



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

INSABI
INSTITUTO DE SALUD PARA
EL BIENESTAR

Baja California, una experiencia exitosa:

Intervención sectorial en
la prevención, manejo, control
y seguimiento de la pandemia
por COVID-19



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

INSABI
INSTITUTO DE SALUD PARA
EL BIENESTAR

Comando Directivo Sectorial

Dra. Célida Duque Molina

Directora de Prestaciones Médicas (IMSS)

Dra. Alethese de la Torre

Directora de CENSIDA

Dr. Raúl Peña Viveros

Titular de la Unidad de Coordinación
Nacional Médica del INSABI

Dr. Ramiro López Elizalde

Director Normativo en Salud, (ISSSTE)

Equipo de Apoyo

Transferencia de Experiencias de Éxito Intersectorial

**Dra. Marcela Astrid Malpica
y Martínez**

Instituto de Salud para el Bienestar

Dr. Héctor Patiño Rubio

Instituto Mexicano del Seguro Social

**Dr. Nilson Agustín Contreras
Carreto**

Dirección General de Calidad y
Educación en Salud

Dra. Dylan Lucía Díaz Chiguer

Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales para los Trabajadores del
Estado

Descripción del establecimiento

Entidad Federativa	Baja California
Nombre del Establecimiento de Salud	Hospital General Regional (HGR) No. 1
Institución	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
Nivel de atención	Segundo nivel
CLUES	BCIMS000373
Tipo de Unidad	Hospital General Regional
Domicilio	Canadá 16801, 3ra Etapa Río Tijuana, CP 2226, Tijuana, Baja California (zona urbana).
Población atendida	696,071
Área rural o urbana	Urbana
Oferta de Servicios Número de camas	
<ul style="list-style-type: none">• Censables• No censables	324 (60 pertenecen al Centro de Atención Temporal) 139
Plantilla de personal	
<ul style="list-style-type: none">• Rama médica• Enfermería• Administrativa y de servicios	629 677 685
Información del contacto	Dra. Fátima Borrego Pérez Jefa de Servicios de Prestaciones Médicas fatima.borrego@imss.gob.mx Tel. 6865647700 ext. 31007

Problemática resuelta

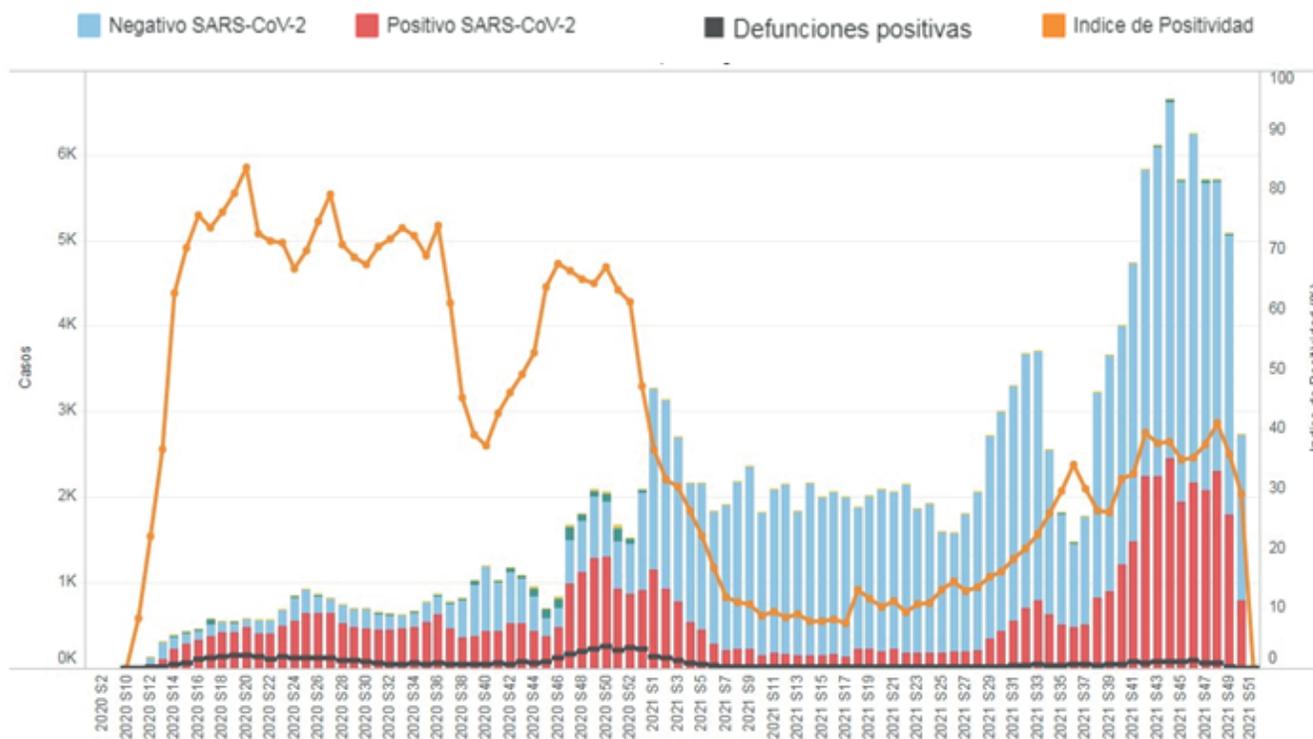
La pandemia por COVID-19 ocasionó un incremento en la demanda de atención hospitalaria para pacientes con enfermedad respiratoria viral (ERV), derivado de lo anterior la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas (JSPM) en coordinación con el Cuerpo de Gobierno del HGR No. 1 determinó el cierre de servicios considerados como no esenciales o urgentes durante el periodo comprendido de marzo del 2020 a febrero del 2021.

