



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISIÓN SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**UNA MIRADA CRITICA AL INTERIOR Y
FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CONSULTA
EXTERNA DE SALUD MENTAL**

T E S I S

que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

ALBERTO MARCOS AYALA LEDESMA

Directora de Tesis: Mtra. María del Carmen Montenegro Núñez

Sinodales: Dr. Germán Álvarez Díaz de León
Mtra. Zuraya Monroy Nasr
Mtra. Karina Beatriz Torres Maldonado
Lic. Cecilia Montes Medina

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

UNA MIRADA CRITICA AL INTERIOR Y FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD MENTAL

	Página
Introducción	I
I. Marco teórico	1
1. Goffman y las instituciones totales	2
1.1. Concepto y clasificación de las instituciones totales	2
1.2. La dinámica dentro de la institución total	3
1.3. Principios del trato de los internos	4
1.4. El trayecto del paciente en un hospital psiquiátrico	7
1.5. Hacia el interior de un hospital	10
1.6. Relación entre el médico e interno en hospitalización psiquiátrica	11
1.7. Aplicación del modelo de servicios particulares a la psiquiatría institucional	14
1.8. Conclusiones acerca de las instituciones totales	16
II. Antecedentes	18
1. El Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental	19
1.1. El modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental	19
1.2. Objetivos generales y divisiones	20
2. Modelos de Gestión en Instituciones de Salud Mental	26
2.1. Modelo norteamericano de comunidad terapéutica	26
2.2. Evolución de los modelos de gestión de calidad hospitalaria	28
2.3. El Modelo Europeo de Calidad, Gestión clínica y Gestión por procesos	30
2.4. El modelo gerencial Deming	32
2.5. Adaptación de los 14 puntos de Deming para la asistencia sanitaria, de Batalden y Vorlicky	36
2.6. El uso de las herramientas estadísticas y el concepto de variación	41
2.7. Sistemas estables	43
2.8. Cuadro de control	44
3. La aplicación del modelo Deming en Instituciones de salud mental	46
3.1. La aplicación del modelo Deming en empresas de servicios hospitalarios: El Hospital Corporation of America	46
3.2. Acreditación de hospitales: teoría de las manzanas podridas	49
3.3. Salud mental en un centro penitenciario	51
3.4. Otros ejemplos	52
3.5. Conclusiones acerca de los Antecedentes	53

III. Método	54
Planteamiento del problema	55
Objetivo general.	55
Procedimiento	56
IV. Análisis institucional de la unidad de consulta externa de salud mental	58
1. Contexto institucional de la UCE	59
1.1. Breve reseña histórica de la creación del servicio	59
1.2. El CSMC de 1974 a 2005	60
1.3. Origen de la Unidad de Consulta Externa (UCE)	63
1.4. Conclusión	64
2. Marco normativo legal de la UCE	66
2.1. Normas generales de salud	67
2.2. Normas para las instituciones de atención a la salud mental	67
2.3. Normas específicas para las unidades de consulta externa	68
2.4. Certificación de hospitales	68
2.5. Normatividad dentro de la UCE	70
3. Políticas de funcionamiento instrumentadas en la UCE	72
3.1. La Coordinación de la UCE y la Jefatura de Enseñanza	72
3.2. La Jefatura de Psicología	72
3.3. El Departamento de Trabajo Social	75
3.4. Manual operativo de la UCE	76
3.5. Funcionamiento del Servicio de Consulta Externa	79
3.6. Alejamiento del servicio	83
3.7. Conclusión: Comentarios finales acerca de la UCE	84
V. Discusión y conclusión	87
VI. Sugerencias	98
1. Acercamiento preliminar	99
1.1. Aplicación de los cuadros de control en la Jefatura de Psicología	99
1.2. Creación del Reporte de Productividad	101
1.3. Resultados de un acercamiento preliminar	105
2. Sugerencias de pautas para la gestión	106
Bibliografía	IV
Anexo. Ejemplo de índices de alejamiento parciales	VIII

Introducción

En noviembre de 2007, en un centro de salud mental de consulta externa se presentó un paciente, el señor V, en busca de apoyo para su depresión, dado que acababa de ser liquidado de la empresa en donde trabajaba. En el momento en que es recibido en consulta, es referido por el psiquiatra a evaluación psicológica, aún cuando a él no le agrada la idea, ya que insiste en “platicar con alguien” que le ayude con su problema. Es convencido de que inicie y finalice el estudio y se le aclara que éste es necesario para apoyar las decisiones del psiquiatra y del psicólogo que podría llevar su caso en psicoterapia.

