

# Implementación del Programa Hospital Seguro en México

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



# Implementación del Programa Hospital Seguro en México

Washington, D.C., 2024

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Implementación del Programa Hospital Seguro en México

ISBN: 978-92-75-32761-6 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32762-3 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Programa Hospital Seguro en México. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327616>. Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>. Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

OPS/PHE/2023

# Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>v</b>
<b>Siglas</b> .....	<b>vi</b>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Metodología</b> .....	<b>2</b>
<b>3. Antecedentes y origen del Programa Hospital Seguro en México</b> .....	<b>3</b>
<b>4. La gerencia y organización del Programa Hospital Seguro en México</b> .....	<b>4</b>
4.1 El liderazgo programático de la Coordinación Nacional de Protección Civil.....	5
4.2 El marco normativo que respalda el Programa Hospital Seguro en México .....	7
4.3 Estructura del Programa Hospital Seguro en México .....	8
4.4 Vinculación con otras instancias nacionales que certifican y acreditan establecimientos de salud.....	14
<b>5. La intervención del Programa Hospital Seguro en México</b> .....	<b>17</b>
5.1 Los equipos evaluadores .....	18
5.2 El proceso de evaluación .....	22
<b>6. Respuesta de los establecimientos de salud al Programa Hospital Seguro en México</b> .....	<b>31</b>
6.1 El Programa Hospital Seguro en los hospitales.....	31
6.2 El cumplimiento de las recomendaciones .....	31
6.3 El financiamiento de las medidas derivadas del cumplimiento de las recomendaciones.....	33
6.4 La gestión de riesgos en los hospitales.....	33
6.5 Experiencias del Programa Hospital Seguro con las organizaciones de trabajadores de salud .....	34
<b>7. Áreas de oportunidad y retos para el futuro del Programa Hospital Seguro en México</b> .....	<b>37</b>
7.1 Áreas de oportunidad .....	37
7.2 Retos para el futuro del PHS .....	38
<b>Referencias</b> .....	<b>40</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>43</b>

## Cuadros

Cuadro 1. Ejes de la sistematización de experiencias relacionadas con la implementación del Programa Hospital Seguro en México.....	2
Cuadro 2. Resumen de las experiencias sistematizadas con relación a la gerencia y organización del Programa Hospital Seguro en México.....	16
Cuadro 3. Resultados de las evaluaciones del Programa Hospitales Seguros realizadas en México, 2007-2020.....	29
Cuadro 4. Resumen de las experiencias sistematizadas con relación al proceso de evaluación del Programa Hospital Seguro en México.....	30
Cuadro 5. Resumen de las experiencias sistematizadas con relación a los establecimientos de salud en el marco del Programa Hospital Seguro en México .....	35

## Figuras

Figura 1. Organigrama del Sistema Nacional de Protección Civil de México .....	5
Figura 2. Proceso de avance y primeros hitos del Programa Hospital Seguro en México .....	6
Figura 3. Marco normativo del Programa Hospital Seguro en México .....	7
Figura 4. Estructura del Programa Hospital Seguro en México .....	8
Figura 5. Estructura del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro en México.....	10
Figura 6. Estructura y funciones del Grupo Técnico Asesor del Programa Hospital Seguro en México .....	12
Figura 7. Composición de los equipos evaluadores del Programa Hospital Seguro en México.....	18
Figura 8. Camas hospitalarias perdidas y defunciones a causa de los sismos de 1985 y el 2017 en México ...	22
Figura 9. Fases y metodología de la evaluación hospitalaria en el marco del Programa Hospital Seguro .....	23
Figura 10. Protocolo de evaluación hospitalaria en el marco del Programa Hospital Seguro en México .....	25
Figura 11. Notificación de puntos críticos derivada de una evaluación en el marco del Programa Hospital Seguro de México.....	27

# AGRADECIMIENTOS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desea agradecer la contribución de Vilma Gutiérrez, la cual realizó la sistematización y preparó la publicación final, así como de Alex Camacho, Armando De Negri, Celso Bambaren, Ciro Ugarte, Jean-Marc Gabastou y Miguel Malo de la OPS, quienes se encargaron de la edición y la revisión final.

También desea extender un agradecimiento especial a todo el personal de salud que participó en las entrevistas y conversaciones, así como a las siguientes instituciones y establecimientos de salud que facilitaron y apoyaron la presente sistematización:

- Coordinación Nacional de Protección Civil de México
- Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro (CNEDCPHS) de México
- Grupo Técnico Asesor del Programa Hospital Seguro
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su calidad de secretaría técnica del CNEDCPHS
- Secretaría de Salud (SS) federal, en su calidad de secretaría ejecutiva del CNEDCPHS
- Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro (CEEPHS) de la Ciudad de México
- Coordinación de Proyectos Especiales en Salud del IMSS
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) de la SS federal
- Dirección General de Certificación del Consejo de Salubridad General
- Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar n.º 7, IMSS, Cuautla (Morelos)
- Hospital General Tláhuac, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Ciudad de México
- Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Ciudad de México
- Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAe) del Hospital de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación, IMSS, Ciudad de México
- Hospital General Xoco, Secretaría de Salud de la Ciudad de México
- Hospital General Regional n.º 1 Charo, IMSS, Michoacán

## Siglas

CEEPHS	Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro
CNPC	Coordinación Nacional de Protección Civil
CNEDCPHS	Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
GTA	Grupo Técnico Asesor
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISH	Índice de seguridad hospitalaria
NOM	Norma Oficial Mexicana
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PHS	Programa Hospital Seguro
SS	Secretaría de Salud
SiNaCEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SINAPROC	Sistema Nacional de Protección Civil



# 1. Introducción

A nivel global, la gran mayoría de países han suscrito compromisos internacionales (y apoyado su implementación) para la reducción del riesgo de desastres en hospitales y otros establecimientos de salud, como el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015 (1) y el Marco de Sendai 2015-2030 (2). Este último acuerdo vigente insta a los países a invertir en medidas simples para reducir el riesgo y las vulnerabilidades mediante la aplicación de normas de construcción pertinentes que protejan infraestructuras esenciales como los hospitales.

Desde el plano regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha impulsado la implementación de la iniciativa de hospitales seguros en todos los países de la Región de las Américas por medio de la cooperación técnica para la evaluación de los establecimientos de salud mediante el índice de seguridad hospitalaria (ISH) (3), la formación de evaluadores y evaluadoras, la conformación de los programas nacionales, la revisión y actualización de las normas nacionales para que estas incorporen los tres niveles de seguridad, y la movilización de recursos para la reducción del riesgo y el fortalecimiento de la preparación.

De acuerdo con la OPS:

*El hospital seguro se define como un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura inmediatamente después de que ocurre un desastre natural. [...] Es seguro porque cuenta con la máxima protección posible, las vías de acceso al establecimiento de salud y los servicios de suministro de agua potable, energía eléctrica y telecomunicaciones continúan operando, lo que permite garantizar su funcionamiento continuo y absorber la demanda adicional de atención médica (4).*

En este contexto, el interés principal de la presente publicación es rescatar las mejores prácticas en la implementación del Programa Hospital Seguro (PHS) en México (5) con relación a la voluntad política, el compromiso profesional, la implantación de procesos, la innovación y la adaptación al cambio. Tiene, además, la intención de fortalecer los procesos de aprendizaje poniendo de relieve sus principales experiencias, los hitos alcanzados y las oportunidades de mejora.

La experiencia sistematizada de México muestra los avances del programa a través de las relaciones que se generan entre los diversos actores del proceso y los factores que intervinieron para lograr los resultados obtenidos, donde las distintas instancias —nacionales y estatales—, los evaluadores<sup>1</sup> y los hospitales desempeñan papeles protagónicos en la solución de los problemas que se encuentran en el camino, lo que convierte al PHS en una experiencia exitosa en la Región de las Américas.

En los 16 años transcurridos desde el inicio del PHS, el programa se ha institucionalizado y se ha conformado en una estructura organizativa con un marco normativo que respalda sus objetivos de tal modo que se pueda capacitar a evaluadores, desarrollar actividades de planificación, realizar evaluaciones y dar seguimiento a las recomendaciones de mejora derivadas de las evaluaciones de los hospitales.

El funcionamiento de los servicios de salud tras un desastre refuerza el sentido de estabilidad y de cohesión social. “Los hospitales y las instalaciones de salud que pueden seguir funcionando son poderosos símbolos de progreso social, al igual que prerrequisitos para la estabilidad y el crecimiento económico en los países” (6). Por consiguiente, la contribución del PHS al país va más allá de los establecimientos de salud y merece ser analizada con el fin de que pueda servir de ejemplo a experiencias similares en la Región de las Américas.

---

<sup>1</sup> La Organización Panamericana de la Salud defiende la igualdad entre géneros y promueve el uso del lenguaje inclusivo. Sin embargo, en algunos párrafos se utiliza el masculino genérico con el fin de simplificar la lectura.

## 2. Metodología

La sistematización del PHS en México se llevó a cabo por iniciativa del Departamento de Emergencias de Salud de la OPS entre junio y septiembre del 2022. Durante este tiempo se recuperó, organizó y analizó la información disponible sobre la experiencia de implementación del PHS y los procesos de intervención relacionados; se documentaron las experiencias, los aspectos cualitativos del proceso, y las reflexiones sobre las áreas de oportunidad y los factores de éxito a partir de los propios testimonios de los actores protagonistas de este proceso. En cuanto al marco temporal, la sistematización abarca desde la conformación del PHS en México en el 2006 hasta el mes de agosto del 2022.

El eje central de esta sistematización consiste en la experiencia relacionada con la implementación del PHS. Dentro de este eje, se distinguen tres planos de análisis fundamentales: a) la gerencia y organización del programa; b) las intervenciones del PHS mediante la realización de evaluaciones y la conformación de equipos evaluadores; y c) la respuesta de los establecimientos de salud a la implementación del PHS y a las observaciones y recomendaciones derivadas de las evaluaciones del programa (cuadro 1).

**Cuadro 1. Sistematización de experiencias relacionadas con la implementación del Programa Hospital Seguro en México**

Eje central	Eje de análisis	Experiencias relevantes	Criterios
<b>Experiencia en la implementación del Programa Hospital Seguro en México</b>	Gerencia y organización: estructura organizativa del PHS y coordinación multinivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institucionalización del PHS</li> <li>• Marco jurídico y normativo</li> <li>• Estructura organizativa multinivel</li> <li>• Multisectorialidad y multidisciplinariedad</li> <li>• Procesos y protocolos de evaluación</li> </ul>	Relevancia, aplicabilidad, innovación, sostenibilidad y adaptación al cambio
	Intervenciones: equipos y procesos de evaluación del PHS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de planificación y desarrollo de las evaluaciones de los establecimientos</li> <li>• Procesos de emisión y remisión de los resultados de las evaluaciones</li> <li>• Función de los evaluadores y evaluadoras, perfil, formación y trabajo voluntario</li> </ul>	
	Respuesta: PHS en los establecimientos de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de comités hospitalarios del PHS</li> <li>• Creación de capacidades</li> <li>• Desarrollo de las evaluaciones y seguimiento de las observaciones</li> <li>• Gestión de recursos</li> <li>• Organización hospitalaria para la respuesta a emergencias y la gestión del riesgo ante emergencias y desastres</li> </ul>	

Nota: PHS: Programa Hospital Seguro.

Las principales etapas de la sistematización fueron las siguientes:

1. **Recopilación de información de fuentes primarias y secundarias:** entrevistas con autoridades del plano gerencial del PHS (la Coordinación Nacional de Protección Civil [CNPC] y los tres cuerpos colegiados del PHS); recorridos, observación y conversaciones en visitas realizadas a seis hospitales; entrevistas individuales con informantes clave; y recopilación y análisis de información procedente de fuentes secundarias.
2. **Registro de la información y redacción del informe de sistematización:** reconstrucción cronológica de la implementación del PHS; determinación y análisis de las experiencias y áreas de oportunidad en torno a los ejes de análisis; y revisión y validación del documento por parte de las áreas competentes para su publicación.

### 3. Antecedentes y origen del Programa Hospital Seguro en México

El 19 de septiembre de 1985, un terremoto de magnitud 8,1 en la escala de Richter sacudió México. El mayor impacto se concentró en el centro, el sur y el oeste del país, y la Ciudad de México fue la más afectada (7), al sufrir daños en más de 50 hospitales y centros de salud que supusieron la pérdida de más de 5000 camas hospitalarias, también en unidades de alta complejidad médica. Recuperar la capacidad hospitalaria instalada previa al sismo de 1985 fue un proceso muy largo que tomó alrededor de 10 años.

De acuerdo con el doctor Felipe Cruz Vega, de la Coordinación de Proyectos Especiales en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el terremoto de 1985 demostró que México no estaba preparado para un evento de tal magnitud. Según sus palabras:

*De ahí la insistencia de no seguir diciendo que tenemos hospitales seguros cuando no los tenemos. En el sismo de 1985, el Centro Médico del IMSS de la Ciudad de México no se derrumbó, pero tuvo daños severos y hubo que evacuar a 2300 pacientes de ese complejo de siete hospitales hacia otras instalaciones.*

El terremoto activó todo el sistema de protección civil y, en lo que respecta al sector de la salud, alertó sobre la necesidad de revisar la seguridad constructiva de los hospitales. Así, partiendo de que una edificación con daños estructurales no puede ser operativa, se estableció un nuevo reglamento de construcción.

De igual modo, la experiencia del terremoto puso de manifiesto la necesidad de adoptar medidas multisectoriales, principalmente enfocadas en la prevención de riesgos, por lo que un año después, en 1986, se creó el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), liderado por el Presidente de la República.

El SINAPROC es un conjunto orgánico encargado de articular estructuras, relaciones funcionales, métodos y procedimientos para llevar a cabo acciones coordinadas dirigidas a la protección contra los riesgos y la recuperación de la población ante la eventualidad de un desastre.

En 1996, la OPS, por invitación del Gobierno de México y con el apoyo de numerosas instituciones, convocó a la Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud, donde se firmó un convenio con la Secretaría de Salud (SS) de México para promover estrategias de mitigación de desastres en proyectos de construcción de nuevos establecimientos de salud o de reforzamiento de instalaciones de salud existentes (8). En 1997, el IMSS y la OPS firman un convenio de cooperación técnica para organizar el PHS ante desastres.

Aunque ya desde la década de los noventa se hablaba de hospitales seguros ante desastres, hasta el año 2004 no se emite la Resolución CD45.R8 del Consejo Directivo de la OPS, que exhorta a sus Estados Miembros:

*[...] a que adopten el lema de “hospitales seguros frente a desastres” como una política nacional de reducción de los riesgos; a que establezcan la meta de que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice mejor su capacidad de seguir funcionando en las situaciones de desastre; y a que implanten medidas adecuadas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes (9).*

En el 2005, un equipo multidisciplinario elaboró una primera lista de verificación para evaluar hospitales en el marco del PHS, que se validó y se fue mejorando con nuevas áreas de oportunidad hasta llegar a oficializarse (10). Un año más tarde, el 26 de noviembre del 2006, el PHS se formalizó cuando la CNPC convocó al sector de la salud –público, social y privado– para participar en la creación del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del PHS (CNEDCPHS). Ese fue el despegue de la experiencia mexicana en la implementación del PHS.

## 4. La gerencia y organización del Programa Hospital Seguro en México

El primer eje de análisis tiene en cuenta los aspectos gerenciales y organizativos del PHS, como la dirección del programa, el marco normativo que lo respalda, su estructura y la vinculación con otras instituciones nacionales de certificación.