La productividad en consulta de especialidades y cirugías en el Órgano Operativo de Administración Desconcentrada del IMSS en Baja California se redujo en forma significativa, originando diferimiento y afectando la salud de los derechohabientes.

Problemática resuelta

En las siguientes dos gráficos se muestra la curva epidémica (gráfico 1) y el comportamiento de hospitalizados, intubados y defunciones (gráfico 2) por sospecha de COVID-19 desde inicio de la pandemia, donde se observa la alta positividad y las camas ocupadas por casos sospechosos de COVID-19.

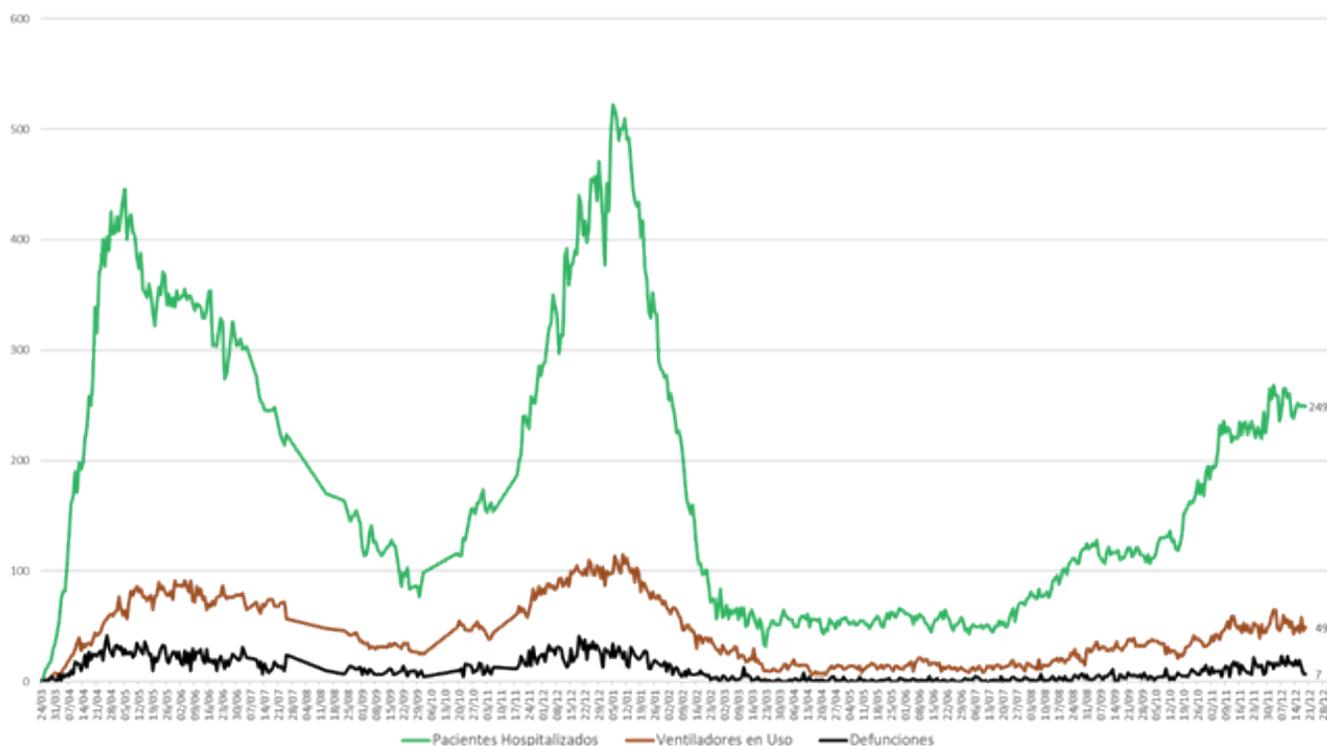
Gráfico 1. Curva epidémica por COVID-19, por semana de inicio de síntomas, OOAD Baja California, 2020-2021



Fuente: Sitio de Cuadro de Mando para Contingencia COVID-19, Tableros COVID-19, IMSS.