A pesar de estar en tratamiento farmacológico y de recibir contención en la realización de la batería, los síntomas depresivos persisten y a mediados de febrero de 2008 insiste en recibir una psicoterapia. Es canalizado por medio de una solicitud para intervención psicoterapéutica, pero entonces viene una confusión de comunicación: psiquiatría desea que el paciente sea canalizado con un psicoterapeuta específico y no existe el canal adecuado para que esta petición sea hecha, por lo que el Departamento de Psicología hace una primera programación con un segundo psicoterapeuta, que es cancelada porque éste no tenía espacio de atención disponible (lo cual no se sabía al interior del Departamento de Psicología).

El paciente es programado una segunda vez, pero dándole una cita en horario de la mañana, a las 12 de la tarde (hora en que el paciente ha aclarado le resulta muy difícil acudir), y citado cuatro semanas después de recibida la solicitud. Él asiste puntual a la cita pero el psicoterapeuta asignado indica que puede recibirlo hasta las 1 de la tarde, y lo llama en la sala de espera para informarle. Irritado, dice que él fue citado a las 12 y que a la 1 ya tiene programada una cita en psiquiatría.

El caso se turna a otro psicoterapeuta al que se le dice que atienda al paciente, y lo llama en la sala de espera, aunque aún no sabe nada del caso. El señor V entra visiblemente irritado al consultorio y antes de responder cualquier pregunta interroga al psicólogo sobre los resultados de su evaluación psicológica. En ese momento, cuatro meses después de iniciado el estudio, los

resultados aún no están listos y el psicólogo ni siquiera sabía que se había canalizado a pruebas, por lo que tiene que responder que no, que no tiene la menor idea del caso y que apenas supo de la existencia de ese paciente, a lo que el señor V le responde que a él le dijeron que los resultados eran importantes para la terapia, que por eso se estaban haciendo y que su médico psiquiatra le había dicho que iba a ser canalizado con un psicoterapeuta que, cuando se entrevistara con él, ya iba a conocer de su caso, con los resultados de las pruebas psicológicas, por lo que insiste en que no quiere platicar ni discutir su caso con el psicólogo que tiene enfrente.

Mientras el paciente pasa a consulta en psiquiatría, ese mismo día, es localizado el psicoterapeuta que Psiquiatría había “asignado”, por lo que éste se traslada para atenderlo, y lo hace, aunque para ese momento el paciente ha perdido la mañana y además se ha irritado. Entra a consulta, disgustado, y días después llama para quejarse con el Departamento de Psicología, que aún desconoce este desenlace. El reporte de la evaluación psicológica no está listo sino hasta dos semanas después. Finalmente el paciente abandona el servicio, disgustado. Y en su última visita, ha dicho que si alguien le pregunta, recomendará que no asista al servicio.

Este tipo de anomalías representan un buen ejemplo de errores que en algún momento ocurren en un centro de atención de consulta externa, y es muestra clara de lo que no debería suceder, como consecuencia de una falta de políticas que dirijan la calidad en el servicio. Cotidianamente en un centro o unidad de consulta externa siempre hay ausencias o alejamiento de la gente que demanda el servicio. ¿Pero es posible argumentar que la falta de políticas de calidad en el servicio es el origen de una parte de ese alejamiento? ¿Cómo es posible que una unidad de consulta externa llegue a perder la constancia en el servicio adecuado? ¿Es posible, modificando las políticas de calidad, disminuir el alejamiento? ¿Qué puede hacer la institución para mejorar la calidad y disminuir el alejamiento?

El presente trabajo de tesis pretende ofrecer un análisis documental y empírico acerca del funcionamiento desde el interior de una Unidad de Consulta Externa (UCE) de salud mental, a través de una investigación de campo que se realiza dentro de la Clínica de Salud Mental (CSM) donde está inserta, la cual es una institución privada, cuyo nombre específico no será expuesto en este trabajo. Esta investigación se realiza dentro del marco de un proceso de reestructuración administrativa y operativa que se lleva a cabo en la mencionada Institución desde hace más de dos años, posterior a un proceso de recertificación. Dicha reestructuración pretende lograr que la afluencia de pacientes a la consulta sea cada vez mayor en base a una alta especialización por medio de la creación de clínicas para patologías específicas.

