

ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS VALIDOS Y CONFIABLES, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA AUTOEVALUACIÓN, PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE 1ER. NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ.

Alumna: Paola Zereth Galindo Mimendi

Directora de Tesis: Elsa Ladrón de Guevara Morales

Asesor Externo: Carlos Castañeda Hernández

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Fundamento teórico

1.1.1 Calidad de los servicios de salud en México

Antes de hablar de la calidad de los servicios de salud en México es importante mencionar como se encuentra la población con respecto a ellos.

La Constitución mexicana define la protección de la salud como un derecho social. Sin embargo, esto no sucede así y se explica el por qué. Se estima que 1.5 millones de familias mexicanas se empobrecen trimestralmente a causa de los gastos de bolsillo en que incurren para pagar servicios médicos catastróficos.¹

Esto obedece a la falta de un esquema de aseguramiento en salud que afecta a más de la mitad de la población, provocando un menor acceso a los servicios de salud pública de calidad.¹

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 plantea una respuesta a esta problemática con el establecimiento del Seguro Popular de Salud (SPS), a fin de extender la cobertura del aseguramiento a toda la población. Para abril del 2003 se aprobó una reforma a la Ley General de Salud, y fue creado el Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) y se elevó a rango de ley el esfuerzo de ampliar el aseguramiento Todo esto con la finalidad de promover una reducción en los gastos catastróficos en salud de las familias, un sistema más eficiente, equitativo y accesible.²

La estructuración de un Sistema Nacional de Salud de carácter universal, deberá simplificar la operación y los trabajos en torno a la cobertura de los servicios de salud, que depende de la variedad y complejidad de servicios

que se ofrecen a la población, que a su vez dependen de la organización y escalonamiento tecnológico y de la interrelación de los establecimientos prestadores de atención a la salud; es decir, determinando la posibilidad práctica que tiene el usuario de resolver sus problemas comunes y en caso necesario, de acceder a niveles de atención con cada vez mayor capacidad resolutive. Otro factor importante es que una vez que la cobertura de servicios de salud alcanza ciertos niveles que se consideran aceptables, se inicia un tránsito hacia una preocupación por la calidad.³

En la actualidad los servicios de salud en México, enfrentan un gran reto pues cada vez más, aumenta la necesidad de hacer un esfuerzo sostenido para lograr la meta de poner al alcance de todos los habitantes de este país, un nivel aceptable de calidad en la atención médica.

El Presidente Felipe Calderón, al inicio de su administración estableció como visión al 2030,⁴ el logro de un Sistema de Salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, además, efectivo, seguro, eficiente y sensible. Para alcanzar esa visión del Sistema de Salud, el Programa Nacional de Salud (PRONASA 2007-2012) planteó cinco objetivos^a para la atención de los retos en salud que enfrenta el país; para el objeto de estudio de este trabajo se retoma el objetivo número tres, según el cual la prestación de servicios de salud debe hacerse con calidad y seguridad.

El PRONASA establece diez estrategias para el

a 1. mejorar las condiciones de salud de la población;
2. reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
5. garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

cumplimiento de los objetivos propuestos. La estrategia número tres consiste en "situar a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud". Además, dentro de esta estrategia se diseñan ocho líneas de acción^b, entre las que destaca, implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud, enfocándose a la prestación de servicios efectivos, seguros y eficientes a través del desarrollo de las siguientes acciones.

Crear un Comité Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, institucionalizando la constitución de comités estatales de calidad.

Fortalecer la cultura de calidad en los establecimientos de salud, mediante el reconocimiento del Premio Nacional de Calidad en Salud.

Reestructurar y fortalecer el proceso de certificación de calidad de establecimientos y prestadores de servicios de salud, para convertirlo en un estándar nacional de calidad en salud.

Acreditar las unidades de salud que prestan servicios al SPSS con criterios de capacidad, calidad y seguridad. La meta en esta materia es acreditar al 100% de las unidades que prestan servicios al SPSS.

Incorporar en los convenios de gestión del SPSS compromisos de calidad vinculados a SICALIDAD.

Medir de manera regular la satisfacción de los usuarios respecto al trato digno, surtimiento de medicamentos, confort y lista de espera para evaluar la calidad percibida y el conocimiento de los derechos de los ciudadanos en las unidades médicas. Asimismo, se medirá la satisfacción de los prestadores de servicios de salud. Para conocer las expectativas de los trabajadores de la salud y el compromiso con la calidad se elaborará una encuesta nacional.

Mejorar la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud, mediante el impulso y homogeneización a las alternativas a la hospitalización.

Fortalecer y consolidar la figura del Aval Ciudadano para construir ciudadanía en el Sistema Nacional de Salud.

Vincular a los hospitales públicos de mediana y alta complejidad con el Proyecto de Seguridad del Paciente, que incluya medidas que garanticen una atención limpia y prevengan la ocurrencia de eventos adversos, errores en la medicación y cirugía insegura.

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales. La meta es que 60% de los hospitales públicos cuenten con un modelo de gestión de riesgo de infecciones nosocomiales.

Garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería. Las unidades médicas deberán realizar una revisión periódica de la calidad del expediente clínico.

Favorecer el uso racional de los medicamentos y la creación de unidades de farmacia clínica.

1.1.2 La calidad en los establecimientos de primer nivel de atención médica

La organización de la atención médica se realiza a través de tres niveles de atención; el primer nivel de atención es el de menor complejidad, el que posee el mayor número de unidades, resuelve el 80% de las demandas de atención y constituye la puerta de entrada al sistema de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define como sistema de atención médica: al conjunto de elementos a través de los cuales, los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica, para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles.⁵

En México de acuerdo con lo establecido en el Artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud referido al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, los establecimientos de primer nivel de atención deben ofertar prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud, aplicación de exámenes preventivos, programación de citas para consulta, atención personalizada, integración de expedientes clínicos, continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia, prescripción, surtimiento y control de medicamentos, información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.⁶

^b Las diez estrategias y sus respectivas líneas de acción pueden ser consultadas en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, disponible en: www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

La capacidad resolutoria del primer nivel de atención, ha estado determinada en cada momento, por el desarrollo socioeconómico del país en general y de la salud pública en particular. Ha transitado desde los modelos integrales y comunitarios hasta el de la medicina familiar, lo que ha permitido conservar hasta nuestros días conceptos tales como el de atención integral, enfoque preventivo y participación popular, por mencionar sólo algunos.⁷

De acuerdo con lo anterior, los servicios otorgados por los sistemas de salud necesitan ser lo suficientemente buenos para cubrir las demandas de salud de la comunidad y ayudar a reducir la pobreza y otras enfermedades sociales. La visión de "Salud para todos" propuesta por la Organización Mundial de Salud (OMS) y la OPS, constituye una "meta" para que la atención a la salud ofrezca resultados más amplios.⁸

Sin embargo, nuestro país aún enfrenta en sus servicios de salud grandes carencias de recursos, de capacidad y tecnología, que como se mencionó anteriormente, son indispensables para ofrecer prestaciones de salud integrales. Aunado a esto, la aplicación de los servicios de salud se ha realizado, con base en un modelo poco integral que se olvida de la participación popular, la prevención y la promoción de la salud, y que se centra en la reparación de órganos enfermos. Esto fragmenta la totalidad corporal y social del individuo, en aras de un enfoque de subespecialidades, olvidando las necesidades y demandas explícitas de la mayoría de la población.

Conforme a la segunda actualización de la Edición 2006 del cuadro básico y catálogo de Auxiliares de Diagnóstico realizada por el Consejo de Salubridad General y las Instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud⁹, la definición de niveles de atención médica surge como una necesidad para la racionalización de los recursos.

En este sentido se definen tres niveles de atención^c: el primero enfoca sus acciones y servicios básicamente para preservar la salud mediante actividades de promoción; vigilancia epidemiológica; saneamiento básico y protección específica; diagnóstico precoz; tratamiento oportuno y rehabilitación de personas con padecimientos de mayor frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica, todo esto a través de servicios de consulta de medicina general.¹⁰

Respecto a este último punto, es importante comentar que a pesar de que existen estos establecimientos de primer nivel de atención médica, muchos de ellos no garantizan un servicio permanente ya que su personal sólo labora unas horas del día; el resto de la jornada no hay atención. Por lo regular estas unidades, que sólo cuentan con camillas de observación y que atienden a una población de entre 5 mil a 20 mil habitantes, están localizadas en áreas urbanas o rurales, alejadas de los grandes centros poblacionales.¹¹

Sin embargo, dichas unidades solucionan el 80 % o más de los problemas de salud de la población mediante la ejecución de los programas establecidos; además, en este nivel ocurre idealmente el primer contacto de la población con los servicios de salud.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto se puede decir que los objetivos de los establecimientos^d de primer nivel son: atender a la población asignada dentro de su área de responsabilidad con acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud, así

c Segundo nivel de atención médica: Los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización para pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

Tercer nivel de atención médica: Las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

d Se define de acuerdo al manual para incorporarse al Sistema de Acreditación y Garantía de la Calidad, como "establecimientos" a las "Unidades para la Prestación de Servicios de Atención Médica", incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) sistema que se explicara más adelante

como asegurar el traslado a nivel superior, de aquellas personas que así lo ameriten y, promover acciones sobre el medio ambiente.¹²

Los profesionales de la salud que integran estos establecimientos de atención médica, deberán demostrar sus competencias profesionales, así como conocer y aplicar las Normas Oficiales Mexicanas. Además, los establecimientos de primer nivel de atención médica, deberán contar con personal responsable que se encargue de planear, dirigir, mejorar los procesos y gestionar los recursos necesarios para la adecuada cobertura de atención¹³.

En este sentido los servicios de salud en México, enfrentan un gran reto con extraordinarias dimensiones. Además, la población cada día está más consciente de sus derechos, razón por la cual espera, la pronta atención a sus demandas, creando la necesidad de hacer un esfuerzo sostenido para lograr la meta de poner al alcance de todos los habitantes de este país, un nivel aceptable de calidad en la atención médica.¹⁴ De acuerdo con lo anterior, para lograr una buena atención médica, no tan sólo se requiere de una adecuada cobertura y capacidad de los servicios de salud, sino también y de manera fundamental, una atención con calidad.

La introducción del concepto de calidad en las prestaciones de salud es una preocupación en diferentes países, principalmente en las últimas dos décadas y se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica, y afortunadamente para algunos, también de responsabilidad social y de integridad moral.¹⁵

1.1.3 La calidad de la atención médica

Con la finalidad de garantizar calidad en las prestaciones de servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde los años ochenta, han desarrollado esfuerzos orientados a incrementar la calidad y eficacia de la atención de los servicios de salud, así como a incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponible.¹⁶

En la 27a Conferencia Sanitaria Panamericana efectuada en Washington, D.C. en octubre del 2007, la calidad fue definida como: "el grado en el que los servicios de atención en salud incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud y son consistentes con los conocimientos profesionales

actualizados"¹⁶. Además, incluyendo la seguridad del paciente, se convierte en una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.¹⁷

De acuerdo con lo estipulado por la OPS, en la actualidad los esfuerzos de los gobiernos y las instituciones de salud deben orientarse hacia la mejora de la eficiencia en salud y hacia el desarrollo organizativo, "**en un ambiente de mejora continua de la calidad de la atención**". El organismo distingue tres enfoques en **la gerencia de la calidad** en la atención de los servicios de salud.¹⁸

El primero es el **control de la calidad**: se encarga de conformar un servicio con base en las normas establecidas. Este método consiste en prever lo que se hará, escribir lo que se prevé, hacer lo que está escrito, controlar y corregir las disparidades, llevando un registro por escrito de todo lo que se hace. Además, mide el desempeño de un proceso por medio de indicadores y de esta manera vigilar que la calidad esperada se lleve a cabo según lo que se ha estipulado, se identifique el logro de objetivos propuestos y se propongan actividades para el mejoramiento según corresponda. El segundo es el de **gestión de la calidad**: éste se enfoca en incentivar la participación de todos los integrantes que conforman la prestación de los servicios de salud, para buscar el éxito a largo plazo, mediante la satisfacción del usuario, ofreciendo ventajas para todos los integrantes de la organización y de la sociedad, logrando la satisfacción del prestador del servicio y del usuario. El tercer enfoque hace referencia a la **garantía de la calidad**: busca la confianza en la obtención de ella; para esto, es necesario demostrar que se tiene un control total de la calidad, y para lo cual se requiere de un control externo como podrían ser los procesos de evaluación de certificación y acreditación (mismos que se definirán detalladamente más adelante).¹⁸

El enfoque de la OPS, descrito anteriormente, tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad. Otro enfoque dirigido al mejoramiento de la calidad, define tres tipos de acciones: control de calidad, mejora de nivel o cambio significativo y planeación de la calidad. Este enfoque enfatiza que un proceso no se puede mejorar si no está bajo control, ya que esto permite reconocer las partes del proceso que deben cambiar para alcanzar los

^e Definición del Instituto de Medicina de los EUA

mejores niveles de calidad.¹⁹

De acuerdo con lo anterior, la **evaluación de la calidad** debe apoyarse en una definición conceptual de lo que significa la "calidad de atención médica". Es aquí donde se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir. Para A. Donabedian la calidad de la atención a la salud es:

"El grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que está en juego son las expectativas de resultados que podrían ser atribuidas a la atención en el presente"²⁰

Esta definición excluye una característica primordial para alcanzar la calidad y ésta es el enfoque humanístico construido a partir de una base ética, creada desde la formación del profesional de la salud, la cual se observa en los valores, actitudes, la vocación y criterios de conocimientos que tiene cada profesional de la salud, y aplica en el cuidado de la salud de sus pacientes.

Los sistemas de salud disponen de dos tipos de mecanismos que garantizan operativamente la calidad:

- Mecanismos de gestión internos de calidad, que se desarrollan dentro de la organización.
- Mecanismos de gestión externos de calidad, que se desarrollan desde fuera de la organización, entre los que se encuentran la certificación y la acreditación.^f

Sin embargo, las actuales reformas del sector salud para la mejora de la calidad, en su mayor parte, están enfocadas a la normalización de los procedimientos médicos o quirúrgicos y en la inversión de infraestructura de los establecimientos de salud así como adquisición de equipos sofisticados.

Esto puede ser observado claramente en los médicos que laboran en instituciones de servicios de salud pública, donde la mayor parte de los esfuerzos para evaluar la calidad de los servicios de salud se han limitado al recuento de acciones emprendidas sin plantear el

efecto real que dichas acciones tienen sobre la salud, ni la medida en que satisfacen las necesidades de los individuos y la población.²¹

Lo anterior es un claro ejemplo de la manera en que se trata de evaluar la calidad de los servicios de salud en instituciones públicas en nuestro país. Los métodos utilizados para garantizar la calidad no toman en cuenta, los resultados que provienen del binomio estructura y proceso, y mucho menos el impacto que éste causa; no hay que olvidar que son importantes indicadores de una buena o mala atención que dan validez a la eficacia y calidad de la atención médica.

1.1.4 Certificación y acreditación como garantía de la calidad.

En México en materia de calidad y seguridad han sido creadas las iniciativas de certificación y la acreditación, ambos procesos de evaluación de la calidad de atención médica. A continuación se describe cada uno de los procesos y se realiza un análisis comparativo.

En 1999 el día 1º de abril, surge en México el Programa Nacional de Certificación, con la publicación en el Diario Oficial de la Federación del "Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales"²² como un proceso formal de evaluación de la calidad de la atención médica, con el fin de garantizar a la población usuaria de los servicios de salud el otorgamiento de mayores beneficios a menor riesgo.²³

Este Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica está a cargo del Consejo de Salubridad General, organismo que depende directamente del Presidente de la República, conforme al Artículo 73.Fracción XVI, Base 1a, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, presidido por el Secretario de Salud, que tiene como mandato la emisión de disposiciones obligatorias en materia de Salubridad General.²⁴

De este Consejo se desprende la Comisión de Certificación de Establecimientos de Atención Médica⁹, esta comisión está integrada por: por el Secretario Técnico del Consejo que funge como presidente de la Comisión y un representante de los vocales titulares del

^f La licencia es un proceso por medio del cual una autoridad gubernamental otorga el permiso a un médico individual u organización de salud, para ejercer una profesión o prestar servicios de salud.

^g En algunos documentos oficial se reconoce también como Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud

Consejo de: Secretaría de Salud; Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Secretaría de la Defensa Nacional; Universidad Nacional Autónoma de México; Academia Nacional de Medicina, y de la Academia Mexicana de Cirugía, además de un representante de las siguientes instituciones y organismos: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina; Asociación Mexicana de Hospitales, A. C.; Sociedad Mexicana de Salud Pública; Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud; Colegio Médico de México; Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería; y Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.²⁴

El 20 de septiembre de 2002 se consolidan los avances iniciales de proceso de certificación; en donde se asientan las características organizacionales de la instrumentación del Programa de Certificación; definiéndose a la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, como una instancia que auxiliará al Consejo en el cumplimiento de sus atribuciones en materia de Certificación; el cual se consolida como un órgano colegiado de la Administración Pública Federal, así como de diversas instituciones y organismos ligados con la prestación de servicios de salud.²⁵

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

Respecto al proceso de acreditación, éste surge de la necesidad de garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad requeridos, siendo obligatoria para los establecimientos públicos de atención médica, que deseen ingresar a la red de prestadores que atienden a los asegurados inscritos al Sistema de Protección Social en Salud.²²

El Sistema de Protección Social en Salud se crea en el 2001, tomando carácter legal con la reforma a la Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, respectivamente. Con estas reformas a la Ley General de Salud, se da lugar a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la cual se conforma como

un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, encargado de conducir la operación del Sistema de Protección Social en Salud.

El proceso de acreditación se basa en lo dispuesto en el Artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud, el cual señala que "para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base, para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud". En el mismo artículo se definen también los aspectos mínimos a evaluar en los establecimientos públicos de prestación de atención médica. Al respecto, en los artículos 23 al 30, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen los lineamientos operativos del proceso de acreditación.

Por último, cabe mencionar que en el Artículo 10, Fracción XIII del Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se atribuye a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE) la vigilancia de la calidad y oportunidad de los servicios prestados. Siendo así el órgano para la acreditación, mismo que se encarga de crear grupos de consenso formados por profesionales médicos y de enfermería para la emisión y actualización de cédulas para la acreditación. Por último, el equipo de auditoría, se integra con personal de la Secretaría de Salud, de nivel federal y personal médico del área de atención médica de los Servicios Estatales de Salud (SES) y líderes de calidad en las entidades federativas. Los auditores estatales del equipo auditor no pertenecerán a la misma entidad federativa en donde se realiza la auditoría.¹³

Como se puede observar respecto a lo señalado anteriormente, en la actualidad, México cuenta con dos procesos de evaluación de la calidad de la atención médica. El primero de ellos, la certificación, con un extenso campo de aplicación, ya que considera tanto a establecimientos públicos como a privados. El segundo, la acreditación, la cual está diseñada ex profeso para unidades que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Considerando que entre los objetivos del Sistema Nacional de Salud, destaca el de proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; en este sentido, el Consejo busca con la definición de sus políticas, acciones tendientes a mejorar la calidad de los servicios de atención médica.

Como se puede observar, la acreditación se orienta a cumplir exclusivamente con los requerimientos del Sistema de Protección Social en Salud, en tanto que la certificación tiene un campo de acción más amplio, en el marco del Sistema Nacional de Salud.