Problemática resuelta

Gráfico 2. Comportamiento de hospitalizados, intubados y defunciones por sospecha de COVID-19, OOAD Baja California, 2020-2021



Fuente: Informe Diario Hospitalario, JSPM, OOAD BC, IMSS.

Es importante resaltar que, aunque el cierre de actividades no afectó servicios esenciales y prioritarios como urgencias, tococirugía, oncología y cirugías de emergencia, el cierre de consulta externa de especialidades y cirugías programadas tuvo un impacto negativo en la salud de los pacientes.

Por la alta incidencia y demanda de atención que requirieron los pacientes COVID-19, se enfocaron los esfuerzos hacia su atención y en 2020 el HGR 1 se convirtió en unidad médica de atención exclusiva COVID-19, como unidad concentradora para estos pacientes; en 2021 se recuperaron áreas para atención de pa-

cientes ordinarios (no COVID-19), convirtiéndose en un hospital híbrido que incluye servicios como cardiovascular, trasplantes, hemodinamia, entre otros, y continua como unidad concentradora del 100% de los pacientes COVID-19 de los municipios de Tijuana, Tecate y Rosarito, brindando en total atención especializada a 3,548 pacientes desde 2020 a noviembre 2021.

Para la recuperación de los servicios ordinarios y continuar con la atención de COVID-19, se utilizaron diversas herramientas para el análisis y se implementaron estrategias que se describen en este documento.

Herramientas para la mejora de la calidad

Análisis de factores internos y externos (FODA)

Factores Externos

Fortalezas

- Programa institucional de capacitación en temas relacionados con COVID-19.
- Gestión y administración adecuada de recursos materiales y humanos.
- Disposición y apoyo sindical para los movimientos de personal de salud y apertura de bolsa de trabajo.
- Programas de rehabilitación y salud mental.
- Centro de Atención Temporal a pacientes con COVID-19.

Debilidades

- Alta dispersión geográfica de unidades médicas con disposición de equipo e instalaciones para la prestación de servicios en pacientes con COVID-19.
- Cambios constantes que desencadenan cansancio mental en los prestadores de servicios de salud.

Factores Internos

Amenazas

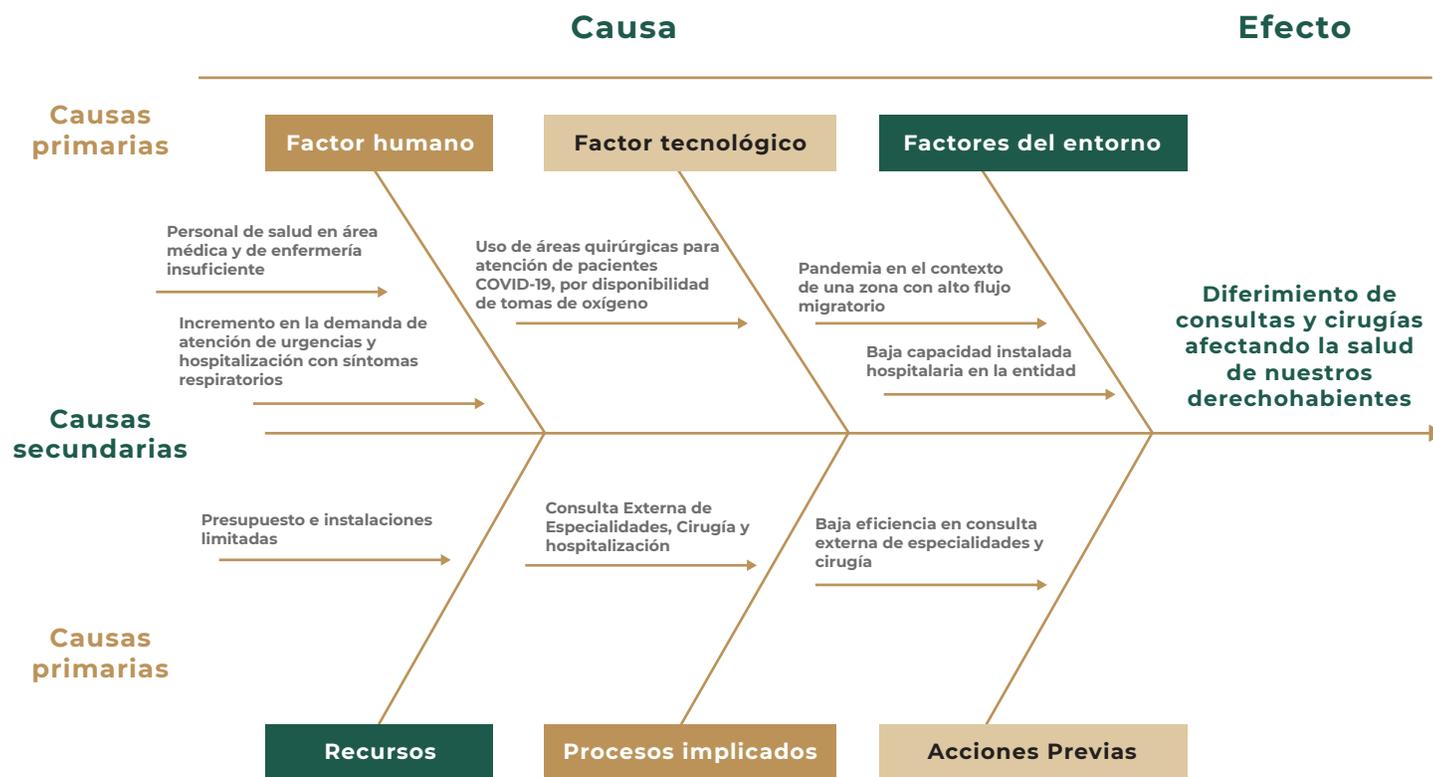
- Zona fronteriza.
- Alto flujo migratorio.
- Alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas.
- Recursos limitados en proveedores de insumos y servicios relacionados con la salud.
- Exceso de información no adecuada.

