**Recursos:** Oficina para la reunión, computadora, proyector, expedientes.

#### **Estrategia 4**

El encargado realizó bases de datos del proceso de credencialización en Excel, con la finalidad de llevar el control diario de médicos externos e interno del Hospital.

**Acción 4:** El encargado del Proceso de Credencialización realizó bases de datos, donde se llevará el seguimiento y actualización de los médicos con su proceso o médicos en cortesía, esto servirá para tener más vigilados a los médicos y saber en qué estatus del proceso se encuentran.

Se creará un universo de médicos donde estarán todos los médicos registrados en los Hospitales Ángel Sur.

**Tiempo:** Fechas de aplicación de la estrategia 4:

Del 1° de junio al 31 de diciembre de 2019.

**Responsables:** Encargado del Proceso de Credencialización.

**Recursos:** Computadora

#### **Estrategia 5**

El encargado entregó resultados del Proceso de Credencialización durante todo el año 2019 al Director General, donde fueron presentados mensualmente en el Comité de Credencialización

**Acción 5:** El Encargado del Proceso de Credencialización hizo una entrega mensual durante todo el año 2019, con resultados de médicos credencializados, cortesías mensuales e incremento del universo de médicos del Hospital San Ángel Inn Sur, al Director General el Dr. Fernando Góngora y a coordinadores de las diferentes áreas del Hospital en el Comité de Credencialización.

**Tiempo:** Fechas aplicación de la estrategia 5:

1° de enero al 31 de diciembre del año 2019.

**Responsables:** Encargado del Proceso de Credencialización.

**Recursos:** Computadora, señalador y proyector.

## **4.3 Verificar**

La verificación es un proceso mediante el cual los directivos verifican el cumplimiento de lo planificado, aplicando medidas correctivas si son necesarias para garantizar que los resultados obtenidos se correspondan con los planificados (Evaluación de los resultados).

### **4.3.1 Resultados de la Estrategia 1**

Como primera estrategia, se realizó un plan de trabajo, donde se incluyen actividades que se deben desarrollar, para aplicar el proceso de forma correcta a los médicos que asisten con sus pacientes al Hospital.

#### **4.3.1.1 Plan de trabajo 2019**

**Nombre del encargado:** Hugo Santos Muñiz

**Nombre del puesto:** Encargado del Proceso de Credencialización

**Área de adscripción:** Dirección General adjunto Dirección Medica

**Jefe inmediato:** Dr. Fernando Góngora Iriarte

Las actividades señaladas a continuación son escritas y realizadas por el encargado del proceso de Credencialización:

- Se realizará de forma adecuada el proceso de credencialización, para médicos de la red médica, top 50, rol de guardias y médicos en cortesías semestralmente.
- Se retroalimentará diariamente la base de datos de médicos externos e internos del Hospital San Ángel Inn Sur.
- Se llevará a cabo un listado diario de médicos nuevos o no registrados, que ingresen al Hospital San Ángel Inn Sur.
- Se dará el seguimiento diario a las cortesías en el censo hospitalario y en quirófano.
- Se realizarán encuestas de satisfacción a médicos internos y externos que visiten el Hospital San Ángel Inn Sur.
- Se asistirá diariamente a la junta operativa, donde dará información sobre las cortesías diarias en el Hospital San Ángel Inn Sur.
- Se presentarán avances del Proceso, en el Comité de Credencialización mensualmente a los responsables de cada área del Hospital.

- Se realizará el calendario de evaluaciones de 2019, para aplicarlo a los médicos del rol de guardias.
- Se incrementará y llevará el control de expedientes de médicos externos e internos del Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Universidad y Chapultepec.
- Se realizará un enlace entre el Hospital San Ángel Inn Universidad, Patriotismo y Chapultepec para compartir expedientes de médicos que visitan el Grupo San Ángel Inn.
- Se entregará a las áreas de Admisión, Quirófano y Coordinaciones, la carta de privilegios temporales para médicos nuevos.
- Se evaluará y presentará avances de la mejora continua que se aplicó al Proceso de Credencialización, mensualmente.
- Se dará seguimiento a las cortesías pendientes de los meses anteriores, contactará a los médicos para que inicien el Proceso de Credencialización y disminuir las cortesías.

#### 4.3.2 Resultados de la Estrategia 2

Como estrategia 2, el objetivo es organizar todos los rezagos del año 2018, de médicos tanto internos y externos, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 13. Resultado universo médicos año 2019**

<b>Universo diciembre de 2019</b>		
<b>Total de médicos</b>	<b>Registrados</b>	<b>Pendientes</b>
1095	1053	42

**Gráfica. 6**



En la Grafica 6, se puede observar que después de 1 año como encargado del proceso directamente, los números aumentaron, y también se redujo el número de expedientes rezagados.

De esta manera se cumplió, con el Objetivo General que consistía en que el proceso contara con una efectividad del 96% de médicos registrados en el año 2019.

### **4.3.3 Resultados de la Estrategia 3**

El encargado del Proceso de Credencialización realizará estatus de color verde, amarillo y rojo, que le servirán para tener identificados a los médicos con su proceso de credencialización. A continuación se muestra la representación de cada color en relación al estatus:

- Verde: Autorizado para dar de alta.
- Amarillo: Falta autorización por falta de documentación, o medico en cortesía.
- Rojo: Médicos no autorizados para ingresar.

A continuación se muestra la cantidad de médicos por estatus que quedaron registrados durante el año 2019:

- Estatus de color verde (Autorizados): 353 médicos
- Estatus de color amarillo (Pendientes o en Cortesía): 42 médicos
- Estatus de color rojo (vetados): 4 médicos

De esta forma se lleva el listado de estatus de médicos que ingresan al Hospital San Ángel Inn Sur, generando un seguimiento de médicos autorizados, médicos cortesía y médicos vetados durante el año 2019.

#### **4.3.4 Resultados de la Estrategia 4**

El encargado del Proceso de Credencialización realizó varias bases de datos en Excel, para llevar un mejor control de los médicos con su proceso y en cortesía, esto sirvió para tener más vigilados a los médicos y saber en qué estatus se encuentran.

A continuación se muestran los indicadores en Excel del seguimiento diario:

**Lista diaria:** Esta lista ayudará a saber cuántos pacientes tienen los médicos durante todo el año en el Hospital, en ella se anexa el nombre del médico, los días que asistió, especialidad, cédula profesional, Hospital donde está registrado (Patriotismo, Universidad y Chapultepec) y por último el celular y correo electrónico para localizar al médico.

**Cortesías de Urgencias:** En este apartado se puede llevar el conteo diario de médicos en cortesías que ingresarán a quirófano a operar a su paciente, basándolo en dos razones:

Si el médico aparece en cortesía, y está registrado se comunica con el área de quirófano, para que busquen su nombre de manera correcta y cambien el estatus de cortesía.

Si el médico no está registrado después de haber revisado correctamente, se comunica con quirófano para que cuando el médico vaya a operar se le dé un listado de privilegios temporales.

**Credencialización año 2019:** Este apartado tiene como objetivo llevar de forma ordenada el total de médicos que se han credencializado.

**Top 50 de médicos HSAIS:** El top 50 es para poder realizar la evaluación de médicos con más intervenciones quirúrgicas anuales, con la lista diaria se realiza el top 50, con esto se le facilita más las evaluaciones al Director General.

**Rol de Guardias HSAIS:** En este apartado se realiza el rol de guardias que es cada semestre, se selecciona a los médicos nuevos que ingresarán al nuevo rol, y automáticamente se les debe aplicar el proceso de credencialización como requisito fundamental.

**Expedientes completos y pendientes:** Una vez ya credencializados los médicos externos, se les llevará un control de sus expedientes tanto virtuales y físicos, también anexando de médicos que estén pendientes para iniciar el proceso por algún documento que les haga falta.

**Universo HSAIS:** El apartado de universo HSAIS nos ayuda a tener la información de todos los médicos registrados desde enero de 2019 a la fecha.

#### **4.3.5 Resultados de la Estrategia 5**

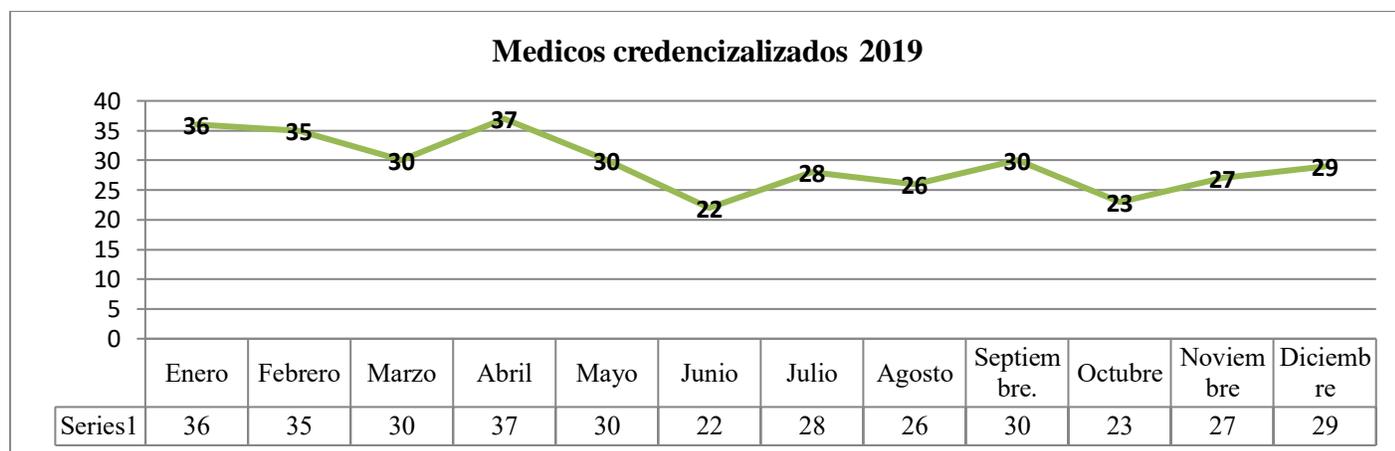
Durante el año 2019, se muestran a continuación los médicos registrados en todo el año:

**Tabla 14. Médicos credencializados por mes del año 2019**

<b>Año 2019</b>	<b>Médicos Credencializados</b>
Enero	36
Febrero	35
Marzo	30
Abril	37
Mayo	30
Junio	22
Julio	28
Agosto	26
Septiembre	30
Octubre	23
Noviembre	27
Diciembre	29
<b>Total</b>	<b>353</b>

En la Grafica 7, se muestra el resultado de los médicos registrados durante todo el año 2019, el primer objetivo SMART se cumplió, porque se tenía que registrar de 22 a 40 médicos por mes, arrojando un dato final de 353 médicos registrados en todo el año.

**Gráfica. 7**



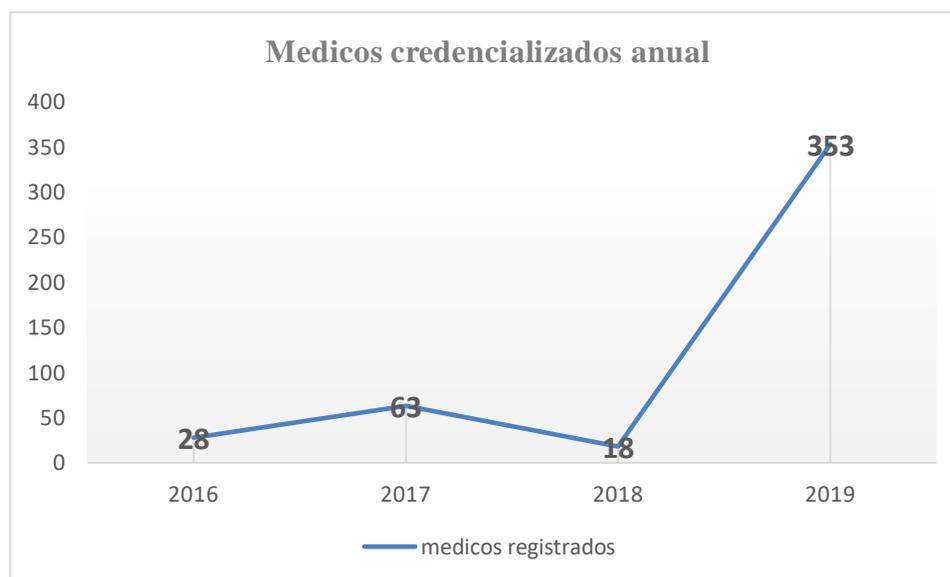
A continuación, se refleja que, en el año 2019, se tuvo una mayor incremento de médicos registrados que en los años anteriores, es sorprendente el dato arrojado del año 2019, comparándolo con los años anteriores.

**Tabla 15. Médicos credencializados anualmente**

Año	2016	2017	2018	2019
<b>Médicos registrados</b>	28	63	18	353

En la gráfica 8 se muestra a los médicos registrados por año desde el año 2016 hasta el año 2019, como se muestra en la gráfica, a continuación:

**Gráfica. 8**

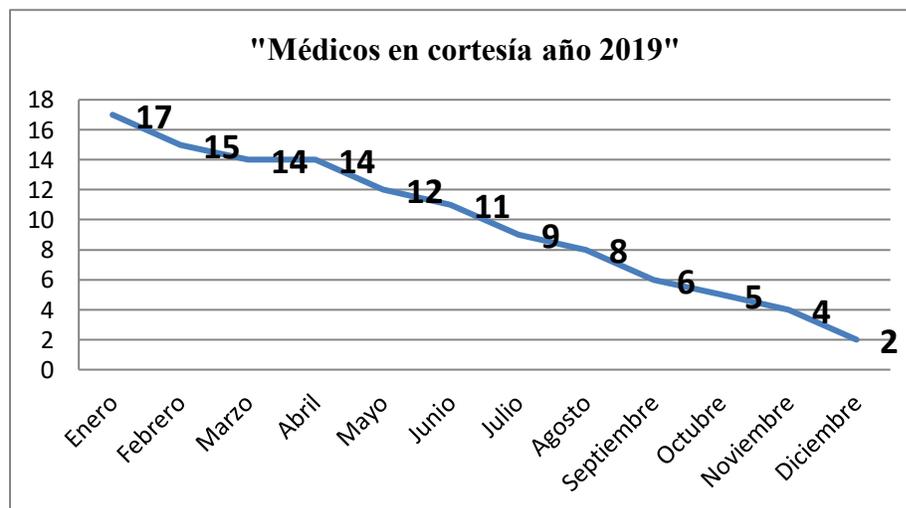


**Tabla 16. Médicos en cortesía año 2019**

<b>Año 2019</b>	<b>Médicos Cortesía</b>
Enero	17
Febrero	15
Marzo	14
Abril	14
Mayo	12
Junio	11
Julio	9
Agosto	8
Septiembre	6
Octubre	5
Noviembre	4
Diciembre	2
<b>Total</b>	<b>117</b>

En la gráfica 9, se muestra como fueron disminuyendo las cortesías durante el año 2019, esto quiere decir que fue disminuyendo el caso de médicos que no tenían registro en el Hospital San Ángel Inn Sur, generando un código verde para que el Hospital no incurriera en alguna negligencia médica.

**Gráfica. 9**



Como conclusiones, al comenzar aplicar la propuesta de mejora continua con las 4 etapas del ciclo PHVA. Como primer paso en la planeación se pensaron en los objetivos SMART para alinear el proceso, como segundo punto es el hacer, que fue plantear estrategias para cumplir con los objetivos SMART, y como punto final fue el verificar, que son los resultados que se arrojaron con cifras verdes. Generando el cumplimiento, del Objetivo General planteado por el Director General del Hospital San Ángel Inn Sur.

#### **4.4 Actuar**

El actuar, es sistematizar el logro de los resultados obtenidos con eficiencia y eficacia. Establecer las nuevas metas a lograr para mejorar el desempeño de la organización (¿Cuáles son las nuevas metas de la organización?).

Después de aplicar la metodología de mejora continua en el año 2019, hubo resultados muy satisfactorios para el Director General, y a su vez para la Alta Dirección, ya que el Hospital San Ángel Inn Sur fue el que mejor aplicó con calidad, el proceso de credencialización de los 4 Hospitales.

Una vez completado el ciclo es importante seguir dando vueltas al volante PDCA, repitiendo las cuatro etapas en un nuevo proceso de mejora. Solo mediante esta perspectiva puede una empresa mejorar realmente en todos los procesos

Los resultados aunque son satisfactorios, no quiere decir que ya se concluyó con la mejora continua en el proceso, por lo que se necesita seguir trabajando para plantear nuevas estrategias

para el año 2020. Como primer punto, se tiene que detectar las nuevas problemáticas que se arrojaron del primer ciclo a finales del año 2019.

Uno de los puntos más importantes donde se debe actuar en el Proceso de Credencialización en el Hospital San Ángel Inn Sur para el año 2020, consiste en no dejar en el olvido el proceso, es darle seguimiento continuo para que no se pierda lo ya trabajado.

#### **4.5 Análisis FODA del Proceso de Credencialización para el año 2020**

Se realizó un nuevo análisis FODA, para detectar oportunidades, fortalezas, debilidades y amenazas para el proceso de credencialización para el año 2020. A continuación se muestra el análisis FODA:

**Tabla 17. Análisis FODA año 2020**

<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuentan con bases de datos actuales de médicos credencializados y no credencializados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de información sobre el proceso de credencialización para los médicos tratantes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuentan con recursos materiales y tecnológicos necesarios para realizar el proceso de credencialización correctamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de compromiso de los médicos para entregar su documentación completa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas y documentación actualizadas del proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de actualización de documentación de médicos que ya están credencializados</li> </ul>

- 
- Personal comprometido para dar seguimiento y aplicar de forma correcta el proceso de credencialización.
  - Excelente comunicación de proceso de credencialización con los demás Hospitales del Grupo San Ángel Inn
  - Falta de seguimiento por parte de quirófano para verificar las cortesías.
  - Falta de un curso de inducción del proceso para el personal de urgencias, admisión y quirófano.

---

### **OPORTUNIDADES**

- Buscar generar compromiso por parte de los médicos externos para el proceso de credencialización
- Buscar una excelente comunicación entre coordinadores de áreas con el responsable de credencialización.
- Buscar informar del proceso al personal de nuevo ingreso de las áreas de urgencias, admisión y quirófano para que apoyen con las actividades del proceso

### **AMENAZAS**

- Negligencias Médicas
- General algún caso médico legal
- Falta de información del médico tratante que no está registrado y genere alguna negligencia médica

#### **4.5.1 Conclusión del Análisis FODA**

A continuación, se presentarán algunos puntos de donde se debe actuar para que el proceso no se quede en el olvido:

- Falta de información sobre el proceso de credencialización para los médicos tratantes.
- Falta de compromiso de los médicos para entregar su documentación completa
- Falta de actualización de documentación de médicos que ya están credencializados
- Falta de seguimiento por parte de quirófano para verificar las cortesías.
- Falta de un curso de inducción del proceso para el personal de urgencias, admisión y quirófano.

Si no se trabaja en combatir las debilidades internas del proceso de credencialización del Hospital, se podrían generar las amenazas externas ya mencionadas.

Para que el Ciclo PHVA vuelva aplicarse, se debe volver a plantear un nuevo objetivo general para el año 2020. El proceso de planeación permite a los administradores afrontar los temas clave relacionados, así como la problemática que encara su organización y que les permite desarrollar propuestas más sólidas para resolverla.

Finalmente, se pudo ver en este capítulo, es que como estudiante plasmo en el trabajo recepcional la capacidad de redactar una propuesta de mejora continua para el Proceso de Credencialización para el año 2019, y no solo redactarla, se buscó y se dio la oportunidad de poder aplicarla durante un año, donde planteó, como primer punto, desde un inicio lo que se iba hacer para mejorar el proceso que es en relación a la primera fase de ciclo llamada la

Planificación, donde me apoyé con ayuda de objetivos. Como segundo punto, el cómo lo voy a realizar, que es el Hacer, donde me apoyé de estrategias. Como tercer punto el cómo lo voy a verificar, que esté funcionando durante un año, esto se realizó con ayuda de gráficas, que es el Verificar y como punto final el Actuar, que es en relación a que una vez concluido el ciclo PHVA, se tendría que hacer de nuevo un análisis FODA para verificar en dónde se va actuar para el año 2020.

## **Capítulo V**

### **Ciclo de PHVA para el proceso de Credencialización 2020**

#### **5.1 Planificación**

##### **Objetivo general**

El encargado trabajará en la aplicación de las estrategias planteadas para seguir mejorando en el proceso de credencialización del Hospital San Ángel Inn Sur, durante el primer semestre del año 2020.

##### **Objetivos SMART**

- El encargado realizará un curso de inducción para el personal interno y de nuevo ingreso (administrativos, enfermería y médicos residentes), con la finalidad de que el personal conozca el Proceso de Credencialización en un 100% para el primer semestre del año 2020.
- El encargado debe seguir cumpliendo con el Proceso de Credencialización de forma correcta y con calidad para conseguir un 100% de efectividad en su aplicación para el primer semestre del año 2020.
- El Ejecutivo reducirá de 83 cortesías del primer semestre del año 2019 a 40 cortesías para el primer semestre del año 2020.

A continuación se mencionan las Estrategias que se van a implementar para cumplir con los objetivos SMART planteados:

### **5.5.1 Estrategias Planteadas para el año 2020**

#### **1. Realizar un pequeño curso de inducción, con la finalidad de explicar el proceso de credencialización.**

Se buscará realizar un pequeño curso de inducción para el personal interno de las áreas, donde ingresan los médicos con sus pacientes para alguna intervención médica, buscando que el personal esté conciente de la credencialización y puedan comentarles sobre el proceso a los médicos tratantes que están en cortesía.

#### **2. Realizar un Flyer Informativo sobre el Proceso de Credencialización.**

El Responsable realizará un Flyer informativo sobre el proceso de credencialización, donde se va a contener los requisitos y beneficios para el médico tratante que esté en cortesía, y con esto generar un interés para el médico por la credencialización en el Hospital San Ángel Inn Sur.

#### **3. Verificar Diario las Cortesías del Hospital San Ángel Inn Sur.**

El responsable de Credencialización realizará un seguimiento diario en el Censo y Quirófano, para prevenir que los médicos que ya están credencializados no aparezcan en cortesía y poder reducir el número de cortesías mensuales.

#### **4. Realizar de manera más formal el proceso de credencialización.**

En el momento que los médicos ya estén credencializados, en el Hospital San Ángel Inn Sur, el responsable del proceso le entregará una carta al médico tratante donde se plasme su folio

otorgado una vez que ya este credencializado, la carta estará firmado por el médico tratante y el Director Médico del Hospital San Ángel Inn Sur.

## **5.2. Hacer**

### **5.5.2 Estrategia 1**

#### **“Propuesta de Inducción para el personal interno y de nuevo ingreso”**

En una reunión sostenida en el Comité de Credencialización, se planteó que una de las principales problemáticas, consistía en que el personal administrativo, médicos residentes y de nuevo ingreso del Hospital no tenían el conocimiento sobre el Proceso de Credencialización.

Se tenía que trabajar en dos ambientes en el Hospital: El primero incluye a todo el personal interno (administrativos y médicos residentes) y el otro, a todo el personal de nuevo ingreso.

El curso de inducción tiene como fin informar al personal interno sobre el proceso de credencialización, esto es muy importante porque va dirigido al mejoramiento, al incremento de conocimientos, al desarrollo de habilidades y al cambio de actitudes en cada uno de los individuos que conforman el Hospital.

A inicios de año 2020 se tiene planeado proponerle el curso de inducción, al Director General, para que con su ayuda se llegue a un acuerdo con la encargada de Capital Humano y se solicite la inducción urgente del Proceso de Credencialización.

La encargada de Capital Humano toma la decisión de aceptar la propuesta de la inducción del proceso de credencialización y decide anexarla con un espacio de 20 minutos al curso de

inducción en general del Hospital San Ángel Inn Sur, para el personal de nuevo ingreso y para el personal interno que necesite la inducción.

En este caso se busca la inducción del proceso para el personal interno como son los enfermeros, médicos de base y personal administrativo, donde se harán mención de las nuevas políticas, normas y procedimientos del Proceso de Credencialización, buscando que nos apoyen para prevenir negligencias médicas en el Hospital.

Una vez realizada la solicitud, se tiene que nombrar a una persona que dará la plática de inducción, que en este caso será impartida cada lunes que se solicite o que haya ingreso de personal nuevo. A continuación, se presenta un Modelo del Plan de Inducción para el Proceso de Credencialización año 2020:

### **Alcance**

El presente plan del curso de inducción, es de aplicación para todo el personal interno actual y de nuevo ingreso, tanto administrativos, enfermeros y médicos que laboran en el Hospital San Ángel Inn Sur.

### **Objetivos**

El objetivo general de la inducción es impulsar a que el personal que esté relacionado con el proceso nos apoye para poder hacer cumplir de manera correcta y con calidad el Proceso de Credencialización, con la finalidad de prevenir negligencias médicas y generar confianza en los pacientes.

## **Objetivos específicos**

- Proporcionar orientación e información relativa del Proceso de Credencialización, actualizado sus normas y políticas para los médicos.
- Proveer conocimientos y desarrollar habilidades que cubran la totalidad de requerimientos que el proceso solicita.
- Actualizar y ampliar los conocimientos requeridos en áreas donde no se conozca sobre el proceso de credencialización.
- Elevar el nivel de rendimiento de los colaboradores y, con ello, el incremento de la productividad y rendimiento a la hora de aplicar el Proceso de Credencialización para el 2020.

## **Meta**

- Inducir en un 100% a coordinadores, médicos residentes y personal operativo sobre cómo funciona el proceso de credencialización.
- Inducir en un 100% al personal de nuevo ingreso que tenga que ver en relación con el apoyo de actividades del proceso de credencialización.

## **Acciones**

Las acciones para desarrollar la inducción están respaldadas por los temarios que permitirán explicar los temas, lo cual va a permitir mejorar la calidad en la aplicación del Proceso de Credencialización, para ello se está considerando lo siguiente:

Temas del Proceso de Credencialización para la inducción al personal:

- Credencialización.
- Otorgamiento de Privilegios
- Lineamientos sobre la solicitud de otorgamiento de privilegios temporales de los profesionales
- Objetivo general
- Alcance
- Políticas
- Documentos y procedimientos relacionados
- Registros y formatos

### **Recursos**

Humanos: Lo conforman los expositores especializados en el tema, personal interno y personal de nuevo ingreso.

Mobiliario, equipo y otros: Está conformado por carpetas y mesas de trabajo, pizarra, plumones, rota-folio, equipo multimedia, TV-VHS, y ventilación adecuada.

Infraestructura: Las actividades de capacitación se desarrollarán en el salón de juntas que se encuentra en el 3er. piso del Hospital.

### **5.5.3 Estrategia 2**

Realizar un Flayer Informativo sobre el Proceso de Credencialización para el primer semestre del año 2020.

**Acción 2:** El encargado realizará un flyer informativo sobre el proceso de credencialización, con la finalidad de que se cumpla con un 100% el proceso para los médicos internos y externos del Hospital durante el año 2020.

El encargado del Proceso de Credencialización apoyará al Director Médico con el calendario mensual para evaluar a los médicos del top 50 durante el año 2020.

El encargado del proceso realizará una evaluación continua de expedientes de médicos ya credencializados para saber si algún documento ya venció y se necesita actualizarlo.

**Tiempo:** 1° de enero al 31 de junio del año 2020.

**Responsables:** Encargado del Proceso de Credencialización.

**Recursos:** Computadora, Flyer y tarjetas de presentación.

#### Ilustración 4.

##### *Flyer*

**¿ERES MÉDICO TRATANTE?  
EL HOSPITAL SAN ÁNGEL INN SUR  
"TE INVITA A REALIZAR EL  
PROCESO DE CREDENCIALIZACIÓN"**

**¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE LA CREDENCIALIZACIÓN?**

Es completamente Gratuita  
El proceso tarda aproximadamente de 2 a 3 días, dependiendo de la entrega de documentos.  
Se le dará una carta con su folio para que pueda tener acceso a los 4 Hospitales San Ángel Inn.

**CONTACTO**

Arroyo Romero Karen Elizabeth  
Credencialización Hospital San Ángel Inn Sur  
Dirección General Adjunto Dirección Médica  
TELEFONO: 5578512517  
CORREO: m.credencializacion.sur@hsal.com.mx

**¿CUÁLES SON LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS?**

- Curriculum vitae
- Título Universitario Profesional (Médico Cirujano)
- Cedula Profesional
- Título de Especialidad
- Cedula de Especialidad
- Consejo Mexicano de Especialidad (Vigente)
- Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional (Copia)
- Credencial para Votar/Pasaporte
- RFC/CURP

Puede entregar copias de la documentación en Dirección General o mandarlas al correo [m.credencializacion.sur@hsal.com.mx](mailto:m.credencializacion.sur@hsal.com.mx)

ESCANÉAME

ESCANÉAME PARA TENER ACCESO A LOS DOCUMENTOS QUE NECESITAMOS QUE LLENE PARA FINALIZAR SU PROCESO

San Ángel Inn SUR

### 5.5.4 Estrategia 3

Verificar diario las cortesías del Hospital San Ángel Inn Sur

**Acción 3:** El responsable realizará un seguimiento diario, tanto en el Censo como en Quirófano, para prevenir que los médicos que ya están credencializados no aparezcan en cortesía, y poder reducir el número de cortesías mensuales.

**Tiempo:** 1° de enero al 31 de junio del año 2020.

**Responsables:** Encargado del Proceso de Credencialización.

**Recursos:** Computadora, formatos de privilegios temporales, celular.

### 5.5.5 Estrategia 4

Aplicar en un 100% de forma correcta y con calidad el proceso de credencialización para todos los médicos que soliciten la credencialización en el Hospital San Ángel Inn Sur, durante el primer semestre del año 2020.

**Acción 4:** El encargado del Proceso de Credencialización realizará a inicios del año 2020 el proceso de forma correcta y completa a los médicos nuevos que ingresan al Hospital San Ángel Inn Sur.

El encargado del Proceso de Credencialización tendrá de forma virtual y en físico los expedientes completos de los médicos registrados durante el año 2020.

El encargado del Proceso de Credencialización solicitará semanalmente a las áreas de quirófano, urgencias y admisión, el documento de privilegios temporales de los médicos que no estén registrados en el Hospital.

El encargado del Proceso de Credencialización llevará de forma ordenada y actual el seguimiento de los médicos con otorgamiento de privilegios temporales durante el año 2020.

**Tiempo:** 1° de enero al 1° de junio del año 2020.

**Responsables:** Encargado del Proceso de Credencialización.

**Recursos:** Computadora, formatos de la credencialización, tarjetas de presentación, celular.

Como parte final de este capítulo, quiero dar a resaltar la importancia de este trabajo recepcional tanto en mi carrera profesional, como también en mi carrera laboral, ya que cuando a inicios del año 2019, planteo la propuesta de mejora continua, no me imaginé que llegara tan lejos, para seguir aplicándola durante otro año. En enero del año 2020 terminé de escribir este capítulo, ya que tenía una vinculación tanto en este trabajo como en mis prácticas profesionales, y a pesar de que solo se quedara en una propuesta de mejora continua para el año 2020, no quiere decir que no se buscaría aplicar las estrategias para cumplir los nuevos objetivos. Mi labor como practicante terminó cuando me dan la oportunidad de tomar una coordinación en el Hospital, dejando como encargada del proceso de credencialización a una nueva estudiante de la carrera de Administración Educativa, en donde ella tiene como obligación hacer cumplir los objetivos y estrategias para este año en curso.

## **Conclusiones**

El objetivo de la licenciatura es formar futuros profesionistas en la educación, que una vez egresados de la carrera, cuenten con aptitudes y capacidades para desenvolverse profesionalmente. En la actualidad las organizaciones e Instituciones exigen a los profesionistas contar con habilidades para resolver sus problemáticas actuales.

El profesionista debe contar con un conocimiento y con una práctica, para poder diagnosticar de manera correcta las problemáticas. Es por esto, que se debe generar en el estudiantado una mentalidad emprendedora, un liderazgo y una toma de decisiones asertiva al momento de generar propuestas.

El estudiantado debe conocer y comprender el concepto de liderazgo, para poder efectuarlo de manera correcta, así mismo, tiene que conocer el contexto organizacional, la misión y visión de la institución en donde se encuentre realizando prácticas profesionales.

Los estudiantes deben contar con un compromiso, talento y creatividad que los haga únicos en las instituciones, así como también generar actitudes, conocimientos y aprendizajes para proponer objetivos y estrategias en procesos o áreas que requieran un cambio.

En esta trayectoria formativa que presento, solo están incluidos los puntos más importantes en relación a la trayectoria de prácticas profesionales en el Hospital, no está enfocado a llegar a la profundidad de muchas cosas que se viven como estudiante en un ambiente nuevo y sin conocer para la carrera de Administración Educativa.

Es muy difícil convencer a las nuevas instituciones, empresas u organizaciones de que un administrador educativo puede ser reconocido como una persona capaz y competente para

ingresar a cualquier sector ya sea público o privado. Muchos directivos de las empresas le apuestan mejor a un administrador de empresas o público porque para ellos, éstos tienen más conocimiento y actitudes.

Me costó mucho poner en alto la Licenciatura en Administración Educativa, así como a la UPN ya que para médicos, directores y personas en general, la universidad no tiene un prestigio tan importante como es la UNAM, IPN y UAM, que son instituciones reconocidas a nivel nacional e internacional.

Los comentarios no me desalentaron, al contrario, me motivaron para poder demostrar con hechos que la UPN cuenta con estudiantes con las mejores actitudes, conocimientos, destrezas y habilidades como los de otras universidades del país, tanto que ahora los estudiantes de la Licenciatura en Administración Educativa son reconocidos en los Hospitales San Ángel Inn y Dalinde.

Pude demostrar tanto a directivos como a coordinadores, mis capacidades y conocimientos que me brindó la trayectoria académica de la carrera, así como, probar que los estudiantes de la Licenciatura en Administración Educativa de la UPN si son capaces de ingresar a instituciones de salud privadas más importantes de la Ciudad de México.

El Director General del Hospital San Ángel Inn Sur quedó satisfecho con el trabajo que realicé durante mi estancia como practicante en el Proceso de Credencialización, y sostuvo una plática conmigo para ofrecerme una Coordinación en el Hospital, y ver la posibilidad de abrir un convenio con la UPN para invitar a estudiantes de la Licenciatura a realizar sus prácticas profesionales en el Hospital.

En resumen, lo que trato de plasmar, es lo importante, que son los administradores educativos en diferentes instituciones en la actualidad, son nuevos retos que se deben afrontar, tanto para el estudiante como para la licenciatura que necesita una innovación y un acercamiento a la calidad. También se necesita explorar nuevos terrenos y preparar a los estudiantes para enfrentar problemáticas que no sean únicamente educativas, y con esto seguir generando más prestigio, tanto para la licenciatura como para la universidad.

La educación y la salud son servicios fundamentales y obligatorios para la sociedad en cualquier país, al brindarlos se deben aplicar con calidad, si bien, son terrenos diferentes, existe una similitud de principios, normas, procedimientos y propuestas que se pueden aplicar.

Personalmente fue un gran reto enfrentar esta problemática, y generar una propuesta que funcionara para solucionar una problemática actual, esto se logró a través de las asignaturas que se cursan durante toda la carrera de la licenciatura, en las cuales como estudiante me percaté de que los profesores de cada asignatura juegan un papel importante en la formación profesional, porque son los que apoyan y motivan a pisar nuevos terrenos, que en este caso es el sector de salud privado y de la gran importancia de un administrador educativo en ambientes nuevos y no siendo únicamente en instituciones educativas. Se determina por lo tanto, que la educación se puede aplicar en diferentes instituciones, buscando la mejora y la transformación de ellas mismas.

Como dice nuestro lema:

**“Educar para Transformar.”**

## Fuentes de referencias

- Arroyo, J. (2010). Evolución histórica del concepto de calidad. Recuperado de: <http://w.w.w.gestiopolis.com/>
- Balderas, M. (2012). Administración de los Servicios de Enfermería. (6ª ed.) McGraw-Hill: México.
- Chiavenato, I. (2006). Introducción a la teoría general de la administración, México: McGraw-Hill.
- Código Penal Federal. Recuperado de: [https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3\\_mex\\_anexo7.pdf](https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_mex_anexo7.pdf)
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (México). Informe Estadístico 1996-99, México, 2000. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conamed>.
- Correa, G. (2004). Documentación para la implantación de un sistema de gestión. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- Cubillos, M. y Rozo, D. (2009). El concepto de calidad. Historia, evolución e importancia para la competitividad. **Revista de la Universidad La Salle**. (48), 80-99. Recuperado de <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ls/article/view/1260>
- Deming, W. E. (1989). Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Rickert, E. (1962). El mundo de Chaucer. New York: Columbia University. p. 22.
- Google Mapas, Hospital San Ángel Inn Sur. (2002). Recuperado de <https://www.google.com.mx/maps/@19.3403987,->

- Gutiérrez, P. (2004). Control estadístico de calidad y seis sigmas. México: McGraw Hill, 2004. 636 p.
- Hospital San Ángel Inn Sur. (2002). Recuperado de <https://www.hospitalsanangelinn.mx/conocenos>.
- ICONTEC. (2015). Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. Bogotá, Colombia: ICONTEC.
- Ishikawa, K. (1986). ¿Qué es el control total de calidad? = What is Total Quality Control? The Japanese Way (D. J. Lu. Trad.). Bogotá, Colombia: Norma.
- Licenciatura en Administración Educativa, UPN, 2016 Recuperado de <https://www.upn.mx/index.php/estudiar-en-la-upn/licenciaturas/18-estudiar-en-la-upn/91-administracion-educativa>).
- Lindsay, W., Boulton, W., Franklin, S., Rue, L. (1982), Planificación estratégica: determinación del impacto de las características ambientales y la incertidumbre. **Academy of Management Journal**, 25 (3), 287.
- Municio, P. (1998). Evaluación de la calidad de la educación superior. **Revista Universitaria de Evaluación de Calidad**. 15 (2), 24.
- Nebrera, J. (2016). “Curso de calidad por Internet - CCI” pp.4-11. Recuperado de: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/introduccion\\_a\\_la\\_calidad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/introduccion_a_la_calidad.pdf).
- Noguez, V. (2015). ISO 9001:2015 “El Futuro de la calidad”. Recuperado de: [www.isotools.cl](http://www.isotools.cl).
- Philip, B. (1989). La Calidad no cuesta. México: CECSA. Recuperado de <https://www.upn.mx/index.php/estudiar-en-la-upn/licenciaturas/18-estudiar-en-la-upn/91-administracion-educativa>.

- Rojas, Y. (2011). Aporte de los sistema de gestión de calidad a la seguridad del paciente: panorama internacional. **Umbral Científico**. núm. 18, 29-38.
- Serna, H. (2007). Gerencia estratégica. Teoría–metodología, alineamiento, implementación y mapas estratégicos, índices de gestión. Colombia. Bogotá: 3R Editores.
- Shewhart, W. A. (1997). Control económico de la calidad de productos manufacturados. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Taylor, F. W. (1969). Principios de la administración científica. (11ª ed.) México: Herrero.

# Anexos

## Organigrama

