



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

T e s i s

**La Gestión de la Calidad en los Servicios
Quirúrgicos en un Hospital de Tercer Nivel**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en: Administración
Sistemas de Salud**

Presenta: Felicitas Blanca Delgado Galíndez

Tutor: Dr. José Pedro Rocha Reyes

México, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

**Gracias
A Dios por rodearme de amor**

**Al Dr. Jorge Ruiz de Esparza García
Coordinador de la Maestría en Sistemas de Salud
Gracias por brindarme la oportunidad de seguirme preparando**

Al Dr. Pedro Rocha Reyes mi reconocimiento, admiración y respeto, unido a mi agradecimiento eterno por su apoyo incondicional, asesoría y tiempo dedicado al desarrollo de esta investigación. Mil gracias.

Al Dr. Héctor Horton Muñoz por haber sembrado en mí, la inquietud por la Calidad

A todos y cada uno de mis maestros que contribuyeron con mi formación académica, gracias Dios los bendiga.

A mis compañeros Susana, Alejandra, Gabriela, gracias por su compañía y amistad en los momentos divertidos y difíciles de este proyecto común

**A mis padres: Arq. Manuel Delgado Galíndez y Sra. Orfilda Galíndez Albarrán
Gracias por darme la vida.**

**A mis queridos hermanos:
Iris, Manuel, Cuauhtémoc, Xóchitl, Citlalli y Bernardo, los amo**

**Muy especialmente a mi hermana Tere, compañera de alegrías e infortunios,
gracias por tu apoyo de siempre.**

A la memoria de mi hermana Laura Orfilda

**A mi amado esposo
M. en Administración Pública
Juan Beltrán Vázquez
Gracias por tu guía y apoyo incondicional para el cumplimiento de este
sueño, pero sobre todo gracias por tu amor**

**A mis Adorables hijas
Laura Selene, Berenice y Bianca
Gracias por su apoyo y el tiempo robado para la realización de este sueño.
Nunca olviden que el camino de la superación es arduo pero gratificante.
Sean siempre las mejores.**

PENSAMIENTOS

Quien tiene la voluntad tiene la fuerza

Menandro de Atenas

Conocer a los otros es sabiduría. Conocerse a si mismo es sabiduría superior. Imponer su voluntad a los otros es fuerza. Imponérsela a si mismo es fuerza superior

Lao - Tse

Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber

Albert Einstein

Queda prohibido no sonreír a los problemas, no luchar por lo que quieres, abandonarlo todo por miedo, no convertir en realidad tus sueños.

Pablo Neruda

Es el pensamiento creativo, la dirección estratégica y el trabajo arduo lo que convierten toda empresa en un logro

Blanca Delgado

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
HIPÓTESIS	6
OBJETIVOS	7
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	8
MARCO TEORICO	12
CAPITULO 1 GESTION DE LA CALIDAD	17
1.1 Características de la Gestión de la Calidad en México	17
1.2 Principios de Gestión de Calidad	22
1.2.1 Atención a la satisfacción del cliente	29
1.2.2 Liderazgo	31
1.2.3 Filosofía de la Calidad	34
1.2.4 Trabajo en equipo	34
1.2.5 Mejora Continua	35
1.2.6 Calidad Total	38
1.2.7 Recursos humanos, materiales y financieros	41
1.3 Responsabilidad de la Alta Dirección en la Gestión de la Calidad	43
1.4 Satisfacción del prestador de servicios	45
CAPITULO 2 SISTEMA NACIONAL DE SALUD	47
2.1 Antecedentes	47
2.1.1 Contexto económico	50
2.1.2 Contexto Social	53
2.1.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico	55
2.2 Sistemas de Servicios de Salud	56
2.2.1 Organización general y Marco Jurídico	57
2.2.2 Funciones y Recursos del Sistema	60
2.3 Marco Legal	67

CAPITULO 3 DATOS DE LA ORGANIZACIÓN	69
3.1 Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Especialidades CMN S. XXI	69
3..2 Estructura organizacional	73
3..3 División de cirugía	81
3.3.1 Estructura y organización de los quirófanos	83
3.3. 2 Eventos quirúrgicos por especialidades	83
3.4 Certificación de Calidad	84
3.4.1 Normas ISO 9000: 2000	85
3.4.2 Objetivos de las ISO	88
CAPITULO 4 ANÁLISIS Y ESTRUCTURA DE LA INFORMACIÓN	92
4.1 Organización y estructura de la información	92
4.1.2. Elaboración de cuestionarios de usuarios y prestadores de servicio	92
4.1.3 Elaboración de entrevistas a Directivos	93
4. Visitas al área quirúrgica	93
CAPITULO 5 RESULTADOS	94
5.1 Necesidades y expectativas de los usuarios	94
5.1.2 Necesidades y expectativas de prestadores de servicios	95
5.1.3 Motivos de diferimiento y/o cancelaciones quirúrgicas	97
5.1.4 Oportunidad quirúrgica, diferimiento y / o cancelaciones	99
5.1.5 Resultados y Elaboración de tablas y gráficas de resultados	99
RECOMENDACIONES	113
CONCLUSIONES	115
ANEXOS	117
BIBLIOGRAFÍA	136

INTRODUCCIÓN

En el mundo de hoy, el hospital moderno, es mucho más que un lugar de curación para los pacientes; debe funcionar como una institución educativa, un laboratorio de investigación, una industria y en ciertos aspectos, como un hotel. Es imperativo que su personal que pertenece a disciplinas tan diversas, trabaje armoniosamente en equipo, debe haber un coordinador que represente todos los elementos de este gran complejo, sin que se identifique exclusivamente con ninguno de ellos. La administración exige destrezas y conocimientos concretos que permitan a los hospitales operar sobre una sana base financiera, que satisfaga las necesidades de los enfermos y que permita el crecimiento y desarrollo de su personal. El cuerpo médico es el corazón del hospital y el grado hasta el cual dicho personal se encuentra organizado determina directamente la calidad de la atención. Esto es cuanto mejor sea la organización del cuerpo médico, mejor será la atención que se preste a los enfermos. Cualquier otra situación relacionada con el funcionamiento del hospital ocupa un lugar secundario con respecto a este hecho, que por si mismo justifica la existencia de los hospitales y decide en última instancia el éxito o fracaso de su administrador. Por consiguiente la administración de servicios de salud, no es una tarea, que deba abandonarse al empirismo; dado que ha crecido en complejidad y los usuarios están más informados y demandantes, la administración exige hoy por hoy ejecutivos preparados en administración general. El administrador de hospitales, debe tener una visión progresista, proporcionando la orientación que permita a su hospital satisfacer las necesidades y servicios para los que fue creado, deberá poner los cimientos para lo que deberá ser en un futuro, estando alerta a las tendencias en la asistencia médica clínica, los cambios económicos, sociales, legislación sanitaria y avances tecnológicos. Por tanto, el futuro y la calidad de la administración de hospitales dependen en gran parte de la manera en que el actual ejecutivo realice sus tareas. La Calidad debe ser entendida como un parámetro de mejora continua y que mejor evalúa el quehacer cotidiano en cada empresa. La Calidad de un producto o servicio es el resultado de la interacción de un conjunto de procesos que tiene lugar dentro y fuera de las organizaciones empresariales publicas y / o privadas.

La Gestión de la Calidad es un trabajo muy complejo que debe construirse desde un enfoque holístico, que involucre y comprenda los fenómenos sociales, y culturales desde los cuales, debe interpretarse, como un sistema de procesos conscientes de naturaleza integradora y dialéctica. El Sistema de Gestión de la Calidad es entonces el conjunto de normas interrelacionadas de una organización a través del cual se administra de forma ordenada la calidad de la misma, orientando los procesos hacia la satisfacción del cliente. Existen diversos métodos para su implementación que tienen que ver con la estructura de la organización, designación de responsabilidades, y tipo de procesos, es decir, procedimientos y acciones que definen la misión de la organización y los recursos económicos, financieros, materiales técnicos y humanos que la integran. Estos deben definirse claramente desde el diseño organizacional, a través de una planeación estratégica que considere el crecimiento y desarrollo de la misma en el tiempo. La Gestión de la Calidad deberá integrarse por lo tanto, en la totalidad de los medios por los cuales la conseguimos y debe incluir tres procesos sustanciales y rectores: * Planificación, Control y Mejora de la misma. Dichos procesos de la trilogía de la calidad se encuentran interrelacionados. Los sistemas de salud no se encuentran desvinculados de la Gestión de Calidad, ya que su producto es el resultado del quehacer médico cotidiano, desde la alta dirección, hasta el personal de intendencia. Es por ello que este estudio pretende investigar cómo se lleva a cabo la gestión de calidad en el área quirúrgica de un hospital de tercer nivel de atención, a través de la perspectiva del usuario y prestador del servicio, con antecedentes históricos oficiales del diferimiento quirúrgico. Estableciendo sus causas y realizando una propuesta de solución acorde con los resultados de esta investigación. Por otro lado, este estudio investiga también los conceptos actuales del tema.

* Trilogía de Juran es un nombre registrado por el Instituto Juran, Inc. Es un gráfico con el tiempo sobre el eje horizontal y el costo de la calidad en el eje vertical. La actividad inicial es la planificación de la calidad, donde se determinan clientes y necesidades, luego el diseño de productos y procesos que ejecuta el área operativa, en donde interviene el control y finalmente se desechan los productos de mala calidad e interviene la mejora continua

ANTECEDENTES

Después de la segunda guerra mundial, surgieron dos corrientes importantes que han tenido un profundo impacto en la calidad.

La primera es la revolución japonesa de la calidad, antes de la segunda guerra mundial, ésta se percibía, en todo el mundo, como muy baja. Los japoneses dieron los primeros pasos para mejorar la calidad:

1. La alta administración se hizo cargo personalmente de llevar a cabo los cambios
2. Todos los niveles y funciones recibían entrenamiento en las disciplinas de calidad
3. Los proyectos de mejoramiento de la calidad se pusieron en marcha como un proceso continuo – a un paso revolucionario.

La segunda corriente fue el realce que se dio a la calidad del producto en la mente del público. Varias tendencias convergieron en este énfasis: los casos de demanda sobre el producto, la preocupación sobre el medio ambiente, la presión de las organizaciones de consumidores y la conciencia del papel de la calidad en el comercio, las armas, y otras áreas de competencia internacional.

Estas dos corrientes importantes, combinadas con otras, dieron como resultado un escenario cambiante en las condiciones de los negocios que caen necesariamente en el parámetro de la calidad. Condiciones que incluyen: competencia, personal o clientes demandantes, complejidad y mezcla de productos o servicios y niveles más altos de expectativas de los clientes.

En el sector salud esto no es ajeno, con el advenimiento de la globalización y los acelerados cambios tecnológicos, no-solo ofreció ventajas a todos los procesos administrativos, también trajo consigo que los pacientes estén cada vez más informados, y debido a la transculturización, sean cada vez más demandantes, y exigentes en cuanto a la resolución de sus problemas de salud.

El moderno enfoque de la calidad en el proceso de la atención médico-quirúrgica, requiere de inversión de tiempo y recursos a través de toda la organización, estableciendo un programa de calidad y un extenso adiestramiento.

El logro de la calidad requiere, el desempeño de una amplia variedad de actividades identificadas o de tareas de calidad. Además de las actividades principales para el desarrollo de una determinada actividad dentro de una empresa, ya sea industrial o de servicio; son necesarias muchas otras que sirven de apoyo a la misión principal y son las actividades administrativas, financieras, recursos humanos, distribución y procesamiento de datos.

La función de Calidad tiene que ver entonces con la colección completa de actividades a través de las cuales se logra la adecuación para el uso, sin importar en donde se realicen. La gestión de la calidad es una consecuencia de la estrategia de la empresa en un triple enfoque:

- Cuando se desarrollan las capacidades internas, especialmente en lo que se refiere a la identificación de las necesidades de los clientes
- Cuando se diseñan, ofrecen y entregan productos o servicios que se adapten a las necesidades de los distintos tipos de clientes
- Con la mejora continua de la eficacia y la eficiencia de la empresa, reducción de costos, como un proceso de larga duración y que conforme un nuevo tipo de empresa, que sea capaz de sostenerse y desarrollarse en el futuro

Ahora bien, ¿En qué medida la gestión de la calidad ha de contribuir a conseguir los objetivos estratégicos?

Identificar objetivos estratégicos de calidad (corporativos y funcionales), planificar su consecución mediante la planeación de los correspondientes objetivos tácticos de carácter anual, elaborando los programas concretos de acción de menor alcance, evaluando el cumplimiento de metas y objetivos, el buen uso de los recursos, el entorno interno y externo de la empresa en cuestión, el ambiente organizacional, la satisfacción del usuario y la prestación de servicios; es decir, *“PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA DE LA CALIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN”*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe oportunidad quirúrgica, que cubra con calidad y suficiencia los requerimientos y necesidades, de salud de los derechohabientes de las diferentes especialidades quirúrgicas, en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) especialidades del Centro Médico Nacional del IMSS?

¿Existe motivación e incentivación, que satisfaga el quehacer profesional del equipo quirúrgico (cirujanos, enfermeras quirúrgicas, circulantes), En la UMAE Especialidades del Centro Médico Nacional S. XXI, IMSS?

¿Cuál es la percepción de los derechohabientes con respecto de la oportunidad de resolución, en cuanto a su atención quirúrgica?

HIPOTESIS

1. La oportunidad quirúrgica no cubre a satisfacción y en tiempo y forma las necesidades del derechohabiente; ya que no existe suficiencia de salas quirúrgicas, ni de personal para cubrirlas con eficiencia
2. El personal de los hospitales no tiene cubiertas sus necesidades y expectativas con relación a disponibilidad suficiente y adecuada de áreas físicas, mobiliario, equipo, remuneración, reconocimiento por el trabajo realizado. Oportunidades de superación y desarrollo.
3. La satisfacción de los usuarios está determinada por el logro de las expectativas referentes a relaciones interpersonales, trato recibido, explicación adecuada y completa de su problema de salud, celeridad en la atención y recuperación del estado de salud

OBJETIVOS

GENERAL

Llevar a cabo una investigación con la finalidad de conocer la oportunidad quirúrgica, en todas las especialidades que ofrece la UMAE Especialidades del CMN S. XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social a sus derechohabientes.

ESPECÍFICOS

- Conocer la satisfacción de los pacientes a través del cumplimiento de sus expectativas y necesidades con relación a la atención quirúrgica proporcionada por la UMAE Especialidades del CMN S. XXI IMSS
- Conocer la satisfacción de los prestadores de servicio del área quirúrgica de la UMAE especialidades, con relación al cumplimiento de necesidades y expectativas
- Conocer las principales causas de diferimiento quirúrgico
- Desarrollar una propuesta de solución con base en resultados de esta investigación

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

○ TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, observacional y propositivo

○ METODO

Investigación cuantitativa y cualitativa basada en fuentes primarias y secundarias en donde se utilizaron estadísticas oficiales, información bibliográfica y hemerográfica, manuales, acuerdos, guías y criterios de certificación de hospitales, se realizaron entrevistas a directivos de mandos altos, división de cirugía, jefe de anestesiología, jefe de quirófanos, jefe de enfermería quirúrgica, y se aplicaron 123 v encuestas de satisfacción laboral que incluyó a toda el área quirúrgica entre ellos; cirujanos de las 10 especialidades quirúrgicas que ofrece la UMAE, Anestesiología, Enfermeras generales, quirúrgicas y circulantes y asistentes médicas. Fueron aplicados 98 cuestionarios de satisfacción a los usuarios de los servicios quirúrgicos.

Los datos de las encuestas así como los antecedentes históricos investigados se procesaron en el paquete Estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y se diseñaron gráficas de resultados sobresalientes Finalmente una vez estructurada y analizada la información se elaboraron recomendaciones con base en resultados así como conclusiones finales.

○ DELIMITACION ESPACIO TEMPORAL

Se llevó a cabo de enero a junio del 2009, en la División de Cirugía de la UMAE Especialidades del CMN S. XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social

○ **DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

*La muestra se determino con base a la siguiente fórmula, conociendo el tamaño de la población:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde

n = tamaño de la muestra

Z = nivel de confianza

p= variabilidad positiva

q= variabilidad negativa

N= tamaño de la población

E= precisión o error

Entonces:

n = incógnita

Z = 1.96 = 2

p = 0.5

q = 0.5

N = 5330

E = 10% = 0.1

Por tanto:

$$n = \frac{(2)^2 (0.5) (0.5) (5330)}{(5330) (0.1)^2 + (2^2) (0.5) (0.5)} = \frac{(4) (.25) (5330)}{(5330) (0.01) + (4) (.25)} = \frac{5330}{54.3}$$

el tamaño de la muestra son 98 usuarios

*Unidad 5. Teoría de muestreo

<http://www.uaq.mx/matematicas/estadisticas/xu5.html>

- **UNIDADES DE ANÁLISIS**

GESTIÓN DE CALIDAD fue analizada como factor imprescindible en las unidades certificadas para mejorar la calidad en las instituciones de salud y lograr la satisfacción de todos los que participan

CERTIFICACION DE HOSPITALES ya que se constituye en una estrategia para mejorar la calidad

ACCION DIRECTIVA como quehacer cotidiano que norme y regule la participación de todos los involucrados en acciones que los lleve a la adquisición de hábitos favorables que propicien una cultura de calidad a través del cumplimiento de los principios de gestión de calidad

OPORTUNIDAD QUIRURGICA como el tiempo que transcurre entre el diagnóstico y la realización del acto quirúrgico, fundamentado en recursos humanos, materiales, y capacidad tecnológica. Además como factor indispensable para el buen resultado de la problemática de salud que aqueja al usuario.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS como investigación, diagnóstico, análisis y evaluación de resultados, de las necesidades y expectativas de los pacientes y su impacto costo-beneficio

SATISFACCION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS como el significado que tiene para ellos un programa de calidad como estrategia de mejora continua y calidad total, su participación activa, y el cumplimiento de sus expectativas y satisfacción en el trabajo, de acuerdo a motivación, incentivos y desarrollo de carrera

- **HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS**

Entrevista estructurada

Cuestionarios o encuestas

Computadora e impresora láser

Programas computacionales inherentes al trabajo

Material de papelería

Fuentes primarias, secundarias de información

Visitas diarias a los quirófanos

MARCO TEÓRICO

La calidad es un concepto que ha venido evolucionando con el paso de los años, adecuándose a los cambios tecnológicos y culturales. Desde la calidad, control de la calidad hasta lo que hoy conocemos como calidad total. Esta por si misma fomenta la participación de la mejora continua en toda la organización, buscando la satisfacción del cliente y del prestador del servicio. Un sistema de gestión de calidad son las formas como la organización dirige y controla aquellas actividades empresariales que se encuentran asociadas con la calidad en todos los tipos de empresas, pequeñas, medianas, macro, públicas y privadas. La administración debe contar con los recursos técnicos, económicos, financieros y el personal humano, necesarios, llevando siempre el control en la gestión de la calidad, en todos y cada uno de sus procesos. Debe asegurar que los objetivos de calidad sean medibles y cuantificables en el tiempo, ya se trate de la elaboración de un producto o de un modelo de servicio. Sin embargo, la alta dirección debe tomar en cuenta la importancia de los grupos y equipos de trabajo, los cuales deben involucrarse directamente en este sistema de gestión. Se debe tener en cuenta la actitud de los empleados, y su apertura hacia la implementación de un sistema de gestión de calidad en su empresa, el cual debe adecuarse a las necesidades del mercado. El otro engranaje en los conceptos de Calidad en los servicios se encuentra directamente relacionado con la perspectiva del usuario y/o cliente, y entre el servicio ofertado y el servicio recibido. La evaluación de la Calidad del servicio en este sentido es bastante compleja y tiene que ver con la calidad desde la óptica del cliente y puede definirse como la amplitud de la discrepancia o diferencia que existe entre la perspectiva de los clientes y sus percepciones. Por tanto en el área de servicios que discrepa con mucho de la oferta de un producto, se hace necesario ser claros en lo que se ofrece al usuario; la oferta de servicios llámense de salud, educación, turismo, asesoría, etc. debe encuadrarse en un marco de ética, honestidad y transparencia en ambos sectores publico y privado. Ahora bien, un modelo de evaluación en este sentido puede fundamentarse en los siguientes parámetros, independientemente del servicio y / o producto ofertado:

1) La comunicación boca a boca, lo que los usuarios escuchan de otros usuarios, 2) Las necesidades personales de los clientes, 3) Las experiencias que han tenido con el uso de un servicio, 4) Las necesidades y expectativas de los prestadores de servicios, 5) Las comunicaciones internas de los proveedores del servicio, 6) finalmente los resultados obtenidos y las medidas de mejora implementadas. La calidad técnica, el cumplimiento de expectativas y la interacción entre el prestador de un servicio y los usuarios del mismo, en el caso de los servicios de salud se hace indispensable considerar todos estos aspectos, ya que el enfermo llega aquejado, temeroso y con total desconocimiento de su problemática. Y este, es el punto crítico cuando de servicios públicos hablamos, ya que estos se mueven, por un “bienestar general”, y no por la ley de oferta y demanda cuya finalidad es la satisfacción del cliente. Es entonces muy complejo garantizar la calidad en los Hospitales públicos, ya que ofertan servicios diversos desde las especialidades médicas, (pediatría, medicina interna, cirugía, etc.), las áreas de servicio (consulta externa, urgencias, quirófanos, etc.), enfermería y los servicios administrativos (información, archivo clínico, trabajo social), hace entonces imperativo aglutinar todos estos servicios para que de forma globalizada todos al mismo tiempo ofrezcan y otorguen servicios de calidad, unificando criterios y elaborando instrumentos de medición cuantitativos y cualitativos. Esto permitirá a los Directivos conocer las deficiencias, los avances y los retrocesos e implementar medidas que garanticen un servicio de salud integral con calidad, y excelencia; dentro del marco legal vigente. De cualquier manera las Instituciones públicas que logran la satisfacción de sus derechohabientes mediante altos niveles de calidad del servicio logran una ventaja competitiva que les permitirá permanecer en el mercado, generando beneficios para los consumidores, empleados, directivos, accionistas, comunidad en general y para su país. Los nuevos escenarios que se contemplan ante la apertura comercial plantean retos para participar favorablemente en un mercado de salud cada vez más complejo y competitivo.* La media nacional de la calidad es de 64.2%*, y refiere que la calidad de los servicios es percibida como prioritaria por la población. La actual administración institucional del IMSS, basada en los objetivos gubernamentales en el Marco de la Atención a

la Salud, nos obliga a ofrecer servicios de salud dentro de un esquema en el que se garantice la calidad de la atención, con base a lo señalado en la normatividad y el marco legal vigente. Esta atención es proporcionada en Instituciones de salud heterogéneas, caracterizadas por diferencias muy marcadas en la cobertura (50%) de la población no cuenta con seguridad social por carecer de trabajo formal), y el Seguro Popular aún tiene muchas deficiencias en cuanto a estructura y financiamiento por lo que no ha sido tangible y palpable su funcionalidad. Siendo estas Instituciones diferentes en su marco legal, organizativo, jerárquico, funcional, y financiero, resulta que aún en una misma Institución, la calidad no sea proporcionada con equidad. A esta situación se agrega, la actual crisis económica que vivimos, lo que ha dado lugar a una disminución del presupuesto asignado a salud, y con la transición demográfica con relación al descenso de la mortalidad, con el consecuente aumento de la esperanza de vida, se estiman cambios por grupo de edad, en la pirámide poblacional, con repercusiones muy significativas en cuanto a la nueva demanda de atención (pacientes geriátricos, aumento de enfermedades crónico degenerativas) **Existen antecedentes en las Instituciones de salud, en torno a la utilización de diferentes procedimientos y parámetros para evaluar la calidad de la atención, así como la implementación de estrategias para mantener o elevar la calidad a través de diversas acciones; sin embargo y a pesar del auge en los Sistemas, Gestión y Círculos de Calidad, estas acciones han sido esporádicas, aisladas, sin continuidad, fragmentadas y sobre todo con escasa o nula participación del personal, sumado a la falta de interés que se le ha dado a las necesidades y percepciones que el usuario tiene con relación a la Calidad. La calidad dentro de los sistemas de salud se encuentra limitada a la competencia técnica de médicos y cirujanos, y actualmente a la atención superficial y deshumanizada del proceso interpersonal, que surge con toda seguridad de la desmotivación del personal de salud. La idea de que los pacientes deben involucrarse en su atención general (autonomía del paciente), no es practicada de manera responsable. El papel del médico es asegurarse activamente de que el paciente llegue a una decisión razonable en cuanto a su problema de salud; sin ser manipulado.

El médico entonces y todo el personal relacionado con la atención a la salud, debe involucrarse; Sin embargo, en las escuelas de medicina no se enseña administración de los sistemas. La competencia por sí sola no puede mejorar la eficiencia o la eficacia de la atención y ni siquiera puede reducir el costo de la atención.

La salud es una misión sagrada, es una empresa moral y científica, no existe un cliente que entienda todo y toma decisiones razonables. El personal de la salud somos guías de algo muy valioso, nuestra labor es una suerte de vocación y no simplemente un trabajo (AVEDIS DONABEDIAN, 9, 2000)

Las Instituciones entonces, deben desarrollar adecuaciones con vista a la mejora continua y permanente de los servicios que ofrecen, para alcanzar estándares de calidad en donde todos sus integrantes: líderes, empleados o prestadores de servicio y usuarios, interactúen dentro de un marco de competencia, hacia la excelencia en su gestión. En donde expectativas y necesidades de usuarios y prestadores de servicio se encuentren cubiertas en su totalidad. Un modelo de Calidad entonces, debe instrumentarse desde su Diseño acorde con las características, necesidades y expectativas de cada Institución de Salud, constituyendo un proceso que incluya una serie de pasos, desde su estructura, implementación, supervisión, adecuación y mejora, considerando para su éxito que este proceso debe ser dinámico, y constante debiendo incluir la satisfacción o no del usuario y prestador de servicio. Los modelos de atención no serán exitosos sino incluyen un Diseño, si sus procesos no son dinámicos y flexibles y si no incluyen un plan de seguimiento, evaluación y mejora. *** En la actualidad se conocen varios modelos de Gestión de Calidad asistencial, entre ellos los implantados en el sistema sanitario son: La Gestión por Procesos, El Modelo de Calidad Total, o EFQM, las Normas ISO y el Sistema de acreditación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Algunos de estos modelos presentan una metodología rígida y estructurada, que a veces es difícil adaptar a la cultura de determinadas organizaciones, conllevando un aumento considerable de cargas burocráticas y de trabajo.

Desde luego una de sus ventajas en general es que las empresas, quienes son las que implementan un Modelo de Gestión de Calidad a seguir por sus trabajadores, pueden acceder a una certificación o acreditación externa, que garantiza el cumplimiento de una serie de requisitos, que permiten establecer comparaciones basadas en los mismos criterios de evaluación. Por tanto toda organización debe incluir en su diseño las políticas de calidad que se habrán de cumplir; ya que estas constituyen una oportunidad de mejora, contribuyen a ampliar la visión de las organizaciones sanitarias, proporcionando instrumentos encaminados a fomentar la capacidad transformadora y de mejora de las Instituciones de Salud. Hoy por hoy, tan indispensables.

* Información proporcionada por la Dirección de la Calidad de la Atención Médica

** Fundación Mexicana para la Salud, 1995

*** Ramírez Puerta Dulce. Modelos de calidad asistencial en atención primaria. SEMERGEN

CAPITULO 1 GESTIÓN DE LA CALIDAD

1.1 Características de la Gestión de la Calidad en México

Un sistema de gestión es un esquema general de procesos que se emplean para garantizar que la organización realiza todas las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos. Que hacemos, para quien lo hacemos y como lo hacemos. Los procesos son un conjunto de actividades realizadas que emplean recursos para transformar entradas (insumos) y producir salidas (productos y/o servicios). Otros conceptos que deben quedar claros en la gestión de la calidad son los siguientes: **La Misión** que es el propósito de la organización, el directivo o propietario quien es el responsable de dicha organización, los indicadores que son nuestra unidad de medición, las variables de control y la inspección. **La Eficacia** que son los resultados que cumplen los objetivos, **La Eficiencia** refiere los resultados alcanzados contra los recursos utilizados y **La Efectividad** es el producto o servicio a medida. Ahora Bien, la gestión de la calidad debe regirse por normas y marcos jurídicos acordes con el área geográfica y tipo de organización en cuestión. Entendemos como ***Norma la regla, disposición o criterio que establece una autoridad para regular acciones de los distintos agentes económicos, o bien para regular los procedimientos que se deben seguir para la realización de las tareas asignadas.*** Se traduce en un enunciado técnico que a través de parámetros cuantitativos y/o cualitativos sirve de guía para la acción. **Procedimiento** es una sucesión de acciones cronológicas concatenadas entre sí, que se construyen en una unidad de función para la realización de una actividad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación. Todo procedimiento involucra actividades y tareas del personal, determinación de tiempos, de métodos de trabajo y control para lograr el cabal, oportuno y eficiente desarrollo de las operaciones. **Las Políticas** son el criterio o directriz de acción elegida como guía en el proceso de toma de decisiones al poner en práctica o ejecutar las estrategias, programas y proyectos específicos a nivel institucional.

Con relación a los servicios podemos decir que, “Un servicio es una actividad o una serie de actividades de naturaleza más o menos intangible, que, por regla general, aunque no necesariamente, se genera en la interacción, que se produce entre el cliente y los empleados de servicios y/o los recursos y bienes físicos y/o los sistemas del proveedor de servicios, que se proporcionan como soluciones a los problemas o necesidades del cliente (Gronroos, 1994, Pág. 27). Los elementos en la Calidad de los servicios se agrupan en: Elementos tangibles: Se refiere a la apariencia física de las instalaciones. Equipos, personal y material de comunicación y Elementos intangibles que se describen a continuación:

- ⇒ Fiabilidad: Indica la necesidad que tiene la organización para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- ⇒ Capacidad de respuesta: Alude a la disposición de ayudar a los usuarios para proveerlos de un servicio rápido
- ⇒ Seguridad; conocimientos y atención mostrados por los empleados y habilidad de los mismos para inspirar confianza y credibilidad
- ⇒ Empatía: Atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes

En el área de servicios sobre todo en el sector salud, es vital resolver los problemas del cliente/ usuario, el prevenir problemas o resolverlos con la mayor eficiencia es el fin último de la calidad en el servicio. Es por eso que Gronroos, nos habla de los seis criterios de buena calidad percibida en los servicios.