La certificación de establecimientos de servicios de salud, se basa en el enfoque de evaluación de la calidad de Avedis Donabedian; donde se consideran aspectos de estructura, procesos y resultados, es decir, los recursos con los que cuenta la unidad médica, la forma en cómo se organizan y aplican para la atención de los usuarios y los resultados que de esta forma se generan.

La certificación es de carácter voluntario, por lo que se efectuará a los establecimientos que la soliciten; tiene una vigencia de tres años y es aplicable a las unidades hospitalarias, a los establecimientos de atención médica ambulatoria, a los de atención médica psiquiátrica y a los de atención médica de rehabilitación.

El proceso de acreditación se basa de igual manera que en la certificación en el enfoque de evaluación de la calidad propuesto por Avedis Donabedian, pero en este caso sólo se consideran los aspectos de estructura y procesos, que se ven reflejados en las siguientes dimensiones:

"La capacidad se entiende como los mínimos indispensables de estructura, para los procesos de atención médica que se le brindan al paciente. La Seguridad se entiende como los mínimos indispensables de protección técnica en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente. La calidad se interpreta como, los elementos del proceso en la prestación de servicios de salud tendientes a mejoría de sus procesos."¹³

Este proceso de evaluación es conducido en su parte operativa por el Comité Técnico de la acreditación, dependiente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud. Lo que resulta una evaluación por un organismo interno ya que evalúa a los establecimientos de salud que dependen de los servicios de salud estatales, los cuales a su vez dependen normativamente de la Secretaría de Salud Federal. Esto podría generar conflicto de intereses ya que a la propia Secretaría conviene disponer del mayor número de unidades acreditadas a fin de poder cumplir con las metas establecidas de afiliación al SPSS.

Por otro lado, es la misma Secretaría es la que determina

el cumplimiento de los estándares de calidad, que ella misma ha fijado, enfocándose a evaluar los requerimientos mínimos de capacidad, seguridad y calidad. La acreditación tiene una vigencia de cinco años y se aplica exclusivamente a establecimientos públicos de primer o segundo nivel de atención médica^h que deseen incorporarse a la red de prestadores de servicios del SPSS.

La acreditación se efectúa en dos fases: la primera de autoevaluación y la segunda de auditoría a cargo de DGCEs. La primera es realizada por el mismo personal y es responsabilidad de los encargados estatales de calidad el validar los contenidos de las cédulas de autoevaluación de los establecimientos antes de que estos sean remitidos a la DGCEs.

La cédula de acreditación es el instrumento de evaluación que contiene ítems a explorar, con base en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, integrado por los tres grandes apartados señalados con anterioridad, capacidad, seguridad y calidad. El primero de ellos con 599 ítems a evaluar, el segundo con 37 y el último con 30, es decir, 666 ítems en total. Con relación a estos ítems se acreditarán aquellos establecimientos que cumplan con un puntaje entre 85 y 100 por ciento de las condiciones de capacidad, calidad y seguridad. Aquellas que tengan menos de 85 por ciento no acreditan.

Si la autoevaluación arroja un puntaje suficiente para acreditar, se le expide el dictamen de acreditación, y se ingresa al programa de supervisión; si el dictamen es de "No acreditado", por no cumplir con los criterios mayores los establecimientos deberán presentar un plan de contingencia y en caso de que sean criterios menores, se deberán de resolver en un plazo no mayor de tres meses. Es importante definir que de acuerdo al manual de acreditación y garantía de la calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud, los criterios mayores son aquellos ítems que se convierten en requisitos y que al no cumplirse, impiden la auditoría del resto (criterios menores) ya que afectan la seguridad del paciente. Los criterios menores son aquellos ítems que no son considerados como requisitos, y cuya sumatoria, junto con los criterios mayores, determinan el resultado de acreditado o no acreditado.²⁶

^h En el tercer nivel de atención se acreditan algunos servicios para la atención de padecimientos, relacionados con la cobertura del Fondo de Gastos Catastróficos

Posteriormente, la autoridad sanitaria estatal solicitará formalmente a la DGCES se efectúe el proceso de auditoría para esos establecimientos, en caso de no ser así, la DGCES se reserva el derecho de determinar las visitas de auditoría a los establecimientos con autoevaluación de acreditados. Los SES y las jurisdicciones sanitarias pueden conformar un grupo que verifique los resultados obtenidos por los establecimientos. De tal manera que cada Jurisdicción envía a los SES, los establecimientos de primer nivel de atención médica que ya están considerados como acreditados, de acuerdo a la autoevaluación realizada por el mismo personal que labora dentro del establecimiento y supervisores jurisdiccionales. Los supervisores estatales programan visita a estos establecimientos con el fin de aplicar la cédula de evaluación, la visita puede ser o no con supervisores de la DGCES. Sin embargo, no todos los establecimientos dictaminados como acreditados por la autoevaluación, reciben la visita de los supervisores de la DGCES; pero si todos los establecimientos reciben el dictamen de acreditación por parte de esta.

Realizando un análisis comparativo entre la certificación y acreditación, ambos evalúan aspectos similares, es decir, estructura y procesos; en este sentido se puede identificar que los criterios de capacidad evaluados con la acreditación, guardan similitud con aspectos de la certificación, pues contienen conceptos tales como disponibilidad de medicamentos, equipamiento, infraestructura, entre otros. La diferencia entre estos procesos radica en que la acreditación se apega al CAUSES para la selección de sus criterios a evaluar y en la certificación, obedece a su categorización de una valoración integral de la capacidad resolutive del establecimiento médico, con respecto a los servicios que ofrecen. Además los criterios para evaluar la seguridad y calidad, en la acreditación tienen similitud con los criterios para evaluar los procesos y resultados de la certificación, y en ambos instrumentos se evalúa la disponibilidad de protocolos de atención médica, existencia de mecanismos de referencia y contrarreferencia, calidad en la prestación de servicios, acciones de atención al paciente, entre otros.²⁷

Esta dualidad de procesos conduce al dispendio innecesario de recursos económicos para el mantenimiento de dos estructuras organizacionales paralelas encargadas de la instrumentación de sus respectivos programas de evaluación de calidad; además, de que dificulta los procesos de preparación interna por parte de los establecimientos que se ven

inmersos al mismo tiempo tanto en la certificación como en la acreditación, dificultad que se deriva de la heterogeneidad tanto en procedimientos como en estándares en ambos procesos y que generan al interior de los establecimientos de salud confusión y desgaste de energía para los trabajadores, si se pretende cumplir con ambos procesos de certificación de la calidad, para dar cumplimiento a los compromisos establecidos en el PRONASA.

De acuerdo a los organismos encargados de llevar a cabo la evaluación de la calidad en los servicios de salud, la acreditación se convierte en un proceso más frágil que la certificación, debido a que la misma Secretaría de Salud, es la que determina el cumplimiento de los estándares de calidad, que ella misma ha fijado, convirtiéndola en juez y parte; además, una vez realizada la primer fase del proceso de acreditación la "autoevaluación" si resulta con calificación aprobatoria, recibe el dictamen de acreditación tal y como se ha explicado antes, y no siempre recibe la auditoría por la DGCES, de tal manera que si la evaluación sólo ha sido realizada por el mismo personal operativo, existe la posibilidad que en ésta autoevaluación se incorporen percepciones subjetivas demasiado optimistas en su interpretación evaluativa, originando un sesgo en los resultados, sobrestimando los procesos; esto no quiere decir que es inapropiada una evaluación interna, sin duda es una parte complementaria, ya que al ser los mismos evaluadores los que ejecutan los programas conocen profundamente el funcionamiento de sus procesos y estructura que los conforma; pero no puede ser esta autoevaluación, suficiente para determinar el dictamen de acreditación.

Aunado a lo anterior, durante la exploración del instrumento de medición para la evaluación (cédula de acreditación), se detectaron una serie de vacíos en su estructura, que dificultan una correcta aplicación. Por mencionar algunos; ausencia de una definición operacional para cada uno de sus indicadores, los indicadores que requieren ser cotejados a través de documentación no especifican la fuente exacta en la que se verificará.

Estos vacíos existentes; se pueden observar desde los primeros indicadores que conforman la cédula, tal es el caso en la verificación de tiras reactivas, el criterio es; *verificar la suficiencia según demanda, y cero por ciento en el diferimiento en la realización a pacientes diabéticos en control y en detecciones por factores de riesgo*; pero no especifica de acuerdo a qué elementos se determinará la

demanda, o qué documentos se cotejarán para determinar si existe diferimiento de glicemias en pacientes diabéticos en control y en detecciones por factores de riesgo.

En el indicador de química seca, que se verifica a través de la existencia de un glucómetro en buenas condiciones, y que sus criterios de evaluación son: *la existencia y funcionamiento de glucómetro y dotación de baterías o glucómetro de repuesto*, no resulta claro cómo evaluar la suficiencia, si no se especifica cuántos glucómetros deben existir por núcleo básico de atención médicaⁱ; en este sentido, la existencia de un glucómetro en un establecimiento de primer nivel de atención médica con cinco núcleos básicos puede ser considerado como cumplimiento, ó se puede contar con glucómetros con baterías de repuesto y tiras reactivas suficientes, pero si las tiras reactivas existentes no corresponden a la marca del glucómetro, es imposible realizar la detección, sin embargo, de acuerdo a los criterios expuestos en la cédula de acreditación puede considerarse como cumplimiento; otro ejemplo es, en el indicador de Cartilla Nacional de Salud, define como el concepto a evaluar la entrega de la Cartilla a cada asegurado, sin embargo, en el criterio de evaluación sólo considera la verificación de la existencia del sistema de abasto y evidencia documental, de tal manera que aun siendo congruente la información escrita entre los formatos F5, F6 y la existencia disponible en cartillas (aclarando que esta fuente de obtención de datos no es especificada en la cédula de acreditación), podrá considerarse como cumplimiento, a pesar de ello, eso no garantiza que todos los asegurados cuenten con su Cartilla Nacional de Salud.

Así podríamos ir explorando cada "indicador" y sus criterios de evaluación; confirmando cada vez más las deficiencias del instrumento que van desde la falta de definición operacional que indique el procedimiento de medición hasta deficiencias en cuanto a lo que realmente se desea medir, por tal motivo la aplicación de esta cédula oficial de acreditación, por diferentes evaluadores, puede arrojar diferentes resultados ya que la falta de definición en los criterios para evaluar cada indicador permite incorporar criterios subjetivos de cada evaluador.

Lo descrito anteriormente, sólo son algunas evidencias de que el instrumento de medición utilizado para el proceso de acreditación carece de validez y confiabilidad.

ⁱ El núcleo básico está compuesto por un médico y una enfermera, y se considera que por cada 3000 habitantes en una población debe de existir un núcleo básico para la atención médica.

1.1.5 Evaluación de la calidad en la atención médica

Es evidente que si bien, son necesarios los procesos de evaluación de la atención médica, su instrumentación no es suficiente, ya que es necesario garantizar que dichos procesos se apeguen a ciertos principios teóricos y metodológicos para asegurar que la evaluación realmente dé evidencia de la situación que prevalece en la atención médica

Para estimar el grado de calidad de la atención médica se requiere de métodos y, antes de describir los métodos existentes en nuestro país, es importante definir la importancia de una evaluación.

La evaluación es considerada como una ciencia por estar comprometida con la producción de conocimiento. La investigación desde el punto de vista práctico, se interesa por conocer los cambios en la salud como consecuencia de nuevas concepciones en la práctica sanitaria, y para ello se requiere de una correcta evaluación, y un determinante importante es la calidad de los instrumentos de medida.²⁸

La evaluación es un procedimiento científico; es "un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en salud, en todos los aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia"²⁹. Lo anterior es de suma importancia ya que una evaluación no sólo puede ser aplicada al concluir un proceso, sino también desde su diseño o durante su implementación, lo que permite conocer en qué consisten y dónde se encuentran las deficiencias o ventajas que podrían arrojar un resultado determinado. Luego entonces, la evaluación resulta ser un instrumento esencial para la mejora, además, ofrece la oportunidad de identificar los problemas en diferentes momentos.

La evaluación normalmente connota un cuerpo de conocimientos que organiza, describe, predice, explica con el fin de contribuir a la comprensión y al control de los temas que estudiar.

La teoría de evaluación se divide en dos componentes: descriptivas y prescriptivas. Las descriptivas tienen como función describir y explicar un fenómeno, un hecho a través de un grupo de condiciones y métodos o procedimientos, como constantes, intentando describir y explicar la probabilidad de los resultados, las metas,

como variables de interés. El componente prescriptivo tiene como finalidad relacionar lo que se debe de hacer y el cómo se puede hacer mejor, apoyándose en condiciones y metas que prescriben los mejores métodos o procedimientos, como variables de interés, para conseguirlas.²⁸

Otra teoría utiliza la terminología de **teoría causativa** en lugar de teoría descriptiva y **evaluación normativa** en lugar de teoría prescriptiva. La teoría causativa para la evaluación se basa en la experiencia; representa el conocimiento empírico, busca las relaciones causales entre los tratamientos y los resultados. La teoría normativa procede examinando las premisas, las concepciones, los procedimientos, o el conocimiento previo. Además, proporciona una justificación para la estructura y actividades del programa, guía la planificación, la formulación y la realización de un programa.²⁸

Evaluar es establecer un juicio, respecto al mérito o valor de algo; una conclusión valorativa. Para realizarlo se requiere de la comparación con algún estándar o punto de referencia, que ha sido establecido explícita o implícitamente. Establecer significados sustantivos para interpretar a partir de una comparación entre resultados obtenidos y planeados; es un proceso que casi siempre resulta complejo y requiere del concurso de expertos. Se da con cierta frecuencia que ni los mismos ejecutores de programas han determinado con precisión cuáles son esos niveles de desempeño esperados³⁰. De acuerdo con su función la evaluación se puede dividir en: formativa y tiene como finalidad el mejoramiento ya que se realiza regularmente para guiar y posiblemente corregir el desempeño de un programa; y sumativa, la cual intenta establecer en qué grado el programa, una vez implementado, ha generado en la población los cambios esperados en las variables de resultado o de impacto³¹.

Tomando como base los principales modelos de evaluación Solórzano describe dos enfoques³²: **Modelos objetivistas**, en los que la evaluación es la valoración de los atributos de un programa; se centran en determinar su productividad y eficiencia, para la toma de decisiones. **Modelos subjetivistas**: la evaluación es la comprensión de los procesos y resultados de un programa; se centran en captar el significado de las situaciones, para mejorar la práctica.

Ahora bien, resulta importante en un proceso de evaluación determinar quien realiza la actividad. En este sentido se divide a la evaluación en: **evaluación**

interna en donde los mismos ejecutores y responsables de los programas (auto-evaluación), incluso los mismos beneficiarios, son los que llevan a cabo la evaluación. En la **evaluación externa** o independiente, ésta es realizada por un profesional o grupo de profesionales traído expresamente para ese efecto.

De acuerdo con lo anterior ambas tienen sus bondades y limitaciones. Y las debilidades de una son las fortalezas de la otra, como lo definen (Worthen y Sanders), a quienes cita Montero. Ellos, consideran que una adecuada evaluación requiere de ambos enfoques, el interno y el externo. Una evaluación interna tiene por ventaja, que al ser los mismos evaluadores miembros del equipo de ejecución, conocen profundamente el funcionamiento del programa y del contexto que lo rodea, pero a la vez por su condición de ejecutores, pueden también incorporar percepciones subjetivas demasiado optimistas en su interpretación evaluativa y de esta manera segar los resultados sobreestimando las bondades del programa.³¹

En 1966, el Dr. Avedis Donabedian propuso tres enfoques de la evaluación de la calidad de la atención médica: **estructura, proceso y resultados**.

La evaluación de la estructura se basa en la adecuación de las instalaciones y los equipos; la idoneidad del personal médico y su organización; su estructura administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que prestan atención médica; la organización financiera y otros.

La evaluación del proceso, se justifica porque se supone que no interesa el poder de la tecnología médica para alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como buena atención médica.

La evaluación de resultado, identifica a la atención médica en función de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia; los resultados son en general, los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica³³.

1.1.6 Los instrumentos de evaluación

Una evaluación siempre estará apoyada por la medición, la cual se define de manera clásica cómo, "*asignar números a objetos y eventos*"; quizá esta definición discrimine fenómenos que no puedan caracterizarse como objetos o eventos, que sean demasiados abstractos para ello, y esto ocurre en las ciencias sociales, por tal

motivo, una definición más adecuada de medición es "el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos", para ello "el instrumento de medición o de recolección de datos juega un papel central".³⁴

En la investigación cuantitativa se requiere de la aplicación de un instrumento para medir las variables de interés, medición efectiva siempre y cuando, el instrumento de recolección de datos represente a las variables que se quieren medir; si no se logra esto, la medición es deficiente, por lo tanto la investigación carece de validez. "un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente."³⁴

Sin duda no hay medición perfecta, pero en una investigación de enfoque cuantitativo, requiere acercarse lo más posible; a la representación fiel de las variables a observar, mediante el instrumento de medición desarrollado.³⁴

Los instrumentos de recolección de datos deben cubrir dos requisitos esenciales; validez y confiabilidad, por ello durante la construcción de un instrumento, se requiere de disciplina, ajuste detallado y precisión estricta, con el fin de disminuir la influencia de variables extrañas y la posibilidad de error, y de esta manera aumentar la probabilidad de que los resultados del estudio sean un reflejo fidedigno de la realidad.

1.1.6.1 Validez de los instrumentos

La validez de un instrumento significa qué tan bien un resultado obtenido refleja al fenómeno en estudio, esto es, la capacidad que tiene el instrumento para medir la cualidad para la que se construyó. Hay diferentes formas de medir la validez en un instrumento: La validez de constructo examina el traslado de las definiciones conceptuales a las definiciones operacionales de las variables, de tal manera que las definiciones conceptuales son utilizadas para desarrollar las definiciones operacionales y deben de reflejar el concepto.³⁵

La validez de constructo se encarga también de verificar si la teoría fundamenta la utilización de un instrumento, se pregunta qué tan bien la medición refleja la naturaleza del concepto o "constructo" que se pretende medir. Para analizar la validez de constructo de un instrumento es necesario que exista una conceptualización clara

del objeto bajo estudio, con base en una "teoría" determinada. Lo que permitirá tener una idea clara acerca de cómo se manifiesta el atributo bajo estudio.³⁶

La validez externa es el punto hasta el cual los hallazgos de un estudio pueden ser generalizados más allá de la propia muestra del estudio. Mientras que la validez interna es el punto hasta el cual los efectos percibidos en el estudio son un reflejo verdadero de la realidad y no el resultado de los efectos de variables externas.³⁶ Ruiz C, Validez

La validez de criterio, se asocia a la capacidad de un instrumento para predecir una conducta o evento. Un ejemplo para determinar esta validez en el área de la salud se puede observar, en el reflejo predictivo de un instrumento que evalúe ciertas conductas de riesgo sanitario y predecir quiénes tienen el riesgo potencial de desencadenar el problema, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, entre otras.³⁶

El procedimiento de validación se realiza a través de una correlación entre medidas obtenidas con un criterio exterior habitualmente llamado "patrón oro", de tal manera que si la correlación es alta, la medida obtenida es considerada válida y por lo tanto el instrumento también. Pero no siempre se dispone de un criterio de comparación aceptable, ante ello se requiere buscar o construir alguno con el que se pueda comparar los resultados de la medición.³⁶

Validez de contenido; a través de ella se busca determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir. Por lo general la validez de contenido, es estimada de manera subjetiva o intersubjetiva, y para ello el método más empleado es a través del *juicio de expertos*, quienes juzgarán de manera independiente, la "bondad" de los ítems del instrumento, en términos de la relevancia o congruencia de los reactivos con el universo de contenido, la claridad en la redacción y la tendenciosidad o sesgo en la formulación de los ítems.³⁶

1.1.6.2 Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad depende de la coherencia con que la técnica de medición permite medir una variable o un concepto³⁷ "confiabilidad es el grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados similares"³⁴ Esto es, el grado en el que los puntajes observados en una medición están libres de error de medida; se relaciona con la estabilidad de las

observaciones e inferencias realizadas y su precisión.