Oportunidades

- Disposición de medios de comunicación escritos y visuales.
- Políticas de prestación de servicios de salud disponibles.
- Colaboración interinstitucional con instituciones públicas y privadas para la prestación de servicios.
- Recurso económico disponible para el abordaje de la pandemia.
- Campañas de concientización a la población.

Herramientas para la mejora de la calidad

Diagrama de Ishikawa



En 2020 se incrementó la demanda de atención de los pacientes con ERV, dicha demanda afectó a la entidad de forma importante debido al alto flujo migratorio, por su ubicación y la dinámica de la frontera México-Estados Unidos.

De acuerdo a la CONAMED, Baja California cuenta con un déficit de capacidad hospitalaria, contando con una densidad de camas censables de 0.44 por cada 100,000 habitantes, siendo la media nacional 0.59. Derivado del incremento de la solicitud de atención, principalmente a los servicios de urgencias y hospitalización, y aunado al déficit de infraestructura hospitalaria, fue necesario, de forma inicial, la adecuación de áreas que en

situación ordinaria no eran utilizadas para este fin, y en fases posteriores la reconversión total de unidades médicas para atención de pacientes COVID-19.

La mayoría de estos pacientes requerían atención especializada y soporte con oxígeno con métodos no invasivos, sin embargo una gran proporción demandó ventilación mecánica invasiva, lo que originó la compra de equipo médico para este fin, el proceso de adquisición de este insumo tardó algunos meses, periodo en el cual se tuvo que arrendar equipo, realizar préstamos y traspasos.

Herramientas para la mejora de la calidad

Diagrama de Ishikawa

Además de recursos materiales especiales, nos encontramos con falta de recurso humano necesario en la unidad, principalmente las categorías de médicos especialistas y enfermería, la entidad cuenta con 1.14 médicos por cada 100,000 habitantes (media nacional 1.40), y se cuenta con 1.78 enfermeras por cada 100,000 habitantes, con una media nacional de 1.97.

Ya que fue requerida la reconversión del 100% de las unidades de segundo nivel, la redistribución de médicos especialistas, personal de enfermería y apoyo para la atención de pacientes COVID-19, se realizó cancelación de cirugías programadas con el subsecuente diferimiento de este servicio.

Además, debido a este déficit de personal, fue necesario el cierre de la consulta externa de especialidades, generando diferimiento del servicio. Al inicio de la pandemia esto no representó un problema, ya que se observó una reducción del 70% de la demanda de servicios ordinarios por parte de los derechohabientes, derivado del temor a enfermarse de COVID-19 al acudir a unidades médicas, pero en 2021 las solicitudes de atención retornaron y se sumaron a la demanda no atendida de 2020.

Principal innovación o estrategia implementada para la resolución del problema

a. Objetivo estratégico: optimizar los servicios hospitalarios, de consulta externa y cirugía en el HGR 1, dando continuidad a la atención especializada de pacientes COVID-19.

b. Descripción de la estrategia: Además de utilizar informes ya establecidos se implementaron nuevas herramientas para el monitoreo constante de información epidemiológica, capital humano disponible y ocupación hospitalaria. Las variables que se tomaron en cuenta para la toma de decisiones son las siguientes:

Tabla 1. Variables analizadas para toma de decisiones.

Análisis epidemiológico	Análisis demanda servicios	Reconversión hospitalaria o recuperación de servicios
<ul style="list-style-type: none">• Índice de Positividad.• Tasa de Incidencia.• Ocupación Hospitalaria COVID-19.• Porcentaje de hospitalización.• Proyección de casos a dos semanas.	<ul style="list-style-type: none">• Diferimiento de consulta o quirúrgico.• Plantilla de personal médico.• Ocupación hospitalaria no COVID-19.• Sobre-estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none">• Productividad de los servicios.• Estimación de metas de jornadas extraordinaria.• Selección de unidades médicas.• Unidades concentradoras de casos COVID-19.