1. Profesionalidad y habilidad
2. Actitud y comportamiento
3. Accesibilidad y flexibilidad
4. Fiabilidad y formalidad
5. Restablecimiento
6. Reputación y credibilidad

Estos seis criterios pueden considerarse líneas maestras basadas en un cuerpo sólido de investigaciones empíricas y conceptuales, así como en la experiencia práctica, por lo tanto deberían ser utilizadas como principios directivos. En la calidad en los servicios, el plus, debe ser considerado como factor diferenciador y formador de imagen corporativa. Llegado a este punto es importante mencionar como es que son tomados los conceptos de calidad en México. A diferencia de Japón, Estados Unidos y varias naciones de Europa, la implementación de Sistemas de Calidad en México es reciente. De hecho son muy pocos teóricos los que hablan de la calidad en nuestro país. Aunque podemos decir que el concepto de calidad llegó con Philip B Crosby, quien es el autor que más penetración comercial ha tenido en Latinoamérica, especialmente en México. En 1979 fundó su empresa dedicada a la capacitación y la consultoría con notable éxito hasta hoy. Desarrolló un concepto que denominó “Absolutos de la Calidad”, de la administración por calidad en el que maneja la idea de calidad total. Al igual que Deming o Juran, se enfoca en la calidad con cero defectos. Establece algunos principios fundamentales:

- ⇒ Determinación del nivel actual de la Calidad
- ⇒ Compromiso con la Dirección
- ⇒ Equipo para el mejoramiento de la calidad
- ⇒ Costo de la mala calidad
- ⇒ Difusión de la mala calidad creando consciencia sobre ello
- ⇒ Mejoramiento continuo por participación
- ⇒ Establecimiento de un Comité cero defectos
- ⇒ Capacitación de líderes formales
- ⇒ Planificar el día de cero defectos
- ⇒ Convertir el compromiso en acciones
- ⇒ Búsqueda de causas
- ⇒ Establecer programas de reconocimiento
- ⇒ Reuniones periódicas.
- ⇒ Iniciar nuevamente todo el ciclo

Philip Crosby nació en Wheeling, Virginia el 18 de junio de 1926. Comenzó su trabajo como profesional de la calidad en 1952, en una escuela de medicina. Sus conferencias y lecturas proporcionan un estímulo sobre el papel que los ejecutivos deben desempeñar para hacer exitosos a sus empleados, proveedores, empresas y a ellos mismos.

* Aburto Jiménez en 1992 al hablar de la calidad en México, más que decirnos como surge o se desarrolla establece varias sugerencias que nos muestran un panorama de los errores más comunes de las empresas en México. Y establece algunas sugerencias:

- a) No se case con una sola tendencia o autor, tome lo que le convenga del buffet y haga un traje a su medida.
- b) Cultive la alta Dirección. En México dada la estructura vertical de la mayoría de empresas públicas y privadas, el compromiso y apoyo a la alta dirección son más necesarios que en otros países.
- c) Venda la necesidad de ser competitivos. En un mercado nacional retraído aunque no menos importante, hay que salir al extranjero a competir con gente de grandes ligas. Recuerde al personal que el costo de la no calidad constituye entre el 20% y el 30% de las ventas totales. La competencia beneficia a todos.
- d) Recuerde que estos sistemas son cíclicos. Es común que no seamos persistentes, renueve la filosofía, dé reconocimiento y vuelva a capacitar al personal.
- e) Dé participación al personal. El círculo de sabiduría y experiencia del personal, especialmente de los trabajadores es extenso. Recuerde que nadie sabe más del trabajo, que el que lo hace. Pregunte, circule por plantas y oficinas, dirija por "presencia", desarrolle más su capacidad de escuchar, otorgue poder a la gente para sugerir, opinar y hacer. Una característica del mexicano es su creatividad, úsela, pruebe, corrija y vuelva a probar.
- f) Haga participar al sindicato. Este es un factor muy poderoso en México Debemos estar concientes de que es necesario involucrarlo, no de la manera tradicional en que se ha venido haciendo, sino en realidad involucrarlo, es decir que participe en las mejoras de la empresa.

* Aburto Jiménez M. Administración por Calidad. México, DF: editorial Continental SA de CV, 1992.

Como ya se ha dicho existe un hueco en la creación de teóricos, así como de literatura que hable en específico del proceso de calidad en México. Y la calidad en el servicio también es relativamente nueva. México al igual que muchas naciones también ha sido bombardeado con las ideas de calidad, sin embargo, la práctica de la calidad es nueva y es necesario entender los contextos ideológicos, políticos y culturales en que la cultura de calidad se ha de insertar. Es de resaltar que una de las primeras empresas mexicanas, que maneja la calidad en el servicio fue Telmex, en 1989 comenzó a realizar encuestas, con el fin de detectar los errores cometidos y recoger quejas y problemas más frecuentes a los que se enfrentaban sus clientes, con el afán de mejorar el servicio prestado por la compañía. Como se ha visto la evolución de la calidad ha ido incorporando a lo largo de su historia diversos elementos que han dado lugar a una definición de la calidad, que si bien no es perfecta, trata de definir los estándares necesarios para que tanto un producto como un servicio sean exitosos. A través del tiempo se ha ido descubriendo que muchos de los productos tangibles necesariamente se encuentran ligados a un servicio; sin embargo aunque un servicio no implica necesariamente elementos tangibles estos se hacen presentes a la hora de ofrecer los servicios. La historia nos ha mostrado como el concepto de calidad ha pasado de centrarse en la producción únicamente, a tomar en cuenta los sistemas de gestión y a considerar los servicios como un factor fundamental de diferenciación que proporciona ventajas sobre los competidores. Finalmente la calidad debe ser tomada de manera integral, es decir todos y cada uno de los elementos que conforman una organización deben estar sintonizados y conscientes de lo imprescindible que es ésta para el éxito de la empresa. Quizá la falta de conciencia sobre la importancia de la calidad enfocada en el servicio en ámbitos de educación, salud, investigación, productos y servicios, hace ver a México aun en pañales en este sentido, sin embargo estamos entrando en esa dinámica, pero hace falta recorrer mucho camino.

En resumen es necesario que la Gestión de la Calidad en México sea considerada como un pilar fundamental en las organizaciones, en un mundo hoy por hoy tan competido y globalizado.

1.2 Principios de la gestión de la calidad.

Existen 8 principios de la gestión de calidad sobre los cuales se basan las normas de sistemas de gestión de calidad de la serie de Normas ISO 9000 revisadas. Estos principios pueden ser utilizados por los gerentes ejecutivos como marco para guiar a sus organizaciones hacia un desempeño mejorado. Derivan de la experiencia colectiva y de los conocimientos de los expertos de todo el mundo que participa en el comité técnico ISO/TC 176- Gestión de la Calidad y Aseguramiento de la Calidad, responsable del desarrollo y mantenimiento de las normas ISO 9000. Los 8 principios de la gestión de la calidad están definidos en la norma ISO 9000: 2000 – Sistemas de Gestión de la Calidad- Fundamentos y vocabulario y en la Norma ISO 9004:2000 – Sistemas de Gestión de la Calidad – Directrices para la mejora del desempeño. Este documento proporciona las descripciones normalizadas de los principios tal como figuran en las Normas ISO 9002: 2000 e ISO 9004: 2000 y ofrece ejemplos de los beneficios derivados de su utilización.

- ⇒ Principio 1. Enfoque al cliente
- ⇒ Principio 2. Liderazgo
- ⇒ Principio 3. Participación del personal
- ⇒ Principio 4. Enfoque basado en procesos
- ⇒ Principio 5. Enfoque de sistema para la gestión
- ⇒ Principio 6. Mejora continua
- ⇒ Principio 7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión
- ⇒ Principio 8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

PRINCIPIO 1. ENFOQUE AL CLIENTE

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los mismos, y satisfacer sus requisitos esforzándose en exceder las expectativas.

Beneficios clave:

- Aumento de los ingresos, y de la porción del mercado obtenido mediante respuestas rápidas y flexibles a las oportunidades del mercado
- Aumento de la eficacia en el uso de los recursos de la organización para aumentar la satisfacción del cliente
- Aumenta la fidelidad del cliente, lo que lleva a reiterar tratos comerciales

La aplicación del principio de enfoque al cliente conduce a:

- Investigar y comprender las necesidades y expectativas de los clientes
- Asegurar que los objetivos de la organización están vinculados con las necesidades y expectativas del cliente
- Comunicar las necesidades y expectativas del cliente a toda la organización
- Medir la satisfacción del cliente y actuar en base a resultados
- Gestionar sistemáticamente las relaciones con los clientes
- Asegurar un enfoque equilibrado entre satisfacer a los clientes y a otras partes interesadas (propietarios, empleados, proveedores, accionistas, comunidad local y sociedad en su conjunto)

PRINCIPIO 2. LIDERAZGO

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización

Beneficios clave

- Las personas comprenderán y se sentirán motivadas respecto de las metas de la organización
- Las actividades son evaluadas, alineadas e implementadas de una manera unificada
- Disminuirá la comunicación deficiente entre los distintos niveles de una empresa

La aplicación del principio de liderazgo conduce a

- Considerar las necesidades de todas las partes interesadas incluyendo clientes, propietarios, accionistas, proveedores, comunidades locales y la sociedad en su conjunto
- Establecer una visión clara del futuro de la organización
- Establecer metas y objetivos desafiantes
- Crear y mantener valores compartidos, transparencia, y modelos éticos en todos los niveles de la organización
- Establecer la confianza y eliminar los temores
- Proporcionar a las personas los recursos necesarios, capacitación y libertad para actuar con responsabilidad
- Inspirar, alentar y reconocer las contribuciones de las personas

PRINCIPIO 3. PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

El personal, en todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean aprovechadas para el beneficio de la organización

Beneficios clave

- Motivación, compromiso y participación de la gente en la organización
- Innovación y creatividad en la persecución de los objetivos de la organización

- Responsabilidad de los individuos respecto de su propio desempeño
- Disposición de los integrantes a participar y contribuir en la mejora continua

La aplicación del principio de participación conduce a que sus integrantes:

- Comprendan la importancia de su función y contribución en la organización
- Identifiquen las restricciones en su desempeño
- Hagan suyos los problemas y se sientan responsables de su solución
- Evalúen su propio desempeño alineándolo con sus metas y objetivos personales
- Busquen activamente mejorar sus competencias, conocimientos y experiencia
- Compartan libremente sus conocimientos y experiencia
- Discutan abiertamente los problemas y asuntos de la organización

PRINCIPIO 4. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

Un resultado deseado se alcanza eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso

Beneficios clave

- Costos más bajos y períodos más cortos a través del uso eficaz de los recursos
- Resultados mejorados, constantes y predecibles
- Identificación y definición de prioridades en las oportunidades de mejora

La aplicación del principio de enfoque basado en procesos conduce a

- Definir sistemáticamente las actividades necesarias para cumplir objetivos establecidos
- Asignar responsabilidades para gestionar actividades claras
- Analizar y medir la capacidad de las actividades clave

- Identificar recursos, métodos y materiales que mejorarán las actividades claves de la organización
- Evaluar riesgos, consecuencias e impactos de estas actividades sobre los clientes, proveedores y otras partes interesadas

PRINCIPIO 5. ENFOQUE DE SISTEMA PARA LA GESTIÓN

Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus metas y objetivos

Beneficios clave

- Integración y alineación de los procesos que mejor lograrán los resultados deseados
- Integración del equipo de trabajo canalizando esfuerzos centrados en los procesos clave

La aplicación del principio de enfoque de sistemas para la gestión conduce a

- Estructurar un sistema para lograr los objetivos de la organización en forma eficaz y eficiente
- Comprender y conocer las interdependencias entre los procesos del sistema
- Enfoques estructurados que armonizan e integran los procesos
- Brindar una mejor comprensión de las funciones y responsabilidades necesarias para lograr los objetivos comunes y consecuentemente reducir las barreras de funciones cruzadas
- Comprender las capacidades organizacionales y establecer las restricciones de los recursos previamente a la acción
- Mejorar continuamente el sistema mediante la medición y evaluación

PRINCIPIO 6. MEJORA CONTINUA

La mejora continua del desempeño global de una organización debe ser un objetivo permanente

Beneficios clave

- Ventajas en el desempeño mediante capacidades organizacionales mejoradas
- Alineación de las actividades mejoradas a todos los niveles de acuerdo con un propósito estratégico de la organización
- Flexibilidad para reaccionar rápidamente ante las oportunidades

La aplicación del principio de mejora continua conduce a

- Utilizar un enfoque consistente y amplio de la organización hacia la mejora continua en su desempeño
- Proporcionar capacitación en los métodos y herramientas de la mejora continua
- Hacer de la mejora continua en productos, servicios, procesos y sistemas el objetivo de cada individuo integrante de la organización
- Reconocer y evaluar las mejoras continuas dentro de la organización

PRINCIPIO 7. ENFOQUE BASADO EN HECHOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información

Beneficios clave

- Decisiones informadas
- Aumento de la capacidad para demostrar la eficacia de las decisiones anteriores mediante la referencia de los registros hechos

La aplicación de este principio conduce a

- Asegurar que los datos y la información son suficientes, exactos y confiables
- Hacer que los datos sean accesible para quienes los necesiten
- Analizar los datos y la información mediante métodos validados
- Tomar decisiones basadas en el análisis de hechos, alineadas con la experiencia y la intuición

PRINCIPIO 8. RELACIONES MUTUAMENTE BENEFICIOSAS CON EL PROVEEDOR

Una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor

Beneficios clave

- Aumento de la capacidad para crear valor para ambas partes
- Flexibilidad y velocidad de las respuestas conjuntas ante cambios del mercado o de las necesidades y expectativas de los clientes
- Optimización de los recursos

La aplicación de este principio conduce a

- Establecer relaciones que equilibran las ganancias a corto plazo con consideraciones a largo plazo
- Formación de equipos de expertos
- Identificación y selección de los proveedores
- Comunicación clara y abierta
- Información y planes futuros compartidos
- Establecimiento de actividades conjuntas de desarrollo y mejora
- Inspirar, alentar y reconocer las mejoras y los logros de los proveedores

Estos principios brindan un panorama general subyacentes en las normas ISO 9000: 2000 y muestran de alguna manera como en forma integral y sistemática pueden establecer las bases para la mejora y la excelencia del desarrollo organizacional. Su aplicación estará por supuesto en relación con la naturaleza, misión y desafíos de cada organización, llámese pública o privada. Los sistemas de gestión de calidad indiscutiblemente deberán estar basados en estos principios, cuyos requisitos y lineamientos de apoyo se encuentran en las NORMAS ISO 9000. Se publica bimensualmente ISO 9000 más ISO 14 000 News que proporciona las actualizaciones de esta familia de normas y noticias sobre su implementación en todo el mundo

1.2.1 Atención a la satisfacción del cliente

La correcta relación con los clientes permite a las empresas conocer los cambios en sus actitudes y expectativas y de esta manera anticiparse a sus necesidades. Las buenas relaciones con los clientes pueden constituir una ventaja competitiva real, ya que los entornos comerciales contemporáneos se perfilan cada vez más uniformes en cuanto al uso de tecnologías avanzadas de la información y comercialización productos, pero se diferencian notablemente en el trato ofrecido a sus clientes.

En el sector salud la satisfacción del cliente debe considerar otro entorno, ya que no se trata solamente de la venta de un producto, la atención médica tiene un alto grado de incertidumbre ya que los problemas son complejos, las respuestas tienen grandes variaciones, la evolución es poco predecible, interviene un grupo heterogéneo de agentes profesionales, técnicos, etcétera. En este sector ha habido profesionales como *Avedis Donabedian que se preocuparon por el desarrollo de la calidad y en la atención de sus pacientes, proponiendo un trato humanizado, fue un luchador incansable para lograr tender puentes entre lo académico, la teoría, la acción y la práctica. De acuerdo con el "La consciencia" en los sistemas y el diseño de los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan. Solo son mecanismos potenciadores. Lo esencial para el

éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. A fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amara a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema, el comercialismo no debe ser una fuerza central del sistema”.

Con relación a la atención sanitaria la OMS define Calidad como “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso, incluyendo el uso adecuado de recursos”.

Es importante que se comprenda que Calidad no es otra cosa que satisfacción del Cliente, y/o usuario por tanto un producto o servicio de calidad es aquel que cumple con sus expectativas y satisface sus necesidades en una adecuada relación costo-beneficio.

Sin embargo en el área de la salud es importante enfatizar en las expectativas reales de los pacientes, y actuar con la debida ética ya que cada paciente es único por tanto sus necesidades serán también únicas y diferentes.

*Avedis Donabedian, nació en Beirut, Líbano 1919-2000. Maestría en Salud Pública, Harvard. Prof. Emérito distinguido de Salud pública, Universidad de Michigan, Miembro Honorario del Real Colegio de Médicos Generales del reino Unido y de la Academia Nacional de Ciencias Usa y de la Academia Mexicana de Medicina, Fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud. Medalla “Sedgwick al Servicio Distinguido en Salud Pública, 1999.

Liderazgo

Desde temprana edad nos enseñaron a fragmentar el mundo, pensando que esto facilitaría la resolución de las tareas más complejas. Pero cuando queremos ver la imagen general tratamos de ensamblar los fragmentos lo cual resulta tan difícil como armar un espejo roto. (Según lo expresara el físico David Bohm) hay que romper con el paradigma de la fragmentación. Abandonando esta idea podemos empezar a pensar en Organizaciones Inteligentes, donde la gente expande su aptitud de crear los resultados que desea, donde la gente aprende a aprender en conjunto. La capacidad de aprender con mayor rapidez que los competidores, quizás sea la única ventaja competitiva (Arie de Geus. Jefe de Planificación Royal Dutch/Schell) que debemos aprovechar. Se dice que una idea se ha inventado cuando se prueba en el laboratorio, que es innovadora cuando puede reproducirse en escala y a costos accesibles, en el mundo competitivo de hoy los directivos, empresas u organizaciones, que, quieran mantenerse en la jugada, deben romper paradigmas, siendo creativos e innovadores. De acuerdo con * Peter Senge, existen 5 disciplinas que convergen para innovar las organizaciones inteligentes. Las 5 disciplinas del aprendizaje difieren de las disciplinas más tradicionales por ser "personales", se relacionan con nuestro modo de pensar, de querer y nuestra forma de aprender. Estas 5 disciplinas se reconocen como:

Dominio Personal:

Es la disciplina que permite aclarar y ahondar nuestra visión personal, concentrar energía, desarrollar paciencia y ver la realidad objetivamente.

Modelos Mentales

Son supuestos profundamente arraigados que influyen sobre nuestro modo de actuar y comprender el mundo. Los modelos mentales de conducta empresarial también están profundamente arraigados. ** Arie de Geus habla del aprendizaje institucional como el proceso mediante el cual los equipos de management modifican modelos mentales compartidos acerca de la compañía, el mercado y la competencia.

*Peter Senge: Director y Fundador del Centro de Aprendizaje Organizacional, Massachusetts. Autor del libro La quinta disciplina: Organizaciones que aprenden.

**Arie de Geus: Doctorado en Administración de Empresas. Hoogeschool Economische Nederlandse, Róterdam. Autor del libro: La Vida Empresa: Hábitos para la supervivencia en un entorno de negocios turbulento.

Visión compartida

Cuesta concebir una organización exitosa sin metas, valores y misiones compartidos dentro de la organización. Con frecuencia la visión compartida de una empresa gira en torno del carisma del líder; pero puede ser contraproducente tratar de imponer una visión personal. Es deseable que la visión compartida surja de un compromiso genuino antes que el mero acatamiento.

Aprendizaje en equipo

La disciplina del aprendizaje en equipo comienza con el diálogo que no es lo mismo que discusión (peloteo de ideas donde hay un ganador) Para los griegos “diálogo” era el libre flujo del significado a través del grupo.

Pensamiento Sistémico

El Pensamiento Sistémico (PS) nos recuerda que el todo puede superar la suma de las partes. El PS es la quinta disciplina. El PS requiere de cada una de las otras disciplinas. La construcción de una visión compartida alienta un compromiso a largo plazo. Los modelos mentales enfatizan la apertura necesaria para desnudar las limitaciones de nuestra manera actual de ver el mundo. El aprendizaje en equipo desarrolla las aptitudes de grupos de personas para buscar una figura más amplia que trascienda las perspectivas individuales. Y el dominio personal alienta la motivación personal para aprender continuamente cómo nuestros actos afectan el mundo. Sin dominio de sí mismas, las personas se afincan tanto en un marco mental reactivo (alguien/algo está creando mis problemas) que resultan profundamente amenazadas por la perspectiva sistémica. La palabra más precisa para describir lo que sucede en una organización inteligente es Metanoia, que es el tránsito de una perspectiva a otra, esto es de alguna forma el sentido de “aprendizaje”. Para los griegos significaba “más allá de la mente”.

Esto es el significado básico de “organización inteligente”: una organización que aprende y continuamente expande su capacidad para crear su futuro.

Una organización inteligente conjuga el aprendizaje adaptativo con el creativo.

Bajo esta premisa el liderazgo para el logro de la calidad dentro de las organizaciones sean éstas de enseñanza, salud, financieras, etc., debe comprender un liderazgo creativo, cuyo papel dentro de un grupo sea estimular la creatividad, facultando al equipo de trabajo para la resolución de problemas. Este enfoque convierte el uso de sistemas creativos para la resolución de problemas en un sistema que promueve el autodesarrollo y el aprendizaje. Estos sistemas ponen énfasis en la importancia de un líder que libere la creatividad del equipo, antes que producir soluciones creativas por sí mismo.

1.2.3 Filosofía de la Calidad

La filosofía de la Calidad permite introducir a las personas en un proceso de mejora, motivándolas, para redescubrir el enorme potencial que poseen y su aplicación en el trabajo bien realizado, con los consecuentes beneficios para todos. Ayuda a reencontrar el sentido del trabajo individual y en grupo, la pertinencia de hacer bien las cosas desde la primera vez, conocer el costo de la no calidad acompañada de apatía, indiferencia o manipulación, comprender el enfoque preventivo sobre el correctivo. La calidad total no es un problema es una solución. Ubicar al nuevo líder como facilitador de las condiciones de trabajo, resalta la importancia de contar con un sistema sólido que permita aplicar y mantener la motivación de todo el personal de una organización. Y finalmente busca la revalorización y dignificación del trabajo. Una vez que las personas se convencen de ser mejores y se motivan a colaborar en un medio de productividad y mutua satisfacción necesitan un sistema que los apoye y retroalimente, asignando tareas, delegando funciones y proporcionando reconocimientos en un plano de excelencia.

1.2.4 Trabajo en equipo

Es importante que los Directivos ejerzan un liderazgo participativo con los procesos de formación de equipos de trabajo en vías del desarrollo y la puesta en marcha de la calidad.

El trabajo en equipo debe ser una filosofía organizacional, que permita al trabajador comprometerse realmente con los objetivos de la empresa, pero, que al mismo tiempo se sienta satisfecho y reconocido en su quehacer cotidiano. El trabajo en equipo hace referencia a un grupo bien organizado de personas, cada uno con sus respectivas responsabilidades y tareas perfectamente definidas, con un líder, idealmente aceptado y reconocido por todos. El trabajo en equipo por lo tanto es y debe ser una expresión espontánea, natural, que obedece a la empatía, conexión emocional y visión compartida de sus integrantes. Aún cuando trabajen por un objetivo común no debe existir las imposiciones; esto no funciona así; en el trabajo en equipo debe reinar la interdisciplina, multidisciplina, identificación y coestima. Esto imprime a los resultados la energía requerida para alcanzar los objetivos propuestos

1.2.5 Mejora continua

Mejora significa la creación organizada de un cambio ventajoso; el logro de niveles sin precedente del comportamiento. Un sinónimo de avance. La mejora de la calidad consiste en estrategias para constituir y/o implementar una serie de programas de acción que involucran un despliegue de recursos, así como estrategias de aprendizaje, motivación y retroalimentación para superar las metas y objetivos establecidos. Las formas pueden ser desarrollo de nuevos productos, adopción de nueva tecnología, revisión de procesos para reducir índices de error. Las mejoras de la calidad deben ser el resultado directo de la iniciativa y liderazgo de la alta dirección, y todas ellas tienen lugar a partir de un proyecto. Un proyecto entonces lo definimos como un problema que se tienen que resolver –una misión concreta que se tiene que ejecutar-, y cada proyecto de mejora requiere de dos tipos de inversión: un diagnóstico situacional con la finalidad de identificar los problemas y causas de la mala calidad y la solución o soluciones para dichos males. La mejora de la calidad debe aplicarse universalmente, es decir a los productos, a los servicios, a los procesos, a la tecnología, a los recursos humanos y sustancialmente al diseño de todos los procesos. Todas las empresas que han completado con éxito muchos proyectos para mejorar la calidad han utilizado un

enfoque estructurado que implica dos niveles: 1) Establecimiento de la infraestructura necesaria para tratar los proyectos colectivamente y 2) Llevar a cabo los proyectos individualmente (Juran y el Liderazgo para la Calidad, 1990, Pág.41).

El primer paso es el establecimiento de un consejo de calidad, comité de calidad, mejora continua, círculos de calidad, etc. Cuya responsabilidad fundamental es coordinar e institucionalizar la mejora anual de la calidad. Una de las primeras acciones de un consejo de calidad consiste en definir y publicar sus responsabilidades de tal forma que sus miembros compartan y unifiquen criterios y el resto de la organización se mantenga informada. Entre estas responsabilidades deben encontrarse:

- Formulación de políticas para la mejora continua
- Estimación de las dimensiones, análisis comparativo con otras instituciones, participación obligatoria
- Selección de proyectos
- Selección de equipos de trabajo
- Provisión de recursos,
- Garantía de su ejecución
- Establecimiento de las medidas necesarias
- Coordinación y evaluación del proceso
- Reconocimiento y sistema de recompensas

En el área de la salud donde el producto final es la recuperación del estado de salud del individuo, con la consecuente reincorporación del enfermo a su vida laboral y social, la mejora continua además debe establecer un seguimiento periódico, asegurándose que los procesos sustantivos de las patologías diversas, se realicen no solo dentro de un cuadro de mejora continua y calidad total, sino además bajo principios éticos, dentro del marco legal vigente.

Institucionalizar la mejora anual de la Calidad es cambiar profundamente la cultura, lo que a su vez exige un cambio profundo en los sistemas de reconocimiento y recompensas. Debemos pensar entonces en la motivación para

la calidad, la motivación por supuesto se encuentra relacionada con el comportamiento humano. La característica entonces de la actividad gerencial es el empleo de las fuerzas del comportamiento humano para conseguir o lograr resultados.

Aplicado a nuestro tema de la gestión de la calidad, un buen punto de partida para los altos directivos consiste en comprender cuáles son los motivadores reales del comportamiento humano en la empresa relativos al logro de la calidad. Entendiendo estos motivadores como el patrón cultural. Cada empresa es una pequeña sociedad diversa, y su patrón cultural es una especie de creencias, hábitos y prácticas que la población humana ha desarrollado para manejar los problemas percibidos. En las grandes instituciones hay muchas sociedades... varias funciones, niveles jerárquicos y disciplinas profesionales. Los cuales difieren en sus percepciones, por lo tanto, desarrollan patrones culturales diferentes. Cada patrón cultural es una respuesta lógica a las respectivas percepciones. Cada patrón resultante tiene mucho valor para la sociedad de origen. En consecuencia, dado que los patrones se perpetúan: cada sociedad necesita que los nuevos miembros se adapten al él. Entonces si las percepciones son erróneas las acciones también lo serán. Finalmente la mejora de la calidad se debe establecer por mandato, como una filosofía empresarial, para romper con la resistencia cultural se debe echar mano de algunas herramientas tales como educación, comunicación y establecimiento de auto interés, participación de todos los integrantes de la organización, liderazgo de los altos directivos, planificación conjunta, cuyo objetivo sea el establecimiento de la calidad como máxima prioridad.

1.2.6 Calidad Total

La tradición de los sistemas ortodoxos ejerció un efecto aún más difundido en los planteamientos del cambio organizacional. Bajo la rúbrica de Calidad Total surgió una importante revolución en los métodos de producción. La historia que se repite

con frecuencia de Administración de Calidad Total (Total Quality Management) se narra ahora en los libros de un modo uniforme.

En la era previa a la instauración de patrones de calidad, las organizaciones habían ignorado la calidad de sus prácticas y productos, el trabajo se caracterizaba por producir y vender. Un visionario estadounidense, William Edwards Deming, fue el precursor del movimiento por la calidad. Deming con un doctorado en física por la Yale University, desarrolló ideas de control estadístico de calidad durante la Segunda Guerra Mundial.

En los primeros años de posguerra hubo un interés inicial por mejorar la producción mediante el monitoreo estadístico. Este interés declinó, y Deming, gracias a un nombramiento para ocupar un cargo en Japón, descubrió una cultura mucho más receptiva. Allí se adoptaron las ideas de Calidad desarrolladas originalmente en los laboratorios telefónicos de Bell de Estados Unidos de América mediante los esfuerzos de precursores que posteriormente fueron aclamados por los maestros de la calidad japonesa, entre ellos el propio Deming, Joseph Juran y Arman Feigenbaum. Comenzaron a aparecer artículos en publicaciones occidentales que vinculaban el éxito económico de Japón con la adopción de ideas sobre Calidad Total y procedimientos de Control Estadístico. En 1980 Deming explicó sus ideas en un programa de televisión estadounidense, y a esto siguió un explosivo aumento de interés por la calidad. Ese período coincidió con esfuerzos cada vez mayores en occidente para entender y aprender del éxito de Japón. Quizá la narración de cómo se habían ignorado ideas estadounidenses y después se habían exportado a Japón hizo que la historia de Deming causara un mayor efecto. Ya en la década de los 80 el resurgimiento de las ideas en Occidente recibió el apoyo de una generación más reciente de investigadores, como Philip Crosby.