Algunas formas de estimar la confiabilidad de los datos son: Consistencia interna o inter-ítem, consiste en determinar qué tan bien los ítems de un cuestionario o escala correlacionan unos con otros a través de diversos procedimientos estadísticos; uno de ellos consiste en dividir en dos partes los ítems, por ejemplo todas las respuestas pares y todas las impares y correlacionar ambos grupos de respuestas, otra forma es correlacionar cada ítem con todos los otros, en este caso se estima la consistencia del ítem en forma individual, en relación con todos los demás.

El coeficiente alpha de Cronbach quizá es el más apropiado para ítems que tienen tres o más alternativas de respuesta, y el Kuder Richardson para ítems que ofrecen respuestas dicotómicas, estas pruebas evalúan el ítem y su relación con la extensión del instrumento.

La confiabilidad inter-observador o equivalencia, es utilizado principalmente en observaciones clínicas o diagnósticas y cuestionarios con preguntas abiertas, de tal manera que se correlación los puntajes obtenidos entre distintos observadores, indicando de esta forma el porcentaje de acuerdo respecto de la medida observada corrigiendo el factor azar, y la prueba estadística aplicada es el coeficiente de Kappa, el cual se considera un valor muy bueno a partir de 0,8 y muy malo por debajo de 0,20, así mientras más cerca de cero es el valor, más azar hay presente en las medidas.

Un requisito importante para la obtención de las medidas es la selección adecuada de los programas estadísticos, para realizar las pruebas mencionadas, entre éstos el más utilizado en ciencias de la salud es Stata y el paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) para Windows.

El Test-retest o medida de estabilidad consiste en repetir la prueba dos o más veces a los mismos sujetos con el objetivo de correlacionar sus respuestas y determinar su estabilidad; sin embargo, las diferencias observadas en las respuestas no se deben sólo al azar, sino que pueden estar involucradas con sesgos del objeto estudiado, diferencias en la aplicación del instrumento, condiciones externas en el momento que se administra la prueba, o si la variable es susceptible a cambios puede verse modificada por el tiempo, entre cada prueba; finalmente para evitar errores, se debe procurar entre la primer y segunda aplicación del instrumento, guardar las mismas condiciones.

1.2. Fundamentación empírica

1.2.1 Algunos estudios sobre validez y confiabilidad de instrumentos

Alonso, Bayarre y Ariles; realizaron un trabajo que tiene como objetivo la construcción de un instrumento que permita establecer un índice de satisfacción personal en la mujer de mediana edad. La muestra del estudio, quedó integrada por 200 mujeres con edades comprendidas entre 45 y 59 años, seleccionadas mediante muestreo simple aleatorio. Para la construcción del instrumento realizaron una revisión bibliográfica que les permitió establecer los descriptores para la evaluación de este fenómeno: autoestima, percepción de salud, proyecto de vida, condicionamiento de género y relaciones de pareja.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el método del test-retest y se calculó el coeficiente de confiabilidad r . La consistencia interna de la prueba se determinó aplicando el Modelo de Regresión Lineal Múltiple y calculando el coeficiente alfa de Cronbach. Para evaluar la validez de contenido se sometió el instrumento a criterio de expertos. Para determinar la validez de criterio se calculó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. La validez de construcción se evaluó mediante el método de los grupos extremos, utilizando la Prueba de Comparación de Medias en muestras independientes.

Para la validación del instrumento primero se evaluó su confiabilidad y consistencia interna y posteriormente se procedió a estudiar la validez del instrumento en sus diferentes modalidades: validez de contenido, validez de criterio y validez de construcción.

La evaluación de la confiabilidad propiamente dicha o estabilidad del instrumento en el tiempo se evaluó utilizando el método del *test-retest*, por lo que transcurridas cuatro semanas de la primera aplicación de la prueba se procedió a realizar la segunda y se calculó el coeficiente de confiabilidad r . El instrumento se consideraría confiable si este coeficiente alcanzaba valores iguales o superiores a 0,80, cifra que se corresponde con la exigida por otros autores.

La consistencia interna se evaluó calculando el coeficiente de regresión lineal múltiple, cuyo resultado daría una medida de la correlación entre cada ítem y el resto. Se consideró una correlación importante si el coeficiente alcanzaba valores superiores o iguales a 0,6.

Se calculó además el coeficiente alfa de Cronbach, el cual permite comprobar el contexto interno de cada ítem según sea posible. Se considera que el test es más homogéneo cuando el alfa de Cronbach tiende a uno. Para evaluar la validez de contenido se tomó como válido el criterio de los expertos utilizado en el acápite de la construcción del instrumento. Para evaluar la validez de criterio se tomó como criterio de comparación la prueba *Índice de satisfacción de la vida* ante la ausencia de una prueba de referencia que incluyera las categorías consideradas por el índice de Satisfacción Personal (ISP-RELEBA), como expresión de la satisfacción personal. Ésta se aplicó simultáneamente con el instrumento creado en la población objeto de estudio. La concordancia entre los resultados obtenidos con la aplicación de esta prueba y los obtenidos con el instrumento construido, se evaluó mediante el coeficiente de correlación de rangos de Spearman con un α de 0,05.

La validez de construcción se evaluó mediante el método de los grupos extremos, para lo cual se utilizó la prueba de comparación de medias en muestras independientes (prueba *t* de Student), con un nivel de significación del 1 % ($\alpha = 0,01$). Este procedimiento consiste en comprobar si hay diferencias significativas entre los puntajes promedios en el ISP RELEBA, obtenidos por individuos de dos grupos independientes. Como criterio de inclusión en uno u otro grupo se utilizó la ubicación por debajo de 10 y por encima del 90 percentil; ubicación que resultó de la evaluación del índice de satisfacción personal.

Se obtiene como resultados en cuanto a la construcción del instrumento que no se rechazaron por parte de los expertos; ninguna de las categorías propuestas para la evaluación del fenómeno de la satisfacción personal en la población objeto. A tal efecto quedaron establecidas las categorías autoestima, percepción de salud, proyecto de vida, condicionamiento de género y relaciones de pareja. El instrumento resultó confiable ya que se obtuvo un coeficiente *r* de 0,80 valores que corresponde con el prefijado como indicador de buena confiabilidad del test. Se obtuvo un alfa de Cronbach igual a 0,94 por lo que el instrumento resultó tener una elevada consistencia interna. Este resultado es coherente con el valor que se obtuvo en el coeficiente de regresión múltiple para varios ítems de la prueba; en 21 de ellos este coeficiente está por encima del valor prefijado (0,6), lo que habla a favor de la coherencia interna de los ítems en el instrumento creado.

En cuanto a la validez de contenido, se consideraron válidos para este apartado, los resultados obtenidos

en el acápite de construcción del instrumento. Por otra parte, el test resultó ser válido en cuanto a la validez de criterio ya que se obtuvo un coeficiente de correlación de rangos de Spearman de, 62 ($p \leq 0,05$) lo que indica una correlación importante entre los resultados del test utilizado como criterio y los obtenidos con el instrumento creado. Asimismo, se demostró su validez de construcción ya que se comprobó la hipótesis de que en las poblaciones de mujeres satisfechas y el puntaje promedio alcanzado en la prueba construida es superior al puntaje promedio de las mujeres clasificadas como insatisfechas ($p = 1,4 \times E-12$). Como conclusión se obtuvo, que la prueba alcanzó una alta confiabilidad por su estabilidad y consistencia interna, y una adecuada validez de contenido, de criterio y de construcción. Se evidenció que el instrumento creado permite establecer un índice de satisfacción personal en la mujer de mediana edad.³⁸

Paolinelli, González, Doniez, Donoso y Salinas evaluaron para identificar su confiabilidad; el instrumento "Functional Independence Measure" que cuantifica en forma objetiva el grado de discapacidad que presenta un paciente en un momento dado y medir los cambios que se producen en el tratamiento de rehabilitación

El FIM (Functional Independence Measure), aparece actualmente como estándar en la literatura mundial. Ha sido utilizado ampliamente en diferentes patologías y grupos etáreos, demostrando ser un instrumento válido, sensible y confiable. El FIM es un indicador de discapacidad, la cual se mide en términos de la intensidad de asistencia dada por una tercera persona al paciente discapacitado. Incluye 18 actividades de la vida diaria que son medidas en una escala de 7 niveles. El nivel 1 indica una dependencia completa (asistencia total) y el nivel 7 una completa independencia.

Para ello se determinó la confiabilidad del instrumento en el medio clínico (concordancia inter-observador) y así poder establecer si la confiabilidad depende del entrenamiento que se tenga en el uso de este instrumento. Posteriormente se mostró una experiencia en el uso del FIM en la Unidad de Hospitalizados del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Clínico de la Universidad de Chile comparando sus resultados con los obtenidos en la literatura. (UDRS: Base de datos, con los resultados obtenidos en cientos de Centros de Rehabilitación en EU durante los años 1996-1997.

Para el estudio de confiabilidad. Se desarrolló, un

protocolo prospectivo de estudio, en el cual se evaluó con el FIM a dos grupos de 40 pacientes discapacitados cada uno, de diferente etiología, en tratamiento en el servicio durante el año 1993-94 (hospitalizados). Los evaluadores que participaron fueron terapeutas ocupacionales que tenían entrenamiento previo en el uso de instrumentos de evaluación funcional en rehabilitación (Índice de Barthel, usados en servicio desde 1985), pero sin entrenamiento formal en el uso de este nuevo instrumento (FIM). El trabajo se desarrolló en dos etapas; la primera fue realizar la evaluación de cada uno de los 40 pacientes por medio de dos evaluadores en forma independiente, y con un intervalo entre cada evaluación no mayor a 24 hrs. Posteriormente se eligió otro grupo de 40 pacientes con accidente cerebrovascular (AVE) o traumatismo encéfalo-craneano (TEC) para la reevaluación de todos los ítems, especialmente los aspectos cognitivos. Previo a esto se realizó un trabajo de consenso entre los evaluadores para buscar criterios comunes de evaluación en cada uno de los ítems del FIM (validez de criterio).

También se aplicó el FIM en 100 pacientes que ingresaron consecutivamente a un programa de rehabilitación en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación entre los años 1996 y 1998, fueron pacientes que ingresan por primera vez a un programa de rehabilitación. Se aplicó el FIM al momento del ingreso y al momento del alta del paciente. La evaluación fue realizada por un terapeuta ocupacional que participó en el trabajo previo de confiabilidad. La primera evaluación se realizó dentro de las primeras 48 hrs. de la hospitalización y luego una vez a la semana hasta el momento del alta hospitalaria. Se obtuvo el FIM de admisión, el FIM del alta, cambios del FIM (diferencia entre el FIM de ingreso y de alta), y la eficiencia del FIM (promedio de cambio del FIM diario, cambio de FIM total dividido por los días de hospitalización). Los ítems del FIM fueron agrupados en dos dominios principales (motor y cognitivo) y en seis sub-escalas parciales (AVD, esfínter, transferencias, movilidad, comunicación y cognición social).

Para el análisis estadístico, para medir el grado de concordancia inter-observador se utilizó la prueba de Kappa no ponderado, que permite evaluar el grado de concordancia entre observadores en el uso de escalas nominales u ordinales. De acuerdo a Fleiss, niveles $>0,81$ muestran concordancia excelente, $0,61$ a $0,8$ concordancia buena, $0,41$ a $0,6$ moderada, menores a $0,40$ mala. La prueba de Kappa fue aplicada en las dos

muestras (pre y post entrenamiento) y se usó de la prueba de Student para estimar las diferencias estadísticas entre ambas, valores de $p < 0,05$ fue considerado significativo.

Como resultado se obtuvo que el FIM; es un instrumento confiable para la evaluación de los niveles de discapacidad en el ambiente clínico. Para su uso intensivo se requiere pasar por un período previo de entrenamiento por parte de los evaluadores para que sea confiable. Además, permite evaluar periódicamente los cambios que se producen en un programa de rehabilitación a nivel del paciente individual, como también medir resultados globales de eficiencia y eficacia los programas de rehabilitación médica.³⁹

Investigadores colombianos, Lugo, García y Gómez; realizaron un estudio para evaluar la consistencia interna y la confiabilidad test-retest e inter-evaluador del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en pacientes con dolor músculo-esquelético, depresión mayor, diabetes mellitus y personas sanas. El estudio fue realizado, a través de entrevistas y auto-diligenciado en 605 personas. Se usaron medidas descriptivas para ítems, escalas y grupos; cálculo de consistencia interna de ítems con sus escalas, confiabilidad de escalas y confiabilidad inter-observador e intra-observador. Las variables medidas fueron: función física, desempeño físico, dolor físico, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional y salud mental. Los resultados obtenidos fueron: de 0% a 1,5% de datos omitidos, las correlaciones ítem-escala superaron 0.48, la confiabilidad fue mayor de 0.70. No hubo diferencias en los puntajes de escalas según tipo de aplicación. La confiabilidad inter-observador fue mayor de 0.80; el test-retes superó el 0.70 y no mostró diferencias significativas en las dos aplicaciones. Se concluye que el instrumento SF-36 es confiable para evaluar calidad de vida en salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos.⁴⁰

Veliz Márquez, realiza una investigación sobre la validación de un cuestionario de transgresiones ético-médicas, a partir del incremento de las denuncias, en contra de los médicos. Desde 1999, realizó la confección y ensayo de un cuestionario que recoge opiniones sobre la frecuencia de transgresiones que los médicos observan en sus colegas, cuya quinta versión (22 ítems) fuera sometida, exitosamente, a pruebas de validez y confiabilidad, resultando una sexta con 6 ítems nuevos. De tal manera que el objetivo del estudio fue validar la sexta versión del Cuestionario de Transgresiones. Y para ello aplicó la sexta versión a 530 médicos de 22 consejos

regionales del Colegio Médico. La validez de constructo teórico se evaluó por medio de la correlación r de Pearson y la concurrente comparando el orden de prelación de porcentajes de respuestas “frecuente” o “muy frecuente” de los 530 médicos, con los alcanzados en un trabajo anterior sobre denuncias en contra de los médicos. Se evaluó la confiabilidad por medio del alfa de Crombach. Los resultados obtenidos respecto a los índices de validez de todos los ítems, incluso el 3 y el 4 invalidados en la Quinta versión, fluctuaron entre 0,94 y 0,99 comprobando la validez de constructo. La validación concurrente se estableció comparando el orden de prelación de los porcentajes de las transgresiones observadas y las denunciadas que resultó igual. El alfa de Crombach fue de 0,95. Esta investigación concluye que la sexta versión posee validez de constructo teórico y concurrente así como confiabilidad. Además se identificaron seis tipos de transgresiones, siendo la más frecuentemente elegida la que está en relación directa con el paciente (relación médico-paciente). Y se recomienda la utilización de estos hallazgos, en educación médica continua.⁴¹

Zúñiga M, Carrillo G, Medina G, realizaron un estudio para establecer, con la Encuesta SF-36, un perfil multidimensional del estado de salud de una población del sureste de México y analizar las propiedades psicométricas de una traducción de la Encuesta SF-36 autorizada por el Proyecto Internacional de Evaluación de la Calidad de Vida. Para ello utilizaron como instrumento la SF-36, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud) Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA) y fue aplicada a 257 participantes voluntarios de una clínica médica y a un grupo control de una institución pública gubernamental. Se utilizó, sin modificar, la metodología de construcción de las escalas de salud propuestas por los autores de la encuesta. Se analizó psicométricamente la validez y para ello se utilizaron varios supuestos para medir validez. Entre ellos se encontraron los siguientes: a) una pregunta debe estar linealmente relacionada en forma sustancial con el concepto subyacente medido (validez convergente); b) una pregunta debe correlacionarse en forma sustancialmente alta con su escala hipotetizada, en lugar de que lo haga con escalas que miden otros conceptos

(validez discriminativa); c) preguntas que miden el mismo concepto deben tener aproximadamente igualdad de varianzas, para evitar estandarización (prueba de homoscedasticidad), y d) preguntas de una misma escala deben contener similar promedio de información acerca del concepto a medirse (prueba de igual correlación de pregunta-escala). Para medir la confiabilidad de la adaptación de la SF-36 para su uso en México, se utilizó la prueba de consistencia interna o coeficiente de Cronbach (α de Cronbach). Este coeficiente provee un estimado de confiabilidad basado en todas las posibles correlaciones entre dos grupos de preguntas en una prueba. El cálculo del coeficiente α se fundamenta en la correlación media de cada pregunta en cada una de las escalas, con el total de las mismas, y el número de preguntas que contiene.

La validez convergente de las preguntas fue, en general, comprobada con una correlación de 0.4014 o mayor con su escala hipotetizada. En seis preguntas se encontraron problemas, mismos que se describen a continuación. En tres preguntas se observaron dificultades de medición y en otra se encontró que todas las respuestas fueron similares, lo que invalida el análisis de contribución de respuestas a la construcción de la escala de salud. En una pregunta más se encontró que no existió correlación con el concepto hipotetizado, lo que se consideró como un posible problema de traducción o interpretación por circunstancias culturales, y en una sexta pregunta hubo baja correlación con las otras preguntas que se usan para construir la escala. La evaluación de la homoscedasticidad muestra que 35 de las 36 preguntas en cada escala contribuyen de manera similar a sus respectivas escalas. Las otras suposiciones de validez mostraron, en general, resultados excelentes.

Las pruebas estadísticas de confiabilidad medidas por la consistencia interna del cuestionario muestran un Coeficiente α de Cronbach con un rango de 0.56 a 0.84, los coeficientes estuvieron entre 0.70 (valor mínimo recomendado para efectos comparativos) para todas las escalas excepto para rol emocional, el cual mostró una correlación de 0.56. De las cuatro escalas de salud representativas del constructo salud mental, el rol emocional tuvo las correlaciones más bajas. Las correlaciones entre la función física y las demás escalas también fueron bajas.

Se construyeron ocho escalas o conceptos de salud relacionados con función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y

salud mental. En los participantes de los servicios médicos la escala con más bajo promedio fue la de salud general (63), y la más alta, la de rol físico (89). En la población control la escala con promedio más alto fue función física (94.6), y la más baja, salud general (73). La comparación de promedios de escalas en ambos grupos de participantes mostró diferencias estadísticamente significativas en función física, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad. Con base en los resultados de la evaluación psicométrica, la SF-36 muestra que es consistente con todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria, aunque la traducción de ciertas preguntas se examinará con profundidad para determinar modificaciones subsecuentes⁴²

Un trabajo realizado por Sánchez P., en la Universidad de Psicología de Valparaíso, Chile, tuvo como objetivo general construir y validar un instrumento que mida estrés laboral en los servicios de alta tensión en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. Para ello se elaboró un marco de referencias que expone diferentes miradas de esta variable, a saber, estrés laboral, desde sus definiciones individuales hasta los últimos modelos explicativos organizacionales, con el cual se obtuvo una mirada global. Para abordar el tema del estrés laboral, se utilizó la metodología cuantitativa, lo que permitió obtener una descripción de la realidad, lo que sucede con el fenómeno en estudio, en este caso, el estrés laboral, de una forma más objetiva en una realidad única, en la cual el sujeto es independiente del objeto. A partir de este enfoque positivista donde, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, exige validez y confiabilidad; a fin de garantizar la objetividad de la información obtenida. En esta investigación, se construyó un instrumento válido y confiable, contextualizado en los servicios de alta tensión del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Los resultados obtenidos permitieron la inferencia a todo el universo, por medio de los reactivos que fueron presentados a cada funcionario y contestaron, como una forma para acceder a la realidad actual vivida en dicho Hospital en relación al estrés laboral.