### Puntos clave

- El PHS forma parte del Programa Interno de Protección Civil, por lo que depende de la CNPC, el ente articulador que contribuye a la multisectorialidad del programa, factor clave del éxito del PHS.
- La implementación del PHS está respaldada por un marco normativo que ha garantizado su permanencia pese a los cambios de gobierno: la Ley General de Protección Civil (11) y la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012 (12).
- Los procedimientos de implementación del PHS se establecen desde el ámbito nacional hasta el estatal.
- El PHS se estructura en torno a tres cuerpos colegiados (el Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro [CNEDCPHS], el Grupo Técnico Asesor [GTA] y los comités estatales de evaluación del Programa Hospital Seguro [CEEPHS]) integrados por instituciones del Sistema Nacional de Salud y miembros del mundo académico y de asociaciones científicas y sociales.
- Existen coincidencias con los procesos de certificación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) y el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM).
- En la actualidad se encuentra en desarrollo el Centro Nacional de Emergencias en salud cuyo fin será integrar las actividades de certificación emanadas de las distintas entidades.

## 4.1 El liderazgo programático de la Coordinación Nacional de Protección Civil

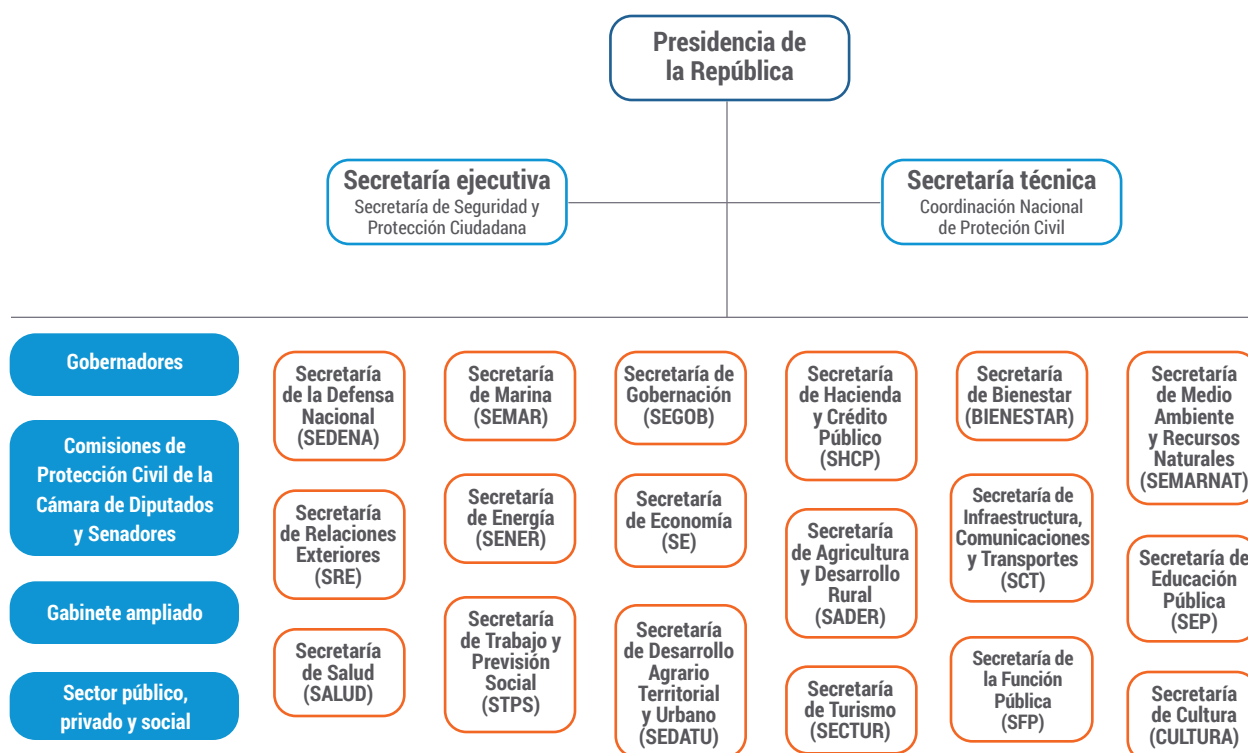
En el 2006 se implanta el PHS en México bajo la dirección de la CNPC, la cual, a su vez, depende del SINAPROC y de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (SSPC). Esto hace que exista una fuerte vinculación entre el PHS y las iniciativas nacionales de reducción del riesgo de desastres a cargo de Protección Civil.

El doctor Felipe Cruz Vega, de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, asegura que esto sucede:

*Porque desde el inicio se expresó que el sector salud no podía ser juez y parte, nos costaría mucho trabajo cerrar un hospital; probablemente no podríamos hacerlo. De ahí salió la sugerencia de que debería estar a cargo de Protección Civil. Fue una idea que tomó fuerza. La Ley General de Protección Civil podía cerrar instalaciones que tuvieran riesgos. Ahí fue que el PHS entró a la CNPC.*

Con respecto a las implicaciones de que la CNPC esté a cargo del PHS, el ingeniero Óscar Zepeda, director de la CNPC, señala que “permite tener una visión basada en condiciones muy particulares de lo que es Protección Civil, que es un mecanismo que permite articular a los diferentes sectores, pero también, al interior del sector salud, permite tener un liderazgo y una conjunción de voluntades”. Destaca, asimismo, la importancia de tomar en cuenta que la dependencia de Protección Civil favorece la coordinación multisectorial necesaria para la respuesta de los hospitales ante emergencias (figura 1).

Figura 1. Organigrama del Sistema Nacional de Protección Civil de México

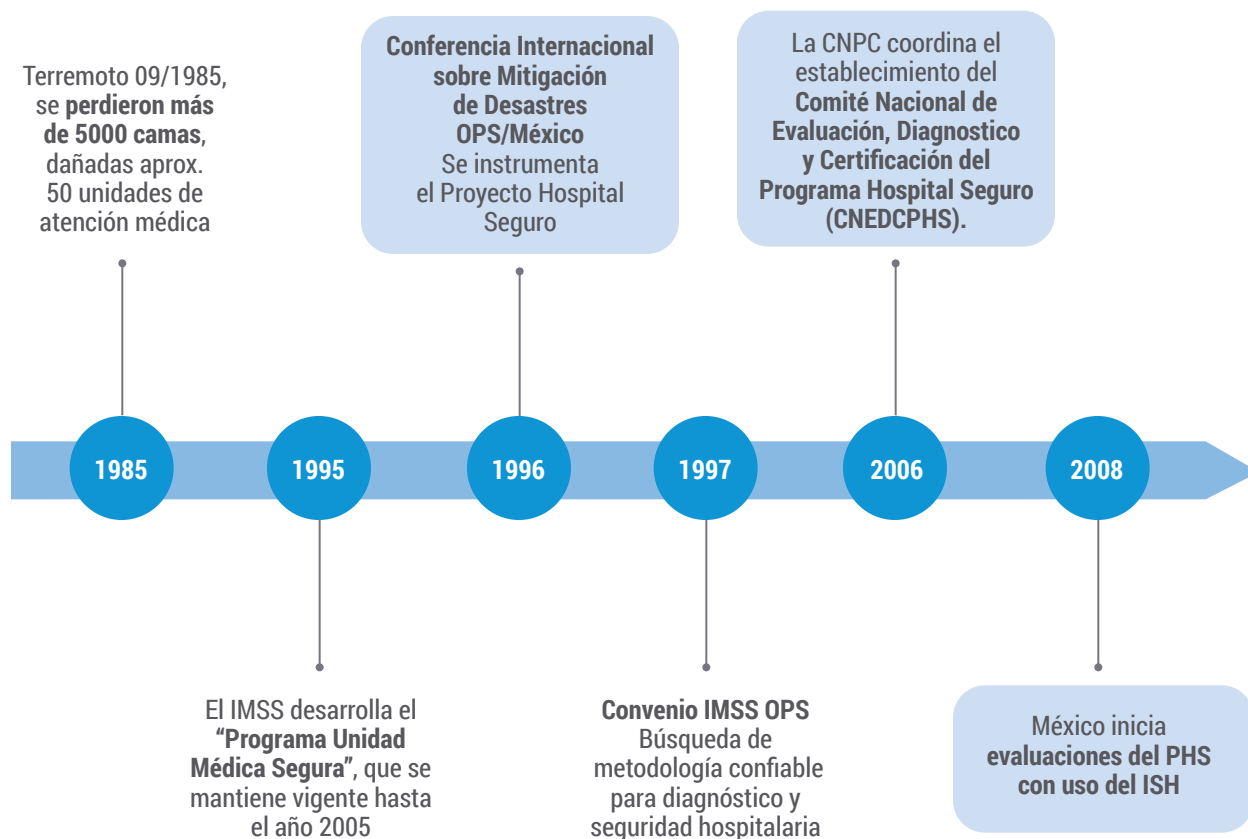


Fuente: Coordinación Nacional de Protección Civil. Programa Hospital Seguro (PHS). Ciudad de México: CNPC; 2022.

El ingeniero Zepeda también señala:

*Parte del éxito del PHS se debe al liderazgo de la CNPC a través de la comunicación permanente [con todos los sectores], que facilita el proceso de instalación y el funcionamiento del programa. Fue un proceso de apropiación, de organización al interior y con cambios estructurales para fortalecer [el programa] institucionalmente (figura 2).*

**Figura 2. Proceso de avance y primeros hitos del Programa Hospital Seguro en México**



*Nota:* CNPC: Coordinación Nacional de Protección Civil; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISH: índice de seguridad hospitalaria; OPS: Organización Panamericana de la Salud; PHS: Programa Hospital Seguro.

*Fuente:* Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Programa Hospital Seguro en México. Ciudad de México: IMSS; 2022.

"El PHS es un programa que deberá estar vigente más allá de una ocurrencia, de una condición, de una política sexenal o una política de gobierno que se esté encabizando en ese momento. Esto le da a este programa una certeza de permanencia", subrayó también el ingeniero Zepeda.

El hecho de que el PHS esté adscrito a la CNPC y cuente con un respaldo normativo que define su objetivo y ampara su funcionamiento ha permitido que, desde el inicio de su implementación, no haya sufrido alteraciones a causa de los cambios políticos en el país.

## 4.2 El marco normativo que respalda el Programa Hospital Seguro en México

El año 2012 marca un hito para la sostenibilidad del PHS gracias a la Ley General de Protección Civil (11), que define los hospitales seguros en el artículo 2 e indica, en el artículo 39, que el PHS forma parte de su Programa Interno de Protección Civil y que, en el caso de las unidades hospitalarias –sean estas públicas, privadas o sociales–, se deberán tomar en consideración los lineamientos establecidos en el PHS.

El cumplimiento de estos lineamientos de la Ley General de Protección Civil (11) se apoya en la NOM-016-SSA3-2012 (12), la cual brinda suficiente respaldo y sostenibilidad a las evaluaciones que realiza el PHS, ya que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento que deben tener los hospitales y consultorios de atención médica especializada, bien sean públicos, privados o sociales.

Así, entre los factores que han permitido que el PHS se mantenga pese a los cambios de gobierno, destaca el marco normativo que respalda y legitima su implantación y funcionamiento: la Ley General de Protección Civil (artículos 2 y 39) y la NOM-016-SSA3-2012 (figura 3).

Figura 3. Marco normativo del Programa Hospital Seguro en México



Nota: CNEDCPHS: Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro; DOF: Diario Oficial de la Federación.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Programa Hospital Seguro en México. Ciudad de México: IMSS; 2022.



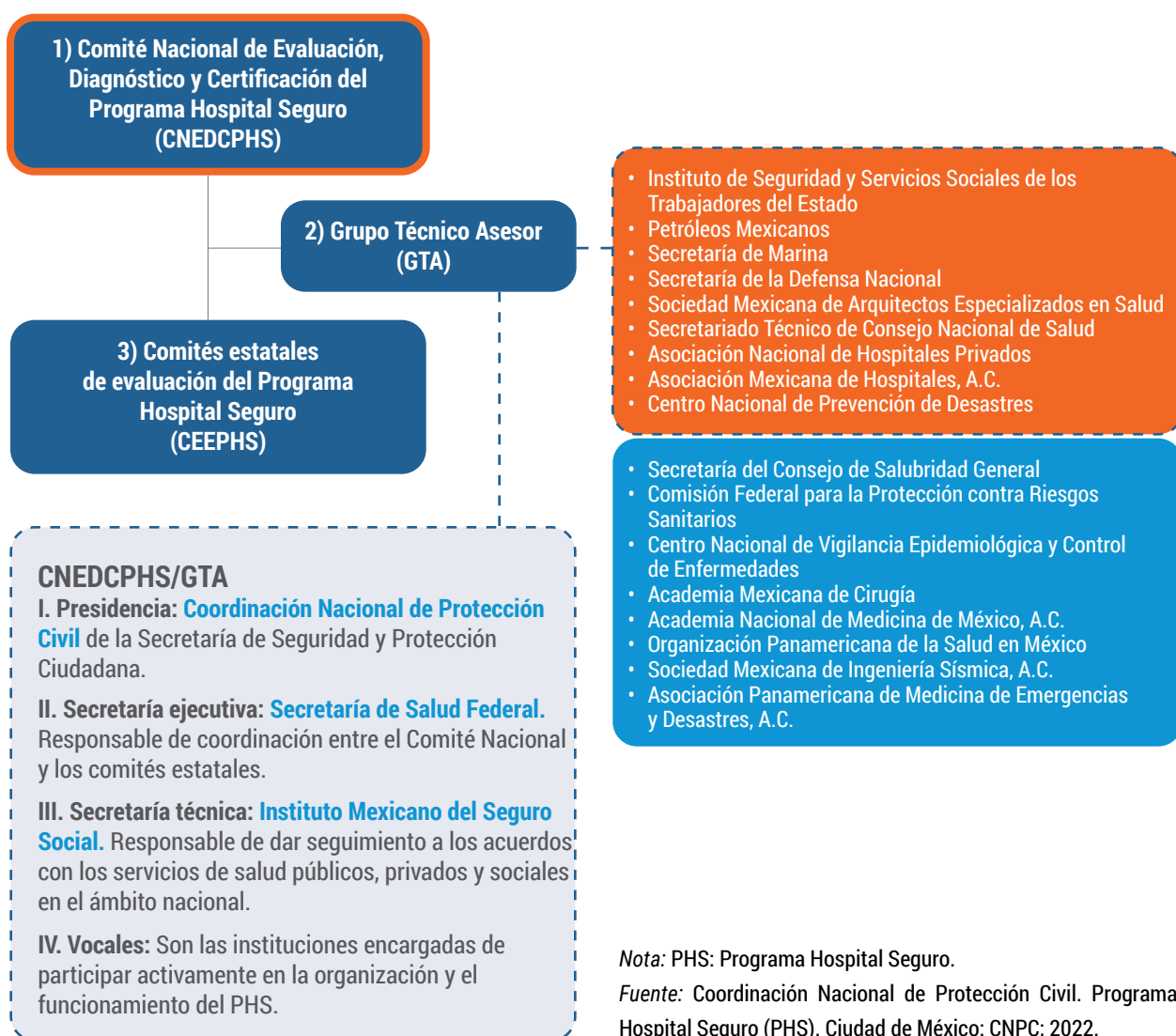
## 4.3 Estructura del Programa Hospital Seguro en México

El PHS se fundamenta en una plataforma compuesta por conocimientos, estructura, información, y trabajo bien administrado y consolidado que permite que un hospital, con independencia de su tamaño, se mantenga en pie y funcionando ante una emergencia o desastre.

En México, el PHS cuenta con tres cuerpos colegiados, presididos a escala nacional por la CNPC, que son: a) el CNEDCPHS; b) el GTA, y c) los CEEPHS (figura 4).