Los principios fundamentales de la calidad total someten a las organizaciones a la búsqueda y puesta en práctica de cambios que mejoran la calidad mediante la fabricación y producción. Un intento por enunciar los principios fundamentales de

la Calidad Total produjo recientemente la siguiente definición: “La administración de Calidad Total se refiere a un proceso de administración dedicado a crear actividades organizadas para el mejoramiento continuo, que incluye a todos los miembros de una organización en un esfuerzo totalmente integrado y dirigido a mejorar el desempeño en cada nivel”. Vale la pena extenderse en torno a tres componentes de la definición, puesto que abarca algunas de las posibles dificultades como las experimentan las organizaciones que tropiezan con el movimiento por la Calidad Total. El primero es la aspiración de que el trabajo se haga con un mínimo de errores o defectos no planeados en los productos. Este es el célebre principio de hacer las cosas bien y a la primera. En unidades de producción las medidas de control estadístico pueden tener como objetivo lograr cada vez menos defectos, en un afán por llegar a no tener ninguno. El estímulo hacia la perfección de la producción es la motivación que se halla tras los esfuerzos de mejoramiento continuo, que es el segundo de los principios. Por último, el proceso reconoce la interconexión de las actividades organizacionales y aspira a tener una visión de sistemas de cambio planeado (Ricards Tudor. *Creativity and the Management of chance*, 2005). En la década de los 80, el movimiento por la calidad desarrolló paralelamente, sus propias redes de apoyo que se sostienen por esfuerzos propios. Por ejemplo surgieron nuevos grupos de presión e iniciativas que contaban con apoyo gubernamental para fomentar las actividades de Calidad Total. Ha habido diversos programas de premios muy difundidos nacional e internacionalmente. El premio Deming a la calidad ha llegado a ser muy apreciado como prueba de excelencia en manufactura en el caso de compañías pequeñas, la certificación se convirtió en un acceso a la admisión como proveedora directa para compañías mayores y contratos gubernamentales. La búsqueda de la calidad llegó a ser para algunos la búsqueda de la certificación de la calidad. El premio a la calidad BS7550 del Reino Unido y el relacionado ISO 9001 europeo desempeñaron su papel en difundir los conceptos de calidad a sectores más amplios de la industria. El movimiento por la calidad debe servir como cambio organizacional, la ortodoxia de la administración dominante favorece lo que se puede medir y controlar, en forma mecanicista; sin embargo el profesor John

Bessant, del Centre for Research in Innovation Management de la Brighton University abarca aspectos mas humanistas y visionarios del movimiento. Considera las consecuencias probables de los procesos clásicos de producción, como el tratar al personal como piezas de una máquina, y lo contrasta con la administración de calidad total, que trata en cambio de apoyarse en la participación del trabajador, creando mecanismos para aumentar su propiedad y responsabilidad por la calidad y proporcionar el entrenamiento, las herramientas y el compromiso de la más alta dirección para apoyarlo. La filosofía que sirve de fundamento es la del mejoramiento continuo. Esto se logra al buscar y revelar problemas sistemáticamente, a lo que siguen soluciones igualmente sistemáticas utilizando la creatividad y la experiencia de todos los implicados. Los procesos de calidad obran de un modo progresivo e incremental. Para un cambio significativo, la organización tiene que encontrar la manera de lograr transformaciones más estructuradas y profundamente arraigadas. La revolución de la calidad iba a preparar el camino para propuestas de cambio radicales, surgiendo entonces la reingeniería de procesos. En resumen: “La Calidad Total debe ser el conjunto de principios y estrategias generales, encaminadas a concientizar, y motivar a toda la organización de la salud, con la finalidad de trabajar en conjunto para cubrir las expectativas y necesidades del paciente, con eficiencia, eficacia y efectividad, mediante un proceso de mejora continua, lo cual conlleva un cambio cultural de todos los involucrados, debe ser también un proceso continuo y dinámico, en constante renovación, con un liderazgo participativo”.

1.2.7 Recursos humanos materiales y financieros

Cualquier actividad humana, pero sobre todo la salud, debe estar debidamente planeada, realizando un diagnóstico situacional, orientado a identificar necesidades, idear actividades encaminadas a la realización de los objetivos deseados, estableciendo metas y pronósticos relacionados con la actividad planeada. Es por ello que la planeación sanitaria debe basarse en necesidades sentidas de la población acorde con su situación de salud, teniendo en cuenta que los procesos patológicos obedecen a múltiples causas y factores predisponentes

tales como nivel socioeconómico, educación, alimentación, estilos de vida, y organizaciones de servicios de salud. Otros factores que intervienen en la planeación y designación de todo tipo de recursos y que no dependen del sistema sanitario son: necesidades y problemas sociales, enfermedades emergentes, catástrofes naturales, grado de desarrollo tecnológico y financiamiento. La introducción del análisis económico en el sector de la salud ha permitido incorporar los conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos, analizar los procesos y los costos de producción y evaluar los resultados obtenidos en función de su impacto sobre morbilidad, mortalidad y calidad de vida. La economía de la salud integra las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas a fin de estudiar los mecanismos y factores que determinan y condicionan la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud. Se aplica para investigar y determinar los factores que determinan y afectan a la salud, instrumentos, políticas, valor económico, demanda y oferta de atención médica, equilibrio del mercado, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias, evaluación integral de los sistemas de salud, valor económico, y evaluación macroeconómica (Arredondo A. Economía de la salud para América Latina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 1999). Con relación a los costos la planificación requiere un concepto más allá de la cantidad de dinero que el sector salud gasta en bienes y servicios. El concepto de costo en salud, está enfocado a costo oportunidad y costo beneficio. Este debe enfocarse estratégicamente, es decir se deben tomar decisiones, emprendiendo acciones para orientar a una organización en su quehacer cotidiano, en su forma de hacer las cosas, y en las razones que tiene para hacerlas, en el mediano y largo plazo, fundamentándose en –valores, misión y visión- de cada organización. Definiendo así la viabilidad política, económica, financiera e institucional de las organizaciones de salud.

El nuevo Directivo, entonces deberá ser una persona capaz de entender las novedosas tendencias del mercado que responden a expectativas fuera de esquemas convencionales, estableciendo formas alternativas de relación entre las instituciones y el medio ambiente del mercado, expectativas sociales y desarrollo sostenible. Esto constituye una variedad de consideraciones que nos induce a

crear mecanismos que contribuyan a su mejoramiento. Algunos elementos que el Directivo debe desarrollar en torno a la calidad y las finanzas son: administración del valor en las instituciones de salud, apalancamiento, punto de equilibrio, indicadores financieros, finanzas, indicadores de gestión, costo de capital, valor del dinero en el tiempo, tasa interna de retorno, beneficios económicos, etc. Dentro de un marco absolutamente real se proyecta el futuro de la entidad, hospital o empresa, dentro de una cultura de calidad integral, de procesos de desarrollo para la consecución sistemática y progresiva de la calidad y obviamente de todos los aspectos relacionados, toda vez que si la calidad no está engranada en la Organización o no es administrada, nunca será realidad, puesto que debe ser inducida y causada (Pontón Valverde, Excelencia en recursos humanos, liderazgo, dirección y disciplina pág. 461, Bogotá, Colombia, 2001). La concepción de la cultura de la calidad implica entender a las personas como el centro del desarrollo de la empresa, construyendo el proceso de transformación de la cultura actual hacia una institución de calidad a través de procesos y enseñanzas de nuevos conocimientos y nuevas culturas que afiancen y rebasen las ya existentes. El proceso de enseñanza es aquel que constituye significados comunes para lograr pensamientos y concepciones nuevas que involucren a todos los participantes que producen cambios en la cultura organizacional. Finalmente no debemos restar importancia al proceso de Comunicación el cual deberá desarrollarse con efectividad en todos los niveles jerárquicos. Las instituciones de salud tienen una finalidad y en todos sus niveles un sentido para el trabajo en un plazo definido. Tiene objetivos de trabajo para tratar y solucionar problemas. Debe ser finalidad de la comunicación servir de plataforma para el conocimiento y manejo de estos problemas. Debe estar definida y ser común a todas las personas de la organización que se encuentran directamente involucradas con el logro de los objetivos y la solución de problemas (Reynales Londoño, la Calidad en la información y la comunicación en las organizaciones de salud, Pág. 346. Bogotá, Colombia, 2001).

En las organizaciones de salud las estrategias y políticas de acción deben definirse en al Alta Dirección, las tácticas por la gerencia media y el quehacer cotidiano por los equipos operativos, es por ello que en este sentido deben

establecerse programas de mejora de la comunicación interna y externa en los cuales todos los involucrados se comprometan con los objetivos establecidos.

1.3 Responsabilidad de la alta Dirección en la Gestión de la Calidad

Los Altos Directivos tienen que participar activamente en la mejora de la calidad, integrándose dentro del equipo de trabajo. Entre sus responsabilidades se encuentra: establecer y trabajar en el Consejo de Calidad, Participar en la elaboración de las políticas, participar en el establecimiento y despliegue de los objetivos, proporcionar los recursos necesarios, establecer la infraestructura organizativa, realizar los progresos realizados, dar reconocimiento, y revisar el sistema de recompensas. La alta Dirección debe identificar los macroprocesos que requieren auditorías de calidad de alto nivel y debe intervenir para organizar dichas auditorías, con relación a los microprocesos lo que la Dirección debe hacer es crear un equipo, cuya misión consista en diseñar un sistema adecuado para la auto-auditoría por parte de los jefes inmediatos. Finalmente la Alta Dirección tiene la obligación de garantizar que el sistema de control de calidad es el adecuado, para ello, debe ordenar la creación de un manual de control de calidad que defina el sistema, supervisar y aprobar su redacción final, y auditar dicho sistema.

El objetivo del sistema de control de calidad consiste en proporcionar a la organización un conjunto global de planes para aplicar el bucle de retroalimentación a una amplia variedad de objetos de control.

El Manual de control de calidad define esos planes, de tal forma que sean: óptimos, de uso repetitivo, oficiales, fácilmente localizables y estables (J. M. Juran, El Liderazgo para la Calidad, 1990, Pág. 165) .

Un Manual de Calidad debe incluir: Una declaración del Director General respecto al estado oficial del manual. Incluye las firmas que le confieren legitimidad, el propósito del manual, el uso previsto, la forma de usarlo, las políticas de calidad pertinentes a la empresa o división, los organigramas y tablas de responsabilidad referentes a la función de calidad, la provisión del comportamiento de la auditoría frente a los mandatos del manual.

Papel de la Alta Dirección en el aseguramiento de la Calidad

Políticas de Calidad

- La Alta Dirección debe establecer las políticas por escrito
- Establecer compromisos de mejora continua en los productos y / o servicios
- Marcar los principios fundamentales de actuación para su consecución
- Establecer Metas medibles y revisión periódica (ISO 9000: 2000, 49, 2005)

La Alta Dirección debe asegurar que:

- Las necesidades y expectativas del derechohabiente se determinan
- Dichas necesidades y expectativas se comprenden y se cumplen
- Se toman en cuenta requisitos legales y normativos
- Para alcanzar la total satisfacción del paciente (Opcit, 53)

La Alta Dirección debe

- Diseñar los planes y programas de servicio o tratamientos
- Hacer partícipe de este diseño al usuario y prestador de servicio
- Establecer y manejar un adecuado presupuesto
- Definir especificaciones del producto y / o servicio (Opcit, 53)

La Organización debe:

- Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y su planificación
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos
- Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces
- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios
- Realizar la medición y el análisis de estos procesos
- Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua
- Gestionar los procesos de acuerdo a lo establecido en Las Norma Mexicana (Sistemas de Gestión de Calidad) (Del Rivero Elvira. Calidad en Salud, México, 2002).

1.4 Satisfacción del prestador de servicios

En el área de la salud, los prestadores de servicio esperaríamos poder desarrollar nuestras actividades dentro de un clima laboral armonioso, contando con todos los recursos materiales, y tecnológicos necesarios para el desarrollo del quehacer cotidiano, esperando siempre que las oportunidades de desarrollo y crecimiento profesional, se den dentro de un marco justo, humano y equitativo. Es en este contexto donde las expectativas de los prestadores de servicios de salud, se encuentran acotadas; no siendo satisfechas en la mayoría de los sistemas y / o instituciones de salud, no solo, por la creciente crisis financiera, sino por que la pérdida de valores que han trastocado a estos sistemas, permitiendo la ruptura de la relación médico paciente, el trato deshumanizado, y la pérdida de oportunidades de crecimiento; con la consecuente mala calidad en la atención a la salud. La satisfacción tanto del prestador de servicios como del derechohabiente es también un indicador de excelencia en los servicios de salud, y si el grado de insatisfacción es considerable en el profesional de la salud, será entonces muy difícil satisfacer a quien acuda en nuestra ayuda. Otro aspecto que influye en la interacción del prestador de servicios con el usuario y en la satisfacción de sus expectativas tiene que ver con su propia cultura, su formación profesional, el género, sus capacidades y carencias de comunicación.

Finalmente, la mejora de la calidad de atención de los servicios de salud requiere el análisis de la satisfacción, tanto del usuario, como del prestador del servicio, ya que el 25.8% no se encuentra satisfecho con su actividad laboral (Fernández y colaboradores, Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 de Insalud de Madrid. Rev Esp Salud Publica 2000;74;139-147). Entre ellos el grupo médico debido a la carga de trabajo, escasez de recursos, limitación del tiempo de atención, refiriendo también ser poco valorado por la institución, debiéndose entonces evaluar la función administrativa y directiva ya que las deficiencias en la calidad de la atención en los servicios de salud deriva de las disfunciones en los procesos administrativos, es decir desde el Diseño.

CAPITULO 2 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

2.1 ANTECEDENTES

Los Estados Unidos Mexicanos están constituidos como República Democrática, formada por 31 Estados y un Distrito Federal, unidos en una Federación. El Gobierno Federal y los Estatales tienen igual jerarquía, sostienen principios de autonomía y de asociación, y cambian cada 6 años. El nivel municipal constituye el tercer orden de gobierno y cuenta con 2 444 municipios que realizan elecciones cada 3 años. *La Constitución Política define la división de poderes en Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Las estrategias del gobierno se enuncian en el Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006, el cual se encuentra organizado en tres áreas de trabajo. 1.- Desarrollo Social y Humano, 2.- Crecimiento Económico con Calidad y 3.- Orden y Respeto Social. En la primera de estas áreas se encuentra ubicado el Sector Salud y sus objetivos rectores son los siguientes: mejorar los niveles de bienestar, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social.

A principios del Siglo XX, era poco el interés por la calidad en México, pocos pensaban que ésta fuera una actividad que debiera ser vigilada y/o regulada; también pocas relaciones había tan cercanas como la que existía entre el médico y su paciente. La comercialización y el nacimiento de la medicina institucionalizada en los años 40 generaron fuertes cambios en el modelo de atención médica (Álvarez del Río, Información en Salud, Mc Graw Hill, 2002).

El número de clínicas y hospitales fue creciendo aceleradamente y sus recursos eran cada vez más complejos. El papel del médico dentro de éste modelo cambió, restándole importancia a los aspectos personales del paciente. La relación pasó a ser técnica y mecanicista. Este nuevo modelo no tardó en presentar inconvenientes; empezando por el alejamiento paulatino de la relación médico paciente. Por otro lado los altibajos de la economía y su repercusión sobre los presupuestos para gasto social e inversión complicaron la complejidad operativa de las unidades médicas.

*Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. México DF, 2001

Para atender esta incipiente problemática fue el Instituto Mexicano del Seguro Social quien estableció en 1956 las auditorías a la atención médica, revisando los expedientes clínicos en el entonces Hospital “La Raza”, el paliativo resultó efectivo y al año siguiente estas revisiones fueron formalizadas mediante la conformación de una Comisión de Supervisión Médica.

Por otro lado, al parecer sin ninguna relación en aquel momento, las instituciones de educación superior, crecían de manera desproporcionada en sus matrículas en las carreras relacionadas con salud; en 1970 se crearon nuevas escuelas de medicina en México, sin que hubiese un esquema que garantizara los conocimientos y habilidades de sus egresados. Todos estos factores detonaron la insatisfacción de los usuarios, de tal forma que la distante relación médico-paciente, se tornó en falta de confianza, por lo que había que actuar para el establecimiento de la calidad.

La primera gran acción emprendida en México en 1983, para estos fines, fue elevar a rango constitucional, el derecho de todos los mexicanos a la protección de la salud, por lo que al año siguiente entró en vigor la Ley General de Salud, y el 14 de mayo de 1986 el Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que con carácter obligatorio debía ser observado por los profesionistas. A partir de junio de 1986 y hasta julio de 1992 se publicaron 358 Normas Técnicas, la mayor parte sin definir la obligariedad en su aplicación. Al inicio del decenio de 1990, el Programa Nacional de Salud 1990 – 1994 incluyó entre sus objetivos “alcanzar la cobertura universal, con servicios de atención médica cuya calidad fuera adecuada y funcionara dentro de un marco de dignidad y trato humano”.

Así se desarrolló, entre las instituciones del sector, la tendencia por mejorar la calidad de los servicios, aunque era lamentable que no fuese homogénea, ni alcanzará los resultados esperados. A la fecha el sistema nacional de salud ha sido insuficiente en cuanto a cobertura se refiere. Con la promulgación de la Ley sobre Metrología y Normalización y su posterior conversión en Ley federal de Metrología y Normalización se dio un decidido impulso propiciando que la Secretaría de Salud reasumiera su responsabilidad conductora de la política

nacional dentro del sector, al otorgarle la responsabilidad de emitir las Normas Oficiales Mexicanas que deberían sustituir a las Normas Técnicas hasta entonces vigentes.

Además el programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000 fomenta la calidad de los servicios en dos vertientes principales: la primera, al asumir su responsabilidad en la construcción de un marco jurídico actualizado que defina explícitamente las características de los servicios, para lo cual se han efectuado reformas a la Ley General de Salud y sus Reglamentos, pero sobre todo con la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas, que por ser de observancia obligatoria por parte de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud constituyen un eficiente mecanismo para promover la calidad al establecer los lineamientos precisos que rigen la prestación de los servicios. En el plano operativo, el Programa de Reforma incluyó el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica como el primero de los programas de apoyo a las tareas sustantivas, estableciendo la perspectiva del sector salud en relación con la Calidad de la Atención, además de considerar no solo la incorporación oportuna de los avances científicos y tecnológicos, sino también propiciar una cultura de salud, así como el desarrollo organizacional para que genere en el personal de la salud una actitud responsable hacia el desempeño de sus actividades.

Una tercera línea de acción en la búsqueda de la calidad de la atención a la salud en la administración 1995 – 2000 ha sido la promoción de la certificación de médicos generales y especialistas, ya que el Estado había asumido desde 1943 el control del registro de los profesionistas mediante la Ley de Profesiones, por lo que generó que los médicos no tuvieran interés ni dispusieran de organizaciones para vigilar la calidad de los servicios profesionales que se proporcionan. Para complementar la certificación del personal de la salud, el primero de abril de 1999 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se establecen las Bases para la Instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, cuyo objetivo es promover la calidad física y operativa de las unidades hospitalarias. Estableciéndose entonces los criterios generales para que los hospitales alcancen la certificación, y posteriormente se convocó a

las personas físicas o morales interesadas en participar en la evaluación de los hospitales.

Por otro lado y como un adyuvante, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, como una de las más importantes estrategias para propiciar la mejoría de los servicios de salud, foro en el que a través de la conciliación y el arbitraje se dirimen las controversias que surgen entre usuarios y prestadores de servicio. Ahora bien, la evaluación de los hospitales en México, se inició en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1956, con la revisión periódica y sistemática de los expedientes clínicos. Un año después se creó la Comisión de Supervisión Médica y en 1972 se sustituyó el concepto de auditoría médica con el de evaluación Médica. En 1992, el sector salud en su conjunto publicó el Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, estandarizando los procedimientos de evaluación de los hospitales de todo el sector salud, la Secretaría de Salud también hizo lo suyo, realizando el Diagnóstico Basal de Calidad, que incluyó a 214 hospitales generales. En ese estudio se evaluaron entre otros rubros, el equipamiento de las unidades, el abasto de medicamentos, la adherencia de los prestadores de servicio a la normatividad en el manejo y control de enfermedades y la satisfacción de los prestadores de servicio con su entorno laboral.

2.1. 1 CONTEXTO ECONOMICO

Entre 1997 y 1999 el gasto total per cápita en salud disminuyó ligeramente quedando en 2 988 pesos, pese a el aumento del gasto público per cápita en 5.8% en ese período. Por su parte el gasto en salud como porcentaje del PIB fue de 5.5% en 1999, ligeramente inferior a 1998 (5.6%) pero superior a 1996 (5.1%). El IMSS es la institución de salud con el mayor gasto, siendo del 1.46% del PIB en el 2000. Cada institución pública conforma su propia red de servicios y el IMSS es quien otorga el mayor número de prestaciones, seguida de la SSA y el ISSSTE. La Calidad de la atención es un área en desarrollo que a partir del año 2001 recibe un renovado impulso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de

Salud. El Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 precisa tres grandes retos para el sistema de salud: equidad, calidad y protección financiera y para enfrentarlos enuncia 10 estrategias de trabajo, que en conjunto se componen de 66 líneas de acción con 43 programas para llevarlas a cabo.

A partir del 2001 el nuevo gobierno colocó el acento en la integridad de la atención y el aseguramiento, poniendo en marcha un seguro público y voluntario para personas no derechohabientes de la seguridad social, denominado seguro popular de salud, con 78 beneficios y 191 medicamentos asociados a los mismos, que planea afiliar a más de 59 mil familias en su primer año. El seguro social y el seguro popular se presentan como la alternativa encontrada por éste país en la búsqueda de una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud.

Por otro lado los procesos de reforma económica en los últimos años se han caracterizado por la disminución de aranceles, y subsidios a productos nacionales, la eliminación de productos de importación, la liberación de aranceles y subsidios a productores nacionales, la eliminación de permisos de importación, la liberación de las transacciones comerciales, el saneamiento del fisco federal, la reducción de las finanzas del sector público, la desregulación de las actividades productivas internas y la autonomía legal del Banco Central. La presencia de México en el escenario geopolítico y económico hemisférico y mundial se ha incrementado con su incorporación al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) y a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), así como con la firma de acuerdos comerciales con la Comunidad Económica Europea y ciertos países de América Latina y Asia. Ahora bien, los recursos financieros para el gasto en salud siempre han sido escasos, la Secretaría de Salud se ha dado a la tarea de sistematizar el gasto público en salud, en cifras totales, desagregadas por rubro de gasto y funciones del sistema. El primer ejercicio de estimación de Cuentas Nacionales de Salud en México fue realizado por la Fundación Mexicana para la Salud. Institución que integró las Cuentas Nacionales de Salud en México para el período 1992-1998.

El Programa Nacional de Salud 2001- 2006 establece la creación de un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (Sicuentas) que proporcione información que dé seguimiento a los recursos que se invierten y consumen en la producción de servicios de salud. En este sentido Sicuentas genera información sobre flujos financieros a escala estatal y nacional, complementa la Estadística del Sistema de Cuentas Nacionales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, y crea la información necesaria para el análisis del gasto en salud.

Del mismo modo contribuye como un insumo en la evaluación del desempeño del sistema y coadyuva a la rendición de cuentas en lo referente al uso de recursos. El modelo de Cuentas Nacionales de Salud se basa en un esquema de flujos financieros que refleja la captación, movilización y asignación de recursos, así como la compra y pago de servicios de atención a la salud. La integración de dichos flujos parte de tres categorías centrales: fuentes, agentes de financiamiento y prestadores de servicios. La clasificación de estas tres categorías se basa en la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud, lo que permite comparaciones entre países y diferentes sistemas de salud. Del presupuesto total ejercido los recursos canalizados al Distrito Federal representan más de la quinta parte del total nacional (35.971 millones de pesos corrientes equivalentes al 23%); mientras que en estados con un importante rezago en cuanto a mortalidad infantil y de adultos como Puebla, Chiapas, Guerrero, Oaxaca e Hidalgo presentan una participación menor a 4% del total nacional. Por otro lado, al analizar los recursos que se destinan por tipo de población, se observa que el DF se mantiene como la entidad federativa que mayores recursos recibe tanto para la población no asegurada como para la asegurada (14% y 28% respectivamente).

Salud pública Méx vol.45 no.3 Cuernavaca May/June 2003. .Cruz C, Alvarez F, Frenk J. Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios. México, DF: Funsalud, 1994. Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. Sistema de Cuentas Nacionales de Salud. OECD, 200.

2.1.2 CONTEXTO SOCIAL

El concepto de desarrollo humano como expansión de la libertad de las personas, no solo permite generar indicadores para conocer la situación de un país o región sino también para guiar decisiones de política pública. El enfoque de desarrollo humano propuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) establece que lo que un individuo puede ser o hacer define su calidad de vida como persona. La libertad que gozan los individuos para elegir formas de vida alternativas en función de los objetivos establecidos por ellos es indicativa del desempeño de una sociedad que respeta y promueve el valor de sus miembros. El objetivo básico del desarrollo es ampliar las oportunidades abiertas a la gente para vivir una vida saludable, creativa y con los medios adecuados para participar en su entorno social. En particular el Índice de Desarrollo Humano (IDH) puede utilizarse para comparar los niveles generales de carencias, derivadas de los indicadores de salud, educación e ingresos que lo componen, con las asignaciones geográficas de recursos públicos para el desarrollo. El Índice se calcula como el promedio simple del logro en cada dimensión, dando lugar a un índice con valores entre cero y uno. Un valor de IDH de uno corresponde al máximo desarrollo posible, mientras que un valor de cero indica que no existe avance alguno. Los cálculos realizados por el PNUD, indican que el país alcanzó un índice de desarrollo humano de 0.8070, lo que ubica a México entre los países con alto desarrollo humano. Sin embargo este avance es desigual, ya que mientras 16 entidades federativas presentan un alto grado de desarrollo las otras 16 tienen un nivel medio de desarrollo. * De acuerdo al informe de desarrollo humano 2006 / 2007; ocupando los mayores niveles el DF, Nuevo León, Baja California, Chihuahua y Coahuila y los menores niveles Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz y Michoacán. El país avanzó 1.15%, correspondiendo 0.96%, 2.06% y 0.37% en salud, educación e ingreso respectivamente. El porcentaje de emigrantes fue de 5.42% y el de inmigrantes de 2.24%.

*www.undp.mx.desarrollohumano

Los ingresos por remesas han crecido sustancialmente en los últimos años. Los ingresos por remesas para el 2006 representó el 59% de los ingresos por exportaciones de petróleo, los estados que más remesas reciben como proporción de su PIB son: Michoacán y Zacatecas, seguidos de Oaxaca y Guerrero. ** Por lo que se refiere a la pertenencia a alguna institución de seguridad social, declaran estar afiliadas a alguna institución de seguridad social 40 de cada 100 personas, encontrando las cifras más bajas en los estados de Chiapas y Guerrero (17.6% Y 20.3% respectivamente) y las más altas en Coahuila (69.7%) y Nuevo León (65.9%). ***Finalmente en México el principal instrumento para redistribuir recursos entre regiones es el gasto federal descentralizado a entidades federativas y municipios, que para el año 2000 representó poco más de cuatro millones de dólares. De este monto sin embargo cerca de la tercera parte es asignado a las entidades federativas tomando en cuenta principalmente la proporción de la población que representan, más que su nivel de carencias. Creando por lo tanto una desigualdad en la asignación de recursos.

** Perfil del Sistema de Servicios de Salud México, 2ª edición, abril 2002). ** Organización de Naciones Unidas. Informe de la Coyuntura económica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, México DF: 2001. *** Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000: resultados definitivos. México DF, 2001. *** De la Torre Rodolfo. Índice de desarrollo humano y asignación de gasto público. Versión 2, enero 2004.

2.1.3 CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLOGICO

México se encuentra en una fase avanzada de transición demográfica. La tasa global de fecundidad cuyo descenso comenzó desde los años sesenta, se encuentra en la actualidad en un nivel de reemplazo generacional y la esperanza de vida, en constante aumento, se aproxima cada vez más a la alcanzada por las naciones con mayor grado de desarrollo socioeconómico. De acuerdo con las proyecciones demográficas, a mitad del 2008, la población del país alcanzó los 106.7 millones de los cuales 52.5 eran hombres y 54.2 mujeres. Mientras el saldo neto migratorio arroja una pérdida de 558 mil individuos, resultando una tasa de crecimiento de 0.82%. La esperanza de vida ha aumentado diez años en las últimas tres décadas, para el 2008 el promedio de vida fue de 75.1 años, 72.7 para los hombres y 77.5 para las mujeres. Esto debido a la modificación del perfil epidemiológico. En cuanto a la ocupación laboral, sin duda se ha logrado obtener avances importantes en materia de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. La participación educativa y laboral de la población femenina muestra una tendencia creciente y constante en el tiempo. Sin embargo las condiciones de vida de buena parte de las mexicanas aún no alcanzan un nivel de desarrollo adecuado que potencie plenamente sus capacidades. El rezago educativo alcanzaba el 43.4% de los varones en edad escolar que no podían concluir sus estudios básicos por problemas de inasistencia, deserción o reprobación, mientras que 47.3 % de las mujeres se encontraban en esta situación. Finalmente la mortalidad muestra un comportamiento diferenciado con respecto al sexo de los individuos. Por cada muerte femenina ocurren en promedio 2.4 defunciones masculinas. Estas diferencias pueden explicarse a partir de disposiciones biológicas y culturales distintas, pues las mujeres son físicamente más resistentes y menos propensas a involucrarse en situaciones de riesgo. Hasta este punto es claro que los niveles de los indicadores demográficos más importantes han mejorado, lo cual representa avances sustantivos en la calidad de vida de la población; sin embargo, también indican la existencia de nuevos problemas que deben ser enfrentados a corto plazo.

Además, persisten diferencias entre los estados, que deben ser solventadas, para alcanzar condiciones de desarrollo adecuadas para toda la población.

www.conapo.gob.mx/publicaciones

2.2 SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

El tema de la Salud es un requisito prioritario para alcanzar una adecuada calidad de vida. Entendiendo la salud como un algoritmo acabado y perfecto, que brinde atención clínica, médica, quirúrgica, terapéutica, etc.; que sea capaz de brindar información coherente, concisa, y clara por medio de campañas de prevención y promoción a la salud; capaz de garantizar un correcto desenvolvimiento y reincorporación a la vida social, un enorme cúmulo de recursos físicos, materiales, técnicos y humanos dedicados a la salud; que sea una estructura fiable y que su cobertura y alcances sean universales (Maestro Romo Gamboa Carlos, Sistema de Salud en México. Universidad de Zacatecas, 2000).