El envío de estos informes es diario (tabla 2), pudiendo requerirse el envío con cortes por turno en momentos críticos.

Principal innovación o estrategia implementada para la resolución del problema

Tabla 2. Informe diario de ocupación hospitalaria y uso de ventiladores, OOAD Baja California, IMSS

Variable	Hospitales Reconversión				Total Hospitales Reconversión	Hospitales Apoyo			
	Hospital General de Zona 30	Hospital General Regional 1	Hospital General de Zona 8	Hospital Rural Bienestar 69		Hospital General Regional 20	Hospital General de Subzona 6	Hospital General de Subzona 12	Total Hospital de Apoyo
Camas Censables	269	264	112	32	677	200	43	50	293
Camas Censables Ocupadas	168	153	83	11	415	131	32	23	186
Camas Censables Disponibles	101	111	29	21	262	69	11	27	107
Ocupación Hospitalaria (%)	62.45	57.95	74.11	34.38	61.30	65.50	74.42	46.00	63.48
Camas No Censables	63	141	67	14	285	49	19	16	84
Camas No Censables Ocupadas	33	55	22	7	117	49	9	16	74
Camas No Censables Disponibles	30	86	45	7	168	0	10	0	10
Camas COVID	234	250	80	14	578	72	25	25	122
Camas COVID Ocupadas	96	95	36	6	233	23	0	5	28
Camas COVID Disponibles	138	155	44	8	345	49	25	20	94
Ocupación Camas COVID (%)*	41.03	38.00	45.00	42.86	40.31	31.94	0.00	20.00	22.95
Número de Ventiladores en Existencia***	72	47	27	4	150	30	5	9	44
Número de Ventiladores en Uso***	48	15	25	0	88	18	1	4	23
Número de Ventiladores Usados en pacientes COVID	36	9	15	0	60	3	0	2	5
Ventiladores Disponibles***	24	32	2	4	62	12	4	5	21

Fuente: CVOED. Se cuenta con camas no censables habilitadas para hospitalización de COVID.
 *** Se consideran los ventiladores Hamilton-T1. También se cuenta con reserva de 23 ventiladores de traslado.

- Con la información recabada se realizan proyecciones y estimaciones de manera semanal.
- Derivado del análisis de la información diaria y las proyecciones semanales, aunado a la demanda de servicios de consulta de especialidades y cirugías programadas, se decide apertura o cierre parcial de servicios y/o reconversión o recuperación hospitalaria, según se requiera.
- Se estableció un mejor proceso gerencial, se fortaleció la comunicación y coordinación del equipo de trabajo y se hizo más eficiente la gestión de los recursos:

1. Consulta externa de especialidades: posterior al análisis del diferimiento de consulta, considerando los espacios y personal disponible.

2. Cirugías programadas: se fortalecieron las reuniones colegiadas de programación, con participación de todos los servicios y especialidades involucradas, mejorando la eficiencia quirúrgica, y disminuyendo las tasas de cancelación.

3. Hospitalización no COVID-19: Se reforzó el pase de visita médico-administrativo en todos los turnos, así como la gestión rápida y oportuna de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y egresos oportunos; además se decidió atender las causas-raíz más frecuentemente identificadas para prevenir situaciones a futuro.

Principal innovación o estrategia implementada para la resolución del problema

4. Además del pase de visita médico-administrativo y la programación quirúrgica en sesión colegiada, se continuó operando el Comité COVID-19, así como el Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP) y el Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN), para generar las políticas de acción para atención de riesgos detectados.

- El área administrativa, en conjunto con el área médica realiza monitoreo de existencia de insumos y funcionalidad de equipo médico, y participa en la adecuación de las áreas para la recuperación de las atenciones médicas y quirúrgicas de la oferta de servicios.

- Con relación a la consulta de especialidades y cirugías programadas, se incrementó la capacidad resolutoria creando una red de apoyo con las unidades médicas de IMSS en la región.

Tabla 3. Infraestructura y población de unidades médicas de segundo nivel, Tijuana y Tecate, Baja California.

Unidad	Municipio	Población	Camas censables	Camas no censables	Quirófanos	Consultorios
HGR 1	Tijuana	696,071	264	139	8	33
HGR 20	Tijuana	507,185	200	49	8	34
Hospital General de Subzona (HGSZ) 6	Tecate	85,429	43	25	2	3
Hospital de Ginecoobstetricia con Medicina Familiar (HGOMF) 7	Tijuana	174,848	95	52	4	25
Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) 36	Tijuana	100,175	0	11	2	6

Fuente: Inventario Físico de Unidades, diciembre 2021. Población adscrita a médico familiar, junio 2021. Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Con la intervención y coordinación de la JSPM se derivaron servicios a otras unidades, de acuerdo a áreas disponibles y demanda, algunos ejemplos:

- Si el HGR 1 reconvertía tococirugía para atención de pacientes COVID-19, el HGO 7 recibía el 100% de los pacientes de ginecoobstetricia de la región.