La gestión del PHS fluye del ámbito nacional al estatal y viceversa. Estos cuerpos colegiados planifican y desarrollan su actividad de acuerdo con sus funciones específicas. Las sesiones se celebran con las formalidades establecidas: invitaciones oficiales a cada sesión, cumplimiento del orden del día, convocatoria de las sesiones por cuórum de las personas presentes en la sala, levantamiento de actas y revisión de acuerdos.

Figura 4. Estructura del Programa Hospital Seguro en México





## **El Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro**

Una de las primeras acciones de la CNPC al asumir la dirección del PHS fue conformar el CNEDCPHS como ente consultivo nacional del PHS en México, cuya función es homogeneizar los criterios de ubicación, diseño estructural y funcionamiento de los hospitales. El CNEDCPHS celebra sesiones oficiales cuatro veces al año; la presidencia la ocupa la CNPC, la secretaría ejecutiva le corresponde a la SS y la secretaría técnica, al IMSS (figura 5).

Dada la capacidad de articulación multisectorial de la CNPC, el CNEDCPHS está integrado por la alta dirección de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y otras instituciones y asociaciones de carácter multisectorial y multidisciplinario, decisión significativa que ha caracterizado y marcado el proceso de implementación del programa desde su inicio. Muestra de ello es la participación de la SS, el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Asociación Nacional de Hospitales Privados, entre otras entidades.

Asimismo, el CNEDCPHS decidió invitar a miembros del mundo académico y de sociedades científicas, entre ellos, la Academia Mexicana de Cirugía, la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud, la Sociedad Mexicana de Ingeniería Sísmica y la Universidad Nacional Autónoma de México, lo que ha permitido dotar de mayor fuerza al Comité Nacional gracias a sus conocimientos especializados, los cuales resultan importantes para verificar las estructuras de los edificios evaluados, como las casas de máquinas o las áreas de tecnología de la información y las comunicaciones.

**Figura 5. Estructura del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro en México**



*Nota:* CNPC: Coordinación Nacional de Protección Civil; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SSPC: Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

*Fuente:* adaptado de Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Programa Hospital Seguro en México. Ciudad de México: IMSS; 2022.

Cabe destacar que la Representación de la OPS en México participa en las reuniones del CNEDCPHS. A escala nacional y regional, apoya la implementación del PHS con el fin de: a) formular políticas y regulaciones nacionales sobre hospitales seguros frente a desastres; b) lograr los niveles de seguridad necesarios para proteger la vida de los ocupantes, la inversión y la función de los establecimientos de salud, y c) sistematizar y dar seguimiento a la ejecución de las políticas y regulaciones nacionales e internacionales sobre hospitales seguros.

### **El Grupo Técnico Asesor**

Este grupo, cuyas sesiones se celebran mensualmente, funciona como brazo operativo del CNEDCPHS y sus integrantes son los representantes de las instituciones que lo conforman. A este respecto, el ingeniero Óscar Zepeda Ramos, director de la CNPC, señaló:

*Esta diversificación, que se replica desde la Comisión Nacional, el Grupo Técnico Asesor y las Comisiones Federativas del PHS, conformada por instituciones más allá del sector salud, representa un hito por ser uno de los éxitos que fortalece la multisectorialidad y multidisciplinariedad del programa.*

La función principal del GTA es coordinar las políticas relacionadas con la organización y el funcionamiento de los hospitales en situación de riesgo (figura 6). Es responsable de planificar, organizar, dar seguimiento y evaluar las actividades del CNEDCPHS y de los CEEPHS. El GTA es, además, el vínculo entre el CNEDCPHS y los CEEPHS.

El IMSS está a cargo de la secretaría técnica del GTA, y ejerce las siguientes funciones:

- Participar activamente en las actividades y acciones que se formalicen en la CNEDCPHS y el GTA.
- Presentar las listas de candidatos a evaluadores, formadas por quienes acreditaron satisfactoriamente el curso para evaluadores.
- Elaborar la lista de asistencia a las sesiones del GTA y verificar que existe cuórum.
- Participar de las resoluciones que se presenten.
- Elaborar la propuesta de calendario de las sesiones ordinarias.
- Elaborar y enviar al coordinador o coordinadora las actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias.
- Generar los contenidos técnicos del curso de formación para evaluadores y dar soporte técnico a la plataforma virtual del curso.

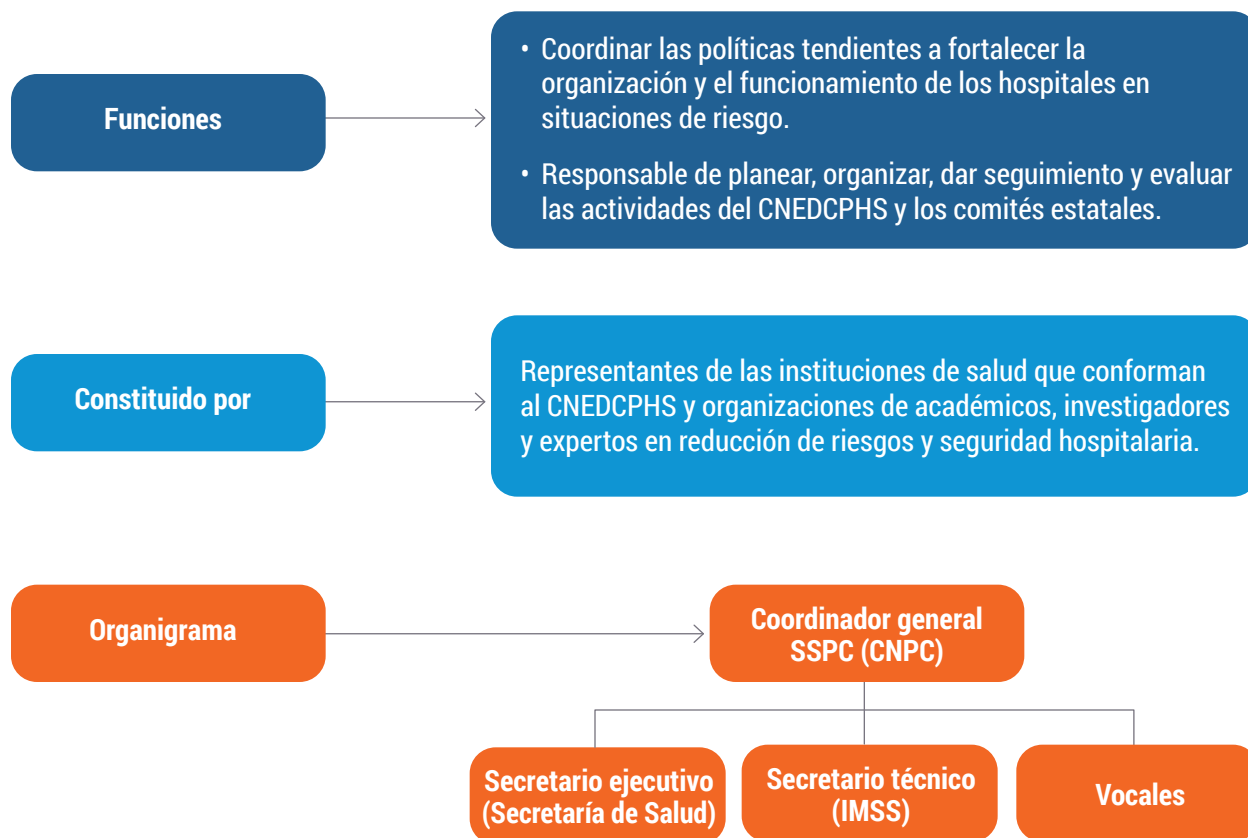
La SS está a cargo de la secretaría ejecutiva del GTA y ejerce las siguientes funciones:

- Coordinar la participación de la SS en los 32 estados para el desarrollo del PHS.
- Velar por el cumplimiento de los acuerdos y compromisos adoptados en cada sesión.
- Participar en la coordinación de las actividades y acciones que se formalicen en el GTA.
- En ausencia del coordinador, convoca y preside las sesiones del GTA.
- Elaborar y remitir a la secretaría técnica del CNEDCPHS el informe de trabajo cuatrimestral que se elabora con la participación de todas las instituciones que integran el GTA.

De acuerdo con la licenciada Josefina Arellano, subdirectora general de la DGCES:

*En salud, los estados federales son unidades descentralizadas, entonces toca convencer, apoyar, orientar para que participen en el PHS; les invitamos a que formen a sus evaluadores, orientamos sobre los procesos, damos seguimiento a sus evaluaciones y a las observaciones derivadas de estas.*

Figura 6. Estructura y funciones del Grupo Técnico Asesor del Programa Hospital Seguro en México



*Nota:* CNEDCPHS: Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro; CNPC: Coordinación Nacional de Protección Civil; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SSPC: Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.  
*Fuente:* Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Programa Hospital Seguro en México. Ciudad de México: IMSS; 2022.

## Los comités estatales de evaluación del Programa Hospital Seguro en México

Los comités estatales son los órganos responsables de planificar y llevar a cabo las evaluaciones hospitalarias.

Cada entidad federativa debe contar con un CEEPHS, cuya función principal es coadyuvar en la implementación de los procesos de evaluación y fomentar la capacitación del personal institucional en temas relacionados con el programa.

En México, el PHS debe contar con 32 CEEPHS. En el mes de agosto del 2022, algunos comités estatales se encontraban en proceso de restablecimiento por la suspensión temporal de las evaluaciones debida a la pandemia de COVID-19. De acuerdo con los datos recabados en el CNEDCPHS, en esa misma fecha había 14 comités estatales establecidos y 25 se encontraban en proceso de restablecimiento.

Las funciones de los CEEPHS son las siguientes:

- Aplicar las políticas, normas y disposiciones que establezca el CNEDCPHS.
- Participar en el proceso de evaluación en las unidades hospitalarias, coordinarlo e instrumentarlo.
- Promover la formación, acreditación, actualización y capacitación permanente de los evaluadores.
- Dar seguimiento a la instrumentación de las medidas necesarias para reforzar la capacidad de respuesta de las unidades médicas, y apoyarla, aplicando los criterios del PHS.

El objetivo del PHS a escala estatal es gestionar la evaluación de las instalaciones hospitalarias para asegurar que cumplan con los estándares mínimos de seguridad estructural y no estructural, y de gestión de emergencias, a fin de que puedan resistir y adaptarse a los efectos de un evento adverso, así como absorberlos y recuperarse de manera oportuna y eficaz.

Con respecto al flujo de gestión desde el ámbito nacional hasta el estatal, la licenciada Josefina Arellano indicó que a la SS, como secretaría ejecutiva del CNEDCPHS, le corresponde coordinar la participación de las secretarías de salud de los 32 estados, ya que son unidades descentralizadas que, a su vez, ejercen la función de secretarías ejecutivas en los comités estatales y, por tanto, están a cargo de coordinar la integración del resto de instituciones en los CEEPHS. Agregó, asimismo, que se lleva a cabo una importante labor de convencimiento y apoyo a los estados para que se incorporen al programa y participen en él.

También señaló que, desde la SS federal, asesora a los CEEPHS, los invita a formar a sus evaluadores, los apoya con materiales y orientación sobre los procesos, y da seguimiento a sus evaluaciones y a las recomendaciones derivadas de ellas. Así, por ejemplo, en Durango y Michoacán, se reconstruyeron los hospitales gracias a las observaciones del PHS que obtuvieron apoyo de la SS para gestionar el financiamiento.

A escala estatal, cada comité del PHS debe hacer un seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones a los hospitales evaluados por medio de los representantes de las instituciones que conforman el comité, quienes informan regularmente sobre los avances en este proceso. Este seguimiento forma parte de la agenda de las sesiones mensuales del Comité Estatal, que pueden celebrarse de manera extraordinaria en caso de darse situaciones críticas que requieran volver a evaluar un hospital.

Cabe destacar que la experiencia de México muestra que el funcionamiento de los CEEPHS no implica gastos mayores, esto es, los gastos de funcionamiento son menores y los asumen las instituciones que integran los comités. Así, por ejemplo, las sesiones se realizan de forma rotativa en las sedes de las instituciones integrantes.

También es digna de mención la actuación del CEEPHS de la Ciudad de México, que, en el 2020, en el contexto de la pandemia de COVID-19, alcanzó a realizar las últimas tres evaluaciones de emergencia en tiempo récord. La licenciada Raquel Olvera, del Comité Estatal del PHS en la Ciudad de México, señaló:

*Fue posible convocar y armar los equipos de evaluadores con pocos días de antelación para evaluar cuatro hospitales destinados a la atención al COVID-19, lo que demuestra el poder de convocatoria y de reacción del grupo de evaluadores, ellos estuvieron a la orden, y en dos días teníamos listo el equipo humano.*

Tras la suspensión de las actividades del PHS, en el caso del estado de la Ciudad de México, el Comité Estatal continuó celebrando sesiones de forma virtual, proponiendo soluciones alternativas para sostener las evaluaciones y mantener la vinculación con los evaluadores. Adicionalmente, como cuerpo colegiado, el Comité

Estatad del PHS de la Ciudad de México publicó artículos en revistas médicas sobre el funcionamiento del PHS y sus objetivos (13-15).

Siguiendo esta línea de innovación y adaptación al cambio, el Comité Estatal del PHS de la Ciudad de México desarrolló un instrumento de autoevaluación basado en una síntesis de los indicadores de la lista de verificación, para que el funcionariado a cargo del PHS de cada hospital pudiera realizar la evaluación directamente, lo que constituyó una experiencia innovadora. De acuerdo con el doctor José Carlos Guerrero, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en agosto del 2022, 100% de los hospitales del estado estaban realizando autoevaluaciones y emitiendo recomendaciones relacionadas con los indicadores del PHS.

#### **4.4 Vinculación con otras instancias nacionales que certifican y acreditan establecimientos de salud**

Existen coincidencias demostradas entre las actividades de certificación realizadas por el PHS y los procesos de acreditación que se desarrollan en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) de la SS. De acuerdo con la Ley General de Salud (16), todos los establecimientos que no cuentan con seguridad social deben ser acreditados. En entrevistas realizadas a los doctores José Luis García y Marcela Sánchez, de la DGCEs de la SS, explicaron que, al cotejar las listas de verificación de esta entidad con la que utiliza el PHS, se encuentran indicadores coincidentes en cuanto a criterios de seguridad en materia de reducción del riesgo de daños.

Asimismo, de acuerdo con el doctor Raúl Rafael Amaya, Director General de Certificación del Consejo de Salubridad General (CSG), se evidencian procesos similares en el marco del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), que establece en sus requisitos que, para certificar establecimientos de salud de alta complejidad y alto nivel resolutivo como parte del SiNaCEAM, antes deben contar con, al menos, una evaluación interinstitucional de la lista de verificación del PHS (17). Adicionalmente, las listas de indicadores tienen similitudes con el PHS en cuanto a la seguridad del paciente con relación a los sistemas críticos de la gestión y seguridad de las instalaciones, y la identificación de riesgos internos y externos, entre otros.

La doctora Yanet López, Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles de la SS, señaló la importancia de integrar todos estos esfuerzos coincidentes para fortalecer el PHS. Asimismo, la doctora López habló sobre el proceso de creación de un Centro Nacional de Emergencias en Salud, a cargo de la SS, con funciones encaminadas a mejorar la articulación de las medidas de preparación y respuesta mediante la prevención y la atención oportuna de la población ante emergencias, para lo cual es importante garantizar la seguridad de las estructuras físicas de las unidades médicas de atención primaria y especializadas, propósito para el que el PHS resulta fundamental.