Como objetivo general de este trabajo se plantea un análisis documental, a través de un estudio de diseño transversal, de tipo descriptivo, del funcionamiento de la UCE, a fin de distinguir aspectos que tengan un impacto negativo en la institución, que reduzcan su ingreso económico y entorpezcan la

planeación de la actividad profesional. Un fenómeno de interés dentro de este trabajo es la elevada inasistencia de los pacientes a consulta una vez que se les ha dado la cita y que probablemente represente un indicador de la calidad del servicio que se brinda en la UCE.

El trabajo ofrece, a partir de los resultados, recomendaciones con base en políticas administrativas que promuevan la articulación y secuenciación entre los distintos niveles de intervención interdisciplinaria (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales), que permita una atención integral, inmediata y de calidad que brinde beneficios por partida doble, por un lado para el paciente que asiste, el cual es necesario que reconozca la importancia de asistir a sus consultas y por otra el beneficio para una institución de salud mental que por mucho tiempo se ha caracterizado por ser una opción de calidad en nuestro país, que requiere modernizarse y estar como siempre, a la altura de los nuevos avances, teóricos, técnicos y operativos.

Para lograr nuestro objetivo, en la primera parte se revisará la teoría acerca de las instituciones totales de Erving Goffman, en virtud de que la UCE nace de las necesidades de una institución psiquiátrica, que se acopla al modelo descrito por Goffman. En la segunda parte se revisan los antecedentes en materia de estudios relativos a la aplicación de los modelos de gestión aplicados en instituciones de salud mental, y en especial se revisarán los principios de la filosofía de calidad de William Edwards Deming, ya que su propuesta no se limita a un seguimiento estadístico de la calidad, sino que incluye propuestas de políticas institucionales. Como parte del método, en la tercera parte, se plantea un diseño de estudio transversal, de tipo descriptivo, que contemple el marco teórico descrito, y la investigación directa dentro de la institución en base a los documentos históricos, administrativos y operativos que hayan sido expedidos por la institución y que contribuyan al objetivo del estudio.

En la cuarta parte, de resultados, se expone el análisis de la UCE, haciendo una revisión acerca de sus primeros años de funcionamiento, hasta llegar a su actual funcionamiento administrativo. Dentro de la quinta parte se exponen la discusión y las conclusiones de este trabajo, y finalmente, en la sexta parte, se plasman algunas sugerencias que surgen de a partir de las conclusiones, contemplando el inicio de una propuesta operativa de funcionamiento.

I. Marco Teórico

El complejo mundo de los hospitales psiquiátricos puede ser entendido a través de modelos hacia los cuales estos establecimientos parecen ajustarse, y dentro de estos modelos destaca el propuesto por Erving Goffman. A través del concepto de *Institución* es capaz de traducir cómo se instrumenta el concepto de salud mental en la dinámica estructural que se vive dentro de estas instituciones. Este concepto ha sido abordado a través de una serie de ensayos en donde se expone esta realidad, dejando de relieve el papel que los profesionistas juegan en ello. Es por todo esto que se eligió a este autor como base del marco teórico de este trabajo.

1.1. Concepto y clasificación de las instituciones totales

Para entender lo que significa un contexto institucional que puede ser aplicado a los hospitales psiquiátricos se puede referir a lo citado por Erving Goffman en su libro *Internados*, donde aborda la situación de las instituciones psiquiátricas dentro de un conglomerado que llama instituciones totales y que define en su libro como: -“Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1970). Dada esta definición, las cárceles y el hospital psiquiátrico son claro ejemplo de lo que se entiende como una institución total.

El establecimiento social (o institución) son sitios en donde se desarrollan regularmente actividades específicas, y hay criterios para seleccionar a las personas que pueden admitir. Esto es que no todas las instituciones sociales están hechas para todos los individuos: algunas tendrán criterios más accesibles y otras pueden ser más exigentes. De igual forma las personas que componen estos establecimientos pueden ser constantes o variables. Todas estas instituciones tienen una razón de ser, de tal forma que en algunas se desarrollan actividades que le confieren al individuo su estatus social y otras brindan la oportunidad de contraer relaciones informales.

