



Nombre de alumno:

Jessica Janine García Aguilar.

Nombre del profesor:

Mike Anderson Hernández.

Nombre del trabajo:

Avances de investigación.

Materia:

Taller de elaboración de tesis.

Grado: 9° cuatrimestre.

Grupo: "A".

Identificación del paciente. Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucren al paciente equivocado.

Comunicación Efectiva. Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.

Seguridad en el proceso de medicación. Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.

Seguridad en los procedimientos. Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.

Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas. Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia.

Fuentes e información relacionada:

Diario Oficial de la Federación (DOF). ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

CSG. Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente del CSG. Edición 2017.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

Es importante destacar que el 8,0% atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad (ej. barreras lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud o maltrato por parte del personal, preferencia por la medicina tradicional e indígena).

Las personas en el quintil de riqueza más pobre fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y de falta de disponibilidad de recursos.

<https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de>

El proceso de reducción de las inequidades en salud se hace más complejo por los nuevos patrones epidemiológicos y demográficos que requieren respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud; y que los problemas de exclusión y la falta de acceso a servicios de calidad persisten en grandes sectores de la población de la Región, especialmente en aquellos grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad. Reconociendo que hay muchas maneras de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura de salud universal y que cada país deberá establecer su propio plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, así como sus prioridades y los desafíos de salud actuales y futuros, las líneas estratégicas propuestas están destinadas a ser utilizadas por los Estados miembros

Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y en la comunidad.

Fortalecimiento de la administración y la gobernanza.

Aumentar y mejorar la financiación, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación de los pagos directos que constituyen una barrera para el acceso en el punto de servicio.

Fortalecimiento de la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que aseguran la sostenibilidad de la cobertura universal.

<https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de>

En el 2000, la población total de México era de 97 873 442 habitantes, y en el 2021 había ascendido a 126 705 138, lo que representa un incremento de 29,5%. En cuanto al perfil demográfico del país, en el 2021 la población de mayores de 65 años representaba 8,1% del total, lo que implica un aumento de 3,1 puntos porcentuales respecto del 2000. Asimismo, en el 2021 se alcanzó una razón de 104,8 mujeres por cada 100 hombres y de 32,6 personas mayores (de 65 años o más) por cada 100 menores de 15 años, como se observa en la distribución por grupo etario y sexo de las pirámides poblacionales del país (figura 1). Si se considera la población de 15 a 64 años como potencialmente activa, es decir, susceptible de participar en actividades laborales, esta representó 66,9% de la población total del país en el 2021, lo que equivale a 84 732 496 personas. Si a estos datos se agregan los relativos a la población potencialmente pasiva (31 616 904 menores de 15 años y 10 305 739 mayores de 65 años), se obtiene una relación de dependencia de 49,4 habitantes potencialmente pasivos por cada 100 habitantes potencialmente activos. Esta relación era de 64,6 en el 2000.

En lo que atañe a la esperanza de vida al nacer, para el 2021 fue de 75,2 años — cifra inferior al promedio de la Región de las Américas—, lo que representa un aumento de 1,2 años respecto de lo informado en el 2000.

<https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-mexico#:~:text=La%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20y,5%20por%20mill%C3%B3n%20de%20habitantes.>

Al analizar el desarrollo social en México hay que reconocer la complejidad de esta tarea y los distintos ángulos desde los cuales debe ser observado para entenderlo de manera integral. Si bien hay retos comunes de largo plazo y de alcance nacional, lo cierto es que la pobreza y los procesos de evaluación se expresan de manera heterogénea entre las entidades federativas y municipios que las componen, además de ser sensibles a cambios a lo largo del tiempo. Cada contexto presenta desafíos diferentes que llevan a plantear la necesidad de priorizar y actuar de acuerdo con las particularidades, de cada entidad federativa. El objetivo del CONEVAL con la realización de estas publicaciones es que las entidades federativas cuenten con información que aporte credibilidad y rigor técnico en la toma de decisiones. Todos estos productos no podrían existir sin la colaboración de los gobiernos estatales que han asumido el reto de mejorar la 1 Diario Oficial de la Federación, 20 de enero de 2004. 2 Diario Oficial de la Federación, 24 de agosto de 2005. Informe de pobreza y evaluación 2020. Chiapas 9 Informe de pobreza y evaluación 2020. Chiapas política de desarrollo social y se han aliado con el CONEVAL para lograr este objetivo. Por lo anterior, el CONEVAL presenta la tercera edición de informes de pobreza y evaluación de las entidades federativas, los cuales ofrecen un panorama general de la situación de pobreza multidimensional y de los elementos de monitoreo y evaluación de los programas sociales en las entidades federativas con el fin de proveer información veraz, relevante y actualizada a quienes toman decisiones en la política pública estatal. La primera serie de informes abarcó el periodo de 2010 a 2012, mientras que la segunda fue de 2012 a 2013. Para esta nueva versión, la periodicidad comprende información de 2008 a 2018, lo cual permite contar con una perspectiva más completa de las tendencias del desarrollo social en los últimos años, además de que aporta elementos para una mejor planeación a mediano y largo plazos.