En este sentido, el doctor Gabriel García, Director General de Epidemiología de la SS, indica que se está desarrollando una propuesta para la creación de un Centro Nacional de Emergencias en Salud, que garantizará la continuidad de las operaciones y la seguridad de los hospitales ante situaciones de emergencia. De contar con los recursos técnicos y financieros necesarios, este proyecto representaría una oportunidad sostenible para fortalecer la exitosa gestión del PHS lograda hasta ahora, dado que la seguridad estructural, no estructural y funcional de los hospitales es el objetivo principal del PHS.

Esta iniciativa surge de una propuesta presentada por la Representación de la OPS en México, la cual fue acogida por la SS como ente rector de la salud en el país y el IMSS como agente estratégico en la construcción del nuevo Sistema Nacional de Salud.

El Centro Nacional de Emergencias en Salud tendrá su red de respuesta anclada en los centros coordinadores de salud para el bienestar, de ámbito estatal, mediante la delegación de la autoridad rectora federal a los estados. El establecimiento de estos centros coordinadores busca robustecer los sistemas estatales de salud para aumentar su capacidad de resiliencia ante emergencias de salud y desastres como estructuras que componen el Sistema Nacional de Salud desde la esfera federal en acuerdo con las autoridades estatales y los institutos de seguridad social.

Estos centros, adscritos al Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (18) adoptado por México, tendrán tres dimensiones asociadas: a) el análisis situacional y de tendencias en materia de salud poblacional en los territorios y la articulación estratégica de acciones intersectoriales mediante un espacio de inteligencia estratégica en salud con un núcleo estatal central amparado en los distritos o jurisdicciones de salud como bases para el nuevo Servicio Nacional de Salud Pública; b) la coordinación de respuestas integradas a emergencias y desastres, con una estructura central estatal y sus antenas en distritos, jurisdicciones o regiones, como red de respuestas coordinadas a las amenazas múltiples y a los desequilibrios desastrosos del sistema de salud; c) la unidad dedicada a la coordinación y regulación de la atención clínica mediante núcleos de redes –primer nivel de atención, urgencias, atención ambulatoria especializada, apoyo diagnóstico, hospitalizaciones, sangre y trasplantes, asistencia farmacéutica y apoyo psicosocial (lo cual abarca la atención continuada en casos diversos de dependencia en el domicilio, internaciones no hospitalarias, larga permanencia y atención de la salud mental).

Esta unidad de coordinación y regulación de la atención clínica abogaría por mejorar los flujos de tiempo y la calidad de los servicios prestados a los pacientes en el sistema, gestionaría las listas y tiempos de espera y evaluaría dinámicamente el desempeño de las redes integradas de servicios de salud y los resultados para los pacientes, retroalimentando el análisis y la planificación de expansiones y reorganizaciones de la oferta de servicios de forma integrada. Para gestionar esta unidad de atención clínica y sus redes y líneas de atención será necesario establecer núcleos internos de regulación y coordinación en cada uno de los servicios relacionados, de forma que, en cada establecimiento de salud, dependiendo de su capacidad, habría uno o más núcleos internos de regulación y coordinación. Estos núcleos internos informarían constantemente sobre la capacidad y disponibilidad de los servicios, solicitarían y acogerían las demandas de atención y responderían de forma articulada en situaciones de emergencias y desastres, preservando los servicios esenciales y respondiendo a las necesidades extraordinarias.

Los primeros estados seleccionados para acoger centros estatales en el marco de esta iniciativa nacional fueron Nayarit, Ciudad de México, Guerrero y Chiapas, pero la expansión a otros estados ya está en proceso de análisis.

La creación del Centro Nacional de Emergencias en Salud y su funcionamiento vertebrado mediante la red de respuesta compuesta por los centros estatales contribuirán a la integración de las medidas de certificación y respuesta ante emergencias, lo cual mejorará la eficiencia del PHS.

**Cuadro 2. Resumen de las experiencias sistematizadas con relación a la gerencia y organización del Programa Hospital Seguro en México**

GERENCIA Y ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA HOSPITAL SEGURO		
EJE DE ANÁLISIS	CRITERIOS	EXPERIENCIAS RELEVANTES
Institucionalización del PHS	<b>Relevancia</b> ¿Es significativo, tiene valor e importancia, sobresale, resulta esencial? ¿Para quién?, ¿para qué?, ¿en qué contexto?	<ul style="list-style-type: none"> <li>El PHS se encuentra bajo la dirección de la CNPC, la cual tiene capacidad de liderar la articulación multisectorial e interinstitucional que facilita el proceso de implementación del PHS, y su organización y funcionamiento desde el ámbito nacional hasta el estatal.</li> <li>El PHS es parte del Programa Interno de Protección Civil, de cumplimiento obligatorio para cualquier infraestructura del país.</li> <li>Se han establecido tres cuerpos colegiados (CNEDCPHS, GTA y CEEPHS), actualmente operativos, integrados por instituciones del Sistema Nacional de Salud y miembros del mundo académico y de asociaciones científicas y sociales. Estos cuerpos dotan de estructura al PHS.</li> </ul>
	<b>Sostenibilidad</b> ¿Es posible que sus efectos perduren a largo plazo?	
	<b>Validez</b> ¿Existe correspondencia entre los objetivos propuestos y los resultados?	
Marco jurídico	<b>Sostenibilidad</b> <b>Relevancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entre los factores que han permitido que el PHS se mantenga pese a los cambios de gobierno destaca el marco normativo que respalda y legitima su implantación y funcionamiento: la Ley General de Protección Civil (artículos 2 y 39) y la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012.</li> </ul>
	<b>Aplicabilidad</b> ¿Es aprovechable, tiene utilidad, ofrece soluciones, es posible aplicarlo?	
Procesos y protocolos para la realización de evaluaciones en el marco del PHS	<b>Validez</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funciones y procesos de implementación definidos desde el CNEDCPHS y ejecutados y supervisados por medio de los CEEPHS.</li> <li>Coincidencias con los procesos de certificación de la Dirección de Calidad y Educación en Salud y el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.</li> <li>Propuesta en desarrollo de creación de un Centro Nacional de Emergencias en Salud, cuyo fin será concatenar las actividades de certificación emanadas de las distintas entidades.</li> </ul>
	<b>Sostenibilidad</b>	
	<b>Relevancia</b>	

*Nota:* CEEPHS: comités estatales de evaluación del Programa Hospital Seguro; CNEDCPHS: Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro; CNPC: Coordinación Nacional de Protección Civil; GTA: Grupo Técnico Asesor; PHS: Programa Hospital Seguro.



## 5. La intervención del Programa Hospital Seguro en México

El objetivo del PHS en México es verificar que los hospitales de segundo y tercer nivel cumplan con los estándares mínimos de seguridad de acuerdo con el ISH (3) para poder resistir y adaptarse a los eventos adversos, así como absorber sus efectos y recuperarse de ellos. Para ello se requiere determinar sus principales vulnerabilidades mediante evaluaciones regulares en el marco del PHS que brinden recomendaciones para mitigar los riesgos en los puntos críticos observados.

Así, las evaluaciones de los establecimientos de salud y las mejoras derivadas del cumplimiento de las recomendaciones constituyen la intervención principal del programa en el país.

### Puntos clave

- Institucionalización de los procesos de formación de evaluadores y coordinadores, con el fin de dotarlos de capacidades para realizar las evaluaciones del PHS.
- Aplicabilidad, relevancia y sostenibilidad gracias al desarrollo de 16 cursos de formación de evaluadores, que despiertan gran interés en los cursos de formación del personal de salud.
- La claridad del perfil del evaluador garantiza que se cuente con recursos humanos adecuados para cada componente.
- El trabajo voluntario y no remunerado de los evaluadores denota un alto sentido de altruismo.
- Se ha revisado la segunda versión de la lista de verificación del ISH para ajustarla a las particularidades de México.
- La lista de evaluación se organiza en torno a tres componentes evaluables: seguridad estructural, seguridad no estructural y gestión de emergencias.
- Los procesos y procedimientos para la planificación y ejecución de las evaluaciones del PHS están institucionalizados.
- El proceso de evaluación del PHS consta de tres fases diferenciadas: la planeación, el desarrollo de la evaluación y la entrega de los resultados.
- El coordinador del equipo evaluador envía los resultados de la evaluación a la CNPC. El alto nivel de la CNPC se los remite oficialmente a la institución a cargo de la unidad evaluada y al CEEPHS para su seguimiento.
- Los procesos de toma de decisiones sobre la viabilidad de las observaciones están respaldados por la CNPC.

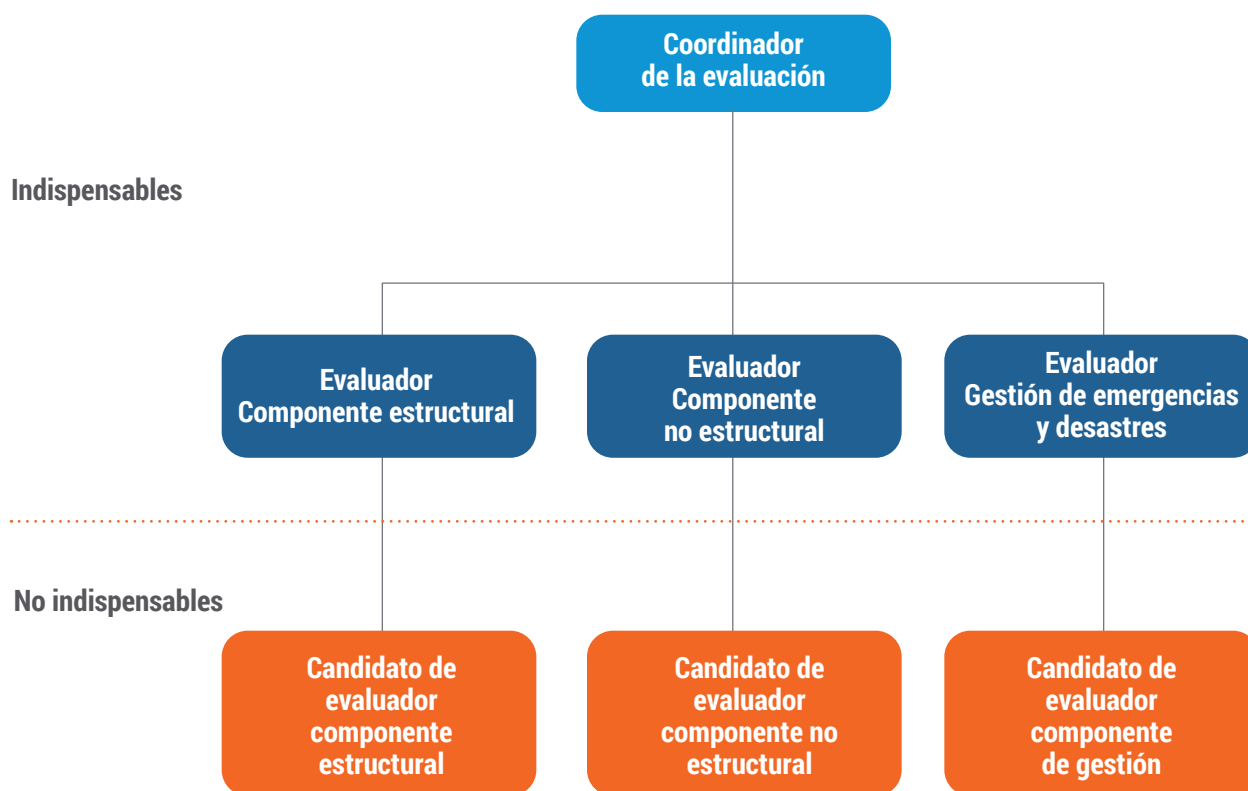
## 5.1 Los equipos evaluadores

Un elemento clave de las evaluaciones realizadas en el marco del PHS son los equipos que las llevan a cabo, integrados por profesionales capacitados que destacan por su dedicación altruista al PHS. Dada la importancia de estos equipos evaluadores para el programa, cabe ofrecer algunos datos sobre su formación y desempeño antes de entrar en detalle en el proceso de evaluación.

Los evaluadores son profesionales que cumplen los requisitos (perfil y capacitación) establecidos por el CNEDCPHS para aplicar la lista de verificación de hospitales seguros en los hospitales propuestos y calendarizados por los CEEPHS.

Cada equipo evaluador del PHS consta de un coordinador y tres equipos de dos a tres evaluadores cada uno, entre los cuales se pueden incluir candidatos a evaluador (figura 7). Cada equipo evalúa uno de los componentes de la segunda versión de la lista de verificación del ISH (3).

Figura 7. Composición de los equipos evaluadores del Programa Hospital Seguro en México



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Programa Hospital Seguro en México. Ciudad de México: IMSS; 2022.

### La formación de los evaluadores y evaluadoras

La intención del programa de formación es profesionalizar a candidatos que cuenten con el perfil y los conocimientos y experiencias requeridos para ser evaluador del PHS. Como parte del GTA, el IMSS es la institución encargada de los recursos de formación e información.

Una vez que han sido seleccionados, la formación de los evaluadores comprende dos etapas. La primera consiste en un curso virtual, desarrollado con contenidos de la OPS, que se imparte mediante una plataforma en línea con soporte técnico del IMSS como secretaria técnica de la Comisión Nacional del PHS. En la segunda etapa, los candidatos deben asistir a tres prácticas de evaluación, acompañados por evaluadores certificados por el PHS.

Respecto a la formación a través del curso virtual, el doctor Jorge Luis Ponce de la Coordinación de Proyectos Especiales en Salud del IMSS manifestó:

*En un inicio, fue un desafío desarrollar el curso porque se requiere de mucho apoyo a los alumnos, ya que preguntan por las contraseñas, que a veces no pueden acceder, etc. Nos llegaban muchos correos con preguntas; sin embargo, fuimos dando respuesta. Éramos tres personas, incluyendo al área de informática. Una vez terminado y aprobado el curso, los alumnos se convierten en candidatos a evaluadores.*

Luego de finalizar estas dos etapas, el PHS certifica a los nuevos evaluadores por un período de dos años, al término de los cuales deben solicitar al CEEPHS que se les renueve la acreditación.

En el caso de la Ciudad de México, como complemento al curso de formación para evaluadores, el Comité Estatal ha organizado seminarios de actualización y talleres sobre la cumplimentación de la documentación requerida en las evaluaciones de los hospitales.

Debido a que en el año 2019 se publicó una nueva versión del ISH (3), el curso de formación de la plataforma virtual sufrió modificaciones en el 2022, por lo que los CEEPHS están solicitando a las instituciones que los evaluadores que ya están acreditados puedan realizar el nuevo curso para renovar sus credenciales.

Hasta agosto del 2022, el PHS contaba con 1982 evaluadores acreditados en todo el país, y 875 candidatos a evaluadores realizaron el curso de actualización en su primera edición, que finalizó en junio del 2022.

En el caso de los candidatos a evaluadores, podrán realizar las prácticas de evaluación hospitalaria para acreditarse de acuerdo con la calendarización de evaluaciones programadas por los CEEPHS.

Según datos históricos del PHS, en el 2019 la SS era la institución con el mayor número acumulado de evaluadores (37,3%), seguida por el IMSS (24%) y Protección Civil estatal de la Ciudad de México (14,9%).

Además del curso para evaluadores, deben destacarse otras experiencias de formación, como los seminarios organizados por el Comité Estatal del PHS de la Ciudad de México sobre temas relacionados con el PHS, que incluyen ponencias y paneles de discusión, lo que ofrece alternativas innovadoras para refrescar o ampliar los conocimientos a partir de las experiencias de evaluadores experimentados.