El tipo de muestra fue no probabilística o intencionada, es decir, estaba compuesta por sujetos, en este caso, funcionarios que integren los servicios de alta tensión, donde no todos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos, ésta se determinó de acuerdo a causas relacionadas con las características determinadas por el investigador, (selección intencionada).

El Instrumento que se construyó es de formato Escala

Tipo Likert, es decir, presenta un conjunto de ítems en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son 5 e indican cuanto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Cada ítem consiste en una afirmación que consta de 5 alternativas.

Como primera prueba de validez, fue sometido el instrumento a juicio de expertos y análisis estadísticos para determinar su validez de contenido y constructo. Así, se configuró el instrumento definitivo. Según los jueces, los ítems de cada escala aportan un gran peso a cada una de ellas. Los jueces consistentemente coincidieron que los ítems miden esa escala determinada y no otra. Se podría concluir que el cuestionario posee una adecuada validez de contenido.

En la aplicación piloto aplicada a 15 funcionarios, con relación a la validez de constructo, por medio del análisis factorial, se determinó que los factores propuestos son dependientes, lo que significa que los factores están correlacionados, lo que hace necesario una interpretación a nivel general y no por escalas. Por lo tanto, por medio del análisis factorial, el cuestionario no posee la estructura esperada, sin embargo, se piensa que son factores que no son independientes.

La confiabilidad fue obtenida a través del Coeficiente de Consistencia Interna Alpha de Cronbach. A partir de un procedimiento de eliminación de ítems por medio del análisis de ítems borrados o eliminados, las correlaciones en las distintas escalas fluctuaron entre 0.77 y 0.90, siendo correlaciones significativas y adecuadas para cada una de las escalas.

Finalmente, se concluye que la presente investigación, representa un valioso aporte a la psicología organizacional, debido a que proporciona un instrumento que permite evaluar distintas variables organizacionales en cuanto al estrés laboral. Al mismo tiempo, el instrumento posee una serie de ventajas, como por ejemplo, es de fácil aplicación y corrección, es económico en cuanto a su costo y tiempo, y permite una aproximación en el diagnóstico del estrés organizacional.

En general, los resultados del análisis estadístico confirman que las propiedades estadísticas del cuestionario son adecuadas. Se observan satisfactorios coeficientes de consistencia interna (confiabilidad) y validez, cumpliendo con ello el objetivo de la investigación. De esta manera, se pone a disposición psicológica y /o otros profesionales

del Hospital Dr. Gustavo Fricke, especialmente médicos jefes de los servicios de alta tensión, un cuestionario para evaluar estrés laboral, enriqueciendo, en cierta medida, el área de RRHH. Sin embargo, se recomienda realizar una mayor investigación para comprobar otros tipos de validez del cuestionario.⁴³

En Venezuela, Cristopher Figuera; busca crear una estrategia que permita el establecimiento de normas, que admitan convenientemente la investigación, manejo y uso de los organismos genéticamente modificados

En función de estos objetivos se propone el diseño de un cuestionario, los ítems se laboran con base en la concepción teórica. El instrumento se diseña con las características de la escala de Likert, La validez del instrumento se busca en validez del contenido y la validez de constructo.

La validez de contenido establece la relación del instrumento con las variables que pretende medir y, la validez de constructo relaciona los ítems del cuestionario aplicado; con los basamentos teóricos y los Objetivos de la investigación para que exista consistencia y coherencia técnica. Ese proceso de validación se vincula a las variables entre si y la hipótesis de la investigación.

Determinar la validez del instrumentos implicó someterlo a la evaluación de un panel de expertos, antes de la aplicación para que hicieran los aportes necesarios a la investigación y, se verificará si la construcción y el contenido del instrumento, se ajusta a la construcción y el contenido del instrumento, se ajusta al estudio planteado y para tal efecto, se hizo revisa el cuestionario por un panel de experto.

La validez de constructo del instrumento queda reforzada por la inclusión del mapa de variables que establece la conexión de cada ítem del cuestionario con el soporte teórico que le corresponde.

El criterio de confiabilidad del instrumento, se determina en la presenta investigación, por el coeficiente de Alfa Cronbach, desarrollado por J.L. Cronbach, requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre cero y uno. Es aplicable a escala de varios posible, por lo que puede ser utilizado para determinar la confiabilidad en escala cuyos ítems tiene como.

De acuerdo con los resultados obtenido alfa de 92% de confiabilidad. Considerando la escala de valores que determina el rango de 0.9 a 1 un rango de Alta Confiabilidad y el valor de 0.92 obtenido en el cálculo

de la confiabilidad para el Instrumento "propuesta estratégica y uso de OGMs" se puede decir que el instrumento aplicado en la presente investigación posee un buen grado de confiabilidad. El resultado obtenido indica alta confiabilidad en este instrumento.

Se crea un mecanismo de control y gestión de riesgo por parte del estado Venezolano que garantice la protección de la biodiversidad, establezca dispositivos de bioseguridad y eleve la soberanía y la seguridad agroalimentaria.⁴⁴

Cabrera Arana, Londoño Pimienta y Bello Parías, investigadores de la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia Medellín, Colombia; realizaron una investigación, para la validación de un instrumento para medir la calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. Esta investigación se realizó durante la ejecución de un Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud. El programa tiene como fin la transformación de los hospitales y de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, para que mejorando la eficiencia y calidad, se de viabilidad técnico-financiera a redes de prestadores y consecuentemente, se liberen recursos que amplíen el aseguramiento en el Sistema, así como implementar un mecanismo de evaluación de la calidad de los servicios de tales redes y de seguimiento a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

Debido a la inexistencia en Colombia de un instrumento válido, se utilizó para la metodología los lineamientos propuestos por Sánchez y Echeverri, para valorar escalas de medición en salud, útiles en asuntos de medición compleja y de características difusas, se ejecutó un proceso para validar un instrumento original. El primer paso fue compilar definiciones de calidad en servicios de salud y a través de un grupo de expertos se realizó una síntesis conceptual, el segundo paso fue la creación de una estructura de indicadores, dominios o factores propios a la percepción de la calidad en usuarios de servicios de salud. A través de la identificación en la literatura, de ello se obtuvo un instrumento con 40 reactivos, y se revisó al interior del equipo consultor para "validar" si las preguntas: median lo que se quería, parecía y debían medir (apariencia); incluían los dominios y subdominios de la calidad percibida, funcionaban como otros instrumentos de percepción de calidad (validez de criterio); medían cambios en la realidad (sensibilidad al cambio) y, finalmente, si era en su conjunto un instrumento práctico, amigable, de extensión adecuada,

rápido de aplicar, procesar y conservar en un archivo, para conocer la validez de su utilidad y practicidad.

Posteriormente el instrumento se sometió a una prueba piloto, en tres hospitales para realizar ajustes pertinentes de formato y contenido, se realizó una segunda prueba piloto en doce hospitales, y de ella se realizaron ajustes de estilo y contenido de algunas preguntas para alcanzar su precisión y una vez rediseñado el formato y tamaño de texto del instrumento, se realizó una última prueba en hospitales públicos pero ahora de Bogotá. Y se observó un excelente comportamiento del instrumento en cuanto a la estabilidad de la forma de preguntar, debido a su precisión semántica alcanzada en cada pregunta.

Resultados: un instrumento de tres componentes estructurales: la página de instrucciones, la página de respuestas (escala de Likert) y el instructivo general para la aplicación. Con una estructura de indicadores, dominios y subdominios constituyentes de la percepción de la calidad de servicios de salud. El desarrollo de un listado de reactivos con escala de categorización de respuesta que se analizaron según validez de apariencia, constructo, criterio y utilidad, así como criterios de sensibilidad y practicidad. Revisiones sucesivas y tres rondas de prueba de campo generaron el PECASUSS, acrónimo dado al instrumento por Percepción de la Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud.

Como conclusiones, se obtuvo que los lineamientos orientaran eficazmente la validación del instrumento requerido para medir la calidad percibida por usuarios de hospitales del Programa.

El monitoreo y la evaluación rigurosa de los servicios de salud en general y, de la calidad de la atención son, hace décadas y por el efecto social, asuntos relevantes dentro de los sistemas de salud. Éstas son acciones particularmente desafiantes por la necesidad irrefutable de encontrar o desarrollar metodologías, técnicas e instrumentos válidos y confiables para medir la calidad e interpretar estas mediciones una vez realizadas. Por esto, métodos, procesos, técnicas e instrumentos de evaluación deben guardar correspondencia con los propósitos globales y con los objetivos específicos por los que son propuestos y aplicados en un momento dado a una institución hospitalaria o a un programa implementado en las instituciones; de ser necesario, el evaluador o el programa deben invertir una cantidad considerable de tiempo y dinero en el desarrollo de los métodos y, particularmente, en el instrumental más

válido, confiable, replicable y práctico posible.⁴⁵

Alonso, Bayarre y Vibal, publicaron un trabajo en una revista cubana cuyo objetivo fue construcción de un instrumento que permita establecer un índice de satisfacción personal en la mujer de mediana edad. A partir de una revisión bibliográfica, se establecieron los descriptores para la evaluación de este fenómeno: autoestima, percepción de salud, proyecto de vida, condicionamiento de género y relaciones de pareja. Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el método del test-retest y se calculó el coeficiente de confiabilidad r de Pearson. La consistencia interna de la prueba se determinó aplicando el Modelo de Regresión Lineal Múltiple y calculando el coeficiente alfa de Cronbach. Para evaluar la validez de contenido se sometió el instrumento a criterio de expertos. Para determinar la validez de criterio se calculó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. La validez de constructo se evaluó mediante el método de los grupos extremos, utilizando la Prueba de Comparación de Medias en muestras independientes. La prueba alcanzó una alta confiabilidad por su estabilidad y consistencia interna, y una adecuada validez de contenido, de criterio y de construcción. Se evidenció que el instrumento creado permite establecer un índice de satisfacción personal en la mujer de mediana edad.⁴⁶

Lara Ma., Ponce de León y Ramón de la Fuente, desarrollaron un instrumento para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer, justificaron para este trabajo que los instrumentos existentes poseen limitaciones en cuanto a su validez de contenido, ya que no reflejan experiencia en nuestros enfermos. Ellos consideran que un instrumento que mida la calidad de vida de los enfermos con cáncer debe ser válido, confiable y práctico, en este trabajo desarrolló un instrumento que evalúa la calidad de vida en pacientes con cáncer. El estudio se dividió en dos partes: 1) la generación de reactivos, que fueron el Criterio de Calidad de Vida (CCV) y Entrevista No Estructurada (ENE), junto con el índice de Calidad de Vida de Spitzer y el índice de Karnofsky, donde el CCV mostró una consistencia interna de (.93 y 2) en la aplicación de reactivos a pacientes; en paralelo se realizó un análisis cualitativo que permitió conocer con más detalle la experiencia de los pacientes. Se mostró la validez de contenido y la consistencia interna del instrumento, la cual se determinó a través una correlación con los índices de Spitzer y Karnofsky y fue evaluada mediante el alfa de Cronbach la validez de constructor y la confiabilidad estaban aún siendo evaluadas.

Justine C, Creel L, Yinger N. realizaron un estudio sobre el panorama de atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. Para este informe se examinan las diversas definiciones de calidad que se utilizan para evaluar a los servicios de salud reproductiva. Indica que para medir la calidad de este programa, las herramientas utilizadas pueden ser de naturaleza cualitativa o cuantitativa. Y para esta última se requiere un mayor rigor científico con instrumentos de calidad que proporcionen confiabilidad, la forma en cómo se mide juega un papel primordial en la evaluación. Además plantea un enfoque de los elementos que deben de contener los instrumentos para medir las mejoras en la calidad: mejoras en el conocimiento y habilidades de los proveedores de atención, mejoras en la satisfacción de los clientes y mejoras en la capacidad de las instalaciones o en su grado de preparación para ofrecer servicios de calidad y por último, en caso de ser necesario entender por qué los clientes no utilizan los servicios.⁴⁷

Un estudio realizado por la Dra. Lugo Alonso y colaboradores, aborda la calidad de vida y sus instrumentos de medición. Como una herramienta en oncología, estos investigadores, no sólo consideran el punto de vista teórico, sino investigativo. Con la finalidad de hacer un llamado a los oncólogos sobre este concepto y sus instrumentos de medición, que les permita ampliar el pensamiento médico-científico y obtener conocimientos profundos en las evaluaciones clínico-terapéuticas en oncología.

En la década de los 80 se comenzaron a ampliar los alcances de los parámetros de evaluación empleados en la investigación de los servicios clínicos y de salud; más allá de los indicadores tradicionales del éxito terapéutico, tales como supervivencia prolongada y control de los síntomas clínicos. Particularmente en el terreno de la enfermedad crónica se ha aducido que la evaluación de tecnologías médicas requiere la atención de la salud funcional, psicológica y social del individuo. Esta tendencia es quizás más evidente en el campo de la oncología que en cualquier otro. Aunque la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global siguen en el centro del interés en la investigación clínica del cáncer, han surgido consideraciones sobre la calidad de vida (CV) como componente legítimo del proceso de evaluación.

Para algunos oncólogos evaluar la CV es importante, pero su propósito debe estar muy claro para ellos. Después de una considerable inversión en el desarrollo de instrumentos

confiables y válidos para la medición de la CV se ha generado un creciente número de herramientas de trabajo que debe convencer, incluso a los escépticos, del valor de estos datos en la toma de decisiones médicas. La evaluación de la CV avanza rápidamente en la evaluación del impacto del tratamiento en los resultados; tanto en el ensayo clínico como en la práctica médica diaria.

Para la investigación se revisan artículos publicados en diferentes revistas científicas entre los años 1980 y 1995; éstos se refieren en general a los instrumentos de medición de la calidad de vida, de la forma general en la Salud, y otros más específicos en el campo de la oncología. Sólo se incluyeron aquéllos que aportaron datos útiles y vigentes, para la aclaración del concepto de CV y sus instrumentos de medición.

Como resultado general se encontró que: aunque se han centrado en la relevancia clínica de las mediciones, se ha prestado atención mínima a los fundamentos conceptuales de la CV o las bases teóricas para las mediciones particulares. Además, casi todos desarrollan y modifican las mediciones sin comprobar formalmente la confiabilidad y la validez de las puntuaciones resultantes y numerosas mediciones de CV han sido desarrolladas aisladamente y son raros los intentos de compararlas y contrastarlas.

Se concluye que a pesar de todo lo dicho, la CV, no es comúnmente utilizada en la evaluación de las acciones de salud. Hasta el momento, no está bien definido su concepto y se carece de información suficiente tanto en relación a como evaluarla y a su validez como indicador en este contexto.

A pesar del gran conjunto de instrumentos desarrollados para evaluar la CV se observa la ausencia de una herramienta que mida o evalúe este aspecto en toda su complejidad. En su mayoría, estos índices tienden a la evaluación clínico-terapéutica y psicológica para estudios puntuales en determinados períodos de la enfermedad. No obstante, la profundización en el estudio de la calidad de vida abre grandes perspectivas de investigación para aquellos científicos interesados en perfeccionar indicadores útiles en la evaluación de las intervenciones médicas.⁴⁸

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Estado actual de los procesos de acreditación

en el estado de Veracruz

Como estrategia para garantizar la calidad de los servicios de salud otorgados por el SPSS es requisito; la *acreditación* para los establecimientos de primer nivel de atención médica, que deseen incorporarse al sistema.

Los procesos de evaluación para dictaminar la acreditación de los establecimientos de primer nivel de atención médica, en el estado de Veracruz, iniciaron en el año 2004, de tal manera que para finales del 2005 fueron dictaminados como acreditados 58 establecimientos, número que aumentó a 83 para el año 2006, y a 203 a julio del 2008.

Es compromiso de los SESVER, que para el año 2010, el total de los establecimientos de primer nivel de atención médica con los que cuenta (740); sean incorporados al SPSS. Para llevar a cabo la evaluación que dictamina la acreditación de un establecimiento, se hace uso de un instrumento de medición, llamado cédula de acreditación, su aplicación será determinante para definir si un establecimiento, cumple con los criterios mínimos indispensables de calidad, y con base en ello determinar si es acreditada o no ⁴⁹

2.2 Justificación del problema

Una de las metas establecidas en Programa Nacional de Salud 2007-2012, es lograr para el 2012, un sistema de salud universal, al que todos los mexicanos tengan acceso de manera equitativa a los servicios de salud. En este sentido se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que pretende integrar establecimientos de atención médica para la prestación de servicios de salud, para su ingreso a este sistema se hace obligatoria la acreditación, proceso por el cual se intenta que los establecimientos que ingresen garanticen servicios de salud de calidad. Este proceso se basa en la evaluación de tres dimensiones: capacidad, seguridad y calidad, que surgen a partir de un modelo teórico de evaluación de la calidad en la atención médica; cuyos componentes son: estructura, procesos y resultado.

Dicho proceso de evaluación es realizado a través de un instrumento de medición, llamado cédula de acreditación, creado por la DGCEs. La acreditación es un proceso de evaluación de la calidad de los servicios de salud, prácticamente nuevo, por tal motivo el hecho de que exista este instrumento de medición de la calidad, no implica una evaluación acertada de los servicios,

los instrumentos de medición requieren de una serie de pasos para que sean válidos y confiables. Sin embargo, del instrumento que se utiliza actualmente para esta medición, se desconocen los procedimientos que se hayan efectuado para garantizar la validez y confiabilidad del mismo; el análisis de dicho instrumento evidenció que presenta problemas técnicos posiblemente derivados de un desarrollo poco apegado a la metodología de construcción de instrumentos de evaluación

Para iniciar un proceso de acreditación una vez seleccionados los establecimientos a evaluar, es responsabilidad del mismo personal operativo realizar una autoevaluación a través del instrumento oficial (cédula de acreditación), para identificar las áreas de cumplimiento y no cumplimiento, y en caso de no cumplimiento, realizar estrategias de mejora. Es responsabilidad de los coordinadores estatales de aplicar la evaluación con el mismo instrumento de medición.

Sin embargo, es importante mencionar, que al llevarse a cabo éstas evaluaciones, se detectan diferencias en los resultados de la evaluación, y esto se debe a que al momento de la aplicación del instrumento se detectan vacíos en su estructura, que hacen difícil la comprensión de lo que en realidad se desea medir y cómo se va a medir, de tal manera que el evaluador incluye criterios propios en la aplicación de este instrumento, causando un sesgo en los resultados obtenidos.^j

El desarrollo de las definiciones operacionales para cada indicador, que contribuya a registrar datos observables, que representen verdaderamente los conceptos y las variables que se desean medir, contribuye a un instrumento con validez, y evitaría los sesgos, entre diferentes evaluadores, ya que disminuiría la introducción de criterios subjetivos, que obedecen, a la nula definición de los criterios de evaluación contenidos en la cédula.

Un instrumento con validez y confiabilidad, interviene de manera más certera y orienta a acciones de mejora. Además, los resultados serán más predecibles y exactos.