Dadas las condiciones culturales, de educación, climáticas y/ o geográficas, resulta un tanto complicado establecer políticas de salud uniformes. Los esfuerzos encaminados a la atención a la salud son en ocasiones verdaderas proezas del Estado y de otras organizaciones como la OMS y algunas organizaciones gubernamentales. A esto se agrega la elaboración de programas sin continuidad debido a los cambios sexenales, los trámites burocráticos, los raquíticos presupuestos federales, la negligencia, la falta de responsabilidad en los programas de atención. Por lo tanto se hace necesario la constancia y continuidad de los programas, redoblando esfuerzos para aminorar los problemas de salud. Las autoridades de salud, entonces deben contemplar dentro de sus programas y presupuestos investigaciones continuas, pensadas, planeadas que permitan hacer frente a nuevas posibles enfermedades, al retorno de algunas de ellas, y a las situaciones catastróficas que salen del alcance del ser humano.

El Sistema Nacional de Salud es un organismo que depende de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, forma parte de la gran estructura gubernamental encaminada a poner en práctica la Política de Salud del Gobierno Federal; agrupa una serie de instituciones directamente involucradas en la atención a la población

como el IMSS, ISSSTE, SSA, las Secretarías de Salud de las entidades de todo el país. Al igual que otros organismos, genera un gran banco estadístico, tendiente a ser utilizado como marco de referencia en distintos programas.

2.2.1 ORGANIZACIÓN GENERAL Y MARCO JURÍDICO

El Sistema de Servicios de Salud está segmentado en tres grandes grupos, de acuerdo a la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, y al interior de estos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones como se describe a continuación: Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por la ley a alguna institución de seguridad social. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concentra a la mayor parte de los asegurados, seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA), la Marina y diversos seguros para trabajadores estatales (INEGI).

Población asegurada en México 2006	Porcentaje
Población total asegurada	45.50%
Población total no asegurada	54.50%
Población total nacional	100%

Fuente: Secretaría de Salud

SERVICIOS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Características	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	ESTATAL ES
Naturaleza jurídica	Órgano tripartita (gubernamental, empresarial y trabajadores)	Institución Pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Empresa Pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Secretaría de Estado	Instituciones públicas en varios estados
Fuentes de financiamiento	Federal, empleado y empleador	Federal y empleado	Propia	Federal	Federal E estatal Y empleado

Fuente: SSA

El sistema para población abierta o no asegurada incluye los servicios de la Secretaría de Salud, que opera en áreas urbanas y rurales de todo el país, y el Programa IMSS Solidaridad, que atiende a población de zonas rurales definidas, aproximadamente 11 millones de personas de 14 estados (Dirección General de Estadística e Informática). La SSA se financia por el presupuesto de la Federación y de los gobiernos estatales, esencialmente y tiene ingresos por cuotas de recuperación de quienes pueden pagar, mientras que el IMSS- solidaridad recibe una asignación presupuestal del gobierno federal y cuenta con el apoyo administrativo del IMSS.

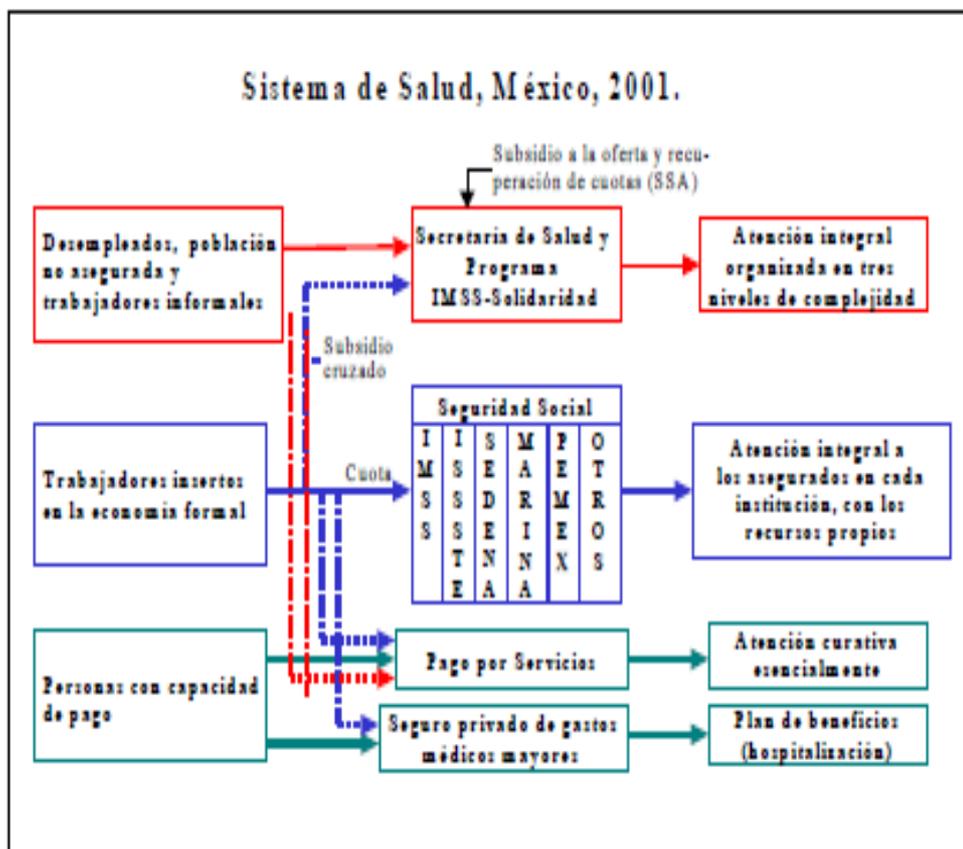
SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION ABIERTA

Características	SSA	IMSS- SOLIDARIDAD
Naturaleza jurídica	Secretaría de Estado	Programa dentro del IMSS
Descentralización	Muy avanzada	Desconcentración administrativa
Fuentes de financiamiento	Federal, Estatal y cobro por servicios	Federal y apoyado por la administración del IMSS

Fuente: SSA

El sector privado funciona en un contexto poco supervisado, brindando atención de calidad con precios variables. En 1999 se contabilizaban 2 950 unidades médicas privadas con servicios de hospitalización. (Infraestructura de las unidades médicas del sector privado. Salud Púb. Méx. 43(2): 2001).

La figura que precede (Sistemas de Salud en México 2001) muestra los segmentos de población, los prestadores de servicios de salud y los beneficios que recibe la población, apreciándose que adicional a lo descrito en los puntos anteriores, ocurren otras conexiones entre los segmentos representadas con líneas punteadas, como son: afiliados a la seguridad social se atienden en la SSA porque le satisface más la atención o porque viven lejos de la unidad de medicina familiar del seguro, deviniendo en un subsidio cruzado desde la SSA; o disponen de un seguro privado de gastos médicos mayores, otorgado muchas veces como una prestación adicional. Asimismo, se conoce que los afiliados a la seguridad social y la población general de todos los niveles económicos acuden eventualmente a la medicina privada pagando de su bolsillo por los servicios consumidos.



Fuente: perfil del Sistema de Servicios de Salud en México, OPS, 2002

2.2.2 FUNCIONES Y RECURSOS DEL SISTEMA

La razón de ser de todo sistema de salud es conseguir una población saludable durante todo el ciclo de vida. Lo que supone contar con un sistema de salud efectivo. El sistema de salud por lo tanto tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades siendo equitativo y justo, ofreciendo accesibilidad y oportunidad de atención médica. Con respecto a la autonomía y confidencialidad de los usuarios. Los objetivos finales básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son tres: 1) Mejorar la salud de la población, 2) Ofrecer un trato adecuado a los usuarios, 3) garantizar seguridad financiera en materia de salud

(Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000)

El trato adecuado supone, la posibilidad de elegir al médico tratante o a la clínica de primer contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, tiempos de espera razonables por una consulta o una intervención quirúrgica y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias. Finalmente con respecto a la garantía de la seguridad financiera de los usuarios, lo que implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud justos – es decir, esquemas en donde la proporción del gasto en salud de los hogares respecto de su capacidad de pago sea igual para todos-, protegiendo a la población sobre gastos excesivos por servicios de salud. La seguridad en el financiamiento se mide calculando el porcentaje de hogares con gastos *catastróficos por motivos de salud y el índice de justicia financiera. Otros importantes objetivos de los sistemas de salud, es la disponibilidad de insumos, el acceso, y la utilización de los servicios, el uso eficiente de recursos, a estos se les ha denominado instrumentales porque son deseables solo en la medida en que contribuyen a mejorar las condiciones de salud. De acuerdo con la OMS, los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones sustantivas: prestación de servicios, financiamiento, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud.

* Los gastos catastróficos en salud son aquellos gastos que los hogares se ven obligados a hacer para atender sus necesidades de salud y que impactan de manera negativa la satisfacción de otras necesidades básicas, como la vivienda, la alimentación o la educación.

Rectoría: La SSA es la institución rectora del sistema y elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional. El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: La Ley general de Salud y la Ley del Seguro Social, cuyas operaciones se realizan a través de la NOM, Reglamentos, Reglas de Operación y Acuerdos de las instituciones públicas, publicados en el Diario Oficial de la República.

La Federación elabora y revisa las NOM, convoca a los grupos interinstitucionales y concentra las estadísticas de salud. No existe un verdadero sistema nacional de información, sino un conjunto – cada institución pública tiene el propio – de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que generan información sobre población y cobertura, recursos, servicios prestados y daño a la salud (SSA). La regulación sanitaria de productos, bienes y servicios se ejerce en un marco compartido de responsabilidades entre la federación y las secretarías estatales de salud (SESA). Existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud, integrado por el Secretario de salud y los 32 Secretarios estatales del ramo.

La supervisión y control del gasto público lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfiere los recursos financieros, y la secretaria de la Contraloría y Desarrollo Administrativo que supervisa el gasto. Cada prestador público realiza la conducción, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población blanco, contando para ello con su propia red de unidades de atención. Los mayores avances en descentralización los tiene la SSA, gozando las SESA de facultades para radicar plazas, contratar personal y ejecutar la organización, gestión y control de los servicios de salud.

El IMSS inició en el año 2000 un programa de desconcentración de funciones administrativas, financieras y médicas a las 7 direcciones regionales y 37 delegaciones (a partir del 2002 son 4 y 25 respectivamente), que proyecta seguir avanzando hacia niveles más operativos a través de la creación de 139 áreas médicas de Gestión Desconcentrada. El ISSSTE, SEDENA y PEMEX trabajan bajo esquemas más centralizados de manejo presupuestario y toma de decisiones.

La acreditación de las escuelas de medicina y enfermería la realizan las asociaciones que agrupan estas instituciones y alcanzan poco desarrollo; en el 2001 estaban acreditadas 23 de las 78 escuelas o facultades de medicina y 5 de las más de 300 de enfermería. La certificación de los médicos especialistas es controlada por los consejos de las diversas especialidades, bajo la Coordinación de las Academias Nacionales de Medicina y Cirugía. Existe un mecanismo para la certificación de médicos generales que coordina el Consejo Nacional de Medicina General. En 1999 se inició la certificación de hospitales bajo la responsabilidad del Consejo de Salubridad General, que hasta el año 2000 dictaminó sobre 580 hospitales de los cuales 422 fueron certificados. Sus procedimientos y contenidos fueron sujetos a revisión y modificación y en el año 2002 se reinició el procedimiento bajo nuevas bases (SSA).

El programa nacional de salud define el rumbo estratégico del sistema nacional de salud y sus contenidos son coherentes con los objetivos del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006.

La SSA ostenta el liderazgo de la implementación y la democratización de la salud es presentada como el eje de la propuesta. Brinda una visión del sistema para el año 2025, anticipando que todo mexicano podrá contar con un seguro de salud, independiente de su capacidad de pago, que le garantizará acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención, en un sistema que ofrecerá un trato adecuado y que contribuirá a mejorar las condiciones y calidad de vida de los ciudadanos.

Para el cumplimiento de los objetivos que se plantea el Sistema de Salud se proponen y establecen cinco estrategias sustantivas, directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y cinco estrategias instrumentales que influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del Sistema de Salud. Las estrategias son:

- Vincular la salud con el desarrollo económico y social
- Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
- Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
- Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
- Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
- Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
- Avanzar hacia un modelo Integrado de Atención a la salud
- Ampliar la participación ciudadana y la libertad de atención en el primer nivel de atención
- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

Las estrategias en conjunto está conformadas por 66 líneas de acción y el PNS 2001-2006 enuncia 43 programas de acción. La evaluación del programa nacional de salud se hará utilizando dos tipos de indicadores: a) para medir el impacto del sistema sobre las condiciones de salud, la calidad de los servicios y el grado de protección financiera con que cuentan los ciudadanos; b) indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño de los programas y servicios. El esquema integral de evaluación cuenta con tres componentes; evaluación del desempeño, evaluación de programas y servicios, y un sistema nacional de indicadores; y las instancias que definieron los criterios de operación son el Consejo Nacional de Salud, mientras que la SSA está a cargo de la concentración de la información y el análisis de los resultados.

Recursos del Sistema

Recursos humanos: La capacidad de los proveedores de salud para prestar servicios viene determinada por los recursos que tienen a su alcance. Éstos se pueden dividir en recursos tangibles (por ejemplo, edificios, equipo, personal y suministros) e intangibles (los sistemas de gestión que controlan su distribución). Los segundos, que a menudo presentan graves carencias en los países con alta morbilidad, exigirán importantes inversiones.

Cabe afirmar que la falta de recursos humanos limita muy seriamente la capacidad para asegurar una prestación de servicios eficaz (OMS, Cáp. 4). Existe una crisis de personal sanitario preparado y altamente capacitado, debido en gran parte a la crisis financiera que afecta a todo el mundo y a la mala distribución del personal altamente capacitado.

Los especialistas en recursos humanos coinciden en que esta crisis se aliviará si se adoptan soluciones sistémicas como las siguientes: mejora sustancial del conjunto básico de remuneraciones y prestaciones; expansión de las iniciativas de formación previa al empleo; la descentralización de algunos aspectos de la gestión personal; la implantación de un programa de capacitación de administradores centrado en la supervisión, apoyo, protección adecuada contra el riesgo ocupacional.

Las soluciones sistémicas deben vincular la mejora de las compensaciones al incremento de la productividad, pero con calidad total, entendiendo esta estrechamente relacionada al cumplimiento de criterios de desempeño, previo establecimiento de indicadores (establecer las reglas del juego, claras, precisas e inapelables).

En México en los últimos 10 años creció el número de profesionales y técnicos de la salud trabajando en instituciones públicas, aumentando las tasa de médicos y enfermeras por habitantes, aunque la de enfermeras muy poco en los últimos 5 años.

RECURSOS HUMANOS CONTRATADOS (SECTOR PÚBLICO) 1990-2000

Tipo de recurso	1990	1993	1995	1997	1999	2000
Total de médicos	89 330	197 495	118 254	129 031	135 159	140 629
Total de enfermeras	130 519	154 852	166 496	172 294	184 264	190 335
Personal de diagnóstico y tratamiento*	21 809	25 244	27 386	33 602	34 857	36 388
Egresados de postgrado En C. de la Salud	3 807	4 036	3 024	4 451	ND	ND
Médicos por 10 000 hab.	11.0	9.3	10.7	11.2	11.8	12.1
Enfermeras por 10 000 hab.	16.0	16.8	18.4	18.3	18.8	19.0

Fuente: SSA, DGIED, Boletín de Información Estadística, 1994-2000. Salud Pública de México 42(6); 2000. *Se refiere a profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de diagnóstico y tratamiento.

La SSA contrata el mayor número de médicos y el IMSS de enfermeras, mientras que el resto de las instituciones no alcanzan ni la mitad de los contratados por estas dos. Trabajan en el sector privado casi 63 mil médicos en 1999, de los cuales 27 501 eran contratados en unidades médicas privadas, el resto eran vinculados por acuerdos especiales (Aspectos relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector privado. Salud Púb. Méx. 43(2); 2001).

La distribución de los recursos humanos es desigual, ya que mientras los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos en instituciones públicas por cada 1000 hab., el DF y Baja California Sur tenían 3.2 y 2.5 respectivamente. La tasa de médicos por 1000 hab. En los municipios de muy alta marginación es de casi 2.5, al tiempo que los municipios indígenas de Oaxaca cuentan con sólo 0.13 médicos.

**DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE
SALUD 2000**

Institución	Médicos	Enfermeras	Personal auxiliar de diagnóstico y tratamiento	Personal Administrativo
SSA y SESA	54 293	73 502	15 438	41 521
IMSS – Solidaridad	5 541	6 847	294	2 210
IMSS	53 473	79 100	13 879	84 246
ISSSTE	17 886	20 052	3 230	10 790
PEMEX	2 386	2 678	527	674
SEDENA	1 753	2 128	1 951	-
MARINA	829	1 025	196	421
SECTOR PRIVADO (1999)*	62 951	29 365	4 791	12 744

Fuente: SSA. Boletín de información estadística: recursos y servicios 2000 * aspectos relevantes de infraestructura de unidades médicas del sector privado. Salud Pública de México; 43(2) SESA= Secretarías estatales de Salud.

*Nota aclaratoria: los datos estadísticos aquí señalados, se realizan cada 10 años por la SSA. Los actuales corresponderían al período 2000 – 2010; por lo que aún no se encuentran disponibles.

2.3 MARCO LEGAL:

En los Estados Unidos Mexicanos la atención a la salud se encuentra garantizada por el Art. 4º de la Constitución Nacional. El mismo afirma que: “Toda persona tiene derecho a la protección de salud. La Ley definirá las bases y modalidades de acceso”. Estas bases a las que se refiere el Art. 4º se encuentran definidas, principalmente a través de dos leyes nacionales: La Ley General de Salud de 1984 reformada en 2003 y la Ley del Seguro Social de 1998 reformada en 2004. El establecimiento en el año 2000 del Plan Nacional de Salud 2001 – 2006, generó una base de referencia en torno a la cual poder avanzar en la Reconstrucción del Sistema de Salud Mexicano. Las metas planteadas por el programa y las estrategias desarrolladas para alcanzarlas poseen una fuerte vinculación con las reformas impulsadas desde el Poder Legislativo en relación a la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social.

El observar como responde el Poder Legislativo ante un avance del Poder Ejecutivo en materia de Reforma del Estado no es un dato menor a tener en cuenta. Si observamos las reformas aplicadas a la Ley General de Salud y a la Ley del Seguro Social, ambas se realizan en el marco del PNS 2001 – 2006 esto permite afirmar el avance integral que realizó México en pos de la democratización de su Sistema de Salud.

Resumiendo la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley fundamental, consagra en el párrafo tercero, del art. 4º la garantía que todo individuo tiene de protección a la salud. Las atribuciones de la Secretaría de Salud se encuentran establecidas en el art. 39 de la Ley Orgánica de la Administración pública Federal, entre las que se encuentra actuar con autoridad sanitaria y ejercer las facultades en materia de salubridad general que las Leyes le confieren al ejecutivo federal, así como vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicable La Ley General de Salud reglamentaria del art. 4º párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el art. 17 bis las facultades de la Secretaría de Salud, mismas que se ejercerán a través de la Comisión Federal para la

Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y que dichas facultades se encuentran establecidas en el art. antes citado y en el 17bis 1 y 17 bis 2, así como las señaladas en el art. 3 de Reglamentos de la COFEPRIS. A pesar de los esfuerzos gubernamentales, nuestros sistemas de salud no han podido cumplir con lo estipulado en su marco legal, ya que el sistema de salud es insuficiente, e inequitativo, por lo tanto, hoy por hoy la salud es un lujo que no todos los mexicanos se pueden dar.

* La segunda edición del perfil del sistema de salud fue preparada en trabajo de equipo por más de 12 profesionales y funcionarios de la Secretaría de Salud de México y la Representación de la OPS/OMS en México. La coordinación del proceso estuvo a cargo de la representación de la OPS/OMS en México. La revisión externa fue realizada por especialistas en salud pública de la UNAM y el IMSS. La responsabilidad por la revisión final, la edición y la traducción corresponden al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

CAPITULO 3 ANTECEDENTES DE LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD (UMAE)

3.1 UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

La unidad médica de alta especialidad (UMAE), es un organismo con operación administrativa desconcentrada, constituido por una o varias unidades médicas que otorgan servicios para la atención de patologías de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, con calidad conforme a los conocimientos médicos y principios éticos “vigentes”, con equipamiento de tecnología compleja; que forma y desarrolla personal, y genera conocimiento a través de la investigación científica y el desarrollo tecnológico.

Constituida por:

Hospital de Especialidades del C.M.N.

Hospital de Psiquiatría “San Fernando”

Banco de Sangre del C.M.N.

El Instituto Mexicano del Seguro Social desde su fundación, se ha constituido como un instrumento esencial para proteger al trabajador y a su familia, contribuyendo a mejorar su nivel de vida y bienestar social. En la publicación del Diario Oficial de la Federación del 19 de junio de 2003, se regulan las facultades y atribuciones de las Unidades Médicas de Alta Especialidad (U.M.A.E.), de sus Juntas de Gobierno y de sus Directores. En dicho Reglamento se confiere a las U.M.A.E. la naturaleza de Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, jerárquicamente subordinadas al Director General, con autonomía de gestión, en los aspectos técnicos, administrativos y presupuestarios; sujetos a las disposiciones jurídicas y a la normatividad institucional aplicable, en el ejercicio de sus facultades y funciones. Adicionalmente, el H. Consejo Técnico autorizó la creación de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, como órgano normativo dependiente de la Dirección de Prestaciones Médicas.

Para los servicios médicos, este esquema nuevo de organización permitirá mayor autosuficiencia y autonomía de gestión; perfeccionará la correlación de las funciones del primero, segundo y tercer nivel de atención a la salud, para favorecer el sistema de referencia y contrarreferencia médica entre los tres niveles de atención.

Hospital de Especialidades del CMN. Siglo XXI

Antecedentes Históricos:



El 30 de enero de 1961, se publicó en el diario oficial de la federación el decreto presidencial, del entonces presidente de la República Lic. Adolfo López Mateos, quien autorizó mediante la enajenación, el traspaso del Centro Médico de la Secretaría de Salud al Instituto Mexicano del Seguro Social para que cumpliera mejor su función de preservar, restablecer y rehabilitar la salud de la población trabajadora. En 1963, es inaugurado el Hospital General del Centro Médico Nacional, en el edificio constituido por 3 cuerpos en forma de T; con 10 pisos y con una capacidad de 402 camas.

El actual bloque "A" fue de 1924 a 1977, el Instituto Nacional de Cardiología. En 1978, pasó a ser propiedad del IMSS denominado como Hospital Anexo. En 1979 se construye un puente que comunica con el HOSPITAL GENERAL CMN. En 1981, se le denomina Hospital de Oftalmología. De 1982 a 1985, se denominó Hospital de Especialidades de alto nivel del Sindicato Único de Trabajadores de Electricistas de la República Mexicana. En 1985, recibe el nombre de Hospital de Especialidades Dr. Francisco Pérez Ríos. El 19 de Septiembre de 1985, el edificio del Hospital General sufre graves daños con el terremoto en su estructura física, por lo que a finales de ese año el Hospital de Especialidades Francisco Pérez Ríos, es reacondicionado para recibir gran parte de los servicios que prestaba el desaparecido Hospital General. En el año 1986, se inician los trabajos de reconstrucción del actual Centro Médico Nacional.

En enero de 1992, se inician las labores en las nuevas instalaciones. El 23 de abril de 1992, el presidente de la República Lic. Carlos Salinas de Gortari inaugura oficialmente el nuevo complejo Hospitalario:

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, conformado por los Hospitales de ONCOLOGIA, PEDIATRIA, CARDIOLOGIA Y EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES: nuestro Hospital.

En 1994, recibe el nombre de Hospital de Especialidades Dr. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIERREZ DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL Siglo XXI.

LOGROS:

En el año 2000, el Hospital obtuvo el Premio IMSS de Calidad.

En el año 2001 se Certificó como Unidad Médica de tercer nivel de operación por el Consejo de Salubridad General.

En febrero de 2004 se constituye como Unidad Médica de Alta Especialidad.

El área de influencia de la UMAE Especialidades abarca las delegaciones 3 suroeste, 4 sureste y las delegaciones foráneas de Chiapas, Guerrero, Morelos y Querétaro y como segunda instancia presta atención y apoyo a los Estados de Puebla, Oaxaca, Tlaxcala, y Veracruz.

Tiene una capacidad de 313 camas censables y 107 no censables. Cuenta con 41 especialidades médicas, así como cursos de residencias médicas, adiestramiento en servicio, cursos de alta especialidad, talleres, cursos monográficos, cubriendo las necesidades de capacitación y desarrollo. Cuenta con 3104 trabajadores entre médicos, enfermeras, asistentes médicas, trabajo social, conservación, personal de servicios básicos, nutrición y dietética, conservación, personal administrativo y cuerpo de gobierno. La UMAE Especialidades cuenta con equipo médico en su mayoría certificado, con alta tecnología y en la actualidad con un programa bien desarrollado, con personal altamente capacitado en el uso del expediente electrónico, así como un área técnica de asesoría en informática.

La Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social a través de los lineamientos estratégicos 1996 – 2000, señaló la necesidad de adecuar, mejorar y modernizar el otorgamiento de los servicios a nuestra población derechohabiente, mediante el desarrollo y fortalecimiento de la cultura de la calidad, que tenga entre sus principios básicos la satisfacción al usuario y prestador de servicios, así como la realización oportuna y eficiente de los procesos de atención médica. Con la finalidad de fortalecer el cambio hacia una cultura de calidad, dentro de las políticas de modernización institucional y el fortalecimiento de la autonomía de gestión, en nuestro hospital se creó la División de Calidad. La atención que ofrece la UMAE especialidades es la resolución de las diversas patologías médico – quirúrgicas en cada especialidad que la conforma; la atención esté dirigida hacia la población adulta y adolescentes a partir de los 17 años; en su área de influencia, así como tratamientos psiquiátricos y servicios otorgados por el banco de sangre. Ofrece sus servicios los 365 días del año, las 24 horas del día, ya que cuenta con el apoyo de los médicos residentes de las diferentes especialidades, así como trabajadores de base en los tres turnos, matutino, vespertino y nocturno, así como guardias extraordinarias en días feriados. El contrato colectivo además dentro de su reglamento interior de trabajo especifica que los cirujanos deben presentarse y estar disponibles por cualquier emergencia o complicación ocurrida en algunas de sus intervenciones realizadas.

3.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

JUNTA DE GOBIERNO U.M.A.E.

Integración

1. Un representante gubernamental que designa el Director de Prestaciones Médicas, dicho representante fungirá como Presidente.
2. El Director de la UMAE como segundo representante gubernamental.
3. Dos representantes del sector obrero.
4. Dos representantes del sector patronal.

Fungirá como Secretario de la Junta de Gobierno, el Jefe de la División de Asuntos jurídicos de la UMAE.

Atribuciones

- Aprobar el informe anual y los demás informes de la dirección de la UMAE.
- Cumplir y vigilar la observancia de los acuerdos de los órganos superiores y de las disposiciones y criterios que emitan, en el ámbito de su competencia los órganos normativos.
- Ordenar la práctica de auditorías internas a los diferentes servicios de la UMAE, conocer de las realizadas y en su caso dictar las medidas correctivas que considere pertinentes.
- Determinar el establecimiento de comisiones y grupos de trabajo que estime convenientes para el oportuno despacho de los asuntos de su competencia.
- Vigilar que las adquisiciones que se realicen en el ámbito de su competencia, se ajusten a los requisitos establecidos por las leyes y los reglamentos aplicables y por los órganos competentes del Instituto.
- Vigilar el funcionamiento de los servicios de la UMAE y sugerir las medidas conducentes para el mejor funcionamiento de los servicios médicos y administrativos.
- Informar al Consejo Técnico sobre el ejercicio de sus atribuciones, al menos una vez al año.