Cabe mencionar que, a causa de la pandemia, dado que los hospitales estaban centrados en la respuesta a la emergencia, se suspendieron las nuevas ediciones del curso de formación hasta junio del 2022. Por tanto, se suman un total de 15 ediciones de este curso desarrolladas desde el 2007, con un promedio de dos cursos al año.

## **El desempeño de los evaluadores y las evaluadoras**

Las experiencias compartidas por los equipos gerenciales del PHS y por los propios evaluadores señalan que una parte fundamental del éxito de las evaluaciones del PHS depende de la figura del coordinador del equipo evaluador, por lo que los CEEPHS prestan especial atención a la formación de coordinadores. En particular, el Comité Estatal de la Ciudad de México prepara a nuevos coordinadores a través de seminarios especiales de formación.

Otra figura crucial del éxito de las evaluaciones es la del facilitador, que es la persona designada por el hospital que va a ser evaluado para fungir como punto de enlace entre el equipo evaluador del PHS y el hospital. El facilitador apoya al equipo evaluador en las gestiones necesarias tanto antes de la evaluación como durante su desarrollo.

El doctor Paul Bautista, que cuenta con más de 10 años de experiencia como evaluador y coordinador de evaluaciones, destaca:

*Muchos evaluadores somos médicos, no somos arquitectos o ingenieros; sin embargo, los seminarios de actualización nos han ayudado con estas carencias para el momento de evaluar, lo que nos ha permitido evaluar casas de máquinas o las estructuras mismas, que son las que sufren más durante un sismo o en el proceso de inundaciones, entonces yo tomo imágenes que se las presento al arquitecto para definir las en la lista de verificación.*

Los evaluadores acreditados firman un código de ética ante la CNPC y el CNEDCPHS antes del desarrollo de las evaluaciones hospitalarias.

El código de ética de los evaluadores contempla los aspectos siguientes:

- puntualidad;
- confidencialidad;
- disciplina;
- respeto en el desempeño;
- actitud positiva;
- trabajo en equipo;
- orden en el uso de la lista de verificación y del resto de documentación;
- profesionalidad;
- honestidad, y
- el valor del altruismo de los evaluadores.

En México, quienes deciden ingresar y formarse como evaluadores del PHS lo hacen por voluntad propia. Un factor influyente es la motivación que reciben desde las instituciones que forman parte de cada CEEPHS. Como voluntarios, tienen sentido del compromiso, son altruistas y se sienten orgullosos de tener un perfil técnico acorde con lo requerido.

A este respecto, el doctor Bautista sostiene:

*La verdad, este es un trabajo altruista, ya que cada persona que viene a evaluar no cobra un extra, deja inclusive su trabajo que le toca ese día para venir a evaluar, porque la mayoría nos llevamos esa satisfacción, la oportunidad de aportar para que ese hospital pueda tener áreas de mejora y que, al momento dado de un incidente, no se vea afectado o colapsado. Estamos por una cultura de hospital seguro para que el personal y los pacientes sepan que están en un hospital seguro.*

Se evidencian el interés por parte de profesionales de diversos perfiles académicos y el gran poder de convocatoria del PHS, aun sabiendo que no tendrán una remuneración por su trabajo en los equipos evaluadores.

Como forma de reconocer el trabajo de los evaluadores, el Comité Estatal de la Ciudad de México ha promovido que los hospitales les otorguen un certificado de reconocimiento.

El doctor Felipe Cruz Vega, de la Coordinación de Prestaciones Médicas del IMSS, menciona que “en México, el valor del altruismo es valioso, hemos cuidado mucho el perfil del evaluador voluntario para que no se mercantilice, de lo contrario se echaría a perder, entonces los resultados de las evaluaciones del PHS no serían confiables”.

El doctor Paul Bautista, evaluador y coordinador del PHS, señala:

*He perdido la cuenta del número de hospitales donde he realizado evaluaciones. Los evaluadores somos el corazón del PHS, con agrado aportamos con nuestra experiencia para que, ante las carencias en un hospital, se cree una oportunidad. Que tengan herramientas para gestionar lo que se tenga que subsanar.*

El doctor Augusto Flavio, evaluador del PHS, menciona que “el ser evaluador nos da currículo, nos ayuda a progresar profesionalmente. Cuando evaluamos vemos ejemplos de éxito que podemos aplicar en nuestro hospital”.

## **Los procesos de retroalimentación de los equipos evaluadores**

Estos procesos son sustanciales para el éxito del trabajo, por lo que se desarrollan formalmente antes de las evaluaciones, durante las evaluaciones y después de finalizadas.

En el momento en que se conforman los equipos evaluadores, quedan establecidos los canales de comunicación que servirán para el intercambio oportuno de información, como preguntas, comentarios o actualizaciones sobre el avance de las gestiones previas con el hospital que será evaluado.

La segunda fase de retroalimentación se desarrolla una vez finalizada la evaluación en un espacio a puerta cerrada, donde el equipo pone en común los hallazgos, acuerda la respuesta y toma las decisiones pertinentes ante cualquier situación presentada, tomando en cuenta la experiencia del equipo completo.

Otros momentos de puesta en común y observaciones se producen durante las reuniones del Comité Estatal, donde se dan a conocer situaciones que se presentaron durante el proceso de evaluación y posibles soluciones para evaluaciones futuras. Asimismo, actividades como reuniones o seminarios sobre el PHS permiten presentar estudios de casos que facilitan el planteamiento de situaciones complejas y las formas de resolverlas.

El doctor Asael Flores, representante del ISSSTE ante el GTA, sostiene:

*Desde el ISSSTE tratamos de manejar el PHS como un programa prioritario, entonces tratamos de difundir en nuestros directores y en el personal directivo en cada hospital la importancia del PHS para que, a su vez, ellos vean la importancia de proponer uno o más evaluadores del PHS en cada hospital. Tratamos de que los mismos directivos participen para que no solo apoyen en las evaluaciones a hospitales de otras instituciones, sino para que les den seguimiento a las observaciones de las evaluaciones en sus propios hospitales.*

## 5.2 El proceso de evaluación

Las primeras evaluaciones del programa y la conformación de los primeros evaluadores y evaluadoras se iniciaron en el 2007, de conformidad con la primera versión del ISH de la OPS. Se desarrollaron a modo de pruebas piloto para garantizar los tiempos, los movimientos y la eficacia, lo cual agilizó el aprendizaje. Una de las lecciones extraídas fue la certeza de que los evaluadores no debían pertenecer a la institución evaluada para evitar sesgos y garantizar la transparencia en el proceso de evaluación.

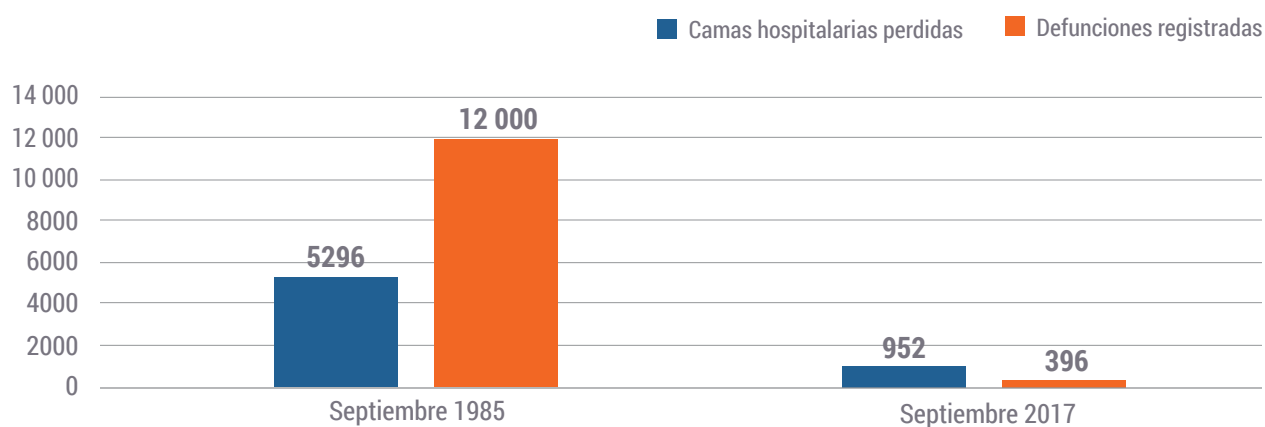
Desde el 2008 el ISH cuenta con una nueva versión revisada y mejorada, con elementos que dan mayor relevancia a la gestión integral del riesgo de acuerdo con los tipos de amenazas que pueden afectar la seguridad de un hospital.

De acuerdo con el ingeniero Gustavo Hernández, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “el ISH es un instrumento que garantiza que no haya subjetividad en la evaluación, ayuda a tener un referente claro. A pesar de ello, el instrumento no es fácil, al menos aquí en México se ha revisado en tres ocasiones para adecuarlo a nuestras condiciones”.

Con la correcta aplicación del ISH en las evaluaciones realizadas desde el 2007, el PHS, junto con otras iniciativas nacionales de reducción de riesgos, ha contribuido a la reducción de las vulnerabilidades y al fortalecimiento de la capacidad de los hospitales del país frente a desastres.

La figura 8 ofrece una comparativa de las pérdidas generadas por los sismos de 1985 y del 2017, donde se aprecia una reducción significativa de los daños en el sismo ocurrido en septiembre del 2017, tras la implementación del PHS en México a partir del 2007.

**Figura 8. Camas hospitalarias perdidas y defunciones a causa de los sismos de 1985 y el 2017 en México**



Fecha del evento	Camas hospitalarias perdidas	Defunciones registradas	Unidades médicas con colapso estructural
19 de septiembre de 1985	5296	12 000	50
19 de septiembre del 2017	952	396	0

*Fuente:* Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Programa Hospital Seguro en México. Ciudad de México: IMSS; 2022.

De acuerdo con el PHS, los hospitales que están sujetos a evaluación son aquellos de segundo nivel o de alta complejidad que cuentan con más de 50 camas. Los establecimientos con menos de 50 camas son evaluados por la DGCES de la Secretaría de Salud y por la Dirección General de Certificación del Consejo de Salubridad General. Sin embargo, el Comité Estatal de la Ciudad de México ha aprobado de manera extraordinaria la inclusión de nueve hospitales geriátricos con menos de 50 camas.

La información sobre los resultados del ISH se registra en el Sistema de Notificación de Resultados de Evaluaciones, donde el propio programa ya cuenta con un modelo matemático que pondera los riesgos en relación con las vulnerabilidades detectadas. Al ingresar los datos recogidos en la lista de verificación durante la evaluación, se genera automáticamente una clasificación del establecimiento evaluado.

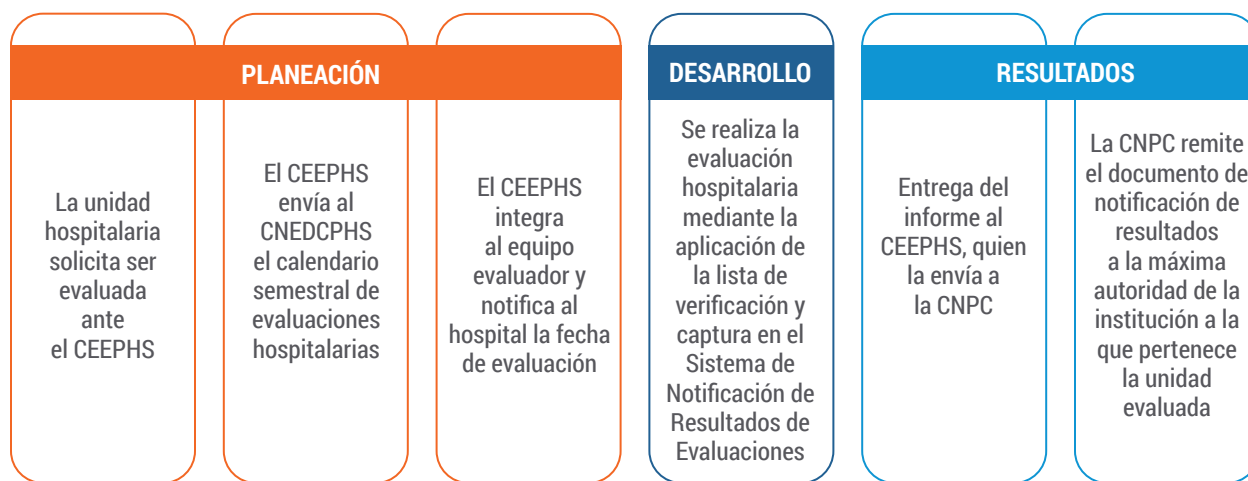
Cabe destacar que desde el CNEDCPHS y los CEEPHS se está promoviendo que los hospitales utilicen una cédula de autoevaluación (19) basada en la segunda versión del ISH, que cuenta con 151 puntos de verificación, para hacer el seguimiento de la situación de sus hospitales sin esperar a las evaluaciones presenciales del PHS que se realizan, generalmente, cada dos años.

Tras el cese de actividades debido a la pandemia de COVID-19, se realizó la primera evaluación de un hospital el 5 de agosto del 2022, donde se aplicó por primera vez la lista de verificación de la segunda versión del ISH.

## Fases del proceso de evaluación

La experiencia de México en el desarrollo del proceso de evaluación es muy rigurosa. Se destacan tres momentos importantes: a) la planeación de la evaluación, b) el desarrollo de la evaluación, y c) los resultados de la evaluación. La figura 9 muestra los tres momentos y sus principales actividades.

**Figura 9. Fases y metodología de la evaluación hospitalaria en el marco del Programa Hospital Seguro**



*Nota:* CEEPHS: Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro; CNEDCPHS: Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro; CNPC: Coordinación Nacional de Protección Civil.

*Fuente:* Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Programa Hospital Seguro en México. Ciudad de México: IMSS; 2022.

## **La planeación**

El procedimiento para que un hospital sea evaluado se inicia con la solicitud que realiza la institución a cargo del hospital. Esta solicitud se eleva al Comité Estatal del PHS correspondiente.

Los CEEPHS calendarizan las solicitudes de evaluación recibidas utilizando ciertos criterios de priorización, como la última evaluación que se haya realizado del establecimiento de salud; el orden de llegada de las solicitudes; o el grado de urgencia —por ejemplo, edificaciones con puntos vulnerables que se detectaron en evaluaciones anteriores y que contaban con un tiempo prudencial para resolverlos.

El calendario de evaluaciones se programa de manera semestral y se remite a la CNEDCPHS.

Una vez que la solicitud de evaluación es aceptada y calendarizada, el Comité Estatal decide qué instituciones estarán a cargo de coordinar la evaluación y qué otras tres instituciones aportarán a los evaluadores para llevarla a cabo. En ese momento se conforman los equipos evaluadores para cada hospital.

La licenciada Raquel Olvera explica:

*Para la conformación del equipo evaluador, se requiere contar con los datos de la unidad que será evaluada; si es un hospital de 50 camas podría ser suficiente contar con un equipo evaluador, pero si se rebasa esa cantidad, es decir son 100 o 200 camas, se puede conformar dos o tres equipos de evaluadores. El equipo debe constituirse al menos por tres instituciones diferentes para equilibrar el perfil de los evaluadores. Se busca también que el equipo esté nutrido por profesionales de distintas disciplinas, para dar mayor calidad a las evaluaciones.*

Como parte de los procedimientos de notificación del desarrollo de la evaluación del PHS, el Comité Estatal comunica a la autoridad de la institución a la que pertenece el hospital que se va a evaluar la fecha en que se llevará a cabo la evaluación con un mínimo de 30 días de antelación.