2.3 Pregunta de investigación

¿Es posible construir instrumentos con validez y

^j Observación directa.

confiabilidad conocidas que contribuya a mejorar la evaluación para el proceso de acreditación de establecimientos de primer nivel de atención médica?

¿Al reunir los requisitos de validez y confiabilidad en los instrumentos de evaluación se logra discriminar realmente a los establecimientos de primer nivel de atención médica, que no cumplan con los criterios mínimos establecidos para un servicio de salud con calidad?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

Construir instrumentos de evaluación válidos y confiables que contribuyan a la mejora de los procesos de evaluación para la acreditación de establecimientos de primer nivel de atención médica en los Servicios de Salud de Veracruz.

3.2 Objetivos específicos

Elaborar y construir un instrumento (tipo guía de observación) que mida el cumplimiento de las dimensiones de capacidad, seguridad y calidad, para la acreditación.

Elaborar y construir un instrumento (tipo lista de cotejo) que mida el cumplimiento de las dimensiones de capacidad, seguridad y calidad, para la acreditación.

Determinar la validez de criterio de los instrumentos propuestos.

Determinar la validez de contenido de los instrumentos propuestos.

Determinar la validez de constructo de los instrumentos propuestos.

Determinar la confiabilidad de los instrumentos propuestos.

4. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación, se realizarán las siguientes pruebas de validez: validez de constructo, a través de una matriz de congruencia se explorará que tanto la medición refleja la naturaleza del concepto o "constructo" que se pretende medir, además se aplicará una prueba de validez de criterio y evaluar la

especificidad del instrumento; validez de contenido, a través de la selección de un grupo de expertos que se encargarán, de identificar si el instrumento representa el universo o la totalidad de los contenidos del fenómeno que se pretende medir. Las pruebas a realizar de confiabilidad serán de capacidad discriminadora ó grupos de extremos y la prueba de test-retest, para identificar la estabilidad del instrumento.

4.1 Paradigma de investigación

En el enfoque cuantitativo o positivista, a las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, se exige validez y confiabilidad, a fin de garantizar la objetividad de la información obtenida. Para su análisis e interpretación, los datos se transforman en unidades numéricas que permite, a su vez, realizar mediciones y predicciones más exactas. Se aplican fundamentalmente análisis estadísticos que argumentan matemática y objetivamente los resultados. Por tal motivo su rigurosidad en la investigación, exige criterios de validez, confiabilidad, y objetividad, factores esenciales en la investigación a la vez, que determina su calidad.

Para lograr esto se propone la construcción de instrumentos válidos y confiables, desarrollados a partir de un instrumento ya existente en la evaluación de la calidad de los servicios de salud para determinar el dictamen de acreditación; cédula de acreditación.

4.2 Tipo de estudio y diseño:

Para esta investigación se eligió con base en los objetivos un diseño observacional ya que no habrá intervención por parte del investigador, descriptivo, ya que corresponde a un enfoque cuantitativo el cual, busca diseñar, establecer y medir las propiedades de los instrumentos, como son la validez y confiabilidad. De tal manera que al ser descriptivo tiene como objetivo la especificación de las propiedades de los objetos, sujetos o cualquier otro fenómeno en estudio que sea sometido a análisis. Estos estudios se encargan de medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar, al mismo tiempo que se construyen dos instrumentos validados para evaluar los servicios de primer nivel de atención médica.

El diseño es transversal, ya que se recolectarán los datos en un sólo momento, en una medición única y tiempo único, para describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

4.3 Universo y muestra

Para la investigación se consideró como universo a los establecimientos de primer nivel de atención médica de los Servicios de Salud de Veracruz, el tipo de muestreo es; no probabilístico, se tomará una muestra de conveniencia ó muestreo intencional⁵⁰ donde la unidad de análisis son los establecimientos de primer nivel de atención médica, ya que el propósito no es proporcionar estimaciones de punto y/o intervalo de variables, sino verificar las propiedades de los instrumentos de medición propuestos y explorar las relaciones entre las dimensiones de calidad. Se seleccionaron ocho elementos muestrales del universo bajo el estricto juicio de expertos, ya que ellos tiene previo conocimiento de los elementos, de tal manera que el muestreo sea representativo de grupos extremos, es decir cuatro establecimientos de primer nivel de atención médica, con características óptimas de capacidad, seguridad y calidad y cuatro establecimiento con las mayores dificultades en éstas dimensiones.

Los establecimientos de 1er. nivel de atención médica, seleccionados para realizar las pruebas de validez y confiabilidad de los instrumentos fueron:

Tabla.1. Establecimientos de 1er. nivel de atención médica, seleccionados para realizar las pruebas de validez y confiabilidad.

Establecimientos de 1er. nivel de atención médica	Jurisdicción Sanitaria	Características sobre su capacidad, seguridad y calidad
Grupo A		
El Conejo	V	Con dificultades
Los Pescados	V	Con dificultades
La Joya	V	Con dificultades
Acajete	V	Con dificultades
Grupo B		
Ejido 1º. de Mayo	VIII	Óptimas
Jamapa	VIII	Óptimas
La Antigua	VIII	Óptimas
Vargas	VIII	Óptimas

Fuente: Selección de grupo de expertos de los SESVER.

La tabla anterior contiene los establecimientos de 1er. nivel de atención médica, seleccionados para realizar en ellos las pruebas de validez y confiabilidad. En la segunda columna señala a que Jurisdicción Sanitaria pertenece cada establecimiento, y en la tercera columna indica las condiciones del establecimiento con respecto a su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación.

4.4 Definición operacional de las variables

Previo a la construcción de los instrumentos se definió operacionalmente la variable principal de esta investigación es "acreditación", como se ha mencionado anteriormente, tiene como fin garantizar servicios de salud de calidad. De la variable acreditación se desprenden tres dimensiones: capacidad, seguridad y calidad, éstas a su vez se subdividen en áreas que componen los establecimientos de primer nivel de atención médica para su evaluación.

Para evaluar la capacidad de un establecimiento de primer nivel de atención médica se califican doce áreas físicas del establecimiento las cuales son: Medicina preventiva, curaciones, consulta externa, planificación familiar, referencia y contrarreferencia, odontología, rehabilitación, laboratorio, imagenología, botiquín y farmacia, recursos humanos. La dimensión de seguridad se evalúa en las siguientes áreas: Medicina preventiva, consulta externa, odontología, laboratorio, imagenología.

Es importante mencionar que no todos los establecimientos de primer nivel de atención cuentan con las doce áreas anteriormente mencionadas, tal es el caso de las áreas de imagenología y laboratorio, pues de los establecimientos de primer nivel de atención médica de los SESVER sólo cuatro cuentan con imagenología y tres con laboratorio. En este sentido sí el establecimiento no cuenta con alguna de las áreas a evaluar, se omite la evaluación del área. Cuando la unidad no cuenta con algunos de los servicios a evaluar, se explora la capacidad resolutoria a través de la existencia del sistema de referencia y contrarreferencia del servicio tal es el caso de odontología, radiología, ultrasonografía y laboratorio, verificando en la hoja diaria del médico algún diagnóstico que haya requerido de alguno de estos servicios y que el expediente clínico cuente con el formato de referencia integrado.

La dimensión de calidad, no es evaluada por áreas de atención médica en el establecimiento, como lo es con las dos dimensiones anteriormente descritas, para ésta dimensión son considerados elementos de los procesos de la atención médica que tienen como fin la mejora continua, estos elementos están representados por los siguientes indicadores: Referencia y contrarreferencia, información básica para la calidad, resultados de trato digno y atención médica efectiva, aval ciudadano, sistema de atención de quejas calidatel, difusión de código ético conductuales.

Los indicadores de cada dimensión, se evaluarán en cada área con el criterio de cumplimiento o no cumplimiento al momento de la visita, cabe aclarar que no todos los indicadores tienen el mismo peso en la evaluación ya que los más importantes son ponderados con una puntuación de 5 y el resto de indicadores se califican con 1 en caso de cumplimiento y para ambos casos se califica con 0 (cero puntos) al no cumplimiento "No cumple".

A continuación se presentan las variables a evaluar. Iniciando por una matriz que contiene la variable acreditación y define como se conforman las dimensiones y sus áreas de evaluación.

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

Variable	Dimensiones	Áreas de evaluación
Acreditación	Capacidad	Medicina preventiva, curaciones, consulta externa, planificación familiar, referencia y contrarreferencia, odontología, rehabilitación, laboratorio, imagenología, botiquín y farmacia, recursos humanos, infraestructura
	Seguridad	Medicina preventiva, consulta externa, odontología, laboratorio, imagenología, infraestructura
	Calidad	Referencia y contrarreferencia, información básica para la calidad, resultados de trato digno y atención médica efectiva, aval ciudadano, sistema de atención de quejas calidatel, difusión de código ético conductuales.

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Medicina Preventiva				
Química seca. Glucómetro en buenas condiciones.	Verificar: 1. Existencia y funcionamiento de glucómetro. 2. En su caso: dotación de baterías o glucómetro de repuesto.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Tiras reactivas suficientes.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia según demanda y vigencia (fecha de caducidad) de las tiras reactivas. 2. Sistema de abasto de tiras, lancetas, torundas y alcohol. 3. El 0% de diferimiento en la realización a pacientes diabéticos en control y en detecciones por factores de riesgo,		Observación, formato F5	Guía de observación Lista de cotejo
Se entrega la Cartilla Nacional de Salud a cada asegurado.	Verificar existencia, sistema de abasto y evidencias documentales de su control.		Listado de cartilla, formato CC4	Guía de observación Lista de cotejo
Vacunación				

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Refrigerador de 10 a 17 pies cúbicos (una sola puerta, no frigo bar).	Verificar: 1. Que exista al menos uno funcional por unidad. 2. Que no se guarden sustancias ajenas a su función. 3. Que el biológico se encuentre dentro del refrigerador en el lugar correspondiente de acuerdo con la norma, primer estante, virales y BCG; segundo estante DPT, TD, Pentavalente, Antirrábica humana, con membretes que contengan el tipo de vacuna, lote y caducidad. 4. Que el registro de control de temperatura se encuentre actualizado (al día). 5. Que exista bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 6. Que no se encuentren objetos sobre el mismo.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato de registro de curva de temperatura, bitácora de mantenimiento	Guía de observación. Lista de cotejo
Termos 9 L. (no de unice).	Verificar que estén en buen estado, se tengan al menos tres: uno para el establecimiento, uno para puesto y uno para comunidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Termómetro que mide la temperatura interior con lectura externa y graficado de ésta.	Verificar: 1. Registros de curva térmica en las gráficas, el análisis y acciones en caso necesario. 2. Registros en fin de semana.		Observación, registro de curva térmica	Guía de observación Lista de cotejo
Charola perforada.	Verificar existencia de charolas por refrigerador (de 2 a 4).		Observación	Guía de observación
Termómetro de vástago.	Verificar: 1. Existencia de uno por termo y que funcionen. 2. Que la temperatura en el termo no sea mayor de 8°C. 3. Registros de calibración semanal.		Observación, bitácora de registros de calibración	Guía de observación Lista de cotejo
Vaso contenedor.	Verificar existencia de dos vasos por cada termo.		Observación	Guía de observación
Censo nominal.	Verificar existencia y vigencia (actualizada al mes previo) de comunidades sede y de influencia.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Censo nominal	Lista de cotejo
Manual de procedimientos técnicos de vacunación universal o Manual para el vacunador o equivalente.	Verificar: 1. Existencia del documento en el área de la última edición. 2. Confirmar conocimiento de su existencia por el personal del área.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación Entrevista
Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. (Dirección General de Epidemiología).	Verificar: 1. En registros (SIS, tarjetas de control del niño sano en una muestra del trimestre previo). 2. Cruzar información con la Hoja diaria de consulta y tarjetero. 3. En el expediente registros del seguimiento de Línea de Vida.		Tarjetas de control, expediente clínico y línea de vida	Lista de cotejo

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Programa de capacitación y detección de tabaquismo, alcoholismo, trastornos por déficit de atención. Atención médico psicológica de la violencia familiar y sexual en la población usuaria,	Verificar: 1. Registros documentales de la capacitación a la población. 2. Unidades de referencia. 3. Aplicación de cuestionarios Audit. Para detectar trastornos de consumo de alcohol. Cuestionario Fagerstrom para identificar dependencia a la nicotina (página 89-90 Manual para la prevención y promoción de la salud durante la Línea de Vida). Cuestionario Connors para detección de problemas de atención o conducta para maestros y padres de familia (incluidas en la Carpeta de contenidos educativos y auxiliares didácticos del paquete de servicios de salud para escolares).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros de capacitación con sus cuestionarios correspondientes	Lista de cotejo

Inyecciones, curaciones y suturas				
Equipo de curaciones, charola, pinza de traslado y portaguas.	Verificar: 1. Existencia de un equipo por cada dos núcleos básicos. 2. Buenas condiciones del instrumental: sin oxidación, buena apertura, cierre y corte aceptable.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Suturas (catgut, seda y nylon de dos ceros a tres ceros).	Verificar: 1. Existencia de mínimo tres sobres de cada sutura. 2. Confirmar sistema de abasto a solicitud en el último pedido mensual surtido. 3. Revisar hoja de atención diaria y nota del expediente del usuario que dé soporte al consumo, si lo hubo.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formatos CCRS, hoja diaria y expediente clínico	Guía de observación Lista de cotejo
Antisépticos locales.	Verificar: 1. Existencia de: jabón, agua estéril, yodopovidona y alcohol. 2. Confirmar sistema de abasto con último pedido mensual surtido. 3. Fecha de caducidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCRS	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína al 2% simple.	Verificar: 1. Existencia de un frasco en el área. 2. Confirmar sistema de abasto con último pedido mensual surtido. 3. Rótulo de fecha de la apertura del medicamento del que se encuentre en uso (no mayor de 30 días). 4. Verificar fecha de caducidad.		Observación, formato CCRS	Guía de observación Lista de cotejo
Jeringas de 3, 5 y 10 ml. con aguja.	1. Verificar existencia. 2. Confirmar sistema de abasto con último pedido mensual surtido 3. Verificar fecha de caducidad.		Observación, formato CCRS	Guía de observación Lista de cotejo

Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (R.P.B.I.).	1. Existencia de contenedores de acuerdo con la normatividad. 2. Uso y separación de los RPBI de acuerdo con la normatividad. 3. Señalización y circulación de contenedores.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Hidratación oral				
Sobres de Vida Suero Oral (VSO), agua potable, mesa, jarra, taza y cucharas (excepto aluminio).	Verificar: 1. Existencia, fecha de caducidad, integridad de los sobres y sistema de abasto con último pedido surtido. 2. Existencia de promocionales al respecto en sitio visible o en el área.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCRS	Guía de observación Lista de cotejo
Medicina preventiva				
Equipo y mobiliario del consultorio en buenas condiciones en cada uno	Verificar condiciones de: pintura, sin zonas de oxidación o deterioro, funcionalidad y bitácora de mantenimiento de: lámpara de chicote y negatoscopio.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y bitácora de mantenimiento	Guía de observación Lista de cotejo
Lavabo, jabón (líquido, gel o pastilla), toallas desechables.	Verificar existencia y funcionamiento y por muestreo, verificar que el personal se lava las manos antes y después de tocar a un paciente.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio en cada consultorio.	Verificar: existencia, suficiencia y buenas condiciones; funcionalidad; dotación de baterías y foco, y registro de su uso en expediente clínico que se requiere.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y expediente clínico	Guía de observación Lista de cotejo
Termómetros rectales y orales o digitales, básculas con estadímetro y pesa-bebé en área de consultorios (somatometría).	Verificar existencia: dos termómetros de cada uno, buenas condiciones del equipo y funcionalidad.		Observación	Guía de observación
Consulta externa				
Estetoscopio biauricular	Verificar existencia y condiciones en cada consultorio		Observación	Guía de observación
Cinta métrica en cada consultorio.	Verificar: 1. Existencia y buenas condiciones. 2. Registros en el expediente de la medición del fondo uterino en embarazadas y somatometría en todos los pacientes.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, expedientes clínicos	Guía de observación Lista de cotejo

Estetoscopio de Pinard, o fono detector portátil de latidos fetales.	Verificar: 1. Existencia y condiciones. 2. Registros en el expediente de la frecuencia cardiaca fetal en las embarazadas	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos	Guía de observación Lista de cotejo
Mesa de exploración en cada consultorio, con piñeras.	Verificar existencia y buenas condiciones. Funcional	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Abatelenguas en cada consultorio.	Verificar existencia y abasto.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Registros de la utilización de los programas preventivos de tuberculosis. 2. Servicio de Laboratorio propio o de referencia para BAAR. 3. Servicio de imagenología para radiología simple de tórax.	Verificar: 1. Registros de atenciones por este motivo a PASP en SIS, o en hoja diaria del médico, por muestreo del último trimestre, en 10 expedientes clínicos documentales o electrónicos o en cinco carpetas familiares seleccionados al azar. 2. Todo paciente debe estar con administración de Tratamiento Ambulatorio Estrictamente Supervisado (TAES). 3. Registros de baciloscopia por fecha y resultado durante los seis meses de administración del TAES.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjetas de control y, expedientes clínicos, registros de baciloscopías	Lista de cotejo
Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en niñas, niños y adolescentes.	Verificar: 1. En los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la Línea de Vida. 2. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 3. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 4. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos	Guía de observación Lista de cotejo

Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en hombres.	Verificar: 1. En los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida. 2. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 3. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 4. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos, manual de línea de vida, rotafolio y constancia de capacitación	Guía de observación Lista de cotejo
Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en mujeres.	Verificar: 1. En los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y prescripción de ácido fólico. 2. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 3. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 4. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos, manual de línea de vida, rotafolio y constancia de capacitación	Guía de observación Lista de cotejo
Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en el adulto mayor.	Verificar: 1. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 2. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 3. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos, manual de línea de vida, rotafolio y constancia de capacitación	Guía de observación Lista de cotejo

Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida, para mujeres y hombres mayores de 40 años de edad (cada 3 años).	Verificar: 1. En SIS o en hoja diaria del médico por muestreo, en los 10 expedientes clínicos o 5 carpetas familiares o en tarjetas de control o en dos expedientes de cada programa (control prenatal, diabetes, hipertensión, tuberculosis, lepra, infecciones de transmisión sexual, diagnóstico oportuno de cáncer cérvico uterino y de mama), hipertrofia de próstata, seleccionados al azar y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida. 2. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 3. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Hoja diaria, expediente clínico, Tarjetas de control	Guía de observación Lista de cotejo
Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. (Dirección General de Epidemiología). DETECCIÓN oportuna de los trastornos de la conducta alimentaria. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico por muestreo, en 10 expedientes clínicos o 5 carpetas familiares y en las tarjetas de control correspondiente, la congruencia y apego a la NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expediente clínico, tarjetas de control	Lista de cotejo
Registros de prevención, detección y tratamiento de enfermedades exantemáticas (sarampión, varicela y rubéola).	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados, reporte epidemiológico y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico, SUIVE y cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Solicitud de biometría hemática en niños y adolescentes	Verificar que los resultados de laboratorio se encuentren integrados en el expediente clínico, comentados e interpretados en la nota médica	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expedientes clínicos y reporte epidemiológico	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de esofagitis por reflujo, gastritis, úlcera péptica, colitis no infecciosa, síndrome de colon irritable Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de parasitosis intestinal, diarrea aguda, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, gastroenteritis infecciosa. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de celulitis, dermatitis, acné, micosis superficiales, onicomicosis y verrugas vulgares. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de escabiasis, pediculosis y pitiriasis. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en tarjetas de control o en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de conjuntivitis. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de dengue clásico. Registros de la enfermedad. (en zonas endémicas)	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente)	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de herpes zoster. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de amigdalitis, faringitis, laringitis, traqueitis, otitis media aguda, no supurativa y supurativa, rinofaringitis aguda, sinusitis aguda. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de cistitis, uretritis y síndrome uretral, pielonefritis. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de vulvitis y vaginitis agudas, subagudas y crónicas. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de infecciones de transmisión sexual. Servicio de Laboratorio propio o de referencia para el diagnóstico de las infecciones e infestaciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidiasis y tricomoniasis).	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar solicitud o resultados de laboratorio y registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus tipo 2. Servicio de Laboratorio de análisis clínicos propio o de referencia para el control de glucemia, triglicéridos y hemoglobina glucosilada	Verificar en los expedientes clínicos y tarjetas de control, en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad, estudios de laboratorio y registro de la referencia en su caso.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjeta de control, expediente clínico, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus tipo 1. Servicio de Laboratorio de análisis clínicos propio o de referencia para el control de glucemia, triglicéridos y hemoglobina glucosilada	Verificar en los expedientes clínicos, tarjetas de control, en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjeta de control, expedientes clínicos, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO del hipertiroidismo. Servicio de Laboratorio de análisis clínicos para la determinación de T3, T4 y TSH.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expediente clínico, referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO del hipotiroidismo congénito y del hipotiroidismo en adultos. Servicio de Laboratorio de referencia para comprobar la sospecha originada en el tamizaje y levotiroxina en farmacia.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico, hoja diaria, referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial. Registros de la enfermedad.	Verificar en los expedientes clínicos, tarjetas de control, en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjetas de control, cuestionarios de línea de vida, expedientes clínicos	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de gota Servicio de Laboratorio de análisis clínicos, propio o de referencia para el control de ácido úrico.	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento.		Expedientes clínicos, SIS, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropírica Servicio de Laboratorio propio o de referencia para el control de citología hemática.	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento		Expedientes clínicos hoja diaria, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide, osteoartritis, lumbalgia, osteoporosis Servicio de Laboratorio propio o de referencia y los medicamentos.	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad.		Hoja diaria, expedientes clínicos, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica, del asma en niños y adultos. Servicio de Imagenología propio o de referencia para rayos X simples.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente)	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo

Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia Servicio de Electroencefalografía de referencia y referencia al segundo nivel.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia. Servicio de Laboratorio propio o de referencia para examen de sangre.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente) y el tratamiento de acuerdo a la normatividad.		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de depresión y de psicosis (incluye esquizofrenia). Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística. Registros de la enfermedad. Servicio de Imagenología propio o de referencia para mastografía y ultrasonido	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea primaria. Servicio de Imagenología para urografía excretora y ultrasonografía. Registros de dismenorrea primaria	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Atención del climaterio y menopausia. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Examen y prueba de embarazo. Tiras reactivas para determinación de infección de vías urinarias y albuminuria.	Verificar en los expedientes clínicos, tarjetas de control o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Servicio de Ultrasonografía, propio o de referencia, para realizarla en las semanas 24 y 30 del embarazo.	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y el tratamiento de acuerdo a la normatividad.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Identificación de factores de riesgo que influyen en la atención del embarazo y en el puerperio y sus complicaciones.	Verificar en el expediente clínico la identificación y análisis de factores de riesgo en la atención del embarazo y en el puerperio y sus complicaciones.		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Área para atención de parto, equipo e instrumental para atención de parto.	Verificar existencia y funcionamiento o en su caso existencia del establecimiento de referencia.		Observación	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de mordeduras de serpiente Suero antiviperino (en zonas endémicas).	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar notificación epidemiológica, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

Diagnóstico y tratamiento del alacranismo. Suero antialacrán (en zonas endémicas).	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar notificación epidemiológica, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, arañas y otros artrópodos. Área de curaciones. Antihistamínicos, vasodilatadores	. Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar notificación epidemiológica, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Manejo de urgencias de quemaduras de primer grado. Área de curaciones.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas) Área de curaciones.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Registros de manejo de mordeduras y prevención de rabia en humanos.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar notificación epidemiológica, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Jabón y material de curación.	Verificar existencia y sistema de abasto.		Observación	Lista de cotejo
Inmunoglobulina humana antirrábica. Vacuna antirrábica humana.	Verificar: 1. Existencia y sistema de abasto. 2. Sistema de referencia y contrarreferencia.		observación formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de bronquitis, bronquiolitis, neumonía de adquisición comunitaria en niños y en adultos. Servicio de rayos X propio o de referencia.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

Planificación familiar				
Formatos de reporte y referencia.	Verificar en hoja diaria del médico o por muestreo, en tarjetas de control o en los expedientes clínicos.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjetas de control, expedientes clínicos	Lista de cotejo
Preservativos.	Verificar existencia, sistema de abasto y fechas de caducidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
DIU, mesa ginecológica, espejos vaginales, lámpara de chicote o equivalente, para la aplicación de dispositivos intrauterinos.	Verificar: 1. Mesa ginecológica en buen estado con pierneras funcionales. 2. Lámpara de chicote o equivalente funcional. 3. Espejos vaginales tres de cada tamaño y cinco del tamaño más usado. 4. Biombo o cortina para privacidad. 5. Antisépticos, jalea lubricante y guantes desechables. 6. Dispositivos intrauterinos. 7. Pinza de anillos.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Métodos permanentes: salpingoclasia y vasectomía.	Verificar existencia del establecimiento de referencia, expediente clínico y tarjetas de control.		Mapa de referencia, expediente clínico, tarjeta de control	Guía de observación Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de displasia cervical leve y moderada Oportunidad de resultados. (NIC-I y NIC-II).	Verificar: 1. Sistema de registro y control, informe de resultados que no sobrepase los 60 días naturales a partir de la toma de la citología.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Estudio epidemiológico y expediente clínico	Lista de cotejo
Seguimiento de casos positivos a NIC o en caso de positividad a enfermedades de transmisión sexual.	Verificar sistema de registro y control.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Listado de displasias Tarjetas de control	Lista de cotejo
Clínica de colposcopia de referencia.	1. Demostrar documentalmente que exista el establecimiento de referencia. 2. Sistema RC establecido.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico y referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Referencia y contrarreferencia.				
Se cuenta con lineamientos centrales y/o estatales para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	Verificar: 1. Existencia del documento. 2. Sistema de registro y control. 3. Uso del documento de reporte oficial. 4. Responsable del programa. 5. Existencia de Directorio actualizado. 6. Verificar el control.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, directorio de referencia actualizado, listado de referencia y contrarreferencia	Guía de observación Lista de cotejo
Odontología				
Servicio odontológico de referencia.	Verificar en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados al azar, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expediente clínico formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

Unidad dental en buenas condiciones y buenas condiciones de la compresora.	Verificar: 1. Buen estado y funcionamiento. 2. Bitácora de mantenimiento del equipo. 3. Ubicación externa con cubierta y purga de la compresora.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, bitácora de mantenimiento	Guía de observación Lista de cotejo
Equipo de rayos X dental en buenas condiciones.	Verificar: 1. Estado, funcionamiento y bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Sistema de referencia.		Observación, bitácora de mantenimiento, hoja diaria y expediente clínico.	Guía de observación Lista de cotejo
Placas radiográficas periapicales para adulto e infantiles, ganchos, caja y líquidos para revelar.	Verificar existencia, suficiencia y caducidad.		Observación	Guía de observación
Lidocaína-epinefrina solución inyectable al 2%. 36 mg / 0.018 mg / 1.8 ml (cartuchos dentales). Clave 267.	1. Verificar: existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación.		Observación, formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Actividades preventivas a mujeres embarazadas.	Verificar registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes o tarjetas de control.		Tarjetas de control, SIS y expedientes clínicos	Lista de cotejo
Sellador de fosetas y fisuras. Aplicación tópica de flúor en entidades y áreas geográficas sin fluorosis.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia y caducidad. 2. Verificar registros en SIS o por muestreo al azar de tres expedientes.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, hoja diaria y expedientes clínico	Guía de observación Lista de cotejo
Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares, extracción de piezas dentarias.	Verificar registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes o tarjetas de control para comparar el diagnóstico y el plan de tratamiento.		Hoja diaria, expedientes clínicos	Lista de cotejo
Obturación de cavidades con amalgama o resina.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia y caducidad de material. 2. Registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes o tarjetas de control para comparar el diagnóstico y el plan de tratamiento.	Observación SIS y expedientes clínicos.	Guía de observación Lista de cotejo	
Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar, absceso maxilar (drenaje); extracción de tercer molar erupcionado.	Verificar registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes o tarjetas de control para comparar el diagnóstico y el plan de tratamiento o verificar la existencia del establecimiento de referencia.	Hoja diaria y expedientes clínicos	Lista de cotejo	
Equipo, instrumental, careta o goggles y material dental en buenas condiciones.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia, caducidad y buen estado del material dental. 2. Funcionamiento. 3. Esterilizador funcional. 4. Bitácora de mantenimiento preventivo (mínimo una vez al año) y correctivo.	Observación, formato CCSR, bitácora de mantenimiento	Guía de observación Lista de cotejo	
Realización de curetaje, odontoxesis.	Registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes para comparar el diagnóstico y el plan de tratamiento.	Hoja diaria y expediente clínico	Lista de cotejo	

Estimulación temprana del recién nacido y del prematuro				
Programa de capacitación a la madre.	Verificar: 1.Existencia del manual y material para otorgar capacitación. 2. Registros de madres capacitadas. Sistema de referencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Manual de capacitación y listado de madres capacitadas	Guía de observación Lista de cotejo
Rehabilitación				
Servicio de rehabilitación de referencia.	Demostrar documentalmente: 1. Establecimiento de referencia. 2. El sistema de referencia contrarreferencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Directorio de referencia a rehabilitación, expediente clínico, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Laboratorio propio o de referencia				
Laboratorio de referencia	Verificar en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados al azar, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expediente clínico	Lista de cotejo
Abasto de insumos para los equipos.	Verificar existencia, suficiencia y sistema de abasto.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Abasto de reactivos oportuno y completo.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia y control del abasto. 2. Vigencia de reactivos por muestreo (tres reactivos).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
CONTROL DE CALIDAD Interno.	Verificar registros de las evaluaciones, análisis, resultados y acciones emprendidas.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones internas, con resultados y acciones emprendidas	Lista de cotejo
CONTROL DE CALIDAD Externo.	Verificar: 1. Registros de las evaluaciones, resultados, análisis y acciones emprendidas. 2. Registro de la congruencia de resultados con los controles de calidad externos.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones externas, con resultados y acciones emprendidas	Lista de cotejo

Rayos X				
Equipo de ultrasonografía	Verificar existencia y funcionamiento propio o unidad de referencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Placas radiológicas de varios tamaños (de acuerdo con el estudio requerido y el equipo con el que se cuenta).	Verificar: 1.Existencia, suficiencia y sistema de abasto. 2. Que no haya diferimiento de estudios.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCSR, hoja diaria y expediente clínico	Guía de observación Lista de cotejo
Se cuenta con mandil emplomado para protección de la mujer embarazada.	Verificar existencia, suficiencia y buen estado (condiciones).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Abasto de insumos para los equipos.	Verificar existencia y suficiencia.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
CONTROL DE CALIDAD: Interno.	Verificar registros de las evaluaciones, análisis y acciones emprendidas.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones internas, con resultados y acciones emprendidas	Lista de cotejo
CONTROL DE CALIDAD: Externo.	Verificar: 1. Registros de las evaluaciones, resultado, análisis y acciones emprendidas. 2. Registro de controles de calidad de la congruencia clínico-radiológica.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones externas, con resultados y acciones emprendidas	Lista de cotejo
Botiquín y farmacia				
Refrigerador para guarda de medicamentos.	Verificar existencia y funcionamiento	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación Lista de cotejo
Ácido acetilsalicílico, tabletas 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ácido ascórbico, tabletas 100 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Acido fólico, tabletas 5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ácido fólico, tabletas 0.4 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Albendazol, suspensión oral 400 mg / 20 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Albendazol, tabletas 200 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Alantoína y alquitrán de hulla, suspensión dérmica 20 mg / ml y 9.4 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Alibour polvo, sulfato de Cobre 177 mg/g, sulfato de Zinc 619.5 mg / g, alcanfor 26.5 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Alopurinol, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Amoxicilina, suspensión oral 500 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Amoxicilina, cápsulas 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Amoxicilina-ácido clavulánico, suspensión oral 125 mg / 31.5 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Amoxicilina-ácido clavulánico, tabletas 500 mg / 125 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Atropina, solución inyectable 1 mg / ml (en charola de emergencia).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Beclometasona dipropionato de, suspensión en aerosol 10 mg / inhalador con 200 dosis de 50 µg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Benzatina bencilpenicilina, solución inyectable 1,200,000 UI / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Bencilpenicilina procáinica-bencilpenicilina cristalina 300,000 UI / 100,000 UI / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Bencilpenicilina procáinica-bencilpenicilina cristalina 600,000 UI / 200,000 UI / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Bencilo, emulsión dérmica 300 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Benzoilo, loción o gel dérmico 5 g / 100 ml ó 5 g / 100 g.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Bitartrato de cinitaprida, comprimidos 1 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Bitartrato de cinitaprida, solución oral 20 mg / 10 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Butilhioscina, solución inyectable 20 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Butilhioscina, grageas 10 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Captopril, tabletas 25 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Carbamazepina, suspensión oral 100 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Carbamazepina, tabletas 200 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Cefalexina, tabletas o cápsulas 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ciprofloxacino, tabletas o cápsulas 250 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Claritromicina, tabletas 250 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Clindamicina, cápsulas 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Clioquinol, crema 30 mg / g.			Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador
Clorfeniramina, jarabe 0.5 mg /ml.	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo		
Clorfenamina, tabletas 4 mg.	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo		

Clorfenamina, solución inyectable 10 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Cloroquina, tabletas 150 mg (zonas endémicas).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Clortalidona, tabletas 50 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Complejo B, cápsulas, comprimidos o tabletas, tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 50 µg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Cromoglicato de Sodio, suspensión aerosol 3.6 g / 100 g.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Desogestrel o levonorgestrel y etinilestradiol, grageas 0.15 mg / 0.03 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Diclofenaco, cápsulas o grageas de liberación prolongada 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Dicloxacilina, cápsulas o comprimidos 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Dicloxacilina, suspensión oral 250 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Difenidol, solución inyectable 40 mg / 2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Difenidol, tabletas 25 mg.			Observación y formato CCSR	
Digoxina, tabletas 0.25 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Digoxina, elixir 0.05 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Digoxina, solución inyectable 0.5 mg / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Doxiciclina, cápsulas ó tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Electrolitos orales, polvo para solución 27.9 g (glucosa 20 g, KCl 1.5 g, NaCl 3.5 g, citrato trisódico 2.9 g).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Enalapril, lisinopril o ramipril, cápsulas o tabletas 10 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Epinefrina (adrenalina) solución inyectable 1 mg / 1 ml (en charola roja).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Eritromicina, cápsula o tabletas 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Eritromicina, suspensión oral 250 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Espironolactona, tabletas 25 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Faboterápico polivalente antiarácido solución inyectable con liofilizado y diluyente de 5 ml (zona endémica).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Faboterápico polivalente antialacrán, solución inyectable con liofilizado y diluyente de 5 ml (zona endémica).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Faboterápico polivalente antialacrán, solución inyectable con liofilizado y diluyente de 10 ml (zona endémica).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fenitoína, tabletas o cápsulas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fenitoína, suspensión oral 37.5 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fenobarbital, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fenobarbital, elixir 20 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fitomenadiona, solución ó emulsión inyectable 2 mg / 0.2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fluoxetina, tabletas o cápsulas 20 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Furosemida, tabletas 40 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Furosemida, solución inyectable 20 mg / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Glibenclamida, tabletas 5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidralazina, tabletas 10 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidralazina, solución inyectable 20 mg / 1 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidrocortisona, solución inyectable 100 mg / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidróxido de Aluminio y Magnesio, tabletas masticables, Al 200 mg, Mg. 200 mg ó 447.3 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidróxido de Aluminio y Magnesio, suspensión oral, ALOH 3.7 mg y MgOH 4 g o trisilicato de Mg 8.9 g / 100 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Indometacina, cápsulas. 25 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Insulina humana de acción rápida regular, solución inyectable 100 UI / ml (mínimo 1 frasco).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Insulina humana acción intermedia NPH, solución inyectable 100 UI / ml (en presencia de casos).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Isosorbida dinitrato, tabletas sublinguales 5 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Itraconazol, cápsulas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína, solución inyectable al 1% 500 mg / 50 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína, solución inyectable al 2% 1g / 50 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína, solución al 10% 10 g / 100 ml, con atomizador manual.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína- hidrocortisona, supositorio, 60 mg / 5 Lista de cotejo mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína- Lista de cotejo hidrocortisona, ungüento 50 mg / g, 2.5 mg / g.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Mebendazol, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol, suspensión inyectable 25 mg/ 5 mg /0.5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Metamizol sódico, solución inyectable 1 g / 2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metamizol sódico, comprimidos 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metoclopramida, tabletas 10 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metoprolol, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metronidazol, óvulos o tabletas vaginales 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metronidazol, suspensión oral 250 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metronidazol, tabletas 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Miconazol, crema 20 mg / g.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nafazolina, solución oftálmica 1 mg / ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Naproxeno, tabletas 250 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nifedipino, comprimidos de liberación prolongada 30 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nistatina, óvulos ó tabletas vaginales 100000 UI.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nistatina susp., 100 000 UI / ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nitrofurantoína, suspensión oral 25 mg / 5 ml.			Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador
Nitrofurantoína, cápsulas 100 mg.	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo		
Nitrofurazona, óvulos 6 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Oxido de zinc, pasta 25 g / 100 g.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Paracetamol, solución oral 100 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Paracetamol, supositorios 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Paracetamol, tabletas 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Plantago psyllium, polvo 49.7 g / 100 g.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Podofilina, solución dérmica 250 mg / ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Polivitaminas y minerales, tabletas, grageas o cápsulas.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Prednisona, tabletas 5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
5 Propranolol, tabletas 40 mg.30			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ranitidina, jarabe 150 mg / 10 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ranitidina, tabletas o grageas 150 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Salbutamol, suspensión en aerosol 20 mg / inhalador con dosis de 100 µg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Senósidos A-B, tabletas 8.6 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Subsalicilato de bismuto, suspensión oral 1.750 g / 100 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Suero antialacrán, solución inyectable y diluyente 5 ml (zona endémica).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Suero antiviperino, solución inyectable y diluyente 10 ml (zona endémica).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Sulfacetamida, solución oftálmica 0.1 g / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Teofilina, comprimidos o tableta de liberación prolongada 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Trimetoprima-sulfametoxazol, suspensión oral 40 mg / 200 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Trimetoprima-sulfametoxazol, tabletas o comprimidos 80 mg / 400 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Trinitrato de glicerilo, tabletas masticables 0.8 mg. (en presencia de casos).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Valproato de magnesio, tableta con cubierta entérica 185.6 mg. (en presencia de casos).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Valproato de magnesio, solución oral 186 mg / ml. (en presencia de casos).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Vitamina A, C y D, solución oral.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Medicamentos utilizados en la tuberculosis y tuberculosis multirresistente. (Sólo en caso de tener paciente)				
Estreptomina, solución inyectable 1 g / 2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Etambutol, tabletas 400 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Isoniazida, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Isoniazida-etambutol, comprimidos o grageas 100 mg / 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Isoniazida-rifampicina, comprimidos o cápsulas 200 mg / 150 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina, comprimidos o tabletas recubiertas de 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina, suspensión oral 100 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina-isoniazida-pirazinamida, tabs o grageas 150 mg / 75 mg / 400 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina-isoniazida, tabletas recubiertas 300 mg / 400 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina-isoniazida-pirazinamida-etambutol, comprimidos 150 mg / 75 mg / 400 mg / 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Recursos humano				
Se cuenta con personal médico capacitado para garantizar la oferta de servicios de atención médica.	1. Verificar, por plantilla o cartas de adscripción, que se cuenta con personal completo.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Plantilla	Lista de cotejo
Se cuenta con personal de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de atención médica.	1. Verificar, por plantilla o cartas de adscripción, que se cuenta con personal completo.		Plantilla	Lista de cotejo
Se cuenta con personal de odontología capacitado para garantizar la oferta de servicios de atención médica.	1. Verificar, por registros, que se cuenta con personal.		Plantilla	Lista de cotejo
Central de Equipos y Esterilización (CEyE)				
Equipo de esterilización en buen estado y de acuerdo a las necesidades del establecimiento.	Verificar: 1. Condiciones, que no contenga zonas de oxidación y funcional. 2. Limpieza y estado del cable del enchufe. 3. Bolsas de papel grado médico y cinta testigo. 4. Verificar caducidades	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Pinza de disección sin dientes de 10 ó 12 ó 18 cm.	Verificar, en el área, existencia y condiciones.		Observación	Guía de observación
Pinza de Kocher de 1 X 2 dientes 13 cm.	Verificar, en el área, existencia y condiciones		Observación	Guía de observación
Pinza hemostática curva de Crille de 16 cm.	Verificar, en el área, existencia y condiciones		Observación	Guía de observación
Tijera de Mayo recta 14.5 cm.	Verificar, en el área, existencia y condiciones		Observación	Guía de observación