Toda institución se convierte en una parte importante en la vida del individuo que la integra, ya que demanda de él parte de su tiempo, interés y en cierta forma constituye un mundo que lo absorbe, pues le demandará tiempo, trabajo o esfuerzo. Esto resulta una constante para todo tipo de instituciones, pero en un subgrupo de éstas (las totales) podemos observar que acaban por absorber más a los involucrados. Goffman prosigue con el concepto de institución que recibe la característica de *Total* cuando la tendencia absorbente está presente en un grado mucho mayor que en cualquier otra institución. La tendencia absorbente o totalizadora está

simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de sus miembros, que suelen adquirir forma material “a través de puertas cerradas, altos muros, alambre de púas”, entre otras (Goffman, 1970, p. 18).

Goffman propone cinco clasificaciones para las instituciones totales:

1. Instituciones erigidas para cuidar de las personas que a la vez parecen incapaces e inofensivas (hospitales).
2. Instituciones erigidas para cuidar de las personas incapaces de cuidarse y a la vez son una amenaza involuntaria (psiquiátricos).
3. Instituciones erigidas para proteger a la comunidad de las personas que constituyen una amenaza intencionada, sin buscar el bienestar del interno (cárceles).
4. Instituciones erigidas para un mejor cumplimiento de una tarea, a veces de carácter laboral (ejército).
5. Refugios del mundo o como formación de religiosos.

1.2. La dinámica dentro de la institución total

Un ordenamiento social básico en el mundo moderno es la tendencia de cualquier ser humano a elegir dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, tiempos y ambientes, con diferentes co participantes, y sometidos a autoridades que pueden ser también diferentes. Además de la naturaleza absorbente, la característica central de las instituciones totales puede describirse como la ruptura de esta tendencia, quedando estas actividades sin una barrera de espacio entre sí y sin la posibilidad de elección entre varias posibilidades (Goffman, 1970 p. 82). El jugar, dormir y trabajar se llevan a cabo con muchas más personas, en un mismo lugar y hora y a todos se les da un trato similar. Esto significa que hay una programación de todas estas actividades y cada una conduce a otra. El hecho clave de las instituciones totales es el manejo de necesidades humanas mediante la gestión burocrática de grupos humanos indivisibles. En las organizaciones totales también existe una escisión básica: por un lado se encuentra un gran número de manejados (a los que se les llama internos) y un pequeño grupo de personal supervisor (Goffman, 1970 p. 83). En un hospital psiquiátrico los pacientes internados duermen en pabellones, lugares destinados para albergarlos, en conjunto, tienen que alimentarse en un mismo comedor a una misma hora, y pasar a diferentes actividades en conjunto con otros internos y ser atendidos por un médico, enfermera o trabajador social que en la mayoría de las ocasiones, no eligen, y cuya actividad viene programada de antemano, siguiendo protocolos que en un momento dan lugar a manuales de procedimientos a seguir por el personal que ahí labora. Lo mismo ocurre en unidades ambulatorias, en menor medida debido a que sólo permanecen en ella un menor lapso de tiempo.

En cualquier caso, el trabajo que todo personal de una institución total realiza, es en relación a seres humanos, única y exclusivamente. Este

trabajo no es como el que se realiza en cualquier otro centro de trabajo, dado que los objetivos y productos se refieren a seres humanos. Aun cuando Goffman señala que el trabajo en una institución total es distinto al de una empresa prestadora de servicios (Goffman, 1970), es posible establecer una analogía entre los internos (pacientes) y los seres inanimados que existen en otro tipo de centros de trabajo (herramientas, mesas de trabajo, vehículos). Así, es posible que los trabajadores de una institución total prefieran el trabajo con determinado tipo de personas que en algún momento pueden facilitar la intervención que se tiene con ellos.

Los trabajadores de un hospital psiquiátrico (y de una unidad ambulatoria) como médicos, enfermeras, psicólogos o trabajadores sociales parecen compartir estas características también, y preferirán pacientes con determinada patología o evitarán a los que conlleven determinadas características como sexo, edad o trayectoria académica. Además también existirá una jerarquía notoria entre éstas disciplinas en el momento de tomar decisiones importantes, a pesar de que cada una posee un rol de trabajo diferente en la medida en que éste se especializa.