La experiencia en México incluye, como parte del proceso de notificación oficial, el envío de una guía o carpeta denominada Carpeta Maestra para Notificación al Hospital (20), que describe todo el proceso, de inicio a fin, que se llevará a cabo el día de la evaluación. También se envía la lista de verificación, para dar a conocer los componentes que se evaluarán, y se informa la documentación que se le requerirá al hospital, de tal forma que el cuerpo de gobierno y el personal del hospital cuenten con tiempo suficiente para estar disponibles y tener preparada la documentación requerida. El doctor Jorge Luis Ponce manifestó que siempre se hace énfasis en que toda evaluación es positiva porque brinda una oportunidad de mejora para que el establecimiento de salud pueda ser resiliente y seguro.

Como se ha mencionado anteriormente, el establecimiento de salud selecciona a un facilitador como enlace con el coordinador designado por el PHS, para que garantice las condiciones adecuadas en el hospital: la documentación requerida, la información sobre las áreas que serán evaluadas, el personal del establecimiento con quien será necesario conversar y la agenda contemplada para el día en que se efectúe la evaluación.

Una buena práctica del PHS que cabe destacar se da en el momento de calendarizar la evaluación de un hospital, cuando parte del equipo evaluador inicia las visitas previas para preparar, conjuntamente con el facilitador designado por el hospital, las condiciones necesarias para el éxito de la evaluación (así, por ejemplo, brinda apoyo para elaborar el plan hospitalario o llevar a cabo otras acciones relacionadas con las áreas incluidas en la lista de verificación).

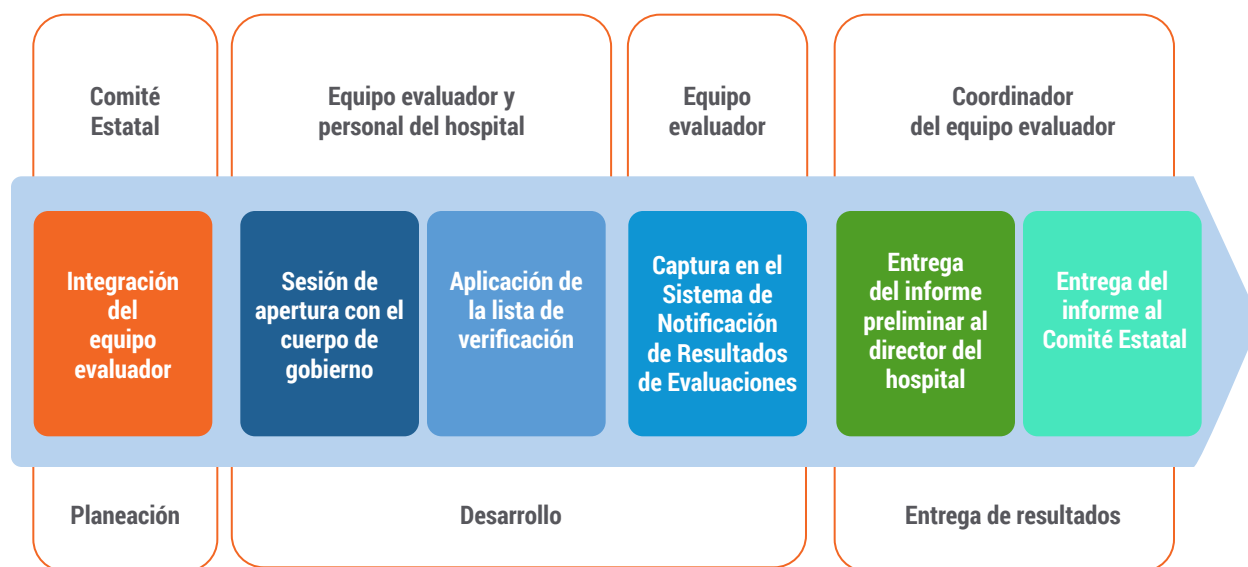


El doctor Armando Lemus, director del Hospital General Tláhuac del ISSSTE, que fue el primer hospital evaluado tras el cese de las evaluaciones por la COVID-19, relató que la coordinación de la evaluación fue muy amigable porque tuvieron una buena comunicación con el líder del equipo evaluador, quien, desde un principio, les presentó la lista de evaluadores que vendrían y les proporcionó la cédula de evaluación para que pudiesen prepararse.

### **El desarrollo de la evaluación**

El proceso de evaluación, que también es riguroso, consta de los siguientes pasos: a) reunión de presentación del equipo evaluador con el cuerpo de gobierno del hospital; b) aplicación de la lista de verificación del PHS; c) entrega de los resultados preliminares al director del hospital evaluado, y d) entrega del informe de resultados al Comité Estatal correspondiente. La figura 10 muestra el proceso completo de evaluación hospitalaria en el marco del PHS en México.

**Figura 10. Protocolo de evaluación hospitalaria en el marco del Programa Hospital Seguro en México**



*Fuente:* Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Protocolo de evaluación hospitalaria en México. Ciudad de México: IMSS; 2022.

El día de la evaluación, el grupo de evaluadores del PHS, junto a su coordinador, se presentan en el establecimiento que se va a evaluar, donde cuentan con un espacio para revisar toda la información documental proporcionada por el hospital, como los planos arquitectónicos, los planes de emergencia hospitalaria, las bitácoras y las actas de las reuniones del comité hospitalario, entre otros documentos.

El inicio incluye una sesión de apertura con el director y el cuerpo de gobierno, donde se presenta al equipo evaluador. La evaluación como tal consiste en la aplicación de la lista de verificación del ISH (3) en todas las instalaciones del hospital requeridas. Para ello también se establecen con anterioridad facilitadores dentro del hospital, con el fin de que apoyen a los equipos evaluadores en sus áreas de trabajo respectivas. Además, se define la hora de finalización para que los equipos evaluadores retornen a la sala de trabajo asignada por el hospital.

Al inicio de la evaluación, el coordinador, el director del hospital y el equipo evaluador hacen un recorrido por los alrededores del hospital, para identificar posibles amenazas externas –como las relacionadas con los

materiales de construcción más utilizados en la ciudad—, el impacto general que podrían causar las amenazas y las zonas que podrían verse más afectadas. También se valoran las vías de acceso principales y alternas al establecimiento, ya que, de acuerdo con el doctor Jorge Luis Ponce, “por lo general, alrededor de los hospitales hay puestos de comida y, por ende, tanques de gas para cocinar; pese a que se intenta regular, es una amenaza para considerar. Se identifican amenazas externas para buscar las maneras de prever y prevenir los riesgos”.

En este sentido, para el PHS ha sido enriquecedor el desarrollo de un sistema de información sobre fenómenos perturbadores, denominado Atlas Nacional de Riesgos (21), que permite identificar la ubicación geográfica de la infraestructura hospitalaria evaluada, lo que ayuda a determinar y analizar de forma previa cuál es la vulnerabilidad de la unidad en función de su ubicación geográfica, los tipos de suelo y las zonas que componen la ciudad donde se encuentra, y detectar las amenazas a las que puede estar expuesta.

Posteriormente, los equipos se desplazan a las áreas asignadas a la evaluación, explican en cada una de ellas el contexto de la visita, aplican los puntos del ISH que corresponda y detectan las vulnerabilidades. También se toman fotografías como prueba de los hallazgos encontrados en el recorrido, lo cual se explica a los facilitadores que acompañan al equipo.

El coordinador general de la evaluación se queda en la sala asignada verificando que toda la documentación esté correcta y ordenando los paquetes de información para que cuando regresen los equipos evaluadores sea más ágil aplicar el protocolo de cierre.

El equipo que evalúa el área estructural verifica la construcción del edificio y los materiales utilizados, y considera si se realizaron remodelaciones o si sufrió daños estructurales en el pasado.

El equipo que evalúa el componente no estructural revisa la mampostería; las líneas vitales; el anclaje del mobiliario; los equipos médicos, de laboratorio y tecnológicos; los combustibles y los gases medicinales. Este es el componente donde suelen registrarse la mayor parte de los daños relacionados con el mantenimiento: fugas, corrosión, falta de válvulas o extintores de incendios, etc.

El equipo que evalúa el componente de la gestión de emergencias a través del Comité Hospitalario para Emergencias y Desastres revisa los aspectos organizativos del hospital para responder ante emergencias o desastres; los planes operativos para la activación de alarmas y evacuación, lo cual incluye las tarjetas de acción que debe conocer todo el personal (por ejemplo, la funcionalidad, la ampliación de capacidades en caso de llegadas masivas de víctimas y el suministro de medicamentos e insumos).

La evaluación del PHS valora las amenazas actuales y los antecedentes que hayan existido en el lugar, y dónde está construido el establecimiento de salud (por ejemplo, antecedentes por inundaciones, si está en una zona sísmica y si el riesgo por daños sísmicos es alto). Desde el inicio se evalúa el protocolo de evacuación.

Es importante mencionar que, en México, todos los riesgos que se califican como altos o intermedios en la lista de verificación deben ir acompañados de una justificación de los motivos por los que se valoran de esa forma y de una recomendación.

La evaluación es un proceso muy dinámico y debe realizarse de forma ágil para obtener la información que se requiere de acuerdo con el ISH, centrándose en los puntos que son relevantes. La lista de verificación ayuda al equipo a centrarse en las prioridades.

## Los resultados de las evaluaciones

Para finalizar la evaluación, el coordinador y el equipo de evaluadores se reúnen a puerta cerrada para confirmar que se haya aplicado toda la lista de verificación. En ese momento, se da lectura a todos los puntos que se han completado de forma manual para asegurarse de que no haya errores en la redacción o captura de la información, a fin de garantizar que todo esté correcto, incluidas las recomendaciones.

A continuación, se registra de la información de forma electrónica en el Sistema de Notificación de Resultados de Evaluaciones.

Posteriormente, se imprime la notificación de resultados, que incluye toda la documentación física adicional –como las copias de las credenciales de los evaluadores y las listas de verificación firmadas en todas sus páginas por el coordinador y cada uno de los evaluadores. Esta se introduce en un sobre, cuya pestaña de cierre firman el coordinador de la evaluación y el director del hospital y que, sobre sus firmas, se procede a sellar nuevamente con cinta adhesiva. Toda esta información es de carácter confidencial.

Asimismo, se emite un informe preliminar de hallazgos al director del hospital y al cuerpo de gobierno por escrito y oralmente durante el acto de cierre, donde los evaluadores también tienen la oportunidad de explicar sucintamente los hallazgos y de hacer recomendaciones generales.

La notificación de puntos críticos es el informe específico que emite el Sistema de Notificación de Resultados de Evaluaciones cuando las condiciones de seguridad de los elementos estructurales y no estructurales de la unidad evaluada se calificaron como de riesgo inminente para sus ocupantes, equipo e inmueble en general y, por tanto, requieran atención inmediata. Esta notificación se imprime por triplicado, tal como ilustra la figura 11.

### Figura 11. Notificación de puntos críticos derivada de una evaluación en el marco del Programa Hospital Seguro en México

**Este documento se debe imprimir por triplicado y se distribuye de la siguiente manera:**

- 1** Un ejemplar, con la observación de que es necesario dar atención inmediata a los puntos críticos, se entrega al **director del hospital**, quien también debe firmar las dos copias restantes.
- 2** Un acuse se coloca dentro del **sobre con los resultados** de la evaluación.
- 3** El otro acuse se entrega al **presidente del Comité Estatal** fuera del sobre con los resultados de la evaluación respecto de los puntos críticos, para su notificación inmediata al representante ante el CEEPHS de la institución a la que pertenece el hospital evaluado.

*Nota:* CEEPHS: Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro.

*Fuente:* Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Protocolo de evaluación hospitalaria en México. Ciudad de México: IMSS; 2022.

A fin de evitar que la persona responsable del establecimiento de salud no acepte los resultados de la evaluación, el doctor Cruz Vega manifiesta que, al momento de la evaluación, cuando se recorren las instalaciones en compañía del facilitador y otros funcionarios de las respectivas áreas del hospital, los evaluadores van explicando los hallazgos de manera general. Además, se revisan las bitácoras de mantenimiento donde está toda la información respecto a los mantenimientos realizados a los equipos, las actas de reuniones, las salidas y llegadas de ambulancias, etc.

## Emisión y envío de los resultados

Al igual que se va desescalando todo el proceso, desde el CNEDCPHS hasta los CEEPHS, los resultados escalan hasta el CNEDCPHS.

El coordinador del equipo evaluador y el representante de su institución entregan personalmente el sobre confidencial con los resultados de la evaluación, con todos los documentos físicos en su interior, al presidente del CEEPHS correspondiente en un plazo máximo de cinco días tras la evaluación. A su vez, el Comité Estatal tendrá un máximo de siete días para remitirlo al CNEDCPHS y la CNPC, que verificarán que la documentación esté completa y diligenciada de forma correcta.

Posteriormente, la CNPC notifica los resultados a la máxima autoridad de la institución a la que se adscribe el establecimiento de salud evaluado, para su conocimiento y seguimiento.

El proceso de evaluación es una cadena que finaliza en la gestión de las recomendaciones por parte del hospital evaluado.

A partir de la aplicación del ISH, los resultados de la evaluación generan tres tipos de clasificaciones según la gravedad de los riesgos: A, B o C, que representan los colores de un semáforo, donde A es verde, B es amarillo y C es rojo.

Para las categorías A y B no se contemplan tiempos específicos de actuación, sino que los decide la institución responsable del establecimiento en coordinación con el Comité Estatal correspondiente y Protección Civil, de acuerdo con los hallazgos de la evaluación del PHS. A este respecto, el ingeniero Óscar Zepeda menciona: "Puede haber recomendaciones que son carísimas, reestructurar toda una edificación, por lo que entre más sencillas son las recomendaciones, son más rápidas de resolver; entre más complejas, son más difíciles de implementar".

Para las evaluaciones clasificadas en color rojo, la recomendación es que el establecimiento de salud debe realizar modificaciones de inmediato. De acuerdo con el doctor Jorge Luis Ponce:

*El PHS identifica los daños, las situaciones muy puntuales y específicas de la estructura dañada; es decir, si es algo estructural, entonces tendrán que entrar evaluadores arquitectos e ingenieros estructuralistas y, según se integran, ellos son los que finalmente deciden las recomendaciones, por ejemplo, si se requiere cerrar un hospital o no.*

El cuadro 3 muestra un consolidado del número de evaluaciones realizadas en México a partir del 2007 y su distribución según la categoría en la que hayan clasificados sus resultados.

**Cuadro 3. Resultados de las evaluaciones del Programa Hospital Seguro realizadas en México, 2007-2020**

Evaluaciones	
Categoría A	688
Categoría B	281
Categoría C	34
<b>Total</b>	<b>1003</b>

*Fuente:* Elaborado a partir de datos facilitados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en calidad de Secretaría Técnica del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro, extraídos del archivo histórico de las evaluaciones realizadas en México entre los años 2007 y 2020.

En caso de que sea necesario construir áreas temporales de atención mientras se realizan obras de recuperación o construcción de hospitales debido a las observaciones del PHS o por otros motivos, la habilitación de las áreas temporales debe cumplir los estándares o criterios relativos a la ubicación, la construcción de la infraestructura física y el equipamiento.

En respuesta a la pandemia, como parte de la reconversión de hospitales para la atención de pacientes con COVID-19, hubo que habilitar o construir áreas de expansión hospitalaria donde se utilizaron este tipo de lineamientos; por ejemplo, en el caso de los centros de atención temporal COVID-19 (CAT-COVID-19) y de los hospitales móviles (22).