- Si se reconvertían áreas de hospitalización o se disminuía el número de pacientes atendidos en consulta externa de traumatología y ortopedia por falta de personal, el HGSZ 6 atendía a los pacientes que requirieran este servicio (consulta y cirugías).
- El HGR 20 recibió a los pacientes de nefrología (diálisis) para disminuir riesgos por ser el HGR 1 un hospital con atención COVID-19.

Principal innovación o estrategia implementada para la resolución del problema

- La derivación de servicios no solo involucra el envío de los pacientes, si es necesario también se comisionaron médicos a las unidades para apoyo en atención de pacientes no COVID-19 y se realizó intercambio de equipo médico e insumos. Se otorgaron interconsultas entre unidades para la atención de casos especiales, como las pacientes obstétricas, y se realizaron préstamos o traspasos de insumos en emergencias.

- Se fortaleció la comunicación asertiva entre los Jefes de Servicio y Coordinadores Clínicos de los diferentes turnos y los Directores de otras unidades médicas de primer y segundo nivel de la región; esta red de apoyo entre las unidades médicas ha salvado vidas.

- Por parte de la JSPM se realizan visitas constantes para seguimiento y asesoría, además de las visitas programadas del Equipo de Supervisión Delegacional.

c. Los factores que favorecieron la estrategia fueron:

- Experiencia de reconversión en 2020, aunque en esa ocasión la reconversión para el HGR 1 fue de todas las áreas, las adecuaciones realizadas a la infraestructura de la unidad permitieron la reconversión parcial para 2021.

- El aprendizaje de la reconversión del 2020, permitió que el cuerpo de gobierno tuviera iniciativa y cierta autonomía para realizar los ajustes pertinentes para incrementar la capacidad de atención de casos de COVID-19 en el 2021.

- El monitoreo diario de la ocupación hospitalaria, permite la toma rápida de decisiones. En relación a egresos e ingresos hospitalarios, considerando como punto de corte una ocupación mayor a 80% de las áreas destinadas a COVID-19 para desencadenar la reconversión de más camas, con la participación de todas las especialidades médicas en la atención de pacientes COVID-19.

d. Las barreras para la implementación enfrentadas fueron:

- Una demanda de atención ordinaria (no COVID-19) sin cambios durante 2021, por lo que se realizaron solamente cierres parciales de servicios de acuerdo a capital humano e infraestructura.

- Plantilla de la unidad incompleta, requiriendo contratación de plazas temporales para atención COVID-19.

- Resistencia al cambio por parte del personal, por lo que se tuvo que realizar trabajo coordinado con representación sindical para sensibilizar al personal.

- Rezago de demanda no atendida 2020 en relación a consulta de especialidades y cirugías programadas, por lo que se realizaron jornadas de recuperación de servicios independientemente de la semaforización estatal.

Alcance de la innovación o estrategia implementada

a) Liderazgo: El Cuerpo de Gobierno de la unidad, con base en los elementos planteados anteriormente, lleva a cabo la toma de decisiones según el comportamiento local, independiente del semáforo estatal o nacional.

b) Organización: Se establecieron herramientas de seguimiento y métodos para comunicación constante desde nivel operativo, otorgando acompañamiento de la JSPM a la unidad, solicitando apoyo y respaldo sindical cuando es necesario.

c) Capital Humano: Se ha involucrado a todas las especialidades médicas en la atención de pacientes COVID-19, así como comisión de médicos a otras unidades para apoyo en atención de pacientes no COVID-19.

d) Procesos administrativos: Se estableció una plataforma para seguimiento diario de insumos COVID-19 en los servicios de atención médica, además de revisión constante del inventario de almacén delegacional y en unidades médicas. Se planea los requerimientos de insumos y recursos humanos en todos los niveles (local y delegacional) utilizando las proyecciones y estimaciones semanales. Los servicios administrativos y de apoyo colaboran con el área médica y directiva para cumplir con lo requerido.

e) Procesos clínicos: Se incrementó la capacidad resolutoria del HGR 1 para resolver problemas de sobrecarga hospitalaria y disminuir el diferimiento quirúrgico.

f) Atención de usuarios, familia y comunidad: Establecimiento de filtros y políticas internas para favorecer la bioseguridad para usuarios, acompañantes y personal.

g) Establecimiento de redes: Se realiza derivación de servicios con envío de pacientes, médicos y equipo médico a otras unidades de IMSS en la zona.