**UMAE HOSPITAL ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
INFRAESTRUCTURA**

	HOSPITAL ESPECIALIDADES	HOSPITAL PSIQUIATRICO	BANCO DE SANGRE	TOTALES
CAMAS CENSABLES	313	92	0	405
CAMAS NO CENSABLES	107	3	38	148
QUIROFANOS	19	0	0	18
CONSULTORIO S	94	9	6	109

Fuente: UMAE Especialidades CMN S. XXI

**UMAE HOSPITAL ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI.
PERSONAL ADSCRITO**

	HOSPITAL ESPECIALIDADES	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	BANCO DE SANGRE
DIRECTIVOS MÉDICOS	47	9	6
MÉDICOS	311	15	10
RESIDENTES	374	10	3
ENFERMERAS	984	94	12
LABORATORIO	171		56
IMAGENOLOGÍA	26		
ANATOMÍA PATOLÓGICA	15		
ADMINISTRATIVOS	209	47	20
TRABAJADORAS SOCIALES	55	6	6
ASISTENTES MÉDICAS	235	9	2
NUTRICIÓN	140	29	1
CONSERVACIÓN	80	10	
SERVICIOS BÁSICOS	475	23	
OTROS SERVICIOS	107		53
TOTAL	3109	252	169

Fuente: Oficina personal UMAE Especialidades CMN S: XXI

**SERVICIOS MÉDICOS CON QUE CUENTA EL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Psiquiatría

Neurología

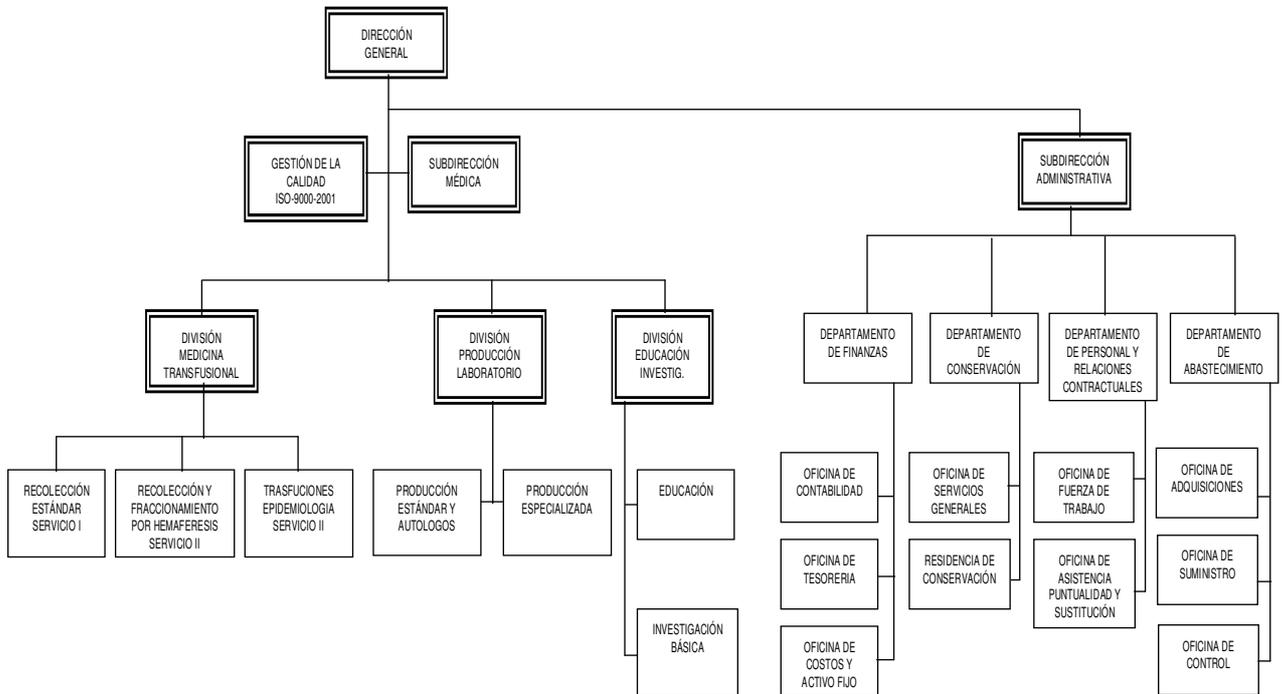
Medicina Interna

**SERVICIOS MÉDICOS CON QUE CUENTA EL
Banco de Sangre CMN**

1. Atención de donadores
2. Servicio de aféresis
3. Servicio de Transfusión Ambulatoria
4. Servicio de Recolección de Células progenitoras
5. Sangre periférica
6. Cordón Umbilical
7. Atención de pacientes con problemas Inmunohematológicos
8. Clínica de Hemofilia (Tratamiento Multidisciplinario)
9. Atención de donadores con serología Positiva
10. Unidad Móvil (Donación Altruista)
11. Irradiación de componentes sanguíneos

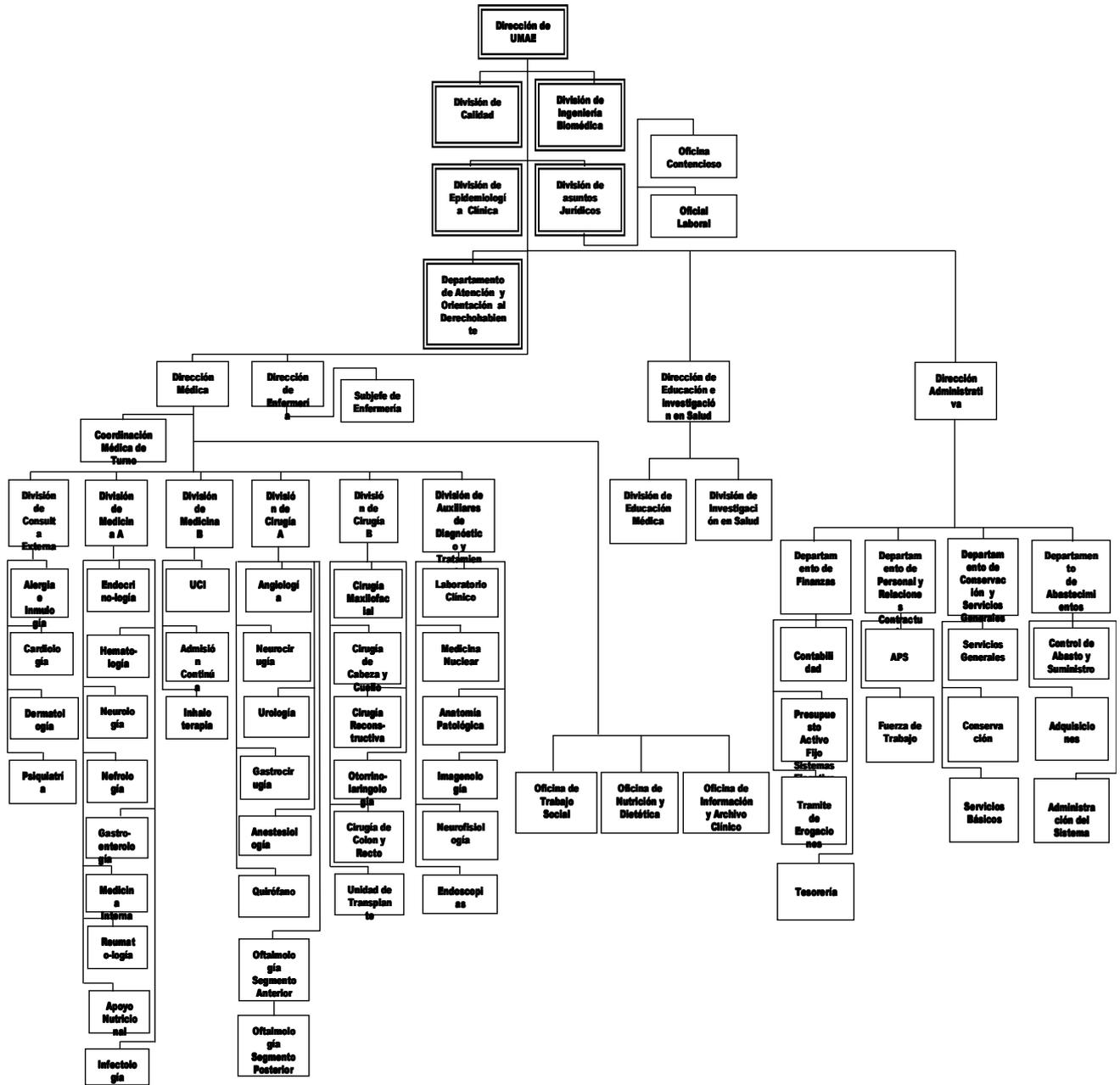
BANCO DE SANGRE

ORGANIGRAMA



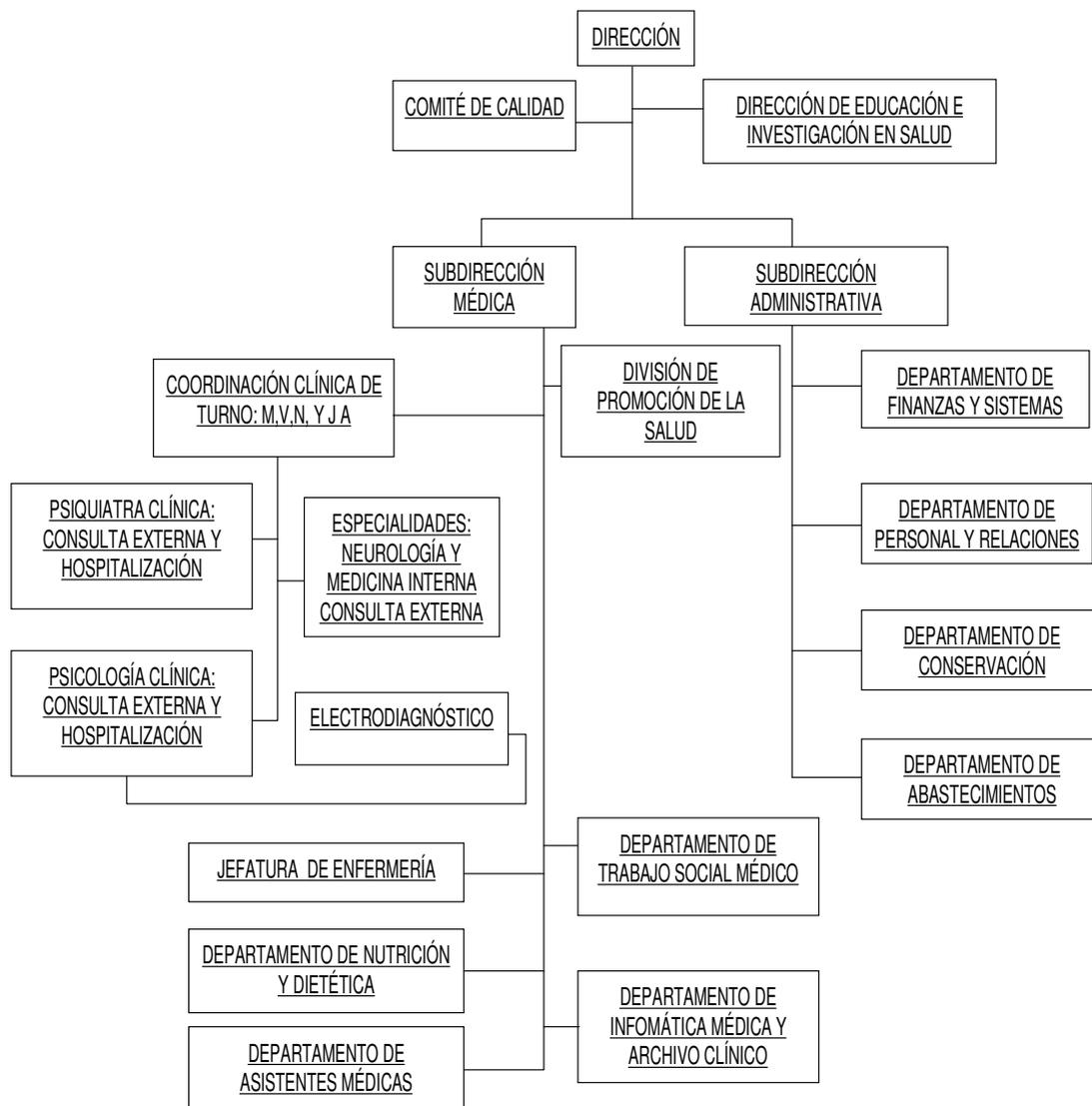
Fuente: UMAE Especialidades CMN S. XXI

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI D.F.**



Fuente: UMAE Especialidades CMN S. XXI

ORGANIGRAMA HOSPITAL SAN FERNANDO

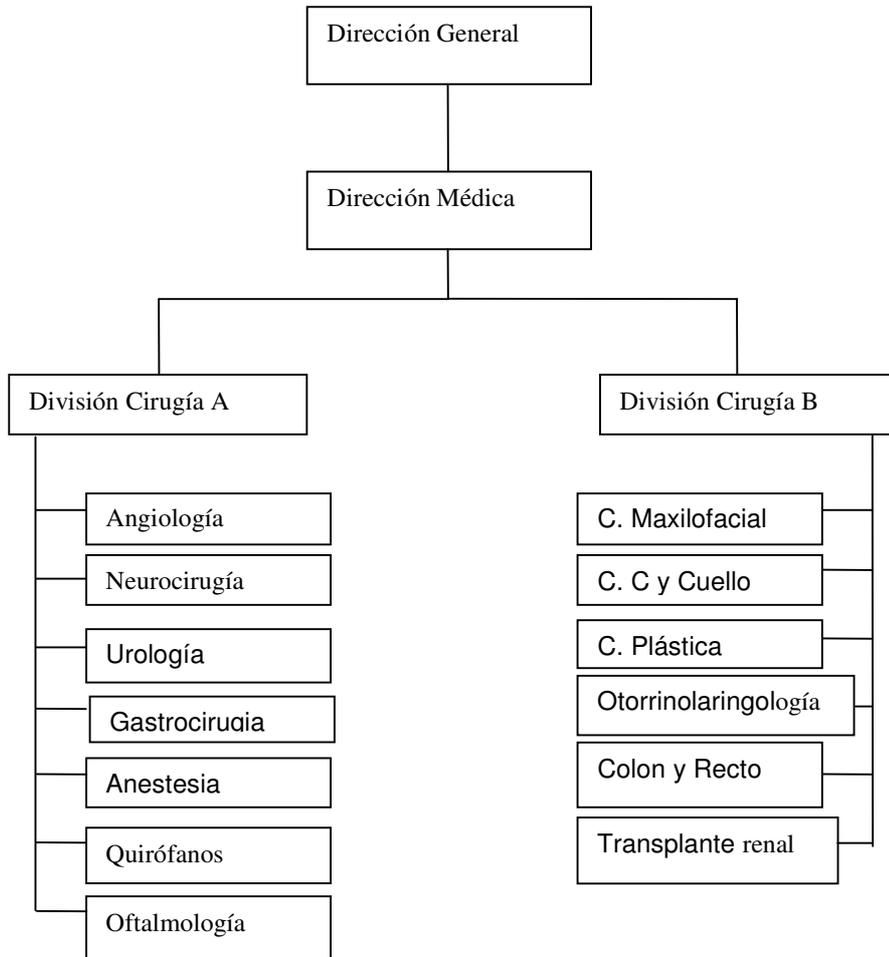


Fuente: UMAE Especialidades CMN S. XXI

3.3. DIVISIÓN DE CIRUGÍA

La División de Cirugía se encuentra integrada por 10 especialidades quirúrgicas del Hospital: Angiología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía de Colon y Recto, Cirugía plástica y reconstructiva, Gastrocirugía, Neurocirugía, Oftalmología Otorrinolaringología, Urología y la Unidad de Transplante Renal, anestesia y quirófanos. Se encuentra ubicada en el tercer piso del hospital, en el área comprendida entre la consulta externa y hospitalización. Entre sus funciones se encuentra la Coordinación y supervisión de los integrantes de todos los servicios quirúrgicos en sus diversas áreas, así como el abasto de insumos, medicamentos y cualquier eventualidad relacionada con el área quirúrgica. Cuenta con dos Divisionarios en Jefe. Y su relación de mando inmediata superior es el Director Médico, siendo su relación de mando inmediata inferior los jefes de departamento clínico, encontrándose bajo su supervisión también la Jefatura de quirófanos y la Jefatura de Anestesia.

ORGANIGRAMA DIVISION DE CIRUGIA



Fuente: UMAE Especialidades CMN S. XXI

3.3.1 ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS

La unidad quirúrgica se encuentra ubicada en el primer piso del bloque B, de la UMAE, cuenta con: puerta de acceso a subceye, Oficina de Jefe de quirófanos, Jefe de Anestesia y Jefe de enfermeras, área de recepción de pacientes con dos asistentes médicas, área de anestesia para descanso de médicos y sesiones clínicas, vestidores, transfer, sépticos, 13 salas quirúrgicas y una sala de recuperación. Las salas se encuentran asignadas, e instrumentadas de acuerdo con cada especialidad: las Salas 1 y 7 Urología, 2 y 3 Otorrinolaringología, 4 y 5 Neurocirugía columna, 6 y 7 Angiología, Cirugía de trasplante renal, Cirugía plástica y reconstructiva, 8 Cirugía de cabeza y cuello, 9 Gastrocirugía urgencias, 10 Gastrocirugía, 11 Neurocirugía cráneo, 12 Cirugía Maxilofacial, Cirugía de colon y recto 13 Gastrocirugía, Colon, recto y ano. El servicio de oftalmología cuenta con su propio edificio, así como 6 salas quirúrgicas exclusivas para oftalmología y que se encuentran ubicadas en un edificio anexo (antiguo Hospital Pérez Ríos), En ese mismo edificio, es decir lo que antiguamente era el hospital Pérez Ríos, se encuentra acondicionada el área de Cirugía ambulatoria. Las salas quirúrgicas de la UMAE trabajan los tres turnos.

3.3.2 EVENTOS QUIRÚRGICOS POR ESPECIALIDADES

El Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Subdirección General Médica, establece un Catalogo de Cirugías que ofrece a sus derechohabientes, el cual es manejado de acuerdo a sus niveles de atención: Hospitales Generales de Zona y Regionales (segundo nivel) así como UMAES de Alta Especialidad (tercer nivel), respectivamente. Este catalogo se encuentra clasificado en orden alfabético, incluye todas las especialidades y cuenta con una clave que es utilizada con fines de programación y manejo estadístico. El catalogo de cirugías debe estar acorde con el catalogo de diagnósticos por especialidad.

3.4 CERTIFICACIÓN DE CALIDAD

Como hemos venido mencionando, para la planeación, puesta en marcha y cumplimiento de los objetivos y metas de una empresa, así como sus políticas, es necesario la realización de los procesos mediante un sistema de trabajo, este se ha de diseñar con base a objetivos, servicios, tecnología, economía y financiamiento de la misma, pero sobre todo, dirigido a la satisfacción del cliente y del prestador de servicios. En base a esto, es necesario echar mano de las Normas ISO 9000, debido al número de auditorías que se aplican a los proveedores, la mayor parte de los países industrializados han puesto en marcha sistemas de certificación de las empresas. Se han creado organismos que controlan las auditorías y expiden certificados de verificación a las Normas ISO 9000 reconocidas por todas las empresas ordenadoras. De esta forma una empresa dispone de reglas definidas por las normas ISO 9000 para colocar en un mejor nivel a su organización y su funcionamiento, y cuando el nivel necesario se alcanza, ésta puede solicitar la certificación expedida por la AFAQ (Asociación Francesa para el aseguramiento de la calidad), después de realizarse la verificación por un auditor autorizado. La certificación es el comprobante, entregado por un organismo con autoridad de que las exigencias de la norma se están aplicando. Esta da confianza al cliente sobre la capacidad de la empresa para proveerlo con artículos y/o servicios conforme a lo ofertado y contratado. En general las etapas para la obtención de la certificación se resumen de la siguiente forma:

- Escoger un modelo de la norma ISO 9000
- Recolectar y escribir las prácticas existentes dentro de la empresa
- Analizar estas prácticas con las exigencias del modelo de Norma seleccionado para detectar las desviaciones y determinar las modificaciones necesarias
- Escribir los documentos que describen las reglas y procedimientos de funcionamiento adaptados y conformados

- Poner en práctica las acciones que conducen a la aplicación de las reglas y procedimientos
- Solicitar la certificación a la AFAQ

Con relación a los criterios para la certificación de hospitales, el Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 15 y 17 de la Ley General de Salud; 10 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y 7º , fracción VIII, 12 fracción V y 13 fracciones V y IX del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y en cumplimiento del Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, da a conocer los siguientes criterios de certificación:

PRIMERO. La Certificación de hospitales la llevará a cabo el Consejo de Salubridad General, a petición de las personas interesadas en obtener dicha certificación.

SEGUNDO. Para obtener la Certificación del Consejo Nacional de Salubridad General los hospitales interesados deberán reunir los requisitos que para cada área se señalan en el instrumento elaborado para ello (criterios para la certificación de hospitales, CSG), y de acuerdo con el tipo de hospital de que se trate. En el apartado de anexos se integra el documento completo con los requisitos que comprende cada uno de los diversos centros hospitalarios acorde con las características físicas, funcionales, financieras, y económicas de cada uno. Expedido por el Consejo de Salubridad General.

3.4.1 NORMAS ISO 9000

Las empresas comerciales y sociales están definidas y enmarcadas dentro de estatutos, normas, leyes y conceptos que las definen bajo aspectos jurídicos y con base en resultados económicos y financieros. Estas reglas, son el resultado de los trabajos de los juristas, financieros, economistas y fiscalistas, están ratificadas por los legisladores y se transforman así en leyes, o aún en

recomendaciones para los especialistas de la administración de las empresas, forman un método de enseñanza pero de aplicación facultativa.

Para algunas de estas reglas, una armonización internacional se proyecta con el fin de facilitar una mejor comprensión entre los empresarios de diferentes países. Existen normas que definen los conceptos, los métodos, las reglas relativas a la calidad, la gestión de calidad, el aseguramiento de la calidad, etc. La tendencia desde hace uno o dos decenios ha sido intentar armonizar las normas entre países, proponer equivalencias de vocabularios, definiciones, etc.

A partir de 1980, por la creación de su Comité Técnico ISO/TC 116, algunos trabajos han sido tomados a cargo por la ISO (Internacional Standard Organisation) organismo internacional de normalización para desembocar las normas internacionales relativas a la calidad. Estas normas relativas a la administración de la calidad no tienen carácter reglamentario pero definen las prescripciones y un modelo que autoriza el concepto de certificación. Su aplicación no es obligatoria en el sentido que no la exige la ley, pero ésta puede convertirse en indispensable como consecuencia de la presión ejercida por los clientes. Así, promovida por los clientes, la certificación se transforma en una incitación para los ejecutivos a dedicarse más en la gestión de la calidad, lo que puede resultar benéfico para la empresa. Las normas ISO 9000 definen las posiciones a tomar dentro de una empresa relativas a la organización, la formalización y las acciones preestablecidas para que el cliente este seguro de recibir el objeto de la oferta conforme a la propuesta, al catalogo o a la descripción del contrato.

Las disposiciones definidas por la norma permiten garantizar con una gran probabilidad, la prueba de que las no conformidades con lo especificado, que aparezcan a lo largo del proceso de realización de la oferta, - se detectarán - y eliminarán de la entrega o servicio.

* Estas disposiciones son para el cliente el aseguramiento de la calidad y constituyen una referencia adoptada internacionalmente. Cuando la empresa responde a la exigencia de las normas puede solicitar una constancia de un

organismo especializado y reconocido, se designa un auditor que llega a verificar si las condiciones y disposiciones existentes aplicadas están conforme a la referencia, se otorgará la certificación a la empresa, conforme a las normas ISO 9000.

* Laudoyer Guy. La Certificación ISO 9000. Un motor para la Calidad, Editorial Continental, 3ª reimpresión, México, 1997

3.4.2 OBJETIVOS DE LAS ISO 9000

Proporcionar elementos para que una organización pueda lograr la calidad del producto o servicio, a la vez que mantenerla en el tiempo, de manera que las necesidades del cliente sean satisfechas permanentemente, permitiéndole a la empresa reducir costos, aumentar la productividad, y destacar o sobresalir frente a la competencia. Proporciona a los clientes o usuarios la seguridad de que el producto o los servicios tienen la calidad deseada, concertada, pactada o contratada. Proporciona a la dirección de la empresa la seguridad de que se obtiene la calidad deseada, y Establece las directrices, mediante las cuales la organización, puede seleccionar y utilizar las normas. La norma ISO 9000 es modular y autoriza una graduación dentro de su aplicación. Proporciona tres modelos diferentes de aseguramiento de la calidad, cubriendo cada uno tres áreas complementarias de la empresa, entonces, las exigencias de los tres modelos son complementarias:

ISO 9000. Principios y vocabularios

ISO 9003 – Modelo para el aseguramiento de la calidad en la etapa de control y pruebas finales

ISO 9002 – Modelo para el aseguramiento de la calidad en la etapa de producción e instalación.

ISO 9001 – Modelo para el aseguramiento de la calidad en la etapa de diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio post-venta. Actualmente establece los requisitos del sistema de calidad

Las normas anteriores se avocan a la relación cliente- proveedor. Con el fin de dar cumplimiento a los contratos entre ambas partes. Son genéricas e independientes de cualquier industria o sector económico.

ISO 9004 – Establece directrices relativas a los factores técnicos, administrativos y humanos que afectan a la calidad del producto. Es decir, establece directrices para la gestión de la calidad.

ISO 9004 – 2 Establece directrices relativas a los factores técnicos, administrativos y humanos que afectan a la calidad de los servicios. Actualmente da recomendaciones para la mejora

ISO 19011 Auditorías

La Organización Internacional de Normalización (ISO) es una federación mundial de organismos internacionales de normalización cuyos comités técnicos elaboran las normas internacionales. Para que se publique como norma internacional se requiere que las dos terceras partes de los votos emitidos por los organismos miembros sean favorables y que el número de votos desfavorables, en la votación del proyecto final de la norma internacional (FDIS) no sea superior a la cuarta parte del total de los votos emitidos. En el año de 1987 se adopta la serie de normas ISO 9000 como referencia para la certificación de sistemas de calidad, estas deben ser revisadas cada 5 años. Las nuevas normas ISO: 9000, cubren los requisitos de implantación de un sistema de calidad. Su nueva estructura refleja los modernos enfoques de gestión y para mejorar las prácticas organizativas habituales. Aunque se mantienen los requisitos esenciales, las ISO 9000: 2000 están compuestas por 4 normas básicas, complementarias, con un número reducido de otros documentos, que con mayor claridad de lenguaje establecen las siguientes características principales:

1. Incrementar el compromiso de la dirección
2. Orientación a los procesos
3. Incluir la satisfacción del cliente
4. Mejora continua

A continuación se indica la estructura de las ISO 9000: 2000 con indicación de lo que se ha establecido en las mismas y las normas del año 1994 que han sido sustituidas:

NORMA	ESTABLECE	REEMPLAZA
ISO 9000:2000	Sistema de gestión de la Calidad: principios y vocabulario donde se establece la terminología y definiciones utilizadas en ella	A las normas ISO 8402 e ISO 9000-1:1994 que constituyen el esquema de la familia de normas ISO 9000 (actualmente <<recomendaciones para su selección y utilización>>) se han publicado por ISO como un documento aparte.
ISO 9001:2000	Los requisitos del sistema de gestión de calidad, para su utilización como un medio de asegurar la conformidad de los productos y servicios y puede ser utilizada con fines de certificación	A las normas ISO 9001:1994, ISO 9002:1994 e ISO 9003:1994 que han sido revisadas técnicamente. Aquellas organizaciones que en el pasado han utilizado las ISO 9002:1994 e ISO 9003:1994 podrán utilizar esta norma limitando el alcance de su aplicación.
ISO 9004:2000	Recomendaciones sobre todos los aspectos de un sistema de gestión de la calidad, para mejorar las prestaciones globales de una organización.	A la norma ISO 9004-1:1994 la cual ha sido revisada técnicamente, asimismo muchas de las normas de la familia ISO serán revisadas para su cancelación o nueva edición en forma de informes técnicos, dado que muchas de sus disposiciones se han incorporado dentro de esta norma internacional.
ISO 9004:2000	Auditorias	A las normas ISO 10011:1994

Las normas ISO 9001 son una herramienta importante en especial para las pequeñas empresas de los países en desarrollo y economías en fase de transición, para demostrar a los compradores y en especial a los mercados exteriores que dichas empresas cuentan con la capacidad de producción.

De acuerdo con McDouglas (2003) y McAdam (2001), las organizaciones están implementando ISO 9000 por las siguientes razones:

- Presión externa de clientes grandes
- Reduce errores en los primeros tiempos, es decir previene el desecho
- Reduce costos
- Mejora los servicios del cliente e incrementa la competitividad
- Se mantienen contratos con los clientes existentes

El proceso de cambio en la revisión efectuada ha sido motivado por las siguientes directrices:

Simplicidad de uso y vocabulario actualmente utilizado por las organizaciones
Aplicable a todas las categorías genéricas de productos (hardware, software, materiales procesados y servicios)

Gestión orientada a aproximación de procesos

Es un camino hacia la gestión de calidad total

Orientación hacia la mejora continua y la satisfacción del cliente

Compatibilidad con otros sistemas de gestión (ISO 14000)

Finalmente gestionar una organización incluye gestionar la calidad entre otras disciplinas, por ello las normas ISO 9000: 2000 se han basado en 8 principios básicos, los cuales se mencionaron en el primer capítulo.

CAPITULO 4 ANÁLISIS Y ESTRUCTURA DE LA INFORMACIÓN

4.1 Organización y estructura de la información

La información fue recolectada a través de cuestionarios de satisfacción aplicados a los usuarios en el turno matutino, y prestadores de servicio en los tres turnos: matutino, vespertino y nocturno, las entrevistas a los Divisionarios, Director General y Director Médico fueron realizadas en el turno matutino, este levantamiento de la información se llevó a cabo durante quince días. Se realizaron visitas diarias al área quirúrgica durante todo el tiempo que duro la investigación. Se recolectaron los antecedentes históricos con relación a los procedimientos quirúrgicos, programados, cancelados y/ o diferidos y los motivos de cancelación durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2008. Toda la información recabada se estructuro en tablas y graficas de resultados.

4.1.2. Elaboración de cuestionarios de usuarios y prestadores de servicio

Se elaboraron encuestas para medir satisfacción de los usuarios, tomando en cuenta los siguientes aspectos básicos: organizativos (tiempo de espera, ambiente, otros); atención y trato recibido, así como su repercusión en el estado de salud; durante el proceso de atención por parte del personal involucrado. El cuestionario diseñado para usuarios incluye preguntas dicotómicas y de opción múltiple, fundamentándolo en los lineamientos normados por la secretaria de salud. Se decidió realizar las encuestas en forma personal, ya que otorga diversas ventajas; entre ellas; puede definirse perfectamente la muestra, la tasa de respuesta es elevada, y existe clarificación en las respuestas. Se determinó el tamaño de la muestra de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

El muestreo se llevó a cabo, bajo las siguientes condicionantes: se utilizó un método no aleatorio, por cuotas, ya que solo fue dirigida a los pacientes con necesidades quirúrgicas y / o que hayan sido intervenidos quirúrgicamente.

Con relación a las encuestas realizadas para medir satisfacción laboral se basaron de acuerdo a la Teoría de Frederick Herzberg, quien toma en cuenta aspectos como: supervisión, políticas empresariales, relaciones de mando, condiciones de trabajo, salario, relaciones interpersonales, vida personal, relación con los subordinados, logros, reconocimientos, el trabajo en si mismo, responsabilidad, progreso, crecimiento y desarrollo. El instrumento utilizado fue el S20/23 diseñado por Meliá y Peiró en 1998 en la Universidad de Valencia, Se encuestó exclusivamente al personal del área quirúrgica Esta medición implica variables tales como: subjetividad del usuario, subjetividad del proveedor del servicio, interrelación entre ambos, y condiciones institucionales.