Es posible encontrar otra analogía en un hospital psiquiátrico (e incluso en una unidad de atención ambulatoria) con respecto a otro centro de trabajo: así como un producto en una fábrica de transformación metal mecánica lleva un cárdex con algún tipo de información acerca de los procesos que ha sufrido, también un ser humano en un hospital psiquiátrico lleva consigo todo un bagaje de las acciones que emprenderá en el lugar al que se va a incorporar, y que en sí define al expediente clínico, el cual es creado por una parte del personal de la institución.

El personal de una institución total debe de atenerse y asegurarse de cumplir con algunos lineamientos básicos que podemos resumir en que su trabajo y su mundo se vincula con seres humanos, por lo que tienen que atenerse a ciertas normas de forma obligatoria, siendo éstas la garantía que se les da a los internos a cambio de la libertad que se les ha suspendido. Esta garantía tiene una relación con el estatus y relaciones de los internos con el mundo exterior y la Institución debe de respetar los derechos de los internos en cuanto a que son personas, por lo que el personal tiene la obligación de hacer cumplir las normas de humanidad y derechos de los internos. Esto aplica para un hospital y para una unidad de atención ambulatoria, como la Unidad de Consulta Externa (UCE) en donde se realiza este estudio.

1.3. Principios del trato de los internos

Una institución total parece respetar los grandes principios morales que rigen en la sociedad circundante, y que van encaminadas a considerar a las personas como un fin en sí mismas. Las normas de humanidad son una parte intrínseca de las instituciones totales pues representan la única garantía que ofrece a los internos para quitarles la libertad que gozarían

fuera de ellas. Esto puede significar que un preso, por ejemplo, va a perder su libertad porque es una exigencia de la sociedad, pero a cambio de esto debe de ofrecerse un trato digno en una cárcel, y con determinadas medidas de seguridad y de mantenimiento de la salud, a pesar de que pudiera tratarse de un condenado a muerte.

Asegurar el cumplimiento de las normas de humanidad queda en manos del personal, pero continuamente le es recordado por los niveles jerárquicos superiores y hasta por los diversos mecanismos de control de la sociedad en general, esto incluye a los parientes de los internos, y de alguna forma a los internos mismos. Cuando los parientes actúan en calidad de críticos plantearán un problema diferente pues se permiten reclamar para los internos más cosas, algunas de las cuales el internado no reclamaría para sí.

Un individuo ingresado en una institución total perderá en la mayoría de los casos cierta libertad, empezando desde la aceptación o no del ingreso. Este poder de libertad o capacidad de decisión no se pierde, sino que se transmite a otros para su gestión, es decir, que en un hospital psiquiátrico un médico, enfermera, psicólogo, etc. tomará las decisiones que el paciente en sí no puede, o se le ha quitado la capacidad de tomar. En sustitución a esa libertad que se le ha tomado al paciente, la institución está comprometida a ofrecer una atención que cumpla con ciertas características mínimas. Lo interesante es comparar esta característica con la UCE, en donde este compromiso de la institución debería de ser mayor a las *características mínimas* que imperan en la institución total.

Las normas del trato que un interno tiene derecho a esperar pueden, sin duda, ser “incompatibles con las normas que otros legítimamente desean” (Goffman, 1970. p. 86). Si ya el aseguramiento de la existencia de las normas de humanidad puede representar un problema para el personal de las instituciones totales, el trato con los internos, respetando la eficiencia institucional plantea una problemática en sí misma, representando un conflicto constante: en la mayoría de las instituciones totales se perderán algunas consideraciones para los internos con el fin de asegurar una parte de la eficiencia de la institución en general. Los pacientes pierden derechos en pos de conseguir una uniformidad en los procedimientos que se realizan, así, en un hospital psiquiátrico, los enfermos no pueden ingresar con demasiados efectos personales y no poseen un personal cambio de cama; no mantienen elementos que en otra situación son parte importante del material con que se constituye su yo, a menos que la institución de antemano no se comprometa a cubrir con esas necesidades. Caso concreto es el de la vestimenta en algunos hospitales psiquiátricos, en donde a falta de uniformes se permite el ingreso con la ropa propia del paciente.

Esta ausencia de las libertades individuales tiene un efecto muy considerable dentro de los niveles de eficiencia de la Institución. La

eficiencia que se consigue, por ejemplo, dentro de los dormitorios de un hospital psiquiátrico, es resultado de dejar a los internos sin pertenencias, o de no reconocerles derechos sobre la elección de dónde pueden ser alojados. Esta búsqueda de la eficiencia a través de la reducción de los derechos de los internos se evidencia más si se considera que algunas partes del cuerpo del interno también pueden entorpecer su manejo, por lo cual serán eliminadas. Los internos pueden ser rapados con el fin de mantener la higiene en general, por ejemplo.