**Cuadro 4. Resumen de las experiencias sistematizadas con relación al proceso de evaluación del Programa Hospital Seguro en México**

PROCESO DE EVALUACIÓN		
EJE DE ANÁLISIS	CRITERIOS	EXPERIENCIAS RELEVANTES
<p><b>Proceso de planificación, desarrollo y remisión de resultados de la evaluación</b></p>	<p><b>Aplicabilidad</b></p> <p>¿Es aprovechable, tiene utilidad, ofrece soluciones, es posible aplicarlo?</p> <p><b>Innovación</b></p> <p>¿Modifica actuaciones rutinarias, presenta nuevas alternativas o soluciones?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se revisa la segunda versión del ISH y se adecúa a las condiciones de aplicación en México.</li> <li>• Se dispone de procesos claros y definidos, que fluyen desde el nivel nacional hasta el estatal, para realizar las evaluaciones del PHS:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las instituciones solicitan al Comité Estatal del PHS correspondiente la evaluación de sus hospitales.</li> <li>○ El CEEPHS organiza y calendariza las evaluaciones de acuerdo con las solicitudes recibidas.</li> <li>○ Se conforma el equipo evaluador y se designa a un coordinador.</li> <li>○ El CEEPHS envía la Carpeta Maestra para Notificación al hospital que va a ser evaluado 30 días antes de la fecha de la evaluación.</li> <li>○ El equipo evaluador realiza el acompañamiento de preparación del hospital, previo a la evaluación.</li> <li>○ El día de la evaluación se aplica la lista de verificación del ISH. Se firma el código de ética del evaluador antes del desarrollo de la evaluación.</li> <li>○ Al finalizar la evaluación, se registra la información de forma electrónica en el Sistema de Notificación de Resultados de Evaluaciones y se prepara la documentación física de la evaluación, de acuerdo con los protocolos establecidos, para su remisión por los canales determinados.</li> <li>○ Se celebra la sesión de clausura de la evaluación, en la que el coordinador del equipo entrega al director del hospital un informe preliminar de los puntos relevantes detectados en la evaluación.</li> </ul> </li> </ul>

Nota: CEEPHS: Comités Estatales de Evaluación del Programa Hospital Seguro; ISH: índice de seguridad hospitalaria; PHS: Programa Hospital Seguro.

## 6. Respuesta de los establecimientos de salud al Programa Hospital Seguro en México

Partiendo de que el PHS persigue garantizar la seguridad hospitalaria en el país, su presencia en los establecimientos de salud y la respuesta de estos al programa constituyen el tercer eje de análisis de la sistematización.

### Puntos clave

- Los hospitales cuentan con un comité del PHS que tiene capacidad para tomar decisiones, está vinculado a otros comités del hospital y mantiene comunicación con los gremios o sindicatos.
- Los hospitales aplican procesos para solicitar, recibir y dar seguimiento a las evaluaciones del PHS.
- Los hospitales cuentan con mecanismos internos y externos para gestionar recursos a fin de rehabilitar, construir y mantener la edificación y el equipamiento en cumplimiento de las recomendaciones.

### 6.1 El Programa Hospital Seguro en los hospitales

Todos los hospitales visitados para realizar esta sistematización cuentan con un comité hospitalario del PHS integrado por todas las áreas sustantivas del hospital que, a su vez, mantiene vínculos con el resto de los comités que funcionan en el hospital, principalmente con el de Protección Civil.

Antes de que se desarrollen las evaluaciones del PHS, todo el personal está enterado de la evaluación y de lo que esta significa. Asimismo, los resultados de la evaluación se difunden entre el personal del hospital y se comunican a la institución a la que pertenece con el fin de sensibilizar al personal sobre su importancia y la necesidad de prestar atención a situaciones que se pueden subsanar de forma expeditiva, así como destacar la responsabilidad de vigilar el hospital de manera sostenida para mantenerlo en condiciones óptimas de seguridad tanto para el personal como para los pacientes.

Por lo general, las evaluaciones del PHS se realizan cada dos años, cuando la institución a cargo de la unidad hospitalaria se lo solicita al CEEPHS correspondiente. Ante situaciones críticas que hayan requerido una recuperación de emergencia, el CEEPHS puede programar una nueva evaluación del establecimiento de salud a fin de constatar que se ha actuado conforme a las observaciones antes de que transcurra el período de dos años establecido.

Asimismo, pueden desarrollarse evaluaciones de emergencia del PHS para preparar a uno o varios hospitales determinados por los CEEPHS y el CNEDCPHS frente a situaciones específicas de emergencia.

### 6.2 El cumplimiento de las recomendaciones

La decisión respecto a la viabilidad de implementar el PHS en los establecimientos de salud y cumplir las recomendaciones de las evaluaciones se garantiza con el respaldo de la Ley General de Protección Civil (11), ya que, si un hospital no es apto para funcionar, las actuaciones recomendadas tras una evaluación deben realizarse en un plazo corto.

En los establecimientos de salud, la responsabilidad directa del cumplimiento de las recomendaciones recae generalmente en la dirección del establecimiento y la persona responsable del PHS o de Protección Civil, en coordinación con el área administrativa y el área de conservación o mantenimiento. Así, se coordina entre estas instancias la elaboración de un plan de trabajo para intervenir en las áreas requeridas de acuerdo con la notificación de resultados de la evaluación. Cabe destacar que los hospitales también tienen el mandato de elaborar planes relacionados con los programas internos de Protección Civil, que se complementan con las observaciones recibidas de las evaluaciones del PHS.

El seguimiento del cumplimiento de las observaciones y recomendaciones del PHS le corresponde a la institución que está a cargo del establecimiento de salud.

En el caso de la SS, cuyas entidades están descentralizadas, la CNPC envía las recomendaciones al secretario de salud federal, para que este se las remita al secretario de salud del estado, quien se las envía al director del hospital evaluado a fin de establecer las acciones requeridas para atender las observaciones del PHS.

En lo que respecta al IMSS, la gestión está centralizada y fluye del ámbito nacional al estatal, donde se utilizan las delegaciones estatales del IMSS como enlace de seguimiento con los establecimientos de salud para asegurar que se actúa conforme a las observaciones.

En el caso del ISSSTE, la responsabilidad recae en una dirección o en un área administrativa. Si no se cumplieren las observaciones del PHS, se utiliza la normativa interna del ISSSTE, aplicable a todo el personal del instituto en tanto se trata de servidores públicos, y donde están muy claras las responsabilidades que deben asumirse según los cargos y funciones, así como las sanciones por incumplimiento de las mismas; por ejemplo, si el edificio colapsa debido a alguna contingencia relacionada con el incumplimiento de las recomendaciones del PHS, la responsabilidad recae en las personas a cargo de la dirección del establecimiento, ya que tienen la obligación de utilizar los procedimientos de gestión de los recursos para actuar de conformidad con las observaciones y, en caso de no disponer de los recursos necesarios, tienen el deber de hacer extensiva la situación crítica al área correspondiente.

Todas las intervenciones basadas en las recomendaciones del PHS se realizan por etapas, aun cuando la observación sea evacuar y demoler el hospital. En ese sentido, dada la necesidad de continuar con la atención médica, se toman decisiones para habilitar áreas temporales de atención, que deben cumplir las normas de seguridad vigentes, entre ellas la NOM-016-SSA3-2012. A estas áreas temporales se trasladan pacientes y personal de atención, ya sea dentro del mismo hospital o en unidades de la red de servicio asistencial.

En ese sentido, el doctor Felipe Cruz Vega afirma:

*Se requiere mayor seguimiento al estado de avance que se está haciendo a las recomendaciones de las evaluaciones en el país, pues las categorías amarillas, o B, no hacen que se cierre un hospital, pero sí hay que hacer el seguimiento a las recomendaciones. Debe haber un tiempo perentorio para haber resuelto las recomendaciones. Aquí tenemos un área de oportunidad para que, desde el nivel nacional, se pueda dar mayor seguimiento. El IMSS es el secretario técnico del CNEDCPHS; manejamos la plataforma informática, y tenemos centralizada la información de todas las evaluaciones, entonces sí tenemos la oportunidad, y creo que también la responsabilidad, de hacer el seguimiento a las recomendaciones del PHS.*

Cabe destacar que la CNPC tiene la potestad de cerrar establecimientos, entre ellos hospitales, en caso de que no reúnan las condiciones de seguridad requeridas en el marco de la NOM-016-SSA3-2012 (12) y la Ley General de Protección Civil (11).



## 6.3 El financiamiento de las medidas derivadas del cumplimiento de las recomendaciones

El PHS ha evidenciado que contar con un hospital seguro es una inversión. La experiencia demuestra que construir hospitales seguros frente a desastres no supone costos elevados y que las rehabilitaciones necesarias son eficaces en función de los costos, en comparación con la destrucción parcial o total de un establecimiento de salud tras un desastre, además de la muerte de pacientes y personal y de la pérdida de equipos especializados que puede suponer.

Por tanto, ante la pregunta “¿cuánto cuesta construir un hospital seguro?”, la evidencia sobre las nuevas edificaciones que incorporan medidas de protección contra sismos y otros eventos adversos como los de tipo climático indican que se necesita añadir entre 4 y 6% al costo total.

A este respecto, el doctor Felipe Cruz Vega señala:

*La evaluación PHS puede encontrar pequeñas fallas en un hospital, que se pueden solucionar de inmediato, donde se puede resolver con los recursos propios de la institución, pero hay otras recomendaciones en las que su presupuesto puede ser muy elevado por lo que también debe elevarse a un nivel superior para conseguir el apoyo financiero necesario, ya que puede haber recomendaciones que rebasen los fondos del hospital.*

Los hospitales desarrollan distintas estrategias de gestión de recursos de acuerdo con la magnitud de los hallazgos de la evaluación. En algunos casos, se exploran recursos propios del hospital, destinados a la conservación o el mantenimiento del establecimiento; en caso de que haya que responder a observaciones críticas, se utiliza la notificación de resultados de la evaluación del PHS para gestionar los recursos necesarios en las instituciones a las que pertenecen, que cuentan con carteras de inversiones o partidas presupuestarias especiales para situaciones de emergencia.

## 6.4 La gestión de riesgos en los hospitales

En los seis hospitales visitados en el marco de esta sistematización, se mencionó la capacidad del equipo de gestión de riesgos para adaptarse a distintos eventos críticos que requieren respuestas ágiles. Se celebran juntas extraordinarias para proponer soluciones alternativas a los problemas que surgen. Ejemplos de ello han sido la llegada masiva de víctimas por situaciones de emergencias o desastres como incendios, explosiones, sismos o accidentes de tránsito, y por la pandemia de COVID-19.

Precisamente la pandemia es una de las experiencias que se menciona en todos los hospitales, con ejemplos de innovación y adaptación al cambio para reconvertirse en hospitales de atención a la COVID-19, algunos de manera completa y exclusiva y otros de forma híbrida, para lo cual hubo que tomar decisiones rápidas y consensuadas sobre:

- el cierre temporal de algunos servicios;
- la remisión de pacientes regulares a otras unidades;
- la capacitación del personal en tiempo récord;
- la instalación de barreras de bioseguridad;

- el desarrollo de rutas de transferencias seguras entre salas destinadas a la atención de pacientes con COVID-19 y las restantes;
- la señalización de las rutas de tránsito para personal y pacientes dentro de las instalaciones (entradas y salidas) de las unidades;
- la determinación de áreas de expansión para la atención de pacientes de menor gravedad, y
- la activación de protocolos en todas las áreas de atención.

Otros hospitales que no atendieron a pacientes de COVID-19, como algunos de tercer nivel de especialidades médicas, mencionan que fueron utilizados para absorber las emergencias obstétricas por traumas. Asimismo, mencionan que llevan a cabo de cuatro a seis simulacros al año, que cuentan con planes de evacuación y que utilizan tarjetas de acción con especificaciones sobre qué hacer en las diferentes áreas de servicios ante emergencias y desastres.

Algunas experiencias señalan como, ante contingencias, se activa un sistema de gestión hospitalaria que genera información vital para conocer las capacidades del hospital para atender o remitir pacientes, como las camas disponibles, la cantidad de insumos, la revisión de la infraestructura tecnológica del equipo médico o la disponibilidad de personal.

Como parte de los planes de contingencia, los hospitales cuentan con programas de capacitación que incluyen formación introductoria para el personal nuevo sobre el sistema de comando de incidentes. Disponen, asimismo, de un plan de continuidad de operaciones ante situaciones de emergencia y desastres en el que se definen responsabilidades y actividades específicas, y se establecen las medidas concretas para que las áreas de servicios y atención médica cumplan con dicho plan.

Algunos hospitales disponen de un plan de determinación de áreas de expansión en sus hospitales, con acciones específicas para los procesos críticos ante emergencias y desastres.

## 6.5 Experiencias del Programa Hospital Seguro con las organizaciones de trabajadores de salud

La relación con las organizaciones de trabajadores de salud se describe, en general, como satisfactoria, a pesar de que existieron momentos de desacuerdo que han requerido llevar a cabo negociaciones sobre convenios respecto a horarios o la necesidad de reubicar al personal.

En los hospitales visitados para esta sistematización, se menciona la importancia del desarrollo de estrategias conjuntas para obtener el apoyo de las organizaciones de trabajadores a través de una comunicación sostenida.

Algunos hospitales integran a representantes de organizaciones de trabajadores de salud en los procesos de autoevaluación interna, de tal forma de alcanzar acuerdos para solucionar hallazgos que son de competencia de las organizaciones de trabajadores.

Todos los hospitales visitados señalaron que la participación de organizaciones de trabajadores de salud resultó clave ante distintas emergencias, como en la respuesta a la pandemia de COVID-19.