El informe final detallará los resultados de la investigación, que con la finalidad de medir la Gestión de la Calidad en un Hospital de tercer nivel de atención, se llevó a cabo.

4.1.3 Elaboración de entrevistas a Directivos

Con el fin de investigar las estrategias aplicadas con relación a la Gestión de la Calidad y Mejora Continua en la Institución, así como conocer sus políticas de Calidad y los instrumentos utilizados para dicha cuestión, se realizaron entrevistas al Director General, Director Médico, Director administrativo, Divisionarios del Área Quirúrgica y de Calidad, así como a los Jefes de Departamento Clínico de las diversas especialidades quirúrgicas que formaron parte de este estudio. El objetivo de las entrevistas con los Directivos fue analizar como estructuran, desarrollan e implementan un programa de Calidad.

4. Visitas al área quirúrgica de especialidades y oftalmología

Se realizaron diariamente con la finalidad de observar el quehacer diario de dichas áreas, para mejor comprender su estructura y funcionamiento, así como las dificultades para el desarrollo de las mismas.

CAPITULO 5 RESULTADOS

5.1 Necesidades y expectativas de los usuarios

Los cambios económico - sociales de las últimas décadas han producido cambios en la salud de la población, y por, lo tanto, en las políticas de prestación de servicios de salud a escala mundial. Por lo cual hoy por hoy, el enfoque debe encaminarse a promover una atención de alta calidad centrada en el usuario o cliente. Enmarcando el concepto de calidad en salud dentro de los aspectos siguientes: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, hacer el menor daño, alto grado de satisfacción, y el impacto final en la salud de los pacientes. Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, solo podremos satisfacerlos verdaderamente, si los prestadores de servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más complejo este proceso; ya que las acciones y esfuerzos de los gestores de un servicio de calidad, deben ser encaminados hacia ambos objetivos. Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual debe otorgarse cada vez mayor importancia incluye precisamente la satisfacción del paciente, con la atención recibida. La satisfacción, sin embargo, representa la experiencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un individuo con respecto de algo. Finalmente si queremos ofertar servicios de alta calidad y crear instituciones de excelencia, la evaluación de satisfacción de usuarios, familiares y prestadores de servicio, debe ser un quehacer cotidiano, constante, dinámico, que sienta bases para la mejora continua, estableciendo lineamientos y objetivos para cumplir expectativas de unos y otros. Las encuestas como método de investigación son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, en algunos países como Suecia, Inglaterra y Estados Unidos están muy desarrolladas. Sus objetivos principales es conocer como califican los clientes el sistema sanitario y establecer una retroalimentación informativa hacia el personal sanitario a fin de que conozca la evaluación de su actividad global.

Debemos considerar que esta encuesta de satisfacción mide la opinión de quien ha recibido un servicio en particular, en el caso de nuestro estudio la oportunidad quirúrgica, pero de ninguna manera representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario. Las encuestas de opinión hospitalaria tienen tres objetivos:

1. Descubrir las causas de descontento no detectadas con las señales de alarma
2. Determinar el nivel de calidad de los servicios hospitalarios propios, y, si fuera posible, con relación a los de la competencia
3. Desarrollar con base a resultados un Programa de Mejora Continua

Esta encuesta a través de cuestionarios, tienen la finalidad de conocer el estado actual de los servicios quirúrgicos, consulta externa y resolución de los problemas de salud de los derechohabientes, incluidos en este estudio, provee la posibilidad de corregir deficiencias que pudieran encontrarse al recibir los servicios.

5.1.2 Necesidades y expectativas de prestadores de servicios

La satisfacción laboral es un indicador de calidad del servicio y desarrollo organizacional; se define como la sensación que el individuo experimenta al lograr el equilibrio entre una necesidad y el acceso al objeto o fines que la reducen. El personal representa el capital humano de una organización, el conocer las necesidades reales o sentidas que influyan en su desempeño laboral, es una prioridad que permite a la organización ejecutar estrategias tendientes a ofrecer a los trabajadores, los elementos que contribuyan al logro de la satisfacción en el desempeño de sus funciones, con una actitud de servicio que se vea reflejada en la productividad y el entorno laboral. El lograr y mantener niveles altos de satisfacción laboral se traduce obviamente en mejora de los procesos, trabajo en equipo y como consecuencia en una interacción armónica de las diferentes áreas;

considerados todos estos aspectos indicadores de calidad. La Teoría de Frederick Herzberg propone que la satisfacción y la motivación en el trabajo se relaciona con factores intrínsecos, en tanto que la insatisfacción en el trabajo se relaciona con factores extrínsecos.

Esta teoría propone dos niveles de necesidades:

a) Factores Higiénicos: Se refieren a las condiciones que se encuentran en el contexto del individuo en relación con la empresa; implican situaciones físicas y ambientales de trabajo, salario, beneficios sociales, políticas de la empresa, tipo de supervisión recibida, clima de las relaciones entre directivos y empleados, reglamentos internos y oportunidades existentes. Todos estos aspectos corresponden a la perspectiva ambiental y constituyen los factores que las empresas han utilizado tradicionalmente para motivar a sus empleados. Cuando estos factores son adecuados las personas no estarán insatisfechas, pero tampoco estarán motivadas. Para motivar a las personas en sus trabajos, Herzberg sugirió destacar los motivadores, es decir los factores intrínsecos que aumentan la satisfacción en el trabajo.

b) Factores motivacionales: Estos se encuentran bajo control del individuo, están relacionados con lo que el desempeña, tienen que ver con el contenido del cargo, las tareas y los deberes relacionados con el puesto. La motivación encierra sentimientos de realización crecimiento, y reconocimiento profesional, que se manifiestan en la realización de tareas y actividades que constituyen un gran desafío y significado para el trabajo. Cuando los factores motivacionales son óptimos, elevan la satisfacción de forma sustancial; cuando son precarios provocan la pérdida de satisfacción, y se denominan factores de insatisfacción. La motivación es inherente y propia de cada individuo. Para Herzberg la satisfacción laboral esta ligada a factores motivacionales, es decir la satisfacción se produce cuando el individuo se enfrenta a actividades retadoras y estimulantes.

De aquí que, explorar la satisfacción laboral requiere conocer la percepción y opinión del trabajador sobre la relación de sus necesidades y la satisfacción obtenida.

Los indicadores utilizados en este estudio para medir las necesidades y expectativas de los trabajadores de la salud se basaron en la Teoría Motivacional de Herzberg, utilizando para ello, el instrumento S20/23 diseñado por Meliá y Peiró en 1998 en la Universidad de Valencia, considerando los fundamentos psicológicos y laborales de la satisfacción e insatisfacción en las organizaciones. (Cuestionario de satisfacción laboral S20/23 J.L. Meliá y J.M. Peiró, 1998 Unidad de Investigación de psicometría Universidad de Valencia, España)

5.1.3 Motivos de diferimiento quirúrgico

Los motivos de cancelación y/ o diferimiento quirúrgico son establecidos por la Unidad Médica, específicamente por el área quirúrgica, la cual les da un valor numérico, que se enlista a continuación:

- 1) Ausencia del cirujano por incapacidad
- 2) Ausencia del cirujano con aviso
- 3) Ausencia del cirujano sin aviso
- 4) Ausencia del anesthesiólogo por incapacidad
- 5) Ausencia del anesthesiólogo con aviso
- 6) Ausencia del anesthesiólogo sin aviso
- 7) Personal de enfermería insuficiente
- 8) Personal de intendencia insuficiente
- 9) Cambio de criterio quirúrgico
- 10) Cambio de criterio anestésico
- 11) No autorizó cardiología
- 12) No autorizó hematología
- 13) Complicación anestésica
- 14) Cambio de cuadro clínico
- 15) Enfermedad intercurrente
- 16) Necesidad de valoración cardiológica
- 17) Carecer de exámenes de laboratorio preoperatorios

- 18) Exámenes de laboratorio no actualizados
- 19) Exámenes de laboratorio incompletos
- 20) Discrepancia entre criterio quirúrgico y anestésico
- 21) Sin expediente
- 22) Estudio incompleto
- 23) No autorizó medicina interna
- 24) Carecer de autorización del paciente o del responsable
- 25) Carecer de cama
- 26) Carecer de instrumental o equipo especial inexistente
- 27) Carecer de instrumental o equipo especial no preparado
- 28) Carecer de instrumental o equipo especial no adquirido
- 29) Carecer de tejido para transplante
- 30) Tiempo de quirófano insuficiente por cirugía prolongada
- 31) Prioridad a cirugía de urgencia
- 32) Error de programación
- 33) No haberse presentado el paciente
- 34) Duda de identidad (paciente, expediente, exámenes, etc)
- 35) No se obedeció orden de ayuno
- 36) Sin vigencia
- 37) Se adelantó la cirugía
- 38) Sangre inexistente
- 39) Paciente mal preparado
- 40) Paciente en estudio en otra área
- 41) Tiempos alargados
- 42) Paciente falleció
- 43) Alta voluntaria
- 44) Por indicación del cirujano
- 45) Otros.

5.1.4 Oportunidad quirúrgica, diferimiento y cancelaciones

Cuantificar el número de cirugías por quirófano instalado permite medir la productividad de estos recursos y de forma indirecta, refleja la disponibilidad de servicios quirúrgicos para la atención a la salud. El diferimiento y/o cancelaciones quirúrgicas traen como consecuencia molestias, quejas, e insatisfacciones entre los usuarios. Datos recientes muestran que alrededor de 10% de las personas sometidas a procedimientos quirúrgicos programados tuvieron que esperar más de tres meses para ser atendidos. En términos generales, el tiempo de espera para cirugía programada es mayor en las instituciones de seguridad social, donde más de 40% de los usuarios tienen que esperar más de un mes para ser intervenidos. La explicación más frecuente para la cancelación y/o diferimiento quirúrgico es atribuible a la falta de quirófanos. Dado que en la institución estudiada en esta investigación las causas de cancelaciones se encuentran clasificadas en 45 motivos y muchos de ellos referentes a las mismas causas. Para fines prácticos y estadísticos, estos 45 motivos, fueron agrupados en 4 causas: 1) Inherentes al Cirujano, 2) Atribuibles al quirófano, 3) Inherentes al paciente 4) Otros (falta de insumos, equipos, material e instrumental no disponible) .

5.1.5. Resultados y Elaboración de tablas y gráficas

La mayoría de autores y personas dedicadas a la asistencia, y docencia en los centros hospitalarios, estamos de acuerdo, en que la atención médica debe fundamentarse en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles, equitativos y justos, con profesionales éticos y bien preparados tanto en el área asistencial, como docente y administrativa.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y propositivo para analizar la Gestión de la Calidad en el área quirúrgica de la UMAE Especialidades del Centro Médico Nacional S. XXI. Del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los indicadores utilizados para medir la Calidad en los servicios quirúrgicos se desarrollaron a través de tres variables: Satisfacción del usuario, Satisfacción laboral de los trabajadores del área quirúrgica (médicos cirujanos, médicos

anestesiólogos, enfermeras generales, enfermeras quirúrgicas, circulantes, y asistentes médicas) y antecedentes históricos de diferimientos y / o cancelaciones de los procedimientos quirúrgicos durante el período comprendido de enero a diciembre del 2008.

En consecuencia, al evaluar la satisfacción, medirla y otorgarle un peso específico, se tomó en cuenta el grado de satisfacción o insatisfacción de los usuarios con respecto de los servicios quirúrgicos brindados por la institución, se identificó cuales son los elementos de satisfacción o insatisfacción de los prestadores de servicio con respecto de su función dentro de la institución. Y se obtuvo el porcentaje de cirugía programadas, canceladas y/o diferidas durante el período señalado, de los 10 servicios quirúrgicos.

**PROGRAMACIÓN, CANCELACIONES Y / O DIFERIMIENTOS DE
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008**

SERVICIO	CIRUGÍAS PROGRAMADAS	CIRUGÍAS CANCELADAS Y/O DIFERIDAS	CIRUGÍAS EFECTUADAS
ANGIOLOGIA	594	93	501
CABEZA Y CUELLO	808	187	621
MAXILOFACIAL	91	24	67
COLON Y RECTO	201	32	169
PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA	132	23	109
GASTROCIRUGIA	1258	231	1027
NEUROCIRUGÍA	1419	219	1200
OFTALMOLOGÍA	3130	1523	1607
OTORRINOLARINGOLOGÍA	668	70	598
UROLOGÍA	800	178	622
TOTAL	9101	2580	6521

Fuente: Bitácora del servicio quirúrgico de la UMAE Especialidades del CMN S: XXI IMSS

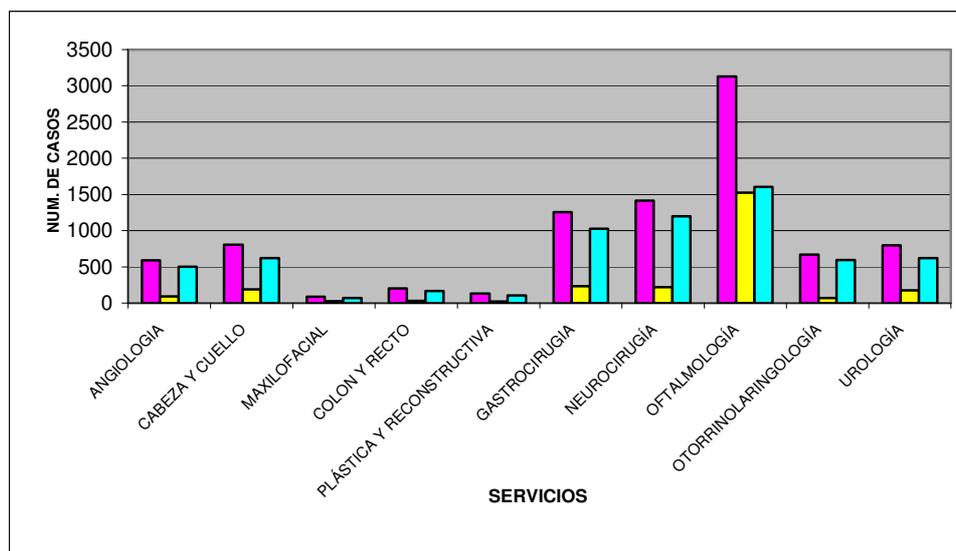
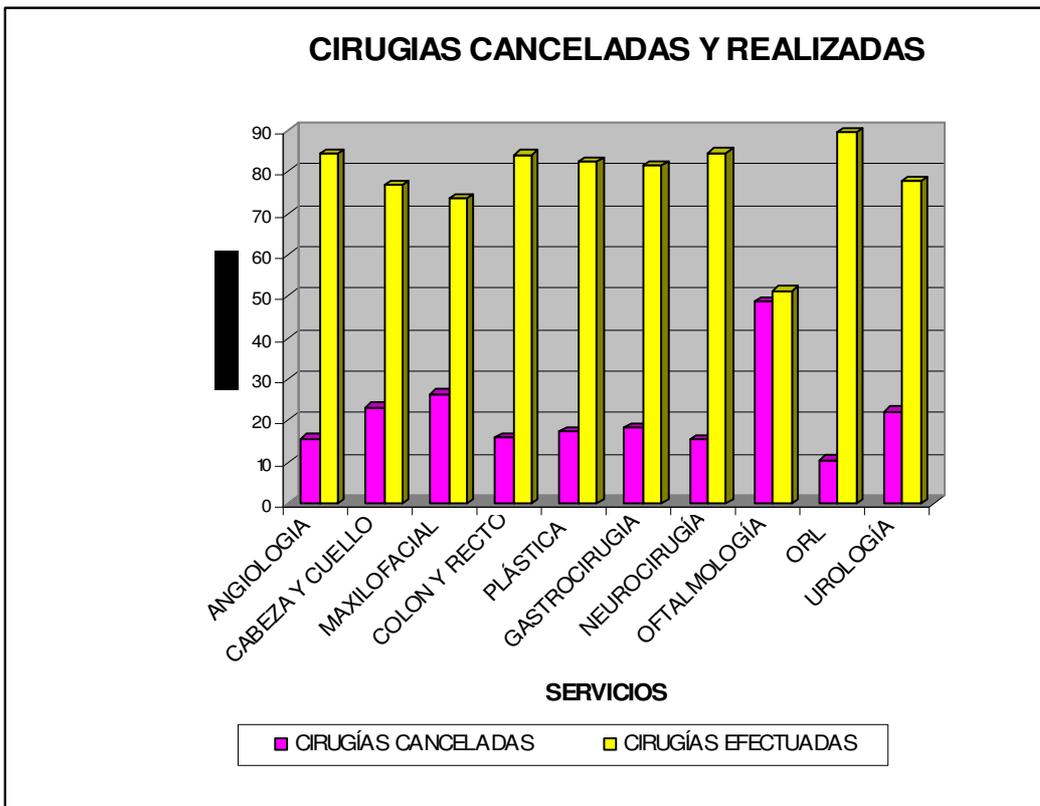


TABLA DE PORCENTAJES

SERVICIO	CIRUGÍAS PROG RAMA DAS	CIRUGÍAS CANCELADAS DIFERIDAS Y/O %	CIRUGÍAS EFECTUADAS %
ANGIOLOGIA	594	15.65%	84.34%
CABEZA Y CUELLO	808	23.14%	76.85%
COLON Y RECTO	201	15.92%	84.07%
PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA	132	17.42%	82.57%
GASTROCIRUGIA	1258	18.36%	81.63%
NEUROCIRUGÍA	1419	15.43%	84.56%
OFTALMOLOGÍA	3130	48.65%	51.34%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	668	10.47%	89.52%
UROLOGÍA	800	22.25%	77.75%
TOTAL	9101	28.34%	71.65%

Fuente: Bitácora del servicio quirúrgico de la UMAE Especialidades del CMN S: XXI IMSS



Fuente: Bitácora del servicio quirúrgico de la UMAE Especialidades del CMN S: XXI IMSS

El promedio diario de cirugías por quirófano se obtuvo dividiendo el total de cirugías realizadas en el año entre el número total de quirófanos disponibles en el período estudiado (enero a diciembre 2008). Obteniendo un promedio de 17 cirugías, una por quirófano.

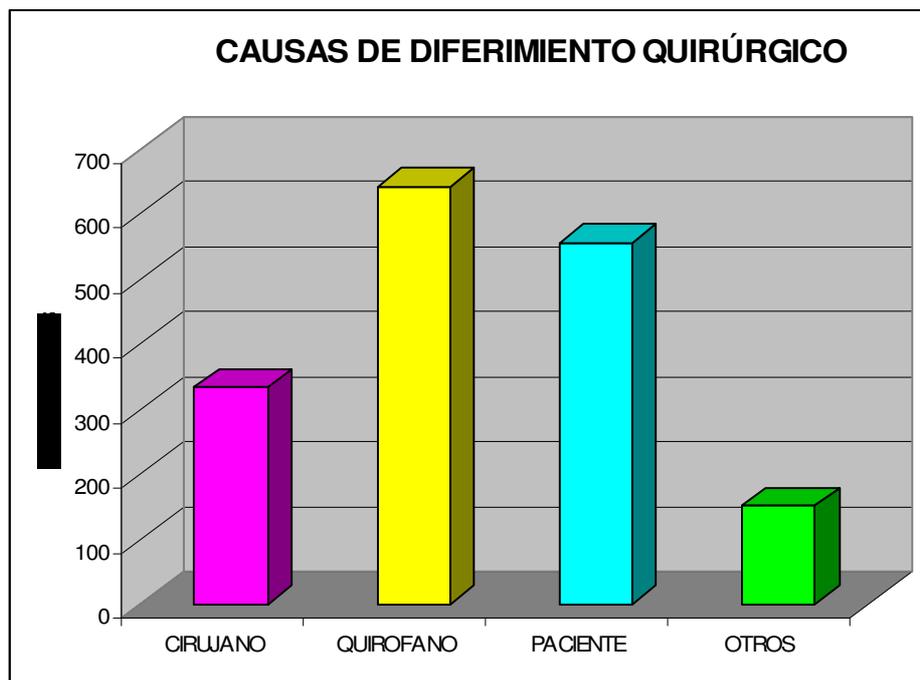
Las causas de diferimiento fueron clasificadas en cuatro aspectos: 1) Inherentes al cirujano (334, con un porcentaje de 19.82%); 2) atribuibles al quirófano (643, con un porcentaje de 38.16%) siendo la primera causa de cancelaciones, seguida de 3) causas inherentes al paciente (556, con un porcentaje de 32.99%) y 4) Otros (152, con un porcentaje de 9.02%)

Con relación a las cancelaciones en los procedimientos quirúrgicos programados durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2008, se programaron 9101 cirugías, 2580 cancelaciones (28.34%) y 6521 cirugías efectuadas (71.65%); teniendo el mayor porcentaje de cancelaciones el servicio de oftalmología (48.65 %); seguida de cirugía maxilofacial (26.37%).

TABLAS DE MOTIVOS DE CANCELACIONES QUIRURUGICAS

CAUSAS	CIRUJA NO	QUIROFA NO	PACIEN TE	OTRO S
ANGIOLOGIA	37	14	14	6
CABEZA Y CUELLO	59	48	36	25
MAXILOFACIAL	6	2	1	8
COLON Y RECTO	5	6	8	7
PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA	5	3	6	1
GASTROCIRUGIA	82	40	16	26
NEUROCIRUGIA	55	23	24	24
OFTALMOLOGIA	46	478	347	41
OTORRINOLARINGOLOGIA	6	12	30	6
UROLOGIA	33	17	74	10
TOTAL	334	643	556	152

Fuente: Bitácora del servicio quirúrgico de la UMAE Especialidades del CMN S: XXI IMSS

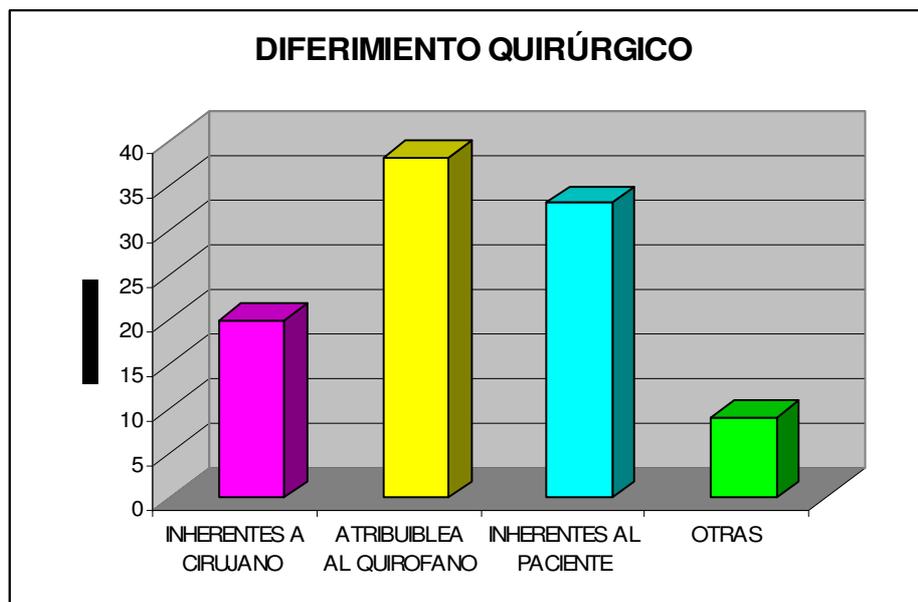


Fuente: Bitácora del servicio quirúrgico de la UMAE Especialidades del CMN S: XXI IMSS

TABLA DE PORCENTAJES

MOTIVOS DE DIFERIMIENTO Y / O CANCELACIONES QUIRÚRGICAS

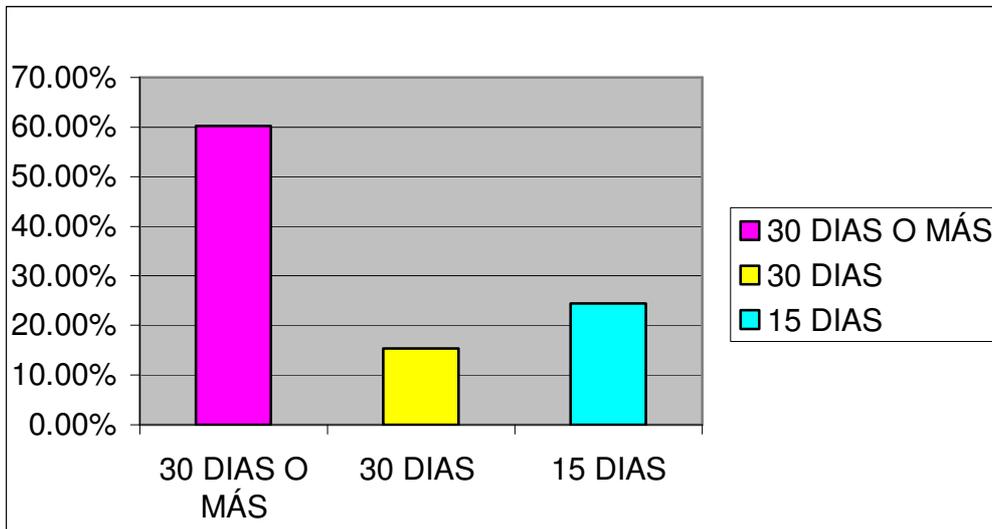
INHERENTES A CIRUJANO	ATRIBUIBLES AL QUIRÓFANO	INHERENTES AL PACIENTE	OTRAS
19.82 %	38.16 %	32.99 %	9.02 %



Fuente: Bitácora del servicio quirúrgico de la UMAE Especialidades del CMN S: XXI IMSS

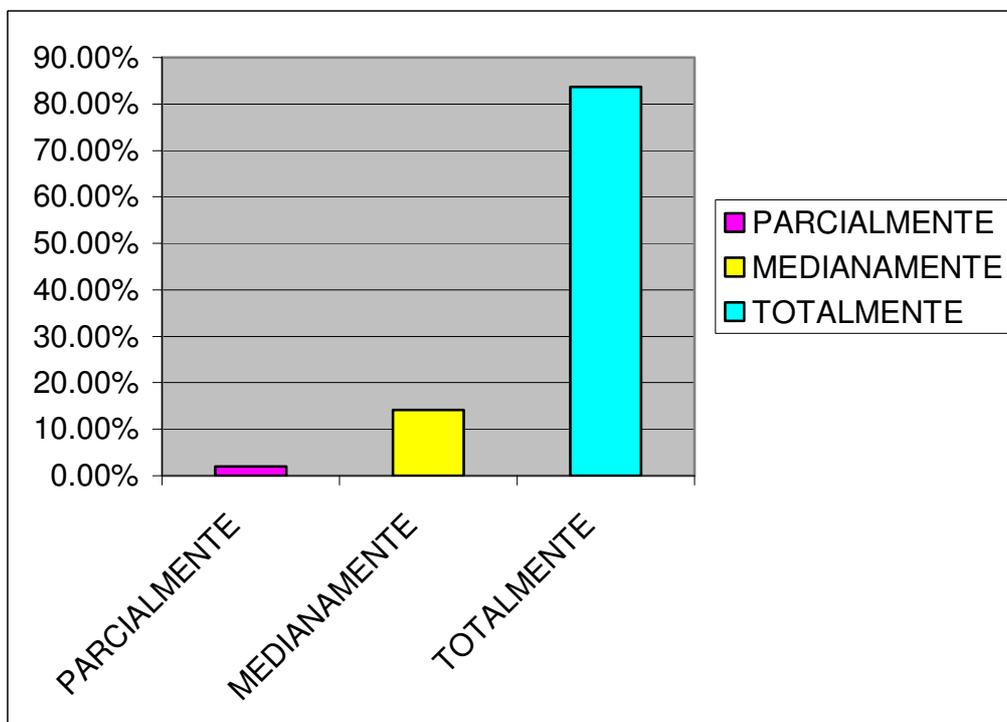
La población en la que se aplicaron los cuestionarios (98); fue todos los pacientes que fueron sometidos a un procedimiento quirúrgico o que se encontraban programados; el cuestionario fue aplicado en las 10 especialidades quirúrgicas, en el área de la consulta externa. Para fines estadísticos la información fue agrupada en cinco aspectos: 1) Tiempo transcurrido entre su primera cita y su intervención quirúrgica: 30 días ó más 59 casos (60.2%); 30 días 15 casos (15.3%) y 15 días 24 casos (24.4%). 2) Trato amable y respetuoso e información completa con relación a su enfermedad, por parte del médico: 2 casos (2.0%) parcialmente, 14 casos (14.2%) medianamente y 82 casos (83.6%) totalmente. 3) Retraso o cancelación en la cirugía: 57 casos (58.1%) sí, 41 casos (41.8%) no. 4) Motivo de la cancelación o retraso: 48 casos (48.9%) Falta de sala quirúrgica, 29 casos (29.6%) Falta de medicamento y / o material, 14 casos (14.2%), Falta de personal, 5 casos (5.1%) otros. 5) Volvería a solicitar este servicio y lo recomendaría: 95 casos (96.9%) sí, 3 casos (3.06%) no.