Indicadores y Monitoreo

Nombre del Indicador:	Porcentaje de días de estancia por División Médica y tipo de Unidad de Servicios Médicos de Segundo Nivel		
Dimensión del indicador:	Eficacia	Tipo Indicador:	Gestión
Definición:	Medir el tiempo promedio que utiliza la unidad para atender a los pacientes hospitalizados en cirugía, medicina, pediatría y ginecología y obstetricia, para mejorar la eficiencia de los servicios de hospitalización		
Método de cálculo:	Total de días paciente en unidades de servicios médicos de segundo nivel por división médica/Total de egresos hospitalarios en unidades de servicios médicos de segundo nivel por división médica		
Comportamiento del indicador:	Descendente	Unidad de medida:	Promedio
Valor de la línea base:	7.1	Justificación:	Representa que la prestación de los servicios de atención médica es oportuna.
Frecuencia de Medición:	Mensual		
Parámetros de Semaforización	Umbral Verde-Amarillo: ≤ 8.6 Umbral Amarillo-Rojo: > 8.6		
Medio de verificación:	Numerador:	DataMart Estadísticas Médicas	
	Denominador:	DataMart Estadísticas Médicas	
Meta:	< 8.6		
Revisión de avances:	De manera semanal se revisa la estadística de este indicador, lo que nos da una perspectiva sobre la dinámica prevalente de atención en el HGR 1.		

Nombre del Indicador:	Oportunidad quirúrgica en cirugías electivas realizadas en unidades de servicios médicos de segundo nivel, a los 20 o menos días transcurridos a partir de su solicitud		
Dimensión del indicador:	Calidad	Tipo Indicador:	Gestión
Definición:	Mide el tiempo de respuesta para la realización de las cirugías electivas, para llevar a cabo acciones que mejoren la atención quirúrgica.		
Método de cálculo:	(Total de cirugías electivas realizadas en unidades de servicios médicos de segundo nivel, a los 20 o menos días transcurridos a partir de la solicitud del médico tratante/Total de solicitudes emitidas por el médico tratante para cirugía electiva en unidades de servicios médicos de segundo nivel en el mes de proceso) x 100		
Comportamiento del indicador:	Ascendente	Unidad de medida:	Porcentaje
Valor de la línea base:	69.3	Justificación:	Indica que el tiempo de espera para atención quirúrgica es oportuna, si el desempeño es bajo indica que es necesario implementar acciones médico/administrativas.
Frecuencia de Medición:	Mensual		
Parámetros de Semaforización	Umbral Verde-Amarillo: ≥ 80 Umbral Amarillo-Rojo: < 80		
Medio de verificación:	Numerador:	INDOQ	
	Denominador:	INDOQ	
Meta:	≥ 80		
Revisión de avances:	De manera semanal se revisa la estadística de este indicador, lo que nos da una perspectiva sobre la dinámica prevalente de atención en el HGR 1.		

Indicadores y Monitoreo

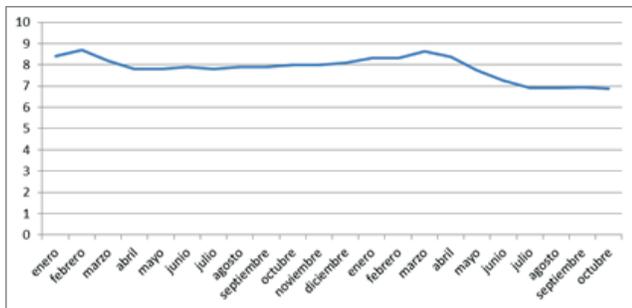
Nombre del Indicador:	Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel		
Dimensión del indicador:	Eficiencia	Tipo Indicador:	Gestión
Definición:	Mide la utilización de consultorios de especialidad, para llevar a cabo acciones que contribuyan a mejorar la eficiencia del recurso		
Método de cálculo:	(Total de consultas de especialidades otorgadas en unidades de servicios médicos de Segundo Nivel/ Total de consultorios de especialidad en servicios médicos en Segundo Nivel) / Días hábiles en el periodo de medición		
Comportamiento del indicador:	Ascendente	Unidad de medida:	Promedio
Valor de la línea base:	3.7	Justificación:	El desempeño esperado, indica que el uso del recurso consultorio, es óptimo
Frecuencia de Medición:	Mensual		
Parámetros de Semafización	Umbral Verde-Amarillo: ≥ 28 Umbral Amarillo-Rojo: < 28		
Medio de verificación:	Numerador:	Total de consultas: Sistema de Información Médico Operativo Central (SIMOC), motivos de consulta (SUI27)	
	Denominador:	Días hábiles del período de medición, basado en el registro del día típico	
Meta:	≥ 28		
Revisión de avances:	De manera semanal se revisa la estadística de este indicador, lo que nos da una perspectiva sobre la dinámica prevalente de atención en el HGR 1.		