En la UCE esta búsqueda de la eficiencia puede sacrificar algunos detalles como pueden ser la elección de algún médico en particular o la conveniencia de elegir el horario o incluso la fecha de la siguiente consulta, o bien dejarle al paciente la elección en base a un rango muy pequeño de opciones disponibles. La programación de la cita de primera vez puede también ser decidida sin la intervención del paciente.

Interacción del personal de la institución con los internos

Atendiendo a la analogía de considerar a los internos como un material dentro de un proceso, encontramos que a diferencia de los objetos inanimados los humanos no pueden ser tan refractarios, ya que pueden percibir (y entorpecer) los objetivos que distinguen en el personal. Los objetos inanimados no. Así como pueden favorecer el desempeño del personal, los internos a veces pueden realizar serios estragos en éste, para sentirse más importantes o para no aburrirse o en respuesta a lo que perciben como una agresión por parte del personal. Este es un problema en la relación del interno con el personal de la institución total, el que pueda percibir sus actos (cuando constituyen una falta) como un agravio contra su propio mundo moral.

En ocasiones el personal puede actuar con reserva con respecto a las decisiones tomadas sobre el destino de los internos y en particular sobre lo peor que ha sido planeado para él.

El interés afectuoso que el personal puede sentir con el tiempo, por uno de los internos, plantea un segundo problema y está relacionado con un ciclo envolvente, según Goffman. El trabajador de la institución total piensa que no hay una razón válida para que *extirpe* de raíz el vínculo de simpatía que puede entablar con algunos internos, sin embargo este vínculo lo coloca en una posición vulnerable, exponiéndose a sentirse afectado por lo que hacen los internos, o incluso por las decisiones que se toman con respecto a ellos. Esta posición puede ser muy distinta, en un trabajador específico, de la que mantienen sus demás compañeros, y es entonces cuando tiene la sensación de haberse *quemado* y probablemente se refugiará en el trabajo de oficina o en otra actividad rutinaria, ahí, a una distancia prudente deja de sentir preocupación y el ciclo de contacto y evasión puede repetirse nuevamente (como probablemente pase con el

personal de la UCE descrito en la introducción de este trabajo). Las consideraciones que se obtienen son:

- a) el personal de una institución total está vinculado a actuar con respecto a los internos de acuerdo a ciertas normas humanitarias;
- b) puede llegar a concebir a éstos como seres razonables, susceptibles de ser objeto de interés emocional.

El resultado de la compaginación de estos dos hechos nos plantea un problema que genera el trabajo en una institución total. Tradicionalmente, los integrantes de la plana mayor de los psiquiátricos se presentan enfáticamente como especialistas en el conocimiento de la naturaleza humana (conocimiento en cuya virtud diagnostican y recetan), y un elemento importante de esta teoría de la naturaleza humana consiste en considerar que si se logra que el interno demuestre una obediencia extrema al personal en su ingreso, resultará manejable en lo sucesivo, porque al someterse a estas exigencias iniciales su resistencia queda de algún modo quebrantada.

Tal vez para suavizar toda esta dinámica, dentro de las instituciones totales se llevan a cabo eventos o ceremonias que se caracterizan por una atenuación de las formalidades entre los trabajadores y los internos y por un ablandamiento en la cadena de mando habitual. En estas ceremonias se realiza una especie de relevo de roles ordinarios, en donde es común la participación más activa de los internos. Las ceremonias institucionales pueden ser desde la celebración de la navidad o fiestas patrias hasta la organización de un cartel, y la característica principal radica en que por un momento le es otorgada una mayor libertad a los internos a la vez que se les delega cierto poder. Los internos suelen adornar las instalaciones mientras esperan que sus cuidadores tengan mayores consideraciones con ellos. Durante estas ceremonias institucionales se producen los siguientes cambios en relación a otros momentos de funcionamiento:

- Existe una distribución de pequeños regalos o indulgencias.
- A los internos se les exime de algunas tareas habituales.
- Es posible ampliar el horario de las visitas.
- Se reducen momentáneamente las restricciones que generalmente suponen un cierto rigor en la vida de la Institución.