ENCUESTA A USUARIOS SOBRE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA



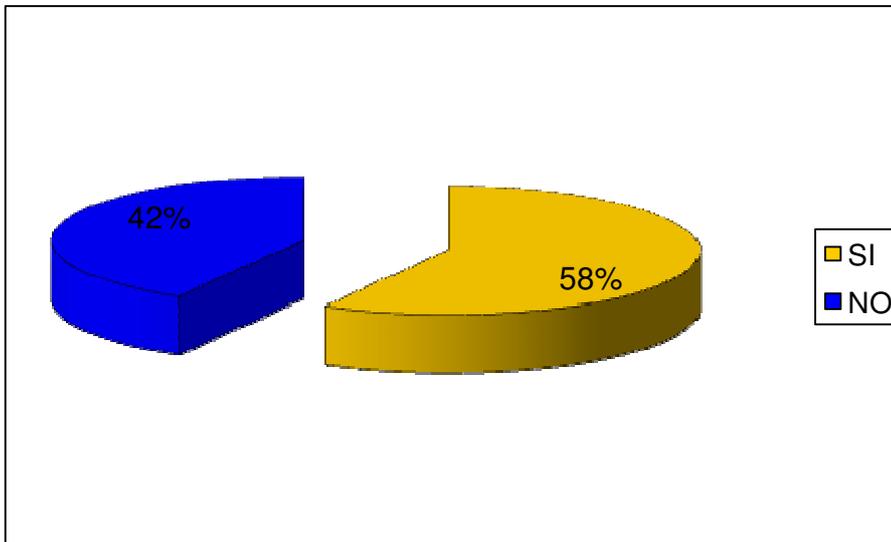
1) Tiempo transcurrido entre 1ª cita e intervención quirúrgica

ENCUESTA A USUARIOS SOBRE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA



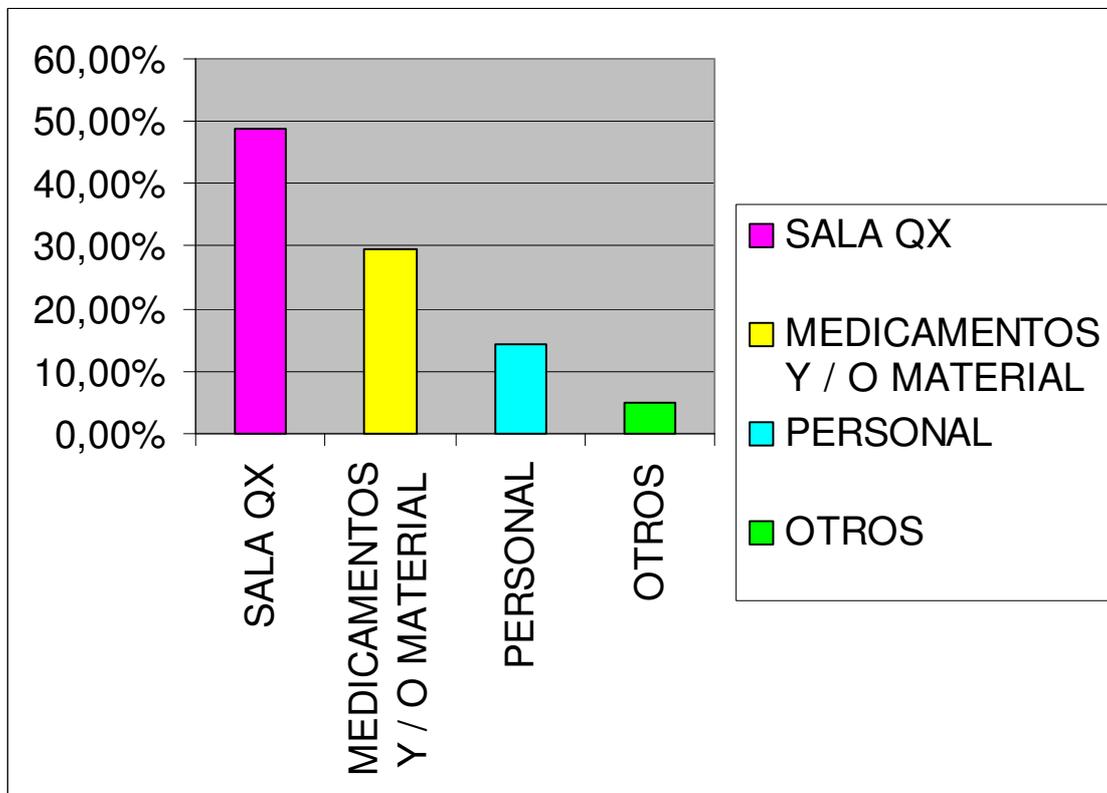
2) Trato amable y respetuoso e información completa con relación a su padecimiento

ENCUESTA A USUARIOS SOBRE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA



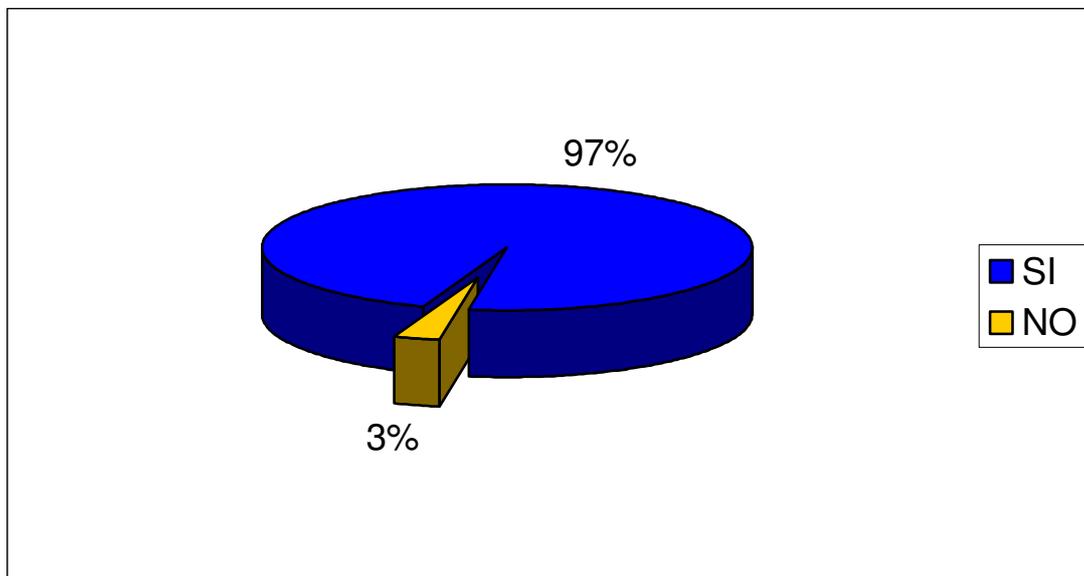
3) Retraso o cancelación de la cirugía

ENCUESTA A USUARIOS SOBRE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA



4) Motivo de la cancelación o el retraso

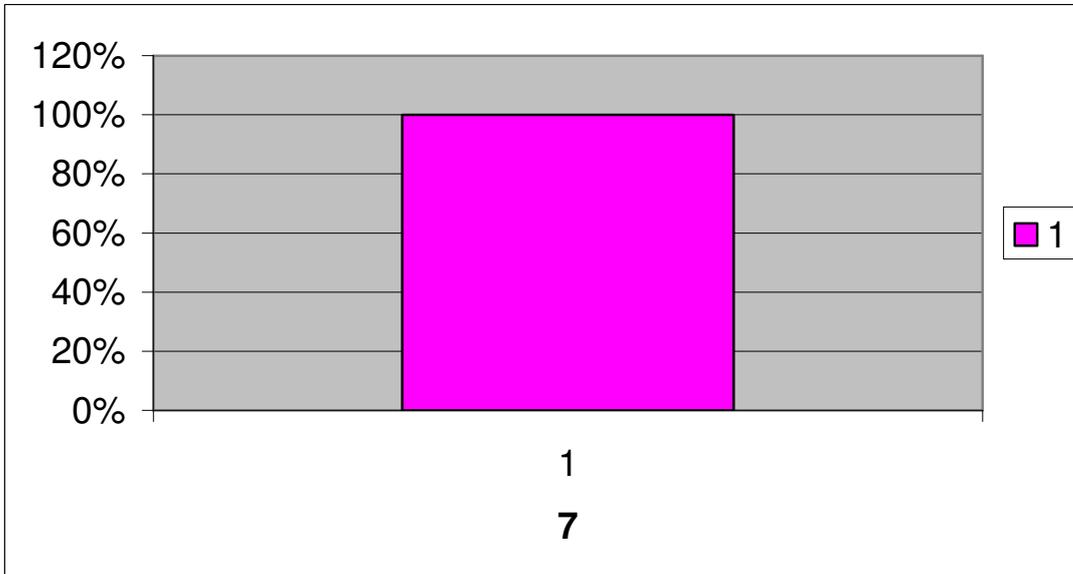
ENCUESTA A USUARIOS SOBRE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA



5) Volvería a solicitar este servicio y lo recomendaría a otras personas

Con relación a los cuestionarios de satisfacción laboral se aplicaron exclusivamente al área quirúrgica a médicos cirujanos, anesestesiólogos, enfermeras generales, quirúrgicas, circulantes, y asistentes médicas (123). Los resultados se agruparon en seis aspectos: 1) Satisfacción otorgada por su trabajo en sí mismo: 123 (100%) estuvieron muy satisfechos. 2) Salarios, objetivos y tasas de producción: 86 (69.91%) bastantes insatisfechos, 37 (30.08%) algo satisfechos. 3) Área física y medio ambiente 67 (54.47%) muy insatisfechos, 24 (19.51%) algo insatisfechos y 32 (26.01%) algo satisfechos. 4) Oportunidades de Formación y Promoción 34 (27.64%) muy insatisfechos, 55 (44.71%) algo satisfechos y 34 (27.64%) bastante satisfechos. 5) Supervisión y relación inmediata superior 33 (26.82%) muy insatisfechos, 75 (60.97%) Indiferente y 15 (12.19%) algo satisfechos. 6) Participación en las decisiones de la empresa y negociación: 54 (43.90%) muy insatisfechos, 18 (14.63%) indiferentes y 51 (41.46%) algo satisfechos.

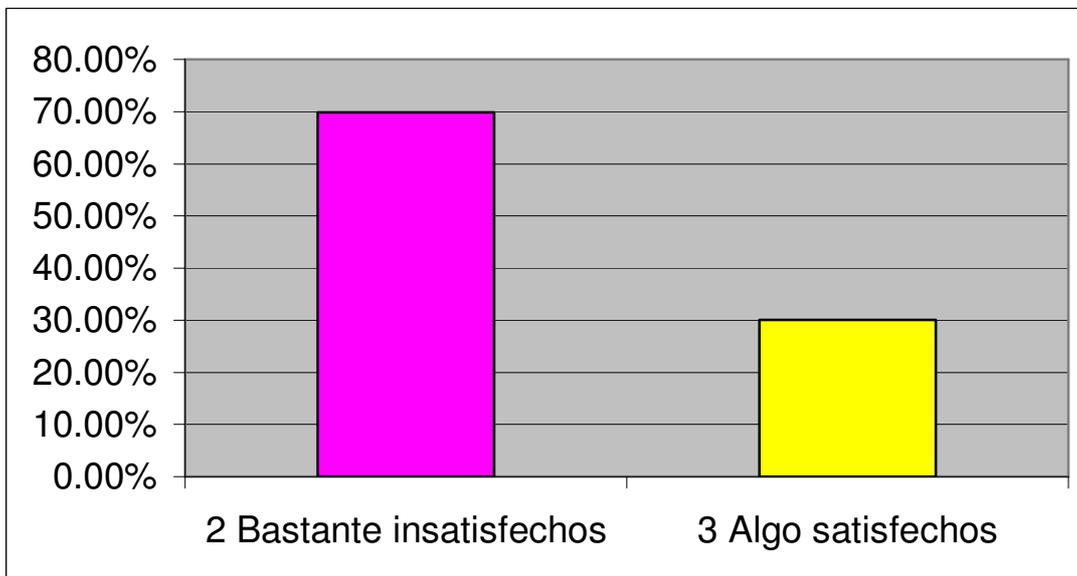
CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL S 20/23



1) Satisfacción otorgada por el trabajo en sí mismo

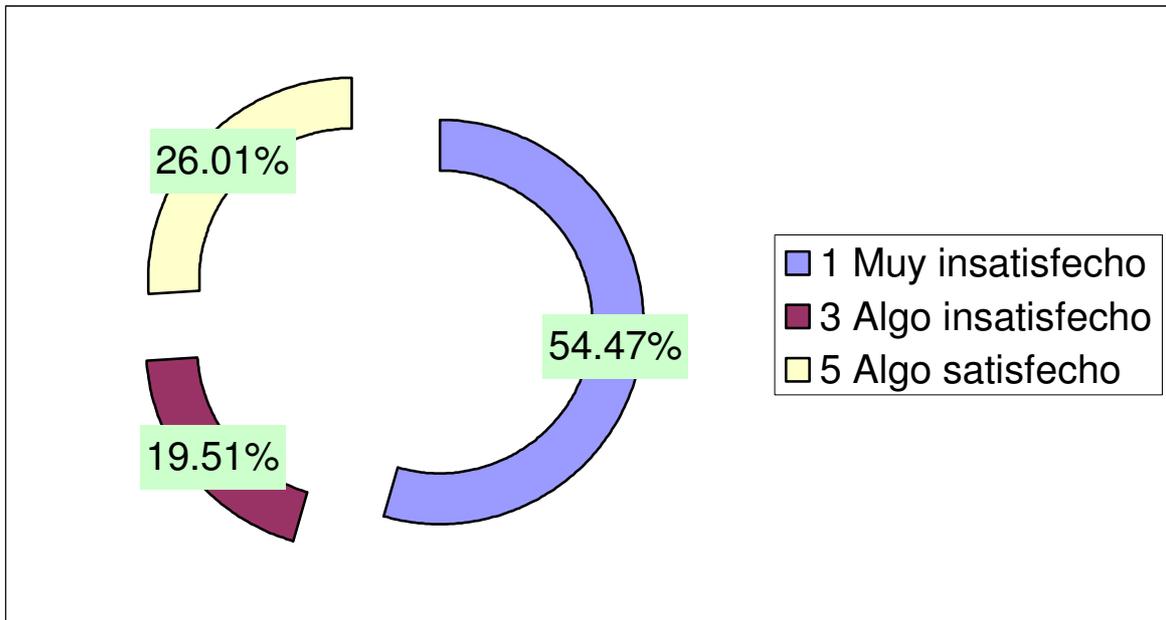
Insatisfecho			Indiferente	Satisfecho		
<i>Muy</i>	<i>Bastante</i>	<i>Algo</i>		<i>Algo</i>	<i>Bastante</i>	<i>Muy</i>
1.□	2.□	3.□	4.□	5.□	6.□	7.□

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL S 20/23



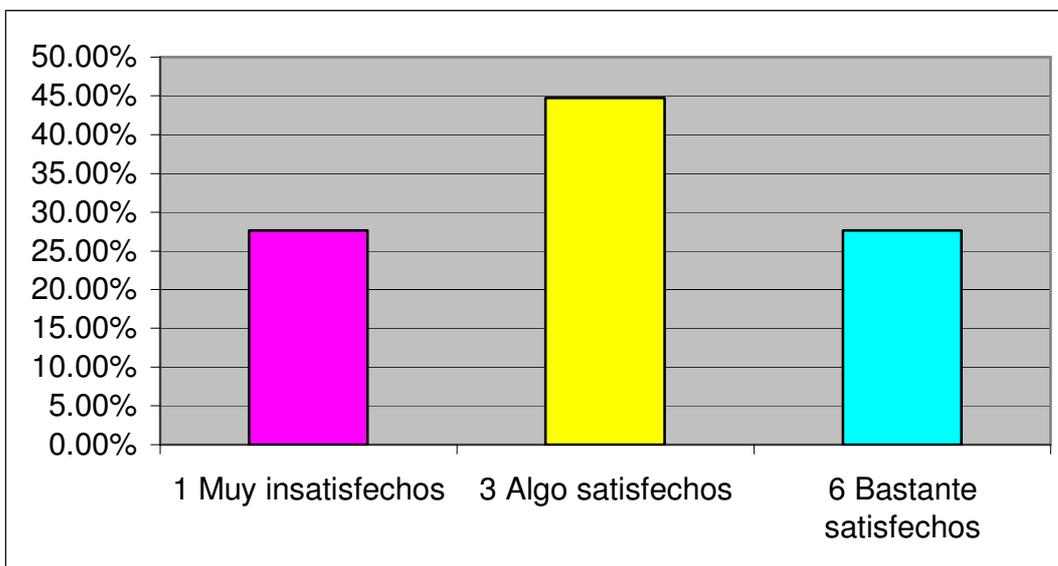
2) Salarios, objetivos y tasa de producción

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL S 20/23



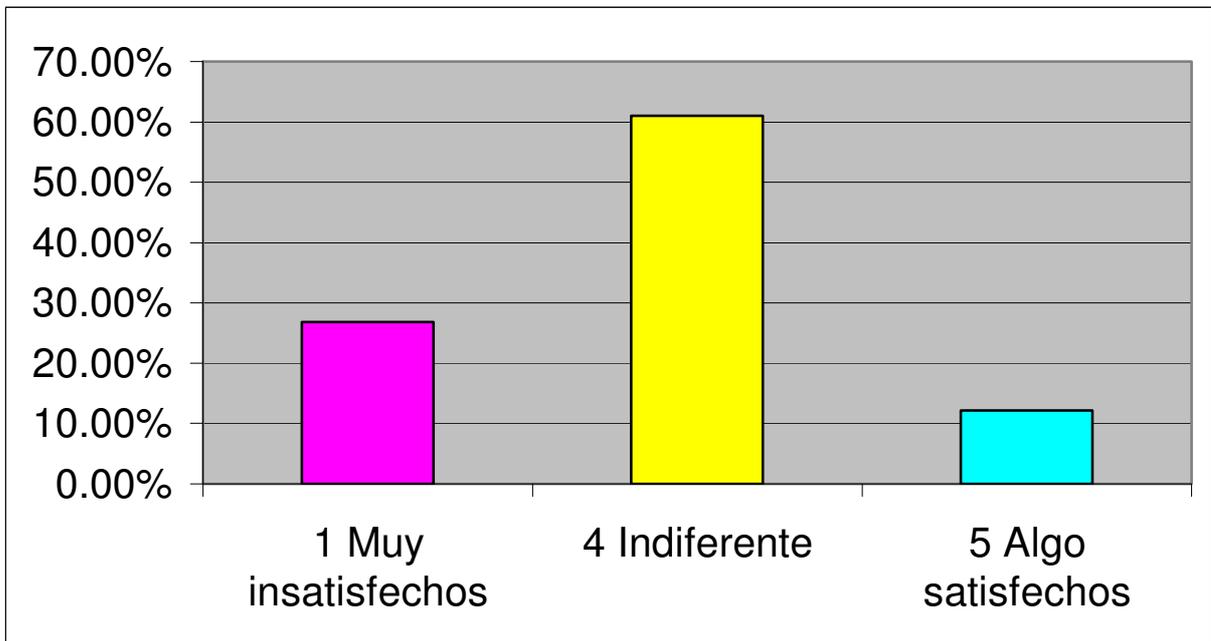
3) Área física y medio ambiente (ventilación, iluminación, higiene etc.)

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL S 20/23



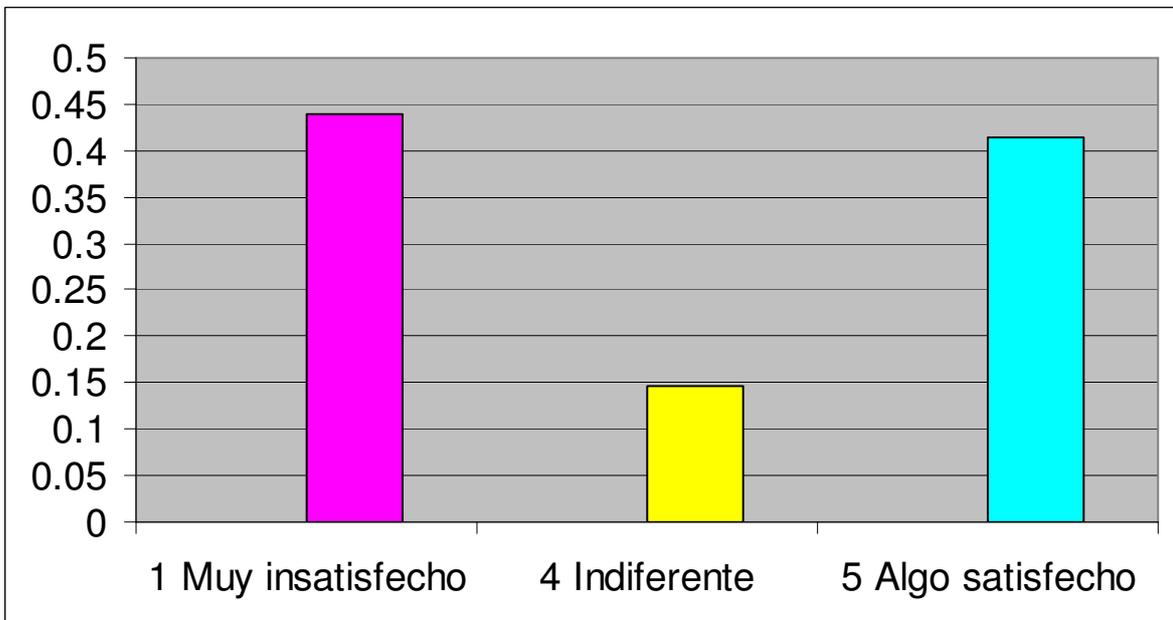
4) Oportunidades de formación y promoción

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL S 20/23



5) Supervisión y relación inmediata superior

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL S 20/23



6) Participación en las decisiones de la empresa

Finalmente de las entrevistas realizadas al área directiva se extrajo la siguiente información: No se cuenta con un Manual de Calidad, las carpetas gerenciales solo existen en la Jefatura de Enfermería quirúrgica y trabajo social. Ningún Directivo cuenta con su carpeta gerencial, la insatisfacción de los usuarios tiene que ver con su retraso en la atención y la falta de medicamentos e insumos, con relación al personal su mayor insatisfacción tiene que ver con la falta de promoción, crecimiento y desarrollo, salario y área física laboral. En relación a la productividad quirúrgica las cancelaciones y / o diferimientos tuvieron su principal causa en la falta de personal y salas quirúrgicas, ya que se amplió el área quirúrgica, edificándose quirófanos exclusivos para el servicio de oftalmología, pero con la misma plantilla de personal, por otro lado la falta de protocolización en la atención médica sobre todo en el servicio de oftalmología es otro problema que se debe tomar en cuenta.

RECOMENDACIONES

Como resultado de la investigación realizada con relación a la Gestión de la Calidad en los servicios quirúrgicos en la UMAE Especialidades del CMN S. XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, desde tres aspectos: antecedentes históricos, satisfacción del usuario y satisfacción del prestador de servicios; establecidos previamente como objeto de esta investigación ofrecemos las siguientes recomendaciones: Dado que no existe un Manual de Calidad es necesario, Estructurar, Desarrollar, Implementar y Difundir este Manual, que dicte un sistema normativo, ejecutivo y de evaluación del quehacer cotidiano en las diferentes estructuras. Conformando Círculos de Calidad en donde se involucren las partes del Sistema Organizacional: Directivos, Administrativos y Área Operativa. La elaboración de guías diagnósticas, protocolizando la atención en el derechohabiente, se hace necesaria, sobre todo en el servicio de Oftalmología ya que tiene un alto índice de cancelaciones por causas inherentes al paciente tales como descontrol metabólico e hipertensión arterial descontrolada. Estas guías permitirán otorgar la atención médico quirúrgica en forma oportuna y asertiva eficientando los procesos. Con respecto al problema de los recursos humanos se debe desarrollar un programa de sustitución de ausentismo no programado, sobre todo en el área de enfermería ya que con cierta frecuencia es otra causa de cancelación, así mismo se sugiere la ampliación de la plantilla de personal quirúrgico, para que las 19 salas estén cubiertas. Otra causa significativa del diferimiento está relacionada con el equipo, instrumental y materiales de consumo; por lo que por lo que prever el abastecimiento en forma expedita y suficiente, se hace necesario, programando previamente las necesidades sentidas y estableciendo un programa alternativo de mantenimiento de equipo e instrumental. Mientras se resuelven los problemas sustantivos sería recomendable desarrollar un programa de abatimiento quirúrgico, que garantice la oportunidad quirúrgica en tiempo y forma. Estableciendo semanas quirúrgicas vespertinas o de fin de semana, con el debido incentivo para los cirujanos adscritos a dicho programa.

En cuanto a la insatisfacción del equipo de trabajo es necesario desarrollar e implementar programas de desarrollo de carrera para la preparación de ejecutivos, en las áreas económico administrativas, financieras, recursos humanos y liderazgo preparando al administrador hospitalario del futuro. De tal manera que se establezcan objetivos comunes, implementando la calidad de la atención con orientación a las necesidades y expectativas de los usuarios sin dejar de lado el reconocimiento e incentivos del personal, logrando a su vez, una asignación justa y equitativa de los puestos de confianza. Con relación al problema financiero se deben contener costos, recuperar gastos y asignar de manera eficiente los recursos, fortaleciendo una cultura de transparencia y rendición de cuentas. Otro aspecto que se ha descuidado es la investigación clínica por lo que se debe rescatar la investigación clínica en el ámbito hospitalario vinculándola con el quehacer docente y asistencial que se traduzca en el porcentaje de publicaciones nacionales e internacionales. Estrechar los vínculos con el sindicato es también indispensable; ya que de la negociación patrón-empresa-sindicato, se pueden obtener grandes dividendos.

CONCLUSIONES

Administrar un hospital demanda una gran responsabilidad y el serio compromiso del administrador de coordinar todos los componentes de la administración de manera cuidadosa y permanente buscando como meta la calidad del servicio, debe por tanto dominar los tópicos más importantes de la administración hospitalaria tales como la bioética, la bioseguridad, mantenimiento de los equipos, abasto suficiente, administración estratégica, indicadores de gestión y control de costos entre otros. Dado que en este hospital encontramos que la Calidad es un proceso que no se lleva a cabo, de manera constante consideramos que la Gestión de la Calidad, debe surgir como un estilo de vida, como una filosofía que incluya técnicas participativas del cliente y el prestador de servicios que asegure los procesos misión-visión, dentro de las organizaciones de la salud, donde el eje rector sea la satisfacción de necesidades y expectativas de ambos.

La gestión de la Calidad debe incluir el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, desarrollando acciones de mejora continua, a través de un liderazgo que impulse de manera comprometida y responsable las políticas y estrategias de la Institución de salud que fructifiquen en el aseguramiento de la Calidad Total. Creo sin embargo, que el seguimiento de las actividades de mejora continua debe ser cotidiano, dirigiendo, asesorando, supervisando y transmitiendo la conducta de una cultura de calidad en todo el equipo de trabajo, orientando esfuerzos hacia el apoyo recíproco, la adecuada aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamiento, uso adecuado de recursos humanos, materiales y de apoyo, programas coherentes de capacitación y desarrollo y resolución oportuna, certera y humana de los problemas de salud, con estricto apego al marco legal, y principios éticos vigentes, que finalicen el círculo con la satisfacción del usuario/cliente y prestador de servicio.

Los programas establecidos deben trascender con los cambios, sin perder de vista las atribuciones dando continuidad a los procesos, lo cual no es tarea sencilla.

El administrador exitoso debe incorporar la tecnología, y la información eficiente, generando el proceso de la misma y poniéndola a la disposición de los trabajadores de la salud en todos los niveles, debe romper paradigmas, y estar siempre a la vanguardia, eliminando o corrigiendo las deficiencias y fortaleciendo los aspectos que así lo requieran.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD**

No AFILIACION: _____ **SERVICIO:** _____
DIAGNOSTICO SI LO CONOCE: _____
EDAD: _____ **SEXO:** _____

Instrucciones: Por favor lea atentamente y cruce la respuesta que mejor corresponda con su situación.

1. ¿Cuánto tiempo tardó en recibir la atención del servicio requerido, desee su envío en su clínica?
a) 15 días b) 30 días c) 30 días o más
2. ¿Cuanto tiempo esperó entre su primera consulta y la realización de su cirugía?
a) 15 días b) 30 días c) 30 o más días
3. ¿Cuánto tiempo espera en recibir consulta?
a) 15 minutos b) 30 minutos c) 30 minutos o más
4. ¿Su médico le informó respecto a su enfermedad de una manera clara, confidencial y respetuosa?
a) Parcialmente b) medianamente c) totalmente
5. ¿Recibió un trato amable y respetuoso por el personal de salud?
a) Parcialmente b) medianamente c) totalmente
6. Tuvo su cirugía algún retraso o cancelación?
a) Si b) no
7. De contestar afirmativo, cual fue la razón?
a) Falta de algún medicamento o material b) falta de sala quirúrgica c) falta de personal
d) otra especifique
8. ¿Para este problema de salud concluyo su tratamiento?
a) Si b) no c) continúa en tratamiento
9. ¿Alguna vez se ha quejado del servicio recibido?
a) Si) b) no
10. ¿Cuál fue el motivo de su queja)
a) Falta de medicamentos b) retraso en la atención c) mal trato
11. ¿Volvería UD a solicitar este servicio?
a) Si b) no
12. ¿Lo recomendaría a otra persona?
a) Si b) no

Comentarios:

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL S 20/23
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE ESPECIALIDADES CMN S. XXI IMSS

DATOS DESCRIPTIVOS

ESTADO CIVIL: _____
SEXO: _____ EDAD: _____
ESCOLARIDAD: _____
OCUPACIÓN: _____
CATEGORÍA LABORAL: _____
TURNO: _____
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO: _____

Instrucciones

Califique de acuerdo a las siguientes opciones el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen los distintos aspectos de su trabajo.

Insatisfecho			Indiferente	Satisfecho		
<i>Muy</i>	<i>Bastante</i>	<i>Algo</i>		<i>Algo</i>	<i>Bastante</i>	<i>Muy</i>
1.□	2.□	3.□	4.□	5.□	6.□	7.□

Tal vez algún aspecto de la lista que le proponemos no corresponde exactamente a las características de su puesto de trabajo. En este caso le solicito haga referencia a aquellas características de su trabajo más semejantes a la propuesta y califique en consecuencia la satisfacción o insatisfacción que le produce

Escoja siempre para cada pregunta una de las siete alternativas de respuesta y márquelas con una cruz

Su información es de carácter anónimo y estrictamente confidencial, gracias por su colaboración.