https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Chiapas_2020.pdf

Iniciando la segunda década del siglo XXI, la situación que guarda la salud-enfermedad-atención en la población del estado de Chiapas, tal es el caso del municipio de Frontera Comalapa.

Resulta indudable que los actuales cambios sociales matizan con acentuada intensidad los componentes del bienestar humano que pretenden describirse, sin embargo, conviene recordar que la salud humana no es más que el resultado de la interacción de sus determinantes¹ tanto distales como proximales, en el actual modelo dominante de explicación del fenómeno. Es por ello que cobra particular relevancia la asociación con su contraparte, la enfermedad y se conceda énfasis a la atención médica, por consecuencia.

Como se afirmó antes, en el modelo hegemónico la salud humana es el resultado de una serie de aspectos que lo condicionan, bajo el rubro de macro-determinantes se agrupan las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y ambientales; muchas de las cuales no se han modificado radicalmente, puesto que todo cambio social obedece a una lógica, ha de vencer la inercia, ha de ajustarse al ritmo de los procesos macroeconómicos.

En la visión dialéctica de la salud-enfermedad se reconoce que el deterioro ambiental tiene efecto sobre la calidad de vida de los grupos sociales, que al no encontrar opciones para ocuparse productivamente y satisfacer las necesidades básicas optan por migrar. Actualmente la migración se ha acentuado en Chiapas, tanto en sentido rural-rural como rural-urbano y hacia distintos destinos del país y los Estados Unidos. El índice de desarrollo humano se mantiene en los recientes años; el perfil epidemiológico está en franca dirección hacia las enfermedades crónico no transmisibles y se observa un estadio temprano de la transición demográfica. En este sentido, existe un cambio sustancial en las políticas sociales, de diferente naturaleza, que impactan de alguna manera sobre la condición salud.

En salud, una atención de calidad es tan importante, que su ausencia tiene repercusiones no solamente sobre la eficiencia del sistema de salud o la percepción que los ciudadanos tienen de él, sino que, literalmente, puede costarles la vida.

De acuerdo al reporte, 60% de las muertes que podrían haberse tratado médicamente son consecuencia de una baja calidad de atención. Cabe reparar por un momento sobre las implicaciones: la mala calidad de la atención de salud es, actualmente, un mayor obstáculo para reducir la mortalidad que la falta de acceso a servicios de salud. En otras palabras, aún si se logra asegurar el acceso a un determinado servicio de salud tal como lo es el Hospital básico comunitario de Frontera Comalapa.

La atención de mala calidad es un desperdicio enorme de recursos, y puede ser un problema en esta comunidad.

Naturalmente, la consecuencia del derroche y la ineficiencia del gasto en salud deterioran la confianza de los pacientes en los sistemas de salud. Se considera que el sistema de salud de frontera Comalapa debe ser reformado. Y no es únicamente un asunto de percepción. La baja calidad asistencial puede resultar en condiciones de salud peores, agravamiento y persistencia de síntomas, pérdida de funcionalidad e inclusive recelo de regresar al centro de atención.

Hay problemas de calidad en todos los países – y para todas las enfermedades. Sin embargo, la intensidad del problema es variable; sigue siendo mucho peor en esta comunidad, entre los grupos más vulnerables, como aquellos que viven en situación de pobreza o están marginados de los sistemas de salud por distintas razones.

Mejorar la calidad de la atención de salud no será fácil y demandará la acción de todos los actores del sistema. Un lugar donde empezar, y probablemente el más importante, es enfocar las intervenciones en esfuerzos para capacitar mejor a los profesionales de la salud, además de implementar reformas estructurales que se reflejen en todo el sistema.