1.4. El trayecto del paciente en un hospital psiquiátrico

Goffman se refiere a la carrera moral del paciente como la trayectoria social que ha recorrido en el transcurso de su vida, y que involucra tanto a los asuntos subjetivos íntimos que van formando el yo del individuo, como también los detalles enmarcados en el medio social que van determinando la denominación de enfermo mental. El concepto del Yo dentro de una institución aborda principalmente los aspectos morales de la trayectoria del paciente, es decir, la secuencia regular de cambios y el modo de

juzgarse a sí mismo. En ocasiones los pacientes no llegan por una decisión propia a un hospital psiquiátrico, sino que una serie de contingencias lo llevan a ese destino, y de igual forma el egreso estará mediado a través de otra serie correlativa de contingencias, es decir que algunos pacientes estarán hospitalizados sólo porque son víctimas de las contingencias que actuaron sobre ellos, más que por una enfermedad mental.

Una característica de este concepto es que parece ambivalente, pues por un lado se relaciona con asuntos subjetivos íntimos como el sentimiento de identidad y por otro lado también se refiere a aspectos más observables y objetivos como una posición formal o un estilo de vida. En cualquier caso forma parte de un complejo que es detectado por la institución. El “yo de enfoque institucional” aborda principalmente los aspectos morales de la carrera, es decir, la secuencia regular de cambios que la carrera introduce en el yo de una persona, y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a los demás.

Por lo regular los internos recluidos en cárceles u hospitales psiquiátricos suelen tener como antecedente una larga serie de acciones en su contra. Si deslindamos las transgresiones que pudieron servir como fundamento para la hospitalización, de las que verdaderamente la fundamentaron, se encuentran las “contingencias de carrera”. Estas se refieren al status socioeconómico, la notoriedad de la trasgresión o la proximidad de una institución total. Otra serie de contingencias correlativa puede incluso ayudar a una persona a eludir el destino de ser internado, pero si incluso llegara a serlo, dentro también habrá una serie de contingencias que determinen el momento en que se lo dará de alta, el interés que tenga la familia en que vuelva, y la posibilidad de un empleo.

Etapa Pre-paciente

El conjunto de contingencias que se manifiestan antes del ingreso, quedan reunidas en una etapa a la que podemos llamar de Pre-paciente, y surgen por lo general a través de un *sistema* establecido. Goffman denomina a este sistema como *Circuito de Agentes y Agencias*, en las que se identifica a personas cercanas a los pacientes, que son quienes en realidad manifiestan la idea de *institucionalizar* al paciente, a través de una necesidad propia.

Otra persona cercana al paciente y que tiene un rol identificado es el *denunciante* (el que finalmente manifiesta la necesidad de la reclusión en una institución) que a su vez interactúa con un *agente* quien toma el rol de mediador entre el denunciante y el paciente, y que se halla involucrado en una agencia (una institución total) de la cual es agente. Esta estructura del manejo del paciente entre un denunciante y un agente es percibido por el paciente, el cual experimentará dentro de su carrera moral, la experiencia de ser traicionado por una de las personas más cercanas o allegada a él, o

por el denunciante. Los roles que intervienen en la etapa pre-paciente serán:

- a. La persona más allegada al paciente
- b. El denunciante
- c. Los mediadores o sucesión de agentes o agencias a donde es transferido (médicos, policías, psiquiatras, abogados, etc.).

Uno de estos agentes al final obtendrá el mandato legal con el que quedará formalizada la reclusión del paciente y a menudo será ejercida, puesto que en algunos de estos agentes de rol se hallaba el deseo primario de la institucionalización del paciente. Esta situación es en general ajena a la UCE dado que no supone una pérdida de la libertad en todo sentido, además también suponen en una mínima medida la cooperación del paciente para la realización de las consultas.

El paciente por lo regular experimentará un sentimiento de traición por parte de la persona más allegada (principalmente), aunque es común que para el momento del internamiento las relaciones de ésta con el paciente ya se hayan deteriorado por la carrera moral del paciente hasta ese momento. Este sentimiento de traición será mayor cuando el hecho ocurra en presencia de otros que actúan como testigos de un hecho social público de degradación del paciente.

Este sentimiento de traición presenta dos aspectos notables, el primero relacionado a los que sugieren la