**Cuadro 5. Resumen de las experiencias sistematizadas con relación a los establecimientos de salud en el marco del Programa Hospital Seguro en México**

RESPUESTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD		
EJE DE ANÁLISIS	CRITERIOS	EXPERIENCIAS RELEVANTES
El PHS en los hospitales	<p><b>Aplicabilidad</b></p> <p>¿Es aprovechable, tiene utilidad, ofrece soluciones, es posible aplicarlo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En todos los hospitales visitados se había realizado, al menos, una evaluación del PHS.</li> <li>• Algunos hospitales realizan autoevaluaciones basadas en la lista de verificación del PHS para detectar problemas y determinar soluciones. Esta práctica la realizan también antes de ser evaluados por el PHS.</li> <li>• Cuentan con un comité hospitalario del PHS que celebra sesiones de trabajo regulares para el seguimiento de las actividades de mejora, donde participan los jefes o representantes de las distintas áreas y del cuerpo de gobierno. En algunos casos, la persona que dirige el hospital es quien preside el comité.</li> </ul>
	<p><b>Relevancia</b></p> <p>¿Es significativo, tiene valor e importancia, sobresale, resulta esencial?</p> <p>¿Para quién?, ¿para qué?, ¿en qué contexto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencionan como fortaleza del comité del PHS a sus integrantes, por ser responsables de tomar decisiones en sus respectivas áreas de trabajo, lo cual permite que las actividades prioritarias del PHS se realicen de forma ágil.</li> <li>• El comité hospitalario del PHS mantiene una comunicación sostenida con otros comités del hospital.</li> </ul>
	<p><b>Validez</b></p> <p>¿El método logra los propósitos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los hospitales de categoría C son una prioridad para la toma de decisiones sobre la recuperación de áreas o la demolición completa o parcial del establecimiento.</li> </ul>
	<p><b>Innovación</b></p> <p>¿Modifica actuaciones rutinarias, presenta nuevas alternativas o soluciones?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La recuperación o reconstrucción de estructuras o áreas de servicios específicas de un hospital, de conformidad con las recomendaciones del PHS o de Protección Civil, se planifica de manera organizada y por etapas. Se transfieren los servicios a otras áreas del hospital, o incluso a otras unidades de la red de servicios, para evitar la pérdida de productividad en la atención de los pacientes y, cuando es necesario, también se realizan cierres parciales.</li> </ul>

## RESPUESTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

EJE DE ANÁLISIS	CRITERIOS	EXPERIENCIAS RELEVANTES
<b>La gestión de los recursos</b>	<b>Validez</b> ¿El método logra los propósitos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplican distintas estrategias de gestión de recursos para cumplir las observaciones del PHS.</li> <li>• Se fundamentan en solicitudes de fondos, basándose en los hallazgos y observaciones de la evaluación del PHS y de Protección Civil, para obtener financiamiento de sus instituciones, que cuentan con carteras de inversiones o partidas presupuestarias especiales para situaciones de emergencia.</li> <li>• Exploran partidas especiales del hospital, destinadas a su conservación o mantenimiento, mediante una sólida justificación del PHS, con el fin de encontrar recursos para reconstruir o rehabilitar áreas críticas o para realizar adecuaciones que permitan atender situaciones de emergencia y mantener los servicios operativos.</li> </ul>
	<b>Aplicabilidad</b> <b>Innovación</b> <b>Relevancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de los equipos de gestión de riesgos para adaptarse a eventos críticos que requieren respuestas ágiles.</li> <li>• La pandemia de COVID-19 se considera una de las experiencias en las que se emprendieron acciones innovadoras y se demostraron las capacidades de adaptación al cambio.</li> <li>• Cuentan con planes de emergencia hospitalaria donde se contemplan simulacros y planes de evacuación, y utilizan tarjetas de acción ante emergencias y desastres.</li> <li>• Cuentan con sistemas de gestión hospitalaria que generan información vital sobre las capacidades de cada hospital, programas de capacitación del personal con formación sobre el sistema de comando de incidentes y un plan de continuidad de operaciones ante situaciones de emergencia y desastres.</li> <li>• Algunos hospitales cuentan con un plan de determinación de áreas de expansión, que incorpora acciones específicas para los procesos críticos frente a situaciones de emergencia o desastres.</li> </ul>
<b>La relación con organizaciones de trabajadores de salud</b>	<b>Aplicabilidad</b> <b>Innovación</b> <b>Relevancia</b> <b>Validez</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La relación se describe en general como satisfactoria.</li> <li>• Ante varias experiencias de emergencias y desastres, como sismos y la pandemia de COVID-19, se desarrollaron estrategias para contar con el apoyo de las organizaciones de trabajadores de salud a fin de que, ante la necesidad de traslados temporales del personal a otras unidades asistenciales, se garanticen las cédulas de reubicación autorizadas por las autoridades de las delegaciones de cada gremio para velar por el respeto de los derechos laborales conforme a los contratos colectivos de trabajo.</li> <li>• Algunos hospitales integran a representantes de las organizaciones de trabajadores de salud en procesos de autoevaluaciones internas, en algún caso con la cédula del PHS. Se formalizan acuerdos para las soluciones que son competencia de las organizaciones de trabajadores de salud.</li> <li>• Todos los hospitales visitados señalaron que la participación de las organizaciones de trabajadores de salud ha sido clave ante emergencias y desastres, como sucedió, por ejemplo, en la respuesta a la pandemia de COVID-19.</li> </ul>

Nota: PHS: Programa Hospital Seguro.

## 7. Áreas de oportunidad y retos para el futuro del Programa Hospital Seguro en México

La presentación de las áreas de oportunidad obedece a los comentarios y las reflexiones que destacaron durante las distintas entrevistas mantenidas durante la visita de sistematización en respuesta a las siguientes preguntas: Dada la experiencia en la implementación del PHS en México, ¿qué se podría haber desarrollado de forma diferente en la implementación del PHS? ¿Cuáles serían los retos para el futuro del PHS?

### 7.1 Áreas de oportunidad

#### Sostenibilidad institucional y marco normativo

- Dotar de mayor sostenibilidad y fortaleza jurídica al PHS, convertirlo en una política pública con mayor repercusión.
- Fortalecer el reconocimiento de la importancia de que el PHS continúe bajo el liderazgo de la CNPC, dado que se trata de un ente externo a la salud a cargo de evaluar que los hospitales sean seguros. Por tanto, es necesario continuar transmitiendo la esencia del PHS a los nuevos líderes en posiciones estratégicas.
- Aumentar el uso de la tecnología para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones derivadas de las evaluaciones del PHS.
- Avanzar en la difusión de la segunda versión del ISH y, en el futuro, hacer los ajustes que se consideren necesarios a partir de las experiencias relacionadas con su aplicación en el país. En situaciones de emergencia en materia de salud y desastres, la OPS cuenta con dos herramientas –la herramienta de Evaluación Rápida de Establecimientos de Salud (ERES) (23) y la herramienta de evaluación posdesastre de hospitales (24)– que, con base en los resultados del ISH, pueden agilizar la respuesta para la recuperación de los hospitales afectados.
- Exportar el modelo a otras regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que la experiencia del PHS en México podría servir de ejemplo.
- Apostar por que el PHS profundice el desarrollo de hospitales resilientes a emergencias de salud y desastres, respetuosos con el medioambiente e inclusivos con las personas con discapacidad, entre otros componentes que podrían incluirse en un hospital seguro.

#### Cumplimiento de las recomendaciones derivadas de evaluaciones

- Es necesario contar con más información transparente sobre el cumplimiento de las recomendaciones desde el CNEDCPHS y los CEEPHS. Es importante insistir en que se cumplan las sugerencias derivadas de las evaluaciones, dado que constituyen el objetivo principal del PHS.
- Recuperación de las evaluaciones del PHS que quedaron pendientes debido a la pandemia de COVID-19.
- Atender la demanda de solicitudes de evaluación por parte de las instituciones que integran los CEEPHS, dado que desde marzo del 2020 hasta agosto del 2022 no se realizaron evaluaciones.

## Fortalecimiento de los equipos evaluadores

- Articular propuestas con las instituciones que integran los CEEPHS que garanticen permisos de trabajo remunerados para que los evaluadores puedan participar en las evaluaciones de establecimientos de salud realizadas en el marco del PHS.
- Asegurar que los candidatos dispongan de espacios donde realizar sus tres visitas de práctica para ser acreditados como evaluadores por el PHS.
- Mantener el ritmo de los cursos de formación sobre la segunda versión del ISH y asegurar que los evaluadores acreditados actualicen su formación mediante estos cursos.

## Documentación de las mejores prácticas del PHS

- Rescatar las buenas prácticas ante situaciones de emergencia no previstas debidas a eventos muy puntuales con el fin de valorar las ventajas y nuevas oportunidades del PHS: lluvias recurrentes, ausencia de agua por sequías prolongadas, emergencias por enfermedades emergentes, etc. En este sentido, se contemplaría resaltar y documentar las experiencias recientes en relación con los procesos de reconversión hospitalaria para responder a la pandemia de COVID-19.

## Articulación de procesos con otras instancias nacionales de acreditación y certificación de establecimientos de salud

- Aprovechar sinergias y puntos de coincidencia para realizar esfuerzos conjuntos en los procesos y procedimientos de certificación y acreditación de establecimientos de salud, entre estos, los procesos que realiza el SiNaCEAM del Consejo de Salubridad General y el proceso de acreditación realizado por la SS por medio de la DGCES. Cabe valorar los puntos de coincidencias que puedan potenciar los efectos de evaluaciones que se llevan a cabo con distintos propósitos.

## 7.2 Retos para el futuro del PHS

- Ampliar la previsión de riesgos a los que puede estar expuesto un hospital, ya que es probable que, en el futuro, los hospitales estén sujetos a condiciones no previstas, como lluvias recurrentes, sequías prolongadas o emergencias por enfermedades emergentes o reemergentes. Por ello es importante fomentar el uso del Atlas Nacional de Riesgos (21).
- Fortalecer los mecanismos de seguimiento del PHS por parte de los CEEPHS y del CNEDCPHS con el fin de vigilar el cumplimiento de las recomendaciones de sus evaluaciones.
- Volver a evaluar los hospitales que ya han sido objeto de evaluación, para comprobar si han seguido las recomendaciones emitidas y en qué medida las han ejecutado.
- Garantizar que, en términos de funcionalidad y seguridad, la asignación presupuestaria de las instituciones a las que pertenecen los establecimientos de salud evaluados sea suficiente para cumplir las recomendaciones derivadas de las evaluaciones del PHS.
- Continuar fortaleciendo la institucionalidad del PHS.

- Avanzar en la creación del Centro Nacional de Emergencias en Salud. De contar con los recursos técnicos y financieros necesarios, este proyecto representaría una oportunidad sostenible para fortalecer la exitosa gestión del PHS lograda hasta ahora, dado que la seguridad estructural, no estructural y funcional de los hospitales es el objetivo principal del PHS.
- Fortalecer la vinculación de los centros nacionales de emergencias en salud con los centros coordinadores de salud para el bienestar mediante la delegación de la autoridad rectora federal a los estados, buscando el aumento de la resiliencia como parte del Sistema Nacional de Salud. Estos centros coordinadores están inscritos en el modelo de atención adoptado por el país.
- Promover el desarrollo de la iniciativa de equipos médicos de emergencias (EMT, por sus siglas en inglés) como estrategia de expansión rápida de las capacidades de atención clínica y de recuperación temprana de la oferta de servicios de salud.

## Referencias

1. Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres. Ginebra: UNDRR; 2005. Disponible en: <https://www.eird.org/cdmah/contenido/hyogo-framework-spanish.pdf>.
2. Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. Ginebra: UNDRR; 2015. Disponible en: [https://www.unisdr.org/files/43291\\_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf](https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf).
3. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria. Guía para evaluadores. Segunda edición. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51462>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Hospitales Seguros. Washington, D.C.: OPS; s/f [consultado el 31 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/hospitales-seguros#:~:text=Objetivos%20del%20programa%20de%20hospitales,red%20de%20servicios%20de%20salud>.
5. Gobierno de México. Programa Hospital Seguro. Ciudad de México: Gobierno de México; 2016 [consultado el 31 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-hospital-seguro-21869>.
6. Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Razones para contar con hospitales seguros frente a los desastres. Ginebra: UNDRR; s/f. Disponible en: <https://www.eird.org/camp-08-09/razones.pdf>.
7. Gobierno de México. Terremoto, México, 1985. Ciudad de México: Gobierno de México; 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/siap/articulos/terremoto-mexico-1985?idiom=es>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Resumen ejecutivo de la Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud. Washington, D.C.: OPS; 1996. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/36290>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Preparación y respuesta frente a los desastres [resolución CD45.R8]. 45.º Consejo Directivo, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2004. Washington, D.C.: OPS; 2004. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/255>.
10. Organización Panamericana de la Salud, Coordinación Nacional de Protección Civil. Lista de verificación de hospitales seguros. Ciudad de México: OPS, CNPC; 2008. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/lista-de-verificacion-de-hospitales-seguros>.
11. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión de México. Ley General de Protección Civil, del 6 de junio del 2012. Última reforma publicada DOF 06-11-2020. Ciudad de México: Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión de México; 2012. Disponible en: <https://www.gob.mx/indesol/documentos/ley-general-de-proteccion-civil-60762>.



12. Secretaría de Gobernación de México. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación de México; 2012. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013#gsc.tab=0).
13. Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro de la Ciudad de México. Hospitales seguros: de pie y funcionando ante un desastre. *Nuestro Mundo Hospitalario*. 2021;4:21-22.
14. Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro de la Ciudad de México. Hospitales seguros: de pie y funcionando ante un desastre II. *Nuestro Mundo Hospitalario*. 2021;5:22-23.
15. Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro de la Ciudad de México. Hospitales seguros: de pie y funcionando ante un desastre II. *Nuestro Mundo Hospitalario*. 2022;1:20-21.
16. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión de México. Ley General de Salud, del 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 29-05-2023. Ciudad de México: Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión de México; 1984. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.
17. Consejo de Salubridad General de México. Autoevaluación 2016: establecimientos que se evalúan con los estándares para certificar hospitales. Requisitos para ingresar al proceso de certificación. 2016. Ciudad de México: Consejo de Salubridad General de México; 2016: p. 18. Disponible en: <http://www.cufcd.edu.mx/calidad/v20/documentacion/CM/CEMA-AUT-HOS.pdf>.
18. Secretaría de Gobernación de México. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Ciudad de México: Secretaría de Gobernación de México; 2022. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0).
19. Gobierno de México. Instrumentos para la Autoevaluación, Programa de Autoevaluación en la Secretaría de Salud. Ciudad de México: Gobierno de México; 2016 [consultado el 31 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/instrumentos-para-la-autoevaluacion-programa-de-autoevaluacion-en-la-secretaria-de-salud>.
20. Secretaría de Gobernación, Sistema Nacional de Protección Civil. Programa Hospital Seguro: protocolo para visitas de Evaluación Hospitalaria.. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación, Sistema Nacional de Protección Civil; 2012. Disponible en: <http://www.proteccioncivil.gob.mx/work/models/ProteccionCivil/Resource/59/2/images/pveh.pdf>.
21. Centro Nacional de Prevención de Desastres. Atlas Nacional de Riesgos. Ciudad de México; CENAPRED; s/f [consultado el 31 de mayo del 2023]. Disponible en: <http://www.atlasmnacionalderiesgos.gob.mx>.
22. Gobierno de México. Secretaría de Salud. Lineamientos de implementación de Centros de Atención Temporal COVID-19 (CAT-COVID-19) y Hospitales Móviles (EMT). Ciudad de México: Gobierno de México; 2020. Disponible en: [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos\\_Centros\\_Atencion\\_Temporal.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos_Centros_Atencion_Temporal.pdf).

23. Organización Panamericana de la Salud. Herramienta de Evaluación Rápida de Establecimientos de Salud (ERES). Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/herramienta-evaluacion-rapida-establecimientos-salud-eres>.
24. Organización Panamericana de la Salud. Herramienta de evaluación posdesastre de hospitales. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57675>.

## Bibliografía

Cruz Vega F, Elizondo Argueta S, Sánchez Echeverría JC, Loría Castellanos J y Cortes Meza HM. Nueva etapa, hospital seguro y resiliente. Archivos de Medicina Urgente de México. 2018; 10(1):27-30.

Duarte Yurjar S. El Programa Hospital Seguro frente a desastres. Enlaces Xochimilco. 2022;2(4, trim 17). Disponible en: <https://enlacesx.xoc.uam.mx/article/el-programa-hospital-seguro-frente-a-desastres/>.

Gobierno de México. Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro. Ciudad de México: Gobierno de México; 2015 [consultado el 31 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/comite-nacional-de-evaluacion-diagnostico-y-certificacion-del-programa-hospital-seguro>.

González Flores SY. Programa Hospital Seguro. Serie Experiencias de Seguridad Social 3. Ciudad de México: CISS; 2019. Disponible en: <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2022/02/03-programa-hospital-seguro-v2.pdf>.

Esta sistematización se centra en las experiencias de implementación y seguimiento del Programa Hospital Seguro (PHS) en México y es fruto de la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las autoridades a cargo del PHS en el país en respuesta al tercer objetivo del programa de hospitales seguros de la OPS: sistematizar y dar seguimiento a la implementación de las políticas y regulaciones nacionales e internacionales sobre hospitales seguros. La sistematización gira en torno a tres ejes de análisis, a saber, la gerencia y organización del PHS, las intervenciones del programa y la respuesta de los establecimientos de salud. Asimismo, se plasman las áreas de oportunidad y los retos futuros para el programa, con el fin de contribuir a mejorar su implementación y seguimiento.

Las experiencias analizadas reflejan la exitosa labor del PHS en México y tienen por objetivo servir de inspiración para llevar a cabo iniciativas similares en la Región de las Américas.



[www.paho.org](http://www.paho.org)