SEGURIDAD

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Medicina preventiva				
Red de frío.	Verificar que existe soporte eléctrico o programa de emergencia.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Consulta externa				
El personal médico, paramédico y técnico utiliza uniforme y gafete de identificación	Verificar, por muestreo, que los integrantes del personal portan uniforme y gafete de identificación y que correspondan.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Existencia de NOM-178-SSA1-1998. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios	Verificar existencia y aplicación de ésta.		Observación	Guía de observación Lista de cotejo
Tiempo máximo de 30 días para la glosa y consulta en el expediente clínico del resultado del Tamiz Neonatal.	Verificar por muestreo (dos expedientes), que los resultados del Tamiz Neonatal estén integrados, interpretados y <u>comentados</u> en el expediente clínico de los recién nacidos.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador		Lista de cotejo
Mobiliario confortable y en buen estado en área de espera	Verificar existencia y buen estado: estructura, pintura, tapiz en su caso y funcionalidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador		Guía de observación
Condiciones generales del área.	Verificar: limpieza de las instalaciones, que no exista humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y paredes, ni fugas de agua, aire o gas; buena iluminación.			Guía de observación
Baños diferenciados por sexo.	Verificar: Existencia y condiciones, sin fugas de agua; bote de campana o de pedal para basura, insumos: jabón (líquido, gel o pastilla), toallas y papel sanitario.			Lista de cotejo

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Odontología				
Personal profesional odontólogo y paramédico capacitado.	Verificar: 1. Plantilla de personal. 2. Que el personal porte uniforme, gafete de identificación y que correspondan.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y plantilla de personal	Guía de observación Lista de cotejo
NOM-013-SSA2-1999. Para la prevención y control de las enfermedades bucales.	Verificar existencia y aplicación de ésta.		Observación	Guía de observación Lista de cotejo
Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.	1. Existencia de contenedores de acuerdo con la normatividad. 2. Uso y separación de RPBI de acuerdo con la normatividad. 3. Señalización y circulación de contenedores.		Observación	Guía de observación
Limpieza del área.	Verificar: 1. Limpieza entre pacientes de: piezas de alta y baja, eyector, escupidera, sillón. 2. Condiciones de aseo. 3. Bitácora de limpieza general del área.		Observación	Guía de observación
Laboratorios				
Regadera.	Verificar existencia, estado y funcionamiento.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Contactos y apagadores sin cables sueltos.	Verificar existencia, estado y funcionamiento.		Observación	Guía de observación
Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.	Verificar: 1.Existencia de contenedores de acuerdo con la normatividad. 2. Uso y separación de contenedores de acuerdo con la normatividad. 3. Señalización y circulación de contenedores.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Revisiones de seguridad del equipo y estructura del laboratorio de manera programada.	Verificar: 1.Existencia de programa y cumplimiento. 2. Bitácora y constancias.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación Lista de cotejo
El personal del servicio cuenta con uniforme y gafete de identificación.	Verificar por muestreo que los integrantes del personal portan uniforme y gafete de identificación.		Observación	Guía de observación

IMAGENOLÓGÍA				
Servicio de radiología y ultrasonografía de referencia. Requisitos generales	Verificar en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados al azar, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos	Lista de cotejo
Buenas condiciones generales del área y baños.	Verificar: 1. Existencia de insumos: jabón, toallas y papel sanitario. 2. Sin fugas de agua o drenaje. 3. Limpieza e higiene. 4. Bitácora de mantenimiento y limpieza actualizada y firmada por turno y por supervisor o jefe.		Observación	Guía de observación
Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos.	Verificar su manejo.		Observación	Guía de observación
Contactos y apagadores sin cables sueltos.	Verificar existencia, condiciones y funcionamiento.		Observación	Guía de observación
Revisiones de seguridad del equipo y estructura de manera programada.	Verificar: 1. Existencia de programa de seguridad. 2. Bitácora y constancias de acciones.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación Lista de cotejo
El personal del servicio cuenta con uniforme y gafete de identificación.	Verificar por muestreo que los integrantes del personal portan uniforme y gafete de identificación.		Observación	Guía de observación
El personal del servicio cuenta con dosímetro personal.	Verificar: 1. Que los integrantes del personal portan su dosímetro y que éste corresponda al asignado. 2. Registros de entrega y lectura del período previo a esta evaluación.		Observación	Guía de observación Lista de cotejo

CEyE				
Condiciones generales del área.	Verificar limpieza de las instalaciones, que no exista humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y en paredes ni fugas de agua, aire o gas	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Mantenimiento de equipo y estructura.	Revisar: 1. Bitácora de mantenimiento y/o hojas de servicio. 2. Inclusión en el Programa de Mantenimiento Preventivo.			Lista de cotejo

CALIDAD

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumentos
Referencia y contrarreferencia				
El 85% de cumplimiento de la contrarreferencia	Revisión documental para analizar su cumplimiento	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Listado de referencia y contrarreferencia y expedientes clínicos	Lista de cotejo
El 100 % de cumplimiento de seguimiento.	Revisión documental para analizar su cumplimiento		Listado de referencia y contrarreferencia y expedientes clínicos	Lista de cotejo
Referencia al 100 % de mujeres embarazadas con identificación de factores de riesgo.	Revisión documental para analizar su cumplimiento		Tarjeteros de control, expediente clínico y listados de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Información básica para la calidad Se cuenta con el diagnóstico de salud del área de influencia	Revisar la actualización de los documentos así como verificar documental y operativamente las mejoras planteadas con base en el diagnóstico.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Diagnostico de salud	Lista de cotejo
RESULTADOS de trato digno y atención medica efectiva Evidencias del desarrollo de mejora en tiempos de espera.	Verificar que el resultado del tiempo de espera en consulta externa se reporta en cualquier tipo de sistema igual o menor de treinta minutos en los establecimientos de primer nivel de atención médica.		Carpeta indica	Lista de cotejo
Evidencias del desarrollo de mejora en la satisfacción de usuarios.	Verificar 1 Que el resultado de la satisfacción de los usuarios por el tiempo de espera en consulta externa en cualquier tipo de sistema se reporta igual o mayor del 90% y se da a conocer a la población usuaria y prestadores de servicios. 2 que el resultado de la satisfacción de los usuarios por la información dada por el médico sobre el diagnóstico y el tratamiento en consulta externa se reporta en cualquier tipo de sistema como igual o mayor del 95% y se difunden los resultados a los usuarios y prestadores del establecimiento	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carpeta indica	Lista de cotejo

AVAL CIUDADANO				
Participación de organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones de la sociedad civil, asociaciones civiles, instituciones de asistencia privada, universidades, otras instituciones educativas, grupos y asociados jurídicamente no constituidos, empresas privadas, ciudadanos a título individual, para avalar los resultados del monitoreo de indicadores de trato digno en consulta externa.	Verificar 1.a evidencia de la existencia del Aval Ciudadano mediante la copia del Acta de Instalación.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carpeta indica	Lista de cotejo
	Verificar evidencias de su participación mediante copias de la aplicación del formato "Guía de Cotejo para el Monitoreo Ciudadano" (F2AC/03).		Carpeta indica	Lista de cotejo
	Verificar que las sugerencias de mejora propuestas por el Aval Ciudadano al personal de salud, sean tomadas en cuenta para la elaboración de la Carta Compromiso.		Carpeta indica	Lista de cotejo
	Verificar evidencias físicas o documentadas del seguimiento de los compromisos establecidos en la Carta Compromiso.		Observación Carpeta indica	Guía de observación Lista de cotejo

SISTEMA DE ATENCIÓN DE QUEJAS. CALIDATEL.				
El establecimiento cuenta con información sobre el centro de atención telefónica, que proporcione orientación a los beneficiarios, así como quejas y sugerencias.	Verificar evidencias y localización de la información acerca de CALIDATEL y el buzón de quejas.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carpeta indica	Lista de cotejo
	Verificar el control de quejas.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, Carpeta indica	Guía de observación Lista de cotejo

Difusión de códigos ético-conductuales				
Se difunde y se hace del conocimiento de los usuarios y prestadores de servicio los diferentes Códigos Ético-Conductuales y beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	Verificar existencia documental o física de la aplicación de cualquier técnica de difusión para los usuarios y personal de salud de la Carta de Derechos Generales de los pacientes, la Carta de Derechos de los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, la Carta de los derechos de los Médicos, el Código de Ética para el personal de enfermería, y el Código de Bioética para el personal de salud (Audiovisual, Pláticas, Carteles, Folletos, etc.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación

4.5 Técnicas, instrumentos y procedimientos para la obtención de la información

4.5.1. Diseño de los instrumentos

El diseño de los instrumentos de medición tiene como base el instrumento oficial utilizado por DGCES llamado *cédula de acreditación*, pues se apega estrictamente a los indicadores que el documento oficial mide, sin embargo, para fines de este estudio se consideraron, otros factores para su construcción; entre los que podemos mencionar: el objetivo para el cual se propone el desarrollo de los instrumentos, el acceso a la información y a los procesos de evaluación que se desarrollan actualmente en los SESVER, las características de los establecimientos de primer nivel de atención médica que son objeto de medición, y el nivel de precisión de los instrumentos que se pretenden obtener. El conjunto de estos factores determinará la extensión de los instrumentos, el formato, y su presentación; pero lo más relevante para esta propuesta es la decisión de generar instrumentos con validez y confiabilidad conocidas.

Y para ello se plantean los siguientes pasos: elaborar una lista extensiva de sus ítems, determinar la forma de medición de las respuestas, expresar los ítems (variables) en palabras apropiadas y claras que sean de fácil entendimiento para el profesional de la salud, construir un borrador de prueba, y finalmente probar los instrumentos en una muestra. Los resultados de esta prueba determinarán el grado de validez y confiabilidad que tiene los instrumentos.

Para determinar la calidad de los instrumentos, es necesario plantear preguntas respecto a la exactitud con que se miden las dimensiones de la acreditación (capacidad, seguridad y calidad), en los establecimientos de primer nivel de atención médica, la estabilidad de la medición o resultado, así como la pertinencia de los instrumentos ante los establecimientos con proceso de acreditación. En resumen, los instrumentos deben de reflejar en los valores obtenidos, la condición del establecimiento respecto a los criterios para la acreditación, que logre ser discriminativo y finalmente que el diseño de los ítems haya evitado el azar en los resultados.

La estimación de la calidad de un instrumento, no sólo se determina con el proceso de construcción, se requiere siempre que se realice la medición (aunque el instrumento ya exista), que pruebe la validez y confiabilidad del mismo.

Para este estudio se desarrollarán dos instrumentos, para facilitar las mediciones de las variables, ambos instrumentos tienen un nivel de medición nominal dicotómico, estos instrumentos son una guía de observación y una cédula de cotejo.

La guía de observación: se utilizará para recopilar información de aquellos indicadores, que para su evaluación requieren la técnica de observación, y consiste en, verificar la existencia del equipo establecido por el proceso de acreditación, así como los instrumentos, materiales, insumos, medicamentos y las condiciones de limpieza y operatividad del inmueble, del mobiliario y del equipo.

Como ya se mencionó, el instrumento permitirá evaluar tres grandes apartados: capacidad, seguridad y calidad, en cada una de las áreas a evaluar; en cada área se definieron indicadores y para su medición se estructuraron uno o más ítem dicotómicos.

El instrumento original está compuesto por 491 ítems. Como se mencionó anteriormente su nivel de medición es nominal-dicotómico y la opción de respuesta es "Si", "No" ó "NA" (No Aplica, que será asignado cuando el establecimiento de atención médica no tenga el área a evaluar). La sección inicial del instrumento registra, datos de identificación del establecimiento a evaluar. Posteriormente se encuentra un apartado de instrucciones sobre el llenado y uso del instrumento. El instrumento cuenta con tres columnas en la primera se encuentran los descriptores de los indicadores a evaluar se distinguen con un tono gris, y debajo de estos se encuentran los ítems con los que se evaluará el indicador, la segunda columna está destinada a la asignación de la evaluación ("S", "N" ó "NA") y la tercera registra el número del indicador al que corresponde en la cédula oficial, este se conserva para el análisis de evaluación.

El segundo instrumento es una cédula de cotejo, mediante ella se evaluará el cumplimiento de procesos ó de estándares ya establecidos y que se encuentran registrados en algún documento oficial del establecimiento de salud, al igual que la guía de observación se divide en tres grandes apartados de evaluación: capacidad, seguridad y calidad y estos a su vez están particularizados para cada una de las áreas de atención, cada una de ellas contiene sus ítem que en total cuenta con 322. Los documentos en donde se buscan los registros para ser evaluados a través del cotejo son entre otros; hoja diaria de consulta externa, registro

mensual de actividades (SIS), expedientes clínicos, tarjetas de control, listados, censos, formatos y bitácoras. Su nivel de medición es nominal "Si", "No" ó "NA" (No Aplica que será asignado cuando el establecimiento de atención médica no tenga el área a evaluar).

Al igual que la guía de observación, la primera sección del instrumento se encuentra asignada para registrar, datos de identificación del establecimiento a evaluar. Posteriormente se encuentra un apartado de instrucciones sobre el llenado y uso del instrumento. Este instrumento cuenta con cuatro columnas en la primera se encuentran los indicadores a evaluar se distinguen con un tono gris, y debajo de estos se encuentran sus ítems con los que se evaluará, la segunda columna está destinada a la asignación de la evaluación ("S", "N" ó "NA"), la tercera registra el número del indicador al que corresponde en la cédula oficial, y la última columna asigna la fuente en donde se realizará el cotejo de ese ítem.

4.6 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Para llevar a cabo las pruebas de validez y confiabilidad de los instrumentos, se realizó una gestión ante las autoridades correspondientes de los Servicios de Salud de Veracruz para que se permitiera el acceso a las instalaciones elegidas previamente (muestra: ver tabla 1). La técnica utilizada para el levantamiento de la información fue la observación. Los instrumentos de medición fueron aplicados por el mismo investigador y se destinó un día para cada establecimiento de estudio.

4.6.1 Validez de los instrumentos

Los instrumentos realizados fueron sometido a tres pruebas de validez: validez de criterio, validez de contenido y validez de constructo.

La **validez de criterio**, se realizó con el fin de saber si el resultado obtenido del instrumento es el adecuado, para ello fue necesaria una comparación entre nuestros instrumentos y un estándar ó patrón oro, debido a que no se cuenta con un patrón oro se utilizó toda la normatividad y manuales que rigen a los servicios de salud, especialmente los que están relacionados directamente con los indicadores que se desean medir en el instrumento.

La validez de criterio se determinó a través de un replanteamiento e incorporación de ítems tomando

como referente para su definición los elementos contenidos en las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud y los manuales que rigen los programas de salud en los SESVER. Garantizando a través de la integración de un criterio externo en la construcción de los ítems, la validez de criterio

Se realizó una exhaustiva evaluación para identificar que todos los indicadores contenidos en la cédula oficial se encontraran en los instrumentos. Se creó una matriz con las tres grandes variables y se concentró en ellas los documentos oficiales que norman los servicios de salud en el primer nivel de atención médica. De esta manera se analizaron los documentos oficiales que se utilizaron de apoyo para la elaboración de los ítems, por cada dimensión de la variable de estudio, los cuales representan el criterio externo para la validación.

La **validez de contenido**; se realizó a través de jueces expertos: los dos instrumentos preliminares (guía de observación y cédula de cotejo), fueron sometidos a juicios de expertos, integrado por cinco participantes, dos expertos en acreditación, dos expertos en operación de los programas de salud en los establecimientos de primer nivel de atención médica en los SESVER y un experto en metodología cuantitativa. La validez de expertos tuvo un mayor enfoque a la cédula de cotejo debido a su complejidad para la selección de lo que se cotejará en los documentos.

La primera prueba de validez fue realizada por el coordinador de acreditación de los SESVER, quien realiza modificaciones importantes en los apartados que corresponden a las áreas de medicina preventiva y consulta externa, determinando la documentación que se requiere para evaluar cada indicador, definió cuándo era necesario explorar hoja diaria de consulta externa, tarjetero, expediente clínico, SIS, y formatos de registros de materiales de curación.

El siguiente en evaluar fue el segundo experto en acreditación, es importante mencionar que el instrumento a evaluar ya contenía las modificaciones del primer experto, el segundo experto realizó modificaciones importantes en el apartado que corresponde al área de consulta externa, especialmente en los indicadores de diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial, control prenatal, recurso humano y en el área de calidad.

Los siguientes en validar fueron dos directores de establecimientos de primer nivel de atención médica en

los SESVER, ambos validaron de manera independiente, el primero realizó modificaciones en indicadores de línea de vida, Cartilla Nacional de Salud, censo nominal, en el área de farmacia, recurso humano. El siguiente experto modificó apartados de diagnóstico en el área de consulta externa. El experto en metodología cuantitativa contribuyó a la mejora de las definiciones operaciones y la objetividad de cada ítem.

Posteriormente con la finalidad de determinar que tan representativos del universo que se desea medir, son los ítems del instrumento, se realizó un juicio de expertos. Para ello se plantea la participación de tres jueces, los cuales son tres expertos en proceso de acreditación en los SESVER. Cada uno, a través de un instrumento de validación que contempla los siguientes criterios de evaluación por cada ítem: congruencia, claridad, tendenciosidad y observación.

Con base en los juicios emitidos los instrumentos se reformulan de acuerdo a los siguientes criterios: los ítems donde hay un cien por ciento de coincidencia entre los jueces (los ítems son congruentes, están escritos claramente y no son tendenciosos), quedan incluidos en el instrumento; los ítems donde hay un cien por ciento de coincidencia desfavorable de los expertos, se excluyen del instrumentos y los ítems donde sólo hay coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados, reformulados, si es necesario y nuevamente validados.