Resultados e Impacto

Derivado de la estrategia implementada se logró mantener la funcionalidad de los servicios de salud esenciales, se optimizó la ocupación hospitalaria (COVID-19 y no COVID-19) y se redujeron los días de estancia promedio.

A partir de abril del 2021 empezó a disminuir el indicador, lo anterior debido al reforzamiento de la visita médico-administrativa (gráfico 3).

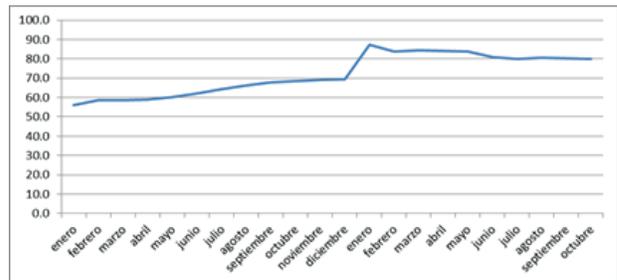
Gráfico 3. Comportamiento indicador porcentaje de días de estancia por División Médica, HGR 1, 2020 - octubre 2021



Fuente: División de información en salud, octubre 2021, IMSS

Con relación a la oportunidad quirúrgica, el indicador tuvo una mejoría, mediante las jornadas y la optimización de tiempos quirúrgicos, el avance fue sostenido durante todo el 2021 (gráfico 4).

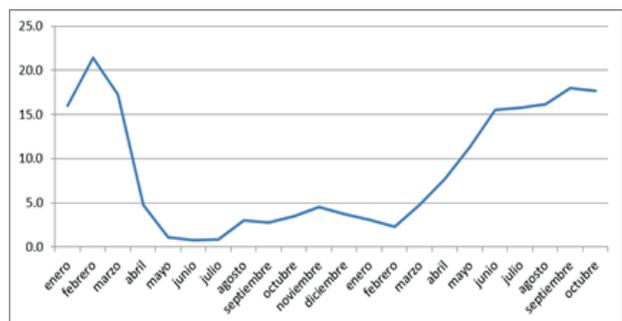
Gráfico 4. Comportamiento indicador Oportunidad quirúrgica en cirugías electivas realizadas no concertadas en unidades de segundo nivel, a los 20 días hábiles o menos a partir de su solicitud, HGR 1, 2020-October 2021



Fuente: División de información en salud, octubre 2021, IMSS

Además, con la redistribución de especialidades (consultas y atención quirúrgica) en unidades médicas de apoyo, se ha incrementado el promedio de consultas diarias por consultorio de especialidades, recuperando las consultas pendientes (gráfico 5).

Gráfico 5. Comportamiento indicador Promedio de consultas diarias por consultorio de especialidad en Unidades de Servicios Médicos de Segundo Nivel, HGR 1, 2020- octubre 2021



Fuente: División de información en salud, octubre 2021, IMSS

Debido a la implementación de acciones extraordinarias para recuperación de servicios, en 2021 se otorgaron 35,345 más consultas de especialidad que en 2020, lo que equivale a un incremento de 67.79%, y se realizaron 2,351 cirugías más que en 2020, lo que representa un aumento del 35.76%.

Fundamento científico-técnico y normativo

- Organización Mundial de la Salud (2020). Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientación operativa para el contexto de COVID-19.
- Secretaría de Salud (2021). Guía de continuidad para garantizar los servicios en las unidades médicas de la administración pública federal en la nueva Normalidad.
- Secretaría de Salud (2020). Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19.
- IMSS (2020). Plan de Preparación y Respuesta Institucional COVID-19.
- IMSS (2021). Guía para la preparación y respuesta ante la epidemia de COVID-19 en el IMSS: Lineamientos reconversión hospitalaria fase III.
- IMSS (2021). Estrategia de Reconversión en el Escenario de Rebrote (3ª Ola pandémica) en el IMSS.
- IMSS (2021). Guía técnica para la mejora de la calidad de la atención en pacientes con COVID-19.
- IMSS (2020). Manual Metodológico de indicadores médicos 2019-2024.
- IMSS (2017). Manual de Organización de Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel.

Evidencias gráficas



Centro de Atención Temporal COVID-19 del HGR 1 Tijuana, con 60 camas censables, en funciones desde julio 2020.



Atención por el equipo multidisciplinario a pacientes COVID-19 en el HGR 1 Tijuana.



Pase de visita médico-administrativo en área COVID-19 del HGR 1 Tijuana.



Proceso de limpieza y desinfección previo a la recuperación de áreas hospitalarias, HGR 1 Tijuana.

Evidencias gráficas



Cirugía realizada en jornadas quirúrgicas extraordinarias para recuperación de servicios, HGR 1 Tijuana.



Pacientes en espera de consulta médica de especialidades en fin de semana, durante jornada extraordinaria de recuperación de servicios, HGR 1 Tijuana.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

INSABI
INSTITUTO DE SALUD PARA
EL BIENESTAR