1	<i>La satisfacción que le produce el tipo de trabajo que desempeña</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
2	<i>Las oportunidades que le ofrece su trabajo de realizar las cosas en las que UD destaca</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
3	<i>Las oportunidades que le ofrece su trabajo de hacer las cosas que a UD le gustan</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
4	<i>El salario que recibe</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
5	<i>Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
6	<i>La limpieza, higiene y salubridad en su lugar de trabajo</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
7	<i>El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
8	<i>La iluminación de su lugar de trabajo</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
9	<i>La ventilación de su lugar de trabajo</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
10	<i>La temperatura de su área de trabajo</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
11	<i>Las oportunidades de formación que le ofrece su empresa</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
12	<i>Las oportunidades de promoción que tiene</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
13	<i>Las relaciones personales con sus superiores</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□	4.□	5.□ 6.□ 7.□
14	<i>La supervisión que ejercen sobre UD.</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente	Satisfecho Algo Bastante Muy

15	<i>La proximidad y frecuencia con que es supervisado</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente 4.□	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□		5.□ 6.□ 7.□
16	<i>La forma en que sus supervisores juzgan su tarea</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente 4.□	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□		5.□ 6.□ 7.□
17	<i>La "igualdad y justicia" de trato que recibe de su empresa</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente 4.□	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□		5.□ 6.□ 7.□
18	<i>El apoyo que recibe de sus superiores</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente 4.□	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□		5.□ 6.□ 7.□
19	<i>La capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente 4.□	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□		5.□ 6.□ 7.□
20	<i>Su participación en las decisiones de su departamento o sección</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente 4.□	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□		5.□ 6.□ 7.□
21	<i>Su participación en las decisiones de su grupo de trabajo relativas a la empresa</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente 4.□	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□		5.□ 6.□ 7.□
22	<i>El grado en que su empresa cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente 4.□	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□		5.□ 6.□ 7.□
23	<i>La forma en que se da la negociación en su empresa sobre aspectos laborales</i>	Insatisfecho Muy Bastante Algo	Indiferente 4.□	Satisfecho Algo Bastante Muy
		1.□ 2.□ 3.□		5.□ 6.□ 7.□

GUIÓN DE ENTREVISTA DE CALIDAD A DIRECTIVOS DE UMAE ESPECIALIDADES

DATOS DESCRIPTIVOS

Su información es de carácter anónimo y estrictamente confidencial, gracias por su colaboración

PUESTO _____

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO _____

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS _____

Conteste cada pregunta de acuerdo a su estilo de liderazgo y su quehacer cotidiano, en forma breve y concisa.

1. CONOCE LA MISIÓN DEL HOSPITAL EN TÉRMINOS DE CALIDAD
2. DESCRIBA LAS POLÍTICAS DE CALIDAD DEL HOSPITAL
3. COMO IMPLEMENTA UN PROGRAMA DE CALIDAD
4. CONCEPTO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MEDICA
5. POR QUE ES IMPORTANTE PARA UD. QUE EL HOSPITAL ESTE CERTIFICADO
6. QUE PROBLEMAS ENCONTRÓ EN LA CERTIFICACION DE HOSPITALES
7. CUENTA EL HOSPITAL CON UN MANUAL DE CALIDAD
8. ¿ES CONOCIDO POR TODO EL PERSONAL?
9. CUALES SON LAS ACCIONES DE MEJORA CONTINUA QUE HA IMPLEMENTADO EN SU HOSPITAL
10. CUAL ES EL MECANISMO POR MEDIO DEL CUAL UD. IDENTIFICA LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS DERECHOHABIENTES
11. COMO MIDE UD LA SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS
12. EXISTE EN SU HOSPITAL LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS

CRITERIOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 15 y 17 de la Ley General de Salud; 10 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y 7o., fracción VIII, 12, fracción V y 13, fracciones V y IX del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y en cumplimiento del Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, da a conocer los siguientes:

CRITERIOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES

PRIMERO. La certificación de hospitales la llevará a cabo el Consejo de Salubridad General, a petición de las personas interesadas en obtener dicha certificación.

SEGUNDO. Para obtener la certificación del Consejo de Salubridad General los hospitales interesados deberán reunir los requisitos que para cada área se señalan en el presente instrumento, y de acuerdo con el tipo de hospital de que se trate.

TERCERO. Cuando se trate de hospitales generales que cuenten con hasta treinta camas deberán reunir lo siguiente:

I. ESTRUCTURA

I.1. Recursos humanos

I.1.1. Contar permanentemente, 24 horas al día, 365 días al año, dentro de las instalaciones del hospital, con un médico titulado y personal de enfermería profesional y no profesional, para la atención de urgencias.

I.1.2. Tener personal, en la cantidad necesaria de acuerdo con el número de camas censables y con la calificación técnica idónea, para prestar los servicios de hospitalización y tococirugía que ofrece, las 24 horas del día, los 365 días del año.

I.1.3. Tener, en el área de cirugía, personal en la cantidad y con la calificación técnica idóneas, para brindar los servicios quirúrgicos y de anestesia que ofrece.

I.2. Instalaciones físicas

I.2.1. Contar con instalaciones adecuadas, en tamaño, cantidad y distribución, al tipo de servicios y al volumen de pacientes que atiende el hospital.

I.2.2. Contar con mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones físicas, en todo el hospital.

I.2.3. Contar con planta de emergencia para el suministro de energía eléctrica, por lo menos en las áreas críticas: quirófano, terapia intensiva, tococirugía, urgencias, neonatología, imagenología y laboratorio.

I.3. Equipamiento

I.3.1. Contar con la cantidad y el tipo de equipo médico y de apoyo adecuado para brindar los servicios que ofrece el hospital.

I.3.2. Contar con la cantidad y calidad tecnológica adecuada de equipo de cómputo y sistemas informáticos para apoyar los servicios que ofrece el hospital.

I.3.3. Contar con mantenimiento preventivo y correctivo del equipo en todo el hospital, que garantice su óptimo funcionamiento.

I.4. Insumos

I.4.1. Almacenar, manejar y controlar, de acuerdo con su tipo, todos los insumos médicos y no médicos.

I.4.2. Contar con medicamentos suficientes para garantizar la atención que ofrece el hospital.

I.4.3. Manejar y controlar los medicamentos que sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, de acuerdo con las disposiciones legales y administrativas aplicables.

II. FUNCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE

II.1. Derechos del paciente

II.1.1. Promover que los médicos den información completa, al ingresar los pacientes, sobre su padecimiento y de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que entrañe un alto riesgo. En todos los casos se debe solicitar el consentimiento del paciente o de sus familiares para el tratamiento.

II.1.2. Otorgar un trato digno y respetar la confidencialidad y seguridad del paciente durante su estancia en el hospital, según su padecimiento.

II.1.3. Promover que los médicos brinden al paciente, a su egreso, información completa sobre su tratamiento y cuidado en el hogar, así como las citas posteriores, según el caso.

II.2. Valoración del paciente

II.2.1. Garantizar el servicio de unidades de apoyo diagnóstico, propios o subrogados, durante todo el proceso de atención, incluido radiología e imagen, laboratorio clínico, banco de sangre y laboratorio de patología, las 24 horas del día, todos los días del año.

II.2.2. Contar con controles internos de calidad en las áreas de apoyo diagnóstico.

II.3. Expediente clínico

II.3.1. Abrir un expediente clínico, para cada uno de los pacientes, conforme a la normatividad aplicable al expediente clínico.

II.3.2. Conservar una copia del expediente clínico en los archivos del hospital, un mínimo de cinco años.

II.4. Urgencias

II.4.1. Realizar los procedimientos, en las áreas de urgencias, con oportunidad y con la mayor seguridad para el paciente, en los que se considere, incluso, la referencia de forma expedita y segura del paciente a otra institución, si el caso excede a la capacidad de respuesta del hospital.

II.5. Hospitalización

II.5.1. Realizar los procedimientos, en las áreas de hospitalización, con la mayor seguridad para el paciente.

II.5.2. Contar, por lo menos, con los siguientes comités: Auditoría Médica, Mortalidad e Infecciones Hospitalarias.

II.6. Cirugía y anestesia

II.6.1. Realizar los procedimientos quirúrgicos y de anestesia, con la mayor seguridad para el paciente.

II.6.2. Observar en los procesos anestésicos la normatividad aplicable para la práctica de la anestesiología.

II.6.3. Contar con los procedimientos y medios adecuados para trasladar a los pacientes que lo requieran, cuando el hospital no cuente con Terapia Intensiva.

III. FUNCIONES DE APOYO A LA ATENCIÓN

III.1. Gobierno

III.1.1. Contar con un director o consejo directivo como órgano de mayor jerarquía, con representación de las áreas clave, que funcione de forma efectiva y ágil en la toma de decisiones estratégicas del hospital.

III.1.2. Tener una enfermera titulada, como Jefe de Enfermería

III.2. Ambiente hospitalario

III.2.1. Cumplir con los requisitos y procedimientos que establece la normatividad aplicable, para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.

III.3. Seguridad hospitalaria

III.3.1. Contar con un comité de protección civil o de seguridad e higiene que haya definido los procesos de respuesta ante siniestros e incendios, en todos los servicios y departamentos del hospital, incluidas la ruta y acciones para la evacuación de pacientes y de personal.

IV. INDICADORES

IV.1. Indicadores

IV.1.1. Registrar de manera confiable y oportuna, la siguiente información:
a. Porcentaje general de ocupación hospitalaria

- b.** Número total de egresos en el último año.
- c.** Número de cirugías efectuadas en el último año.
- d.** Tasa de mortalidad hospitalaria.
- e.** Porcentaje de cesáreas.
- f.** Tasa bruta de infecciones intrahospitalarias.
- g.** Promedio de estancia hospitalaria.

CUARTO. Cuando se trate de hospitales generales que cuenten con más de treinta camas deberán reunir lo siguiente:

I. ESTRUCTURA

I.1. Recursos humanos

I.1.1. Contar permanentemente, 24 horas al día, 365 días al año, dentro de las instalaciones del hospital, con un médico titulado y personal de enfermería profesional y no profesional, para la atención de urgencias.

I.1.2. Tener personal, en la cantidad necesaria de acuerdo con el número de camas censables y con la calificación técnica idónea, para prestar los servicios de hospitalización y tococirugía que ofrece, las 24 horas del día, los 365 días del año.

I.1.3. Contar con internos o residentes y enfermeras en formación, las 24 horas del día, en las cuatro áreas básicas: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, con el apoyo y supervisión de personal responsable.

I.1.4. Tener, en el área de cirugía, personal debidamente acreditado, en la cantidad suficiente, para brindar los servicios quirúrgicos y de anestesia que ofrece.

I.2. Instalaciones físicas

I.2.1. Contar con instalaciones adecuadas, en tamaño, cantidad y distribución, para atender pacientes, por lo menos, de las cuatro áreas básicas.

I.2.2. Contar con mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones físicas, en todo el hospital.

I.2.3. Contar con planta de emergencia para el suministro de energía eléctrica, por lo menos en las áreas críticas: quirófano, terapia intensiva, tococirugía, urgencias, neonatología, imagenología y laboratorios.

I.3. Equipamiento

I.3.1. Contar con la cantidad y el tipo de equipo médico y de apoyo adecuado para brindar los servicios en las especialidades médicas que ofrece el hospital.

I.3.2. Contar con la cantidad y calidad tecnológica adecuada de equipo de cómputo y sistemas informáticos para apoyar los servicios que ofrece el hospital.

I.3.3. Contar con mantenimiento preventivo y correctivo del equipo en todo el hospital, que garantice su óptimo funcionamiento.

I.3.4. Contar con un quirófano equipado para atender cirugía mayor de las cuatro áreas básicas.

I.4. Insumos

I.4.1. Almacenar, manejar y controlar, de acuerdo con su tipo, todos los insumos médicos y no médicos.

I.4.2. Contar con una farmacia y un banco de sangre o un servicio de transfusiones autorizadas, con los insumos y recursos suficientes para atender las necesidades de hospitalización.

I.4.3. Manejar y controlar los medicamentos que sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, de acuerdo con las disposiciones legales y administrativas aplicables.

II. FUNCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE

II.1. Derechos del paciente

II.1.1. Promover que los médicos den información completa, al ingresar los pacientes, sobre su padecimiento y de todo procedimiento diagnóstico o

terapéutico que entrañe un alto riesgo. En todos los casos se debe solicitar el consentimiento del paciente o de sus familiares para el tratamiento.

II.1.2. Otorgar un trato digno y respetar la confidencialidad y seguridad del paciente durante su estancia en el hospital, según su padecimiento.

II.1.3. Promover que los médicos brinden al paciente, a su egreso, información completa sobre su tratamiento y cuidado en el hogar, así como las citas posteriores, según el caso.

II.2. Valoración del paciente

II.2.1. Garantizar el servicio de unidades de apoyo diagnóstico, propios o subrogados, durante todo el proceso de atención, incluida radiología e imagen, laboratorio clínico, banco de sangre y laboratorio de patología, las 24 horas del día, todos los días del año.

II.2.2. Contar con controles internos de calidad en las áreas de apoyo diagnóstico.

II.3. Expediente clínico

II.3.1. Abrir un expediente clínico, por todos y cada uno de los pacientes, conforme a la normatividad aplicable al expediente clínico.

II.3.2. Conservar una copia del expediente clínico en los archivos del hospital, un mínimo de cinco años.

II.4. Urgencias

II.4.1. Realizar los procedimientos, en las áreas de urgencias, con oportunidad y con la mayor seguridad para el paciente, en los que considere, incluso, la referencia de forma expedita y segura del paciente a otra institución, si el caso excede a la capacidad de respuesta del hospital.

II.5. Hospitalización

II.5.1. Realizar los procedimientos, en las áreas de hospitalización, con la mayor seguridad para el paciente.

II.5.2. Contar con servicios de cocina y alimentos suficientes para proveer las dietas de los pacientes y del personal del hospital.

II.5.3. Contar por lo menos, con los siguientes comités: Auditoría Médica; Infecciones Intrahospitalarias; Seguridad e Higiene Laboral; Mortalidad; Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética; Insumos y, adicionalmente, los que sean pertinentes conforme al nivel de complejidad del hospital.

Dichos comités deberán cumplir con la función de detectar y resolver problemas relacionados con la atención.

II.6. Cirugía y anestesia

II.6.1. Realizar los procedimientos quirúrgicos y de anestesia, con la mayor seguridad para el paciente.

II.6.2. Observar en los procesos anestésicos la normatividad aplicable para la práctica de la anestesiología.

II.6.3. Contar con un área de recuperación postanestésica, que tenga el equipo y el personal idóneos para monitorear el estado del paciente.

II.6.4. Contar, cuando se trate de hospitales de más de sesenta camas, con un área de Terapia Intensiva, que tenga el equipo idóneo para monitorear y atender a los pacientes de las especialidades que ofrece el hospital.

III. FUNCIONES DE APOYO A LA ATENCIÓN

III.1. Gobierno

III.1.1. Contar con un director o consejo directivo como órgano de mayor jerarquía, con representación de las áreas clave, que funcione de forma efectiva y ágil en la toma de decisiones estratégicas del hospital.

III.1.2. Tener una enfermera titulada como Jefe de Enfermería.

III.2. Personal médico y paramédico

III.2.1. Contar con manuales de procedimientos y reglamentos que orienten las actividades clínicas y de atención al paciente, por parte del personal médico, de enfermería y paramédico.

III.2.2. Tener preferentemente en su personal médico a miembros de los Consejos de Especialidades y a enfermeras pertenecientes a asociaciones o sociedades de carácter nacional.

III.3. Ambiente hospitalario

III.3.1. Cumplir con los requisitos y procedimientos que establece la normatividad aplicable, para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.

III.4. Seguridad hospitalaria

III.4.1. Contar con un comité de protección civil o de seguridad e higiene que haya definido los procesos de respuesta ante siniestros e incendios, en todos los servicios y departamentos del hospital, incluidas la ruta y acciones para la evacuación de pacientes y de personal.

IV. INDICADORES

IV.1. Indicadores

IV.1.1. Registrar de manera confiable y oportuna la siguiente información:

a. Porcentaje general de ocupación hospitalaria.

b. Número total de egresos en el último año.

c. Número de cirugías efectuadas en el último año.

d. Tasa de mortalidad hospitalaria.

e. Porcentaje de cesáreas.

f. Tasa bruta de infecciones intrahospitalarias.

g. Promedio de estancia hospitalaria.

h. Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria.

i. Porcentaje de reingresos hospitalarios.

j. Porcentaje de pacientes reintervenidos quirúrgicamente.

k. Porcentaje de congruencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.

QUINTO. Cuando se trate de hospitales que atiendan una o varias especialidades médicas deberán reunir lo siguiente:

I. ESTRUCTURA

I.1. Recursos humanos

I.1.1. Contar permanentemente, 24 horas al día, 365 días al año, con un médico con certificado de estudios de la especialidad o especialidades que atienda el hospital y con personal profesional de enfermería especializado, capacitados para la atención de urgencias.

I.1.2. Tener personal, en la cantidad necesaria y con la calificación técnica idónea, para prestar los servicios de hospitalización que ofrece, las 24 horas del día, los 365 días del año.

I.1.3. Contar con internos, residentes y enfermeras en formación de las especialidades que ofrece, las 24 horas del día, con el apoyo y supervisión de personal responsable.

I.1.4. Tener, en el área de cirugía, personal debidamente acreditado y en la cantidad suficiente para brindar los servicios quirúrgicos y de anestesia que ofrece.

I.2. Instalaciones físicas

I.2.1. Contar con instalaciones adecuadas, en tamaño, cantidad y distribución, para atender pacientes de la especialidad o especialidades que ofrezca el hospital.

I.2.2. Contar con mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones físicas, en todo el hospital.

I.2.3. Contar con planta de emergencia para el suministro de energía eléctrica, por lo menos en las áreas críticas: quirófano, terapia intensiva, tococirugía, urgencias, neonatología, imagenología y laboratorios.

I.3. Equipamiento

I.3.1. Contar con la cantidad y el tipo de equipo requerido para brindar los servicios de hospitalización, urgencias, quirófano y cuidados intensivos, de la especialidad o especialidades que ofrece el hospital.

I.3.2. Contar con la cantidad y calidad tecnológica adecuada de equipo de cómputo y sistemas informáticos para apoyar los servicios de la especialidad o especialidades que ofrece el hospital.

I.3.3. Tener laboratorio clínico, con equipo para realizar las pruebas necesarias para satisfacer, por lo menos, el 80% de los exámenes que se requieran en la atención de los pacientes, en las especialidades que ofrece.

I.3.4. Tener servicio de imagenología, con equipo para realizar por lo menos el 80% de los estudios de rayos X y ultrasonido y, en su caso, contar con convenios celebrados con otras instituciones para la realización de estudios más complejos que requieran los pacientes.

I.3.5. Contar con mantenimiento preventivo y correctivo del equipo en todo el hospital, que garantice su óptimo funcionamiento.

I.3.6. Contar con un quirófano equipado para atender cirugía mayor de la especialidad o especialidades que ofrezca el hospital.

I.4. Insumos

I.4.1. Almacenar, manejar y controlar, de acuerdo con su tipo, todos los insumos médicos y no médicos.

I.4.2. Contar con una farmacia y un banco de sangre o un servicio de transfusión autorizados, con los insumos y recursos suficientes para atender las necesidades de hospitalización.

I.4.3. Manejar y controlar los medicamentos que sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, de acuerdo con las disposiciones legales y administrativas aplicables.

II. FUNCIONES DE ATENCIÓN AL PACIENTE

II.1. Derechos del paciente

II.1.1. Promover que los médicos den información completa, al ingresar los pacientes, sobre su padecimiento y de todo procedimiento diagnóstico o

terapéutico que entrañe un alto riesgo. En todos los casos se debe solicitar el consentimiento del paciente o de sus familiares para el tratamiento.

II.1.2. Otorgar un trato digno y respetar la confidencialidad y seguridad del paciente durante su estancia en el hospital, de acuerdo con la especialidad de que se trate.

II.1.3. Promover que los médicos brinden al paciente, a su egreso, información completa sobre su tratamiento y cuidado en el hogar, así como las citas posteriores, según el caso.

II.2. Valoración del paciente

II.2.1. Garantizar el servicio de unidades de apoyo diagnóstico, propios o subrogados, durante todo el proceso de atención, incluido radiología e imagen, laboratorio clínico, banco de sangre y laboratorio de patología, las 24 horas del día, todos los días del año.

II.2.2. Contar con controles internos de calidad en las áreas de apoyo diagnóstico.

II.3. Expediente clínico

II.3.1. Abrir un expediente clínico, por todos y cada uno de los pacientes, conforme a la normatividad aplicable al expediente clínico.

II.3.2. Conservar una copia del expediente clínico en los archivos del hospital, un mínimo de cinco años.

II.4. Urgencias

II.4.1. Realizar los procedimientos, en las áreas de urgencias, con oportunidad y con la mayor seguridad para el paciente, en los que considere, incluso, la referencia de forma expedita y segura del paciente a otra institución, si el caso excede a la capacidad de respuesta del hospital.

II.5. Hospitalización

II.5.1. Tener, por lo menos, el 50% de enfermeras tituladas.

II.5.2. Realizar los procedimientos, en las áreas de hospitalización, con la mayor seguridad para el paciente.

II.5.3. Contar con servicios de cocina y alimentos suficientes para proveer las dietas de los pacientes y del personal del hospital.

II.5.4 Contar por lo menos, con los siguientes comités: Auditoría Médica; Infecciones Intrahospitalarias; Seguridad e Higiene Laboral; Mortalidad; Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética; Insumos y, adicionalmente, los que sean pertinentes conforme al nivel de complejidad del hospital. Dichos comités deberán cumplir con la función de detectar y resolver problemas relacionados con la atención.

II.6. Cirugía y anestesia

II.6.1. Realizar los procedimientos quirúrgicos y de anestesia, con la mayor seguridad para el paciente.

II.6.2. Observar en los procesos anestésicos la normatividad aplicable para la práctica de la anestesiología.

II.6.3. Contar con un área de recuperación postanestésica, que tenga el equipo y el personal idóneos para monitorear el estado del paciente, de la especialidad o especialidades que ofrezca el hospital.

II.6.4. Contar con un área de Terapia Intensiva, que tenga el equipo idóneo para monitorear y atender a los pacientes de las especialidades que ofrezca el hospital.

III. FUNCIONES DE APOYO A LA ATENCIÓN

III.1. Gobierno

III.1.1. Contar con un director o consejo directivo como órgano de mayor jerarquía, con representación de las áreas clave, que funcione de forma efectiva y ágil en la toma de decisiones estratégicas del hospital.

III.1.2. Tener una enfermera titulada como Jefe de Enfermería.

III.2. Personal médico y paramédico

III.2.1. Contar con manuales de procedimientos y reglamentos que orienten las actividades clínicas y de atención al paciente, por parte del personal médico, de enfermería y paramédico.

III.2.2. Tener preferentemente en su personal médico a miembros del Consejo de la Especialidad correspondiente, y a enfermeras pertenecientes a asociaciones o sociedades de carácter nacional.

III.3. Ambiente hospitalario

III.3.1. Cumplir con los requisitos y procedimientos que establece la normatividad aplicable, para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.

III.4. Seguridad hospitalaria

III.4.1. Contar con un comité de protección civil o de seguridad e higiene que haya definido los procesos de respuesta ante siniestros e incendios, en todos los servicios y departamentos del hospital, incluidas la ruta y acciones para la evacuación de pacientes y de personal.

IV. INDICADORES

IV.1. Indicadores

IV.1.1. Registrar de manera confiable y oportuna la siguiente información:

a. Porcentaje general de ocupación hospitalaria.

b. Número total de egresos en el último año.

c. Número de cirugías efectuadas en el último año.

d. Tasa de mortalidad hospitalaria.

e. Porcentaje de cesáreas.

f. Tasa bruta de infecciones intrahospitalarias.

- g. Promedio de estancia hospitalaria.
- h. Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria.
- i. Porcentaje de reingresos hospitalarios.
- j. Porcentaje de pacientes reintervenidos quirúrgicamente.
- k. Porcentaje de congruencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.

SEXTO. Cuando los hospitales realicen actividades de enseñanza o investigación, además de los requisitos que se señalan en los puntos tercero, cuarto y quinto del presente, según se trate de hospitales generales o de especialidades deberán reunir lo siguiente:

1. Enseñanza

1.1. Contar con las instalaciones y el equipo necesarios para el desarrollo de las actividades de enseñanza, conforme al número de personal médico, de enfermería y paramédico en formación.

1.2. Contar y cumplir con los reglamentos y normas que establezcan las funciones y responsabilidades de los médicos, enfermeras y paramédicos en formación, así como con el mecanismo de supervisión de sus actividades por parte del personal médico y de enfermería.

1.3. Contar con un departamento con personal asignado exclusivamente para programar, supervisar y evaluar las actividades de enseñanza del personal médico y paramédico en formación.

1.4. Tener un índice de internos, residentes y enfermeras en formación adecuado al personal de base o tutores en cada área y especialidad.

1.5. Tener un índice adecuado de internos, residentes y enfermeras en formación por cama, en cada área y especialidad.

1.6. Contar con un programa integral de enseñanza y capacitación continua para todo el personal médico y paramédico.

2. Investigación

2.1. Contar con un Comité de Investigación y Bioética que evalúe los protocolos para su aceptación y dé seguimiento a todas las investigaciones aprobadas, hasta su adecuada conclusión.

2.2. Haber mantenido o incrementado, en los últimos cinco años, la proporción de investigadores que pertenezcan al Sistema Nacional de Investigadores.

2.3. Haber mantenido o incrementado, en los últimos cinco años, la proporción de artículos aceptados o publicados en revistas indexadas, respecto del número de investigaciones concluidas.

2.4. Haber mantenido o incrementado, en los últimos cinco años, la proporción de protocolos aceptados con financiamiento externo y el total de protocolos autorizados dentro del hospital.

SÉPTIMO. Las particularidades de cada uno de los requisitos establecidos en los puntos tercero, cuarto, quinto y sexto del presente, se determinarán en los manuales correspondientes, a cargo del Consejo de Salubridad General.

Los manuales estarán a disposición de los hospitales interesados en la certificación, y los agentes evaluadores deberán ajustarse a éstos.

México, Distrito Federal, a veintidós de junio de mil novecientos noventa y nueve.-
El Presidente del Consejo de Salubridad General, **Juan Ramón de la Fuente.**-
Rúbrica.- El Secretario del Consejo de Salubridad General, **Octavio Rivero Serrano.**-
Rúbrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. **ACOSTA** Font,J. “Evaluación de la satisfacción del paciente”. Departamento de Teoría Económica Universidad de Barcelona. España, 123,1999.
2. **AVEDIS** Donabedian. “La Calidad de la Atención en Salud”. Gerencia de Salud, México, 2007.
3. **CARDENAS** Herrera Raúl. “Cómo lograr la Calidad en Bienes y Servicios. Limusa Editores, México 1993.
4. **COVEY STEPHEN**. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva, Ed. Paidos. Julio 2007
5. **DEL RIVERO** Elvira. “Sistemas de gestión de Calidad”. Gerencia de Salud, México, 2006.
6. **FUENTES G, H.** [Modelo](#) Holístico Configuracional de los Procesos Universitarios. [Conferencia](#), [documentos](#) CeeS "M.F. Gran". [Universidad](#) de Oriente. Santiago de [Cuba](#). Cuba. 1977
7. **GARCÍA PEÑA Y COLS.** Las múltiples facetas de la investigación en salud.. Editado por IMSS, México DF 2000.
8. **GARCIA RAMOS, LUJAN LOPEZ.** Satisfacción laboral del personal de salud. Rev. Enf. IMSS, 15 (2) 2007
9. **HALL JA, DORMANMC.** Meta – analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overallsatisfaction levels. Soc. Sci Med 27 (6) ; 1988.
10. **HERNÁNDEZ SAMPIERE ROBERTO, FERNÁNDEZ COLLADO Y COLS.** Metodología de la Investigación. McGraw Hill 2ª edición, México, DF 2006
11. **IMSS.** “Evaluación de la Calidad de la atención en las Unidades Médicas. Jefatura de los Servicios de Hospitales. México, 1987.
12. **JACOBSONN C.** Patients opinions. Pain L, ed. Hospital management internacional’90. London: Internacional Hospital Federation ; 1990.

- 13. J.M- JURAN.** Juran y el Liderazgo para la calidad. Manual para Directivos. Ediciones Díaz Santos SA. 3ª edición, Madrid España, 1990.
- 14. KARL R. POPPER.** La lógica de la Investigación Científica. Editorial Tecnos SA. 1ª edición, 1991.
- 15. LA NORMA ISO 9000 del 2000.** Resumen para Directivos. Ediciones Gestión 2000, Barcelona, 2001.
- 16. L MACEIRAS.** Encuestas de satisfacción de usuarios. Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Vigo, España.2007
- 17. MAPES JAMES.** True leadership. Leadership Excellence, vol. 24 # 6, Jun 2007
- 18. MALAGON, GALAN, PONTON.** Garantía de la Calidad en Salud. Editorial Panamericana 1ª reimpresión, Bogotá, Colombia 2001
- 19. MÉNDEZ RAMÍREZ IGNACIO Y COLS.** El protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración. Editorial Trillas SA de CV. 3ª edición 1988.
- 20. MILLS David.** "Quality Auditing. Chapman & May, London.
- 21. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Perfil del Sistema de Servicios de Salud, 2ª edición, abril 2002
- 22. RENDON VELARDE DAVID.** La mística del Líder. Antología del ser humano, las causas y razones íntimas del ser. Ediciones Castillo, SA de CV, México 2003.
- 23. ROJAS Ramos Daniel.** "Orígenes y Tendencias de la Calidad Total. Wikilearning by magíster.com, México 2006.
- 24. SECRETARIA DE SALUD.** Manual para elaborar reportes del Modelo de Gestión de Calidad. México, 2007.
- 25. SENGE, PETER.** La Quinta Disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje, segunda edición 4ª reimpresión, editorial Granica 2005.
- 26. SWEENEY JOHN.** Supercharged Innovation. Leadership Excellence, vol. 24 # 6, Jun 2007
- 27. TUDOR RICARDS.** Creativity and the management of chance. Oxford University Press, 2005.

28. WILLIAM W. SCHERKENBACH. “La Ruta Deming hacia la Mejora Continua.”
. Editorial Continental 1ª reimpresión, México, 1995.

29. W. EDWARDS DEMING. Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis Ediciones Díaz de Santos SA 3ª edición, Madrid España, 1989.

30. www. [iram.org/doctos/certificación/sistemas/ISO 9000: 2000-calidad](http://iram.org/doctos/certificación/sistemas/ISO%209000:2000-calidad)

31. MASSIP PÉREZ, ORTIZ REYES, y colaboradores. The evaluation of health satisfaccion: a challenge for quality. La Habana, Cuba, 2008.