La validez de **constructo** se realizó mediante una matriz de congruencia. La matriz de congruencia está formada por columnas de una matriz patrón, con el fin analizar la correlación entre las mismas variables, y garantizar la congruencia, entre los indicadores a medir y la teoría que los sustenta.

Para ello la matriz se divide en tres grandes apartados: estructura, proceso y resultados, propuestos por el modelo teórico de evaluación de la calidad de la atención médica, y estos a su vez definen sus dimensiones, a partir de ellas y con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que define los criterio y los procedimientos para la prestación de este servicio, ya que para este caso se seleccionó una de las atenciones contemplada en el CAUSES (control prenatal), se definieron los indicadores que se requerían para evaluar control prenatal en los tres grandes apartados y así identificar la congruencia con los ítems contenidos en nuestros instrumentos que evalúan control prenatal.

4.6.2 Prueba de instrumentos en campo

La prueba piloto se aplicó en un establecimiento de 1er. nivel de atención médica de los SESVER correspondiente a la Jurisdicción Sanitaria No. X, el cual cuenta con características similares, a los establecimientos donde se aplicarán las pruebas para evaluar la confiabilidad, para ello se solicitó autorización en el Departamento de Atención Médica a nivel estatal, al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria X y además al Coordinador de Atención Médica de esta misma jurisdicción, y al Director del centro de salud a quien; con anticipación se le entregó de manera virtual copia de los instrumentos que serían aplicados (guía de observación y cédula de cotejo).

En orden de acciones se aplicaron ambos instrumento al mismo tiempo ya que estos se encuentran en su diseño, divididos por área de atención, de tal manera que se evaluaban simultáneamente los ítems correspondientes a esa área; siempre iniciando con los ítems de la guía de observación, ya que ésta permitió identificar de primer instancia si se contaba ó no con el objeto a evaluar, y posteriormente si la cédula lo requería se realizaba el cotejo.

A partir de la prueba de los instrumentos en campo, se determinó unir ambos instrumentos: guía de observación y cédula de cotejo para fines de facilitar la aplicación; debido a que la evaluación de los establecimientos de primer nivel de atención médica se realizan por áreas de atención, ya que resultó complejo realizar la aplicación de dos instrumentos en una misma área.

Al unirse ambos instrumentos se evaluará por área de atención pero se conserva la técnica requerida para evaluar cada ítems, esto es si el ítem pertenecía a la guía de observación su técnica de aplicación será sólo observar y si el ítem pertenecía a la cédula de cotejo su técnica de aplicación será cotejar entre los documentos que el instrumento señale.

Resultando un instrumento de 715 ítems, compuesto por cuatro columnas, la primera contiene los indicadores e ítems, la segunda destinada a las respuestas, una tercera que señala el número del indicador al que corresponden los ítems, y una última que contiene la fuente ó los documentos que serán cotejado de acuerdo a lo señalado por el ítem. Las filas en tono gris señalan el indicador a evaluar, las filas en tono rosa pertenecen a guía de observación y las filas en blanco a la cédula de cotejo. Se identifican la dimensiones de capacidad, seguridad y calidad de la siguiente manera; las secciones

que se encuentran enmarcadas en negro corresponden a la dimensión de seguridad y los últimos ítems a partir del ítem 684 evalúan la dimensión calidad, todos los demás ítems corresponden a capacidad.

Dentro del instrumento se pueden identificar con letra en formato negrita, aquellos indicadores que corresponden a los criterios mayores (afectan la seguridad del paciente), que son requisitos que al no cumplirse impiden la auditoría del resto de los demás indicadores^k.

4.6.3 Confiabilidad de los instrumentos

Se analizó la capacidad discriminativa que tiene el instrumento, para ello se realizó una prueba estadística, mediante grupos extremos, "prueba de comparación de medias en muestras independientes". Previamente se seleccionó una muestra intencionada, constituida por ocho establecimientos de primer nivel de atención médica, integrado por los cuatro establecimientos con mayores dificultades en su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación y los establecimientos médicos en condiciones óptimas de acuerdo a su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación, seleccionados bajo el estricto juicio personal de expertos. Para esta evaluación se utilizó la prueba de comparación de medias en muestras independientes, (prueba *t* de Student), con un nivel de significancia de 1 % ($t = 0,01$), Este procedimiento consiste en comprobar, si existe diferencia significativa entre los puntajes promedios de ambos grupos, de manera independiente.

Para la segunda prueba de confiabilidad que se realizó para medir la estabilidad del instrumento se seleccionó de manera intencionada cuatro establecimientos de la misma muestra experimental, que fueron sometidos a una prueba de *test-retest*, en este procedimiento el mismo instrumento de medición fue aplicado dos veces al mismo establecimiento de primer nivel de atención médica, si la correlación entre los resultados de las dos aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable.

Debido a que nuestras variables a medir son susceptibles de cambios con el tiempo, el periodo entre la primera y segunda medición no excedió una semana.

^k Los demás indicadores están compuestos por los de criterio menor; que no son considerados como requisitos y cuya sumatoria junto con los de criterio mayor determinar el resultado de acreditado ó no acreditado.

4.7 Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información.

El plan de análisis está relacionado con el nivel de medición de las variables y la manera en que se formularon, respecto a los objetivos de este estudio, es importante tener en cuenta que se realizará un análisis estadístico.

Posterior a levantamiento de información se procesará la información colectada por indicador, el cual puede estar compuesto por uno a más ítems. Para este fin nos apegamos a los valores ya establecidos por el instrumentos oficial (cédula de acreditación), este documento cuenta con una valoración que establece que si los criterios establecidos se cumplen se lea asigne un valor de 1 ó 5, el primer valor para los ítems de los criterios menores (no son considerados como requisitos y cuya sumatoria junto con los criterios mayores, determinan el resultado de la acreditación o no acreditación), y el segundo cuando el indicador forma parte de los criterios mayores (es un requisito y al no cumplirse se impide la acreditación del establecimiento ya que el no cumplimiento afecta a la seguridad del paciente, para la identificación rápida de estos indicadores se encuentran en ambos instrumentos y en la hoja de cálculo, con letras negritas; en el caso de incumplimiento el valor será de 0 en cualquiera de los dos casos.

Para obtener la calificación de la evaluación es necesario apegarnos a la hoja de cálculo de la cédula oficial, tal y como ya se había mencionado antes, para ello se evaluará cada indicador de la siguiente manera; si todos los ítems que califican al indicador tienen como respuesta "S", el valor obtenido será 1 ó 5 según lo marcara la hoja de cálculo de la cédula oficial. Cuando uno ó más de los ítems que califican al indicador tengan como respuesta "N" el valor obtenido será 0. Por último, cuando en los ítems se establezca para el indicador "NA" el valor obtenido es 1 ó 5 (como en el caso de cumplimiento) según lo señale la hoja de cálculo de la cédula oficial.

Una vez que se obtengan los resultados de cada indicador se suman y se obtiene la calificación en porcentaje de acuerdo a la hoja de cálculo (Documento oficial).

Es importante recordar que para ser dictaminado como acreditado un establecimiento de primer nivel de atención médica, es necesario, que los resultados obtenidos en cada dimensión sean igual o mayor al 85%. Y para realizar esta evaluación se utilizara una hoja de cálculo llamada "formato de captura electrónica

para la auditoría de procesos", proporcionado por la Subdirección de Innovación y Calidad y por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Una vez realizados estos procedimientos se estará en la posibilidad de realizar las pruebas de validez y confiabilidad.

Posteriormente se realizará la sumatoria de los valores asignados a todos los ítems, se obtienen los porcentajes totales de acuerdo al total de máximo de calificación que es 666 puntos que equivalen al 100%. Posteriormente se obtendrán los porcentajes obtenidos por cada dimensión de nuestras variables, lo que sería obtener la frecuencia relativa de cada dimensión: Capacidad, Seguridad y Calidad. Y para ello se utilizará la fórmula: $\% = N_c / N_t (100)$, donde N_c es la suma alcanzada de los valores otorgados por cumplimiento en esa dimensión, N_t es el total de la suma de todos los valores otorgados por cumplimiento en esa dimensión y el resultado se expresará en porcentaje.

Una vez que se obtengan las calificaciones en porcentaje de cada establecimiento de primer nivel de atención médica, para el análisis de estadístico de confiabilidad de nuestro instrumento, se analizará la capacidad discriminante del instrumento, mediante el análisis de los resultados de cada establecimiento y grupo, es decir los del grupo A, conformado por los establecimientos de 1er. nivel de atención médica con mayores problemas en su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación y grupo B integrado por los establecimientos de primer nivel de atención médica en condiciones óptimas de capacidad, seguridad y calidad para la acreditación.

Para la prueba de confiabilidad concurrente ó grupos extremos, se utilizará el programa Microsoft Excel; donde se obtienen los promedios de las evaluaciones totales y por dimensiones (capacidad, seguridad y calidad), de cada establecimiento evaluado y se utilizará la prueba de comparación de medias en muestras independientes, t de Student, con nivel de significancia del 1%. La prueba se realizará entre el grupo A y el grupo B; esperando que la media del puntaje alcanzado del grupo B sea mayor a la media del puntaje alcanzado del grupo A. Esto es que si además se obtiene un valor de $p < 0.001$, entonces se considerará que existe una diferencia significativa, lo que indica un instrumento con capacidad discriminatoria.

Para la prueba de estabilidad se utilizará una matriz realizada en Microsoft Excel, compuesta por todas las calificaciones de los ítems de los cuatro establecimientos de 1er. nivel de atención médica, seleccionados para

esta prueba (grupo A).

A partir de esta matriz se correlacionarán los resultados del total de los ítems entre la 1ª y la 2ª aplicación del instrumento por cada establecimiento. El coeficiente de correlación utilizado será la r de Pearson. Posteriormente se correlacionarán los resultados de la 1ª y la 2ª aplicación del instrumento en cada establecimiento, pero por dimensiones; capacidad, seguridad y calidad.

Se considerará que el instrumento es estable cuando los resultados obtenidos al aplicar el coeficiente r de Pearson, entre la correlación de la 1er. y la 2ª, sean $r \geq 0.80$, interpretándose como buena correlación positiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Knaul F, Arreola H, Méndez O, Bryson C, Barofsky J. Salud Pública de México(online): Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México; Vol. 49 (1), 2007;(Consultado 19 sep.2008), disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s1/09.pdf>
2. Knaul F, Arreola H, Borja C, Méndez O, Torres A. El Sistema de Protección en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. *Calidoscopio de la salud*; 274-275.
3. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión 2008. [citado el 25 agosto 2008]; Disponible en: URL: <http://www.cddhcu.gob.mx/LevesBiblio/pdf/142.pdf>
4. Programa Nacional de salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. [Consultado 2008 abr. 16]. Disponible en: http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/PRONASA_version_completa.pdf
5. Cooperación Técnica entre países (CTP) en las iniciativas subregionales. Comité Ejecutivo Técnico de la Organización Panamericana de la Salud 1987. [consultado 2008 Oct. 2];1-31. Disponible en: URL: http://hist.library.paho.org/english/GOV/SPP/spp9_5_spa.pdf
6. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión 2008. [consultado 2008 Ago.

- 25]; Disponible en: URL: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
7. García J. ¿Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana? *Revista Cubana Salud Pública* 2006. [consultado 2008 Oct. 2]; 32(1) Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100014&lng=es&nrm=iso
 8. Bezold C, Frenk J, McCarthy S. Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI: Perspectivas para lograr salud para todos. México: Institute for Alternative Futures y Fundación Mexicana para la Salud; 1998.
 9. Documento en línea del Consejo de Salubridad General, 2006. [consultado 2008 Oct. 11] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/idades/cdi/nom/compi/ac24dic.html>
 10. Documento en línea de Sistema Nacional de Salud: Insumos básicos para los niveles de atención médica [consultado 2008 Sep. 28] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/csg/Reglmtto_Comis2003/Acuc_insum.htm
 11. Londoño M, Morera G, Laverde P. Auditoría en Salud: para una gestión eficiente. 1ª ed. Colombia: Médica internacional, 1998.
 12. Londoño M, Morera G, Laverde P. Auditoría en Salud: para una gestión eficiente. 1ª. edición Colombia: Médica internacional, 1998.
 13. Manual para la Acreditación y Garantía de la Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud. 2007 [consultado 2008 Ago. 26] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/acredita_manual.htm
 14. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1994. 37-63p.
 15. Ruelas B, Zurita G. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud, Salud Pública de México, 1993; (35): 235-237.
 16. Documento en línea de: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la salud (OMS). 1993. La garantía de la calidad. Estándares e indicadores para la acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe [consultado 2008 Oct. 09] Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/GOV/CSP/csp27-16-s.pdf>
 17. Documento en línea de Organización Panamericana de Salud. 27a Conferencia Sanitaria Panamericana 59 Sesión del Comité Regional [consultado 2008 Oct. 10] Disponible en: www.opsoms.org/Spanish/GOV/CSP/csp27index-s.htm
 18. La transformación de gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Documento en línea de Organización Panamericana de la Salud. (Internet) Washington D.C. OPS. 2001 [consultado 2008 Sep. 26] Disponible en:
 19. Guajardo E. Administración de la Calidad Total: Conceptos y enseñanzas de los grandes maestros de la calidad, 1ª. edición, México: Pax-México; 1996.
 20. Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de Atención Médica. Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, 1990. México.
 21. Ramirez M, García J, Fraustro S. A Scientific Approach to the Definition of Quality in Medical Care: A Model for Mexican Reality. *Cad. Saúde Públ.*, Río de Janeiro, 11 (3): 456-462, jul./Sep, 1995.
 22. Diario Oficial de Federación: Acuerdo por lo que se establecen las bases de la instrumentación del programa Nacional de Certificación de Hospitales (online); (consultado sep.2008) disponible en: <http://www.salud.gob.mx/idades/csg/publica/DOF/PNCH.PDF>
 23. Programas de evaluación de la calidad en la atención médica: certificación y acreditación, problemática en su instrumentación. Javier Santillán Moncayo Publicaciones y Documentos de la Representación en

- México de OPS. Disponible en: URL: www.mex.opms.org/documentos/publicaciones/hacia/a24.pdf
24. Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de establecimientos de Servicios de Salud. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión 2008. [consultado 2008 Sep 3]; Disponible en: URL: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/regla/4.PDF>
 25. Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud. Dof-reglamentoint-22102003 [consultado 2008 sep. 2] http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/DOF_REGLAMENTOINT22102003.pdf
 26. Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud 2007–2012. México: Secretaría de Salud. [citado 2008 Sep 26]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/manual_acredita.pdf
 27. Certificación de Establecimientos de Atención Médica <http://innova.fox.presidencia.gob.mx/archivos/0/4/1/1/files/archivos/sip-1844.pdf>
 28. Martínez C, La teoría de la evaluación de programas, Departamento de métodos de investigación y diagnóstico en Educación. UNED, 73-91p.
 29. Rossi, P.H.; Freeman, H.E. & Lipsey, M.W. Evaluation: A Systematic Approach. Sage Publications. 1999
 30. Mohr, L. Impact Analysis for Program Evaluation. Sage Publications. 1995
 31. Montero E. Marco Conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica. (Internet), 2004 Ene-jun. [consultado 2008 Jun. 02]; 1 (2):1-17. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-6/1-2-6.pdf>
 32. Solórzano BM. Modelo de evaluación del impacto social de los Programas de Alfabetización [Tesis doctoral]. Cuba: Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño. 2005
 33. Donabedian A. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. 1ª. reimpresión. México: Copilco. 93-151.1991
 34. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación; 3ª. Edición, Chile: Mc Graw Hill, 2004; 344-348 p.
 35. Alarcón A, Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas; Rev Méd Chile (revista online) Vol. 136 (1):125-131, 2008; (Consultado: 19feb2009); disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000100016&script=sci_arttext
 36. Ruiz C, Validez, Programa Interinstitucional Doctorado en Educación (online); (Consultado 27 may. 2009); disponible en: <http://www.carlosruizbolivar.com/articulos/archivos/Curso%20CII%20UCLA%20Art.%20Validez.pdf>
 37. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería, 3ª. Edición, España: Elsevier, 2008; 16, 209-213p.
 38. Alonso R, Bayarre H, Artilles L, Rev. Cubana Salud Pública: Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad; Cuba, 2004; 30(2), (consultado 19 feb. 2009), disponible en: www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=29226&id_seccion=762&id... - 46k
 39. Paolinelli C, González P, Doniez M, Donoso T, Salinas V. Revista Médica de Chile: Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación. Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure, Vol. 129 (1), Chile, ene. 2001 (consultado 23 feb. 2009), disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000100004&script=sci_arttext
 40. Lugo L, García H, Gómez C. Rev Fac Nac Salud Pública Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia, jul.-dic. 2006; Vol. 24 (2); (consultado: 22 feb. 2009), disponible: www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2006000200005&script=sci_arttext - 51k -
 41. Veliz J, Rev Med Hered. [online]: Validación de un cuestionario de transgresiones ético-médicas, oct./

- dic 2006, vol.17, no.4 [citado 21 febrero 2009], p.212-219. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000400005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X.
42. Zuñiga M, Carrillo G, Medina G, Salud Pública México: Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México, 1999; 41 110-118p. (consultado 22 feb.2009), disponible en: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1999/v41n2_evaluacion_del_estado.pdf
43. Sánchez P. Universidad de Mar Valparaíso –Chile, Construcción y Validación Factorial de un Instrumento para medir Estrés Laboral en Servicios de Alta Tensión del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, 2005 (consultado 19 feb-09), disponible en: http://users.udelmar.cl/loyola/WEBs/psicologia/data/upimages/TESIS_med_stress.pdf
44. Figuera M, Rev. Gestipolis (online): Propuesta estratégica para uso de transgénico. ago. 2008 (consultado 22 feb. 2009), disponible en: <http://www.gestipolis.com/administracion-estrategia/gerencia-estrategica-para-transgenicos.htm>
45. Cabrera G, Londoño J, Bello L. Rev. Salud Pública: Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia, Colombia, 10 (3): 443-451, Julio, 2008 (consultado: 14-Feb.2009), Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n3/v10n3a09.pdf.
46. Alonso R, Bayarre H, Artilles L. Revista Cubana Salud Pública: Construcción de un instrumento para medir satisfacción personal en mujeres de mediana edad, Cuba, 30 (2) 2004 http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu06204.htm
47. Creel L, Sass J, Yinger N, Population refernce bureau measure Communications. Nuevas perspectivas sobre la calidad de atención: Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad, Vol. 1;EE. UU.; Dic, 2002; (consultado:16 feb 2009); Disponible en: http://www.prb.org/pdf/QOC1Overview_Sp.pdf.
48. Lugo J, Barroso M, Fernández L. Rev. Cubana Oncológica: Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología; 12 (1), 1996; (consultado:16 feb 2009); Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol12_1_96/onc07196.htm
49. Programa Sectorial de Salud 2005-2010, del gobierno del estado de Veracruz: "Salud para todos los veracruzanos" disponible en: <http://portal.veracruz.gob.mx/pls/portal/docs/page/gobversfp/csfpptransparencia/sfpraccionviipvd/sfpprogramassectoriales/programa%20sectorial%20de%20salud.pdf>
50. Namakforoosh M, Metodología de la Investigación, 2a. edición, Limusa;200;188-90p (consultado 21 feb.2009), disponible en: <http://books.google.com/books?id=ZEJ7-0hmvhwC&printsec=frontcover&dq=metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n&hl=es#PPP1,M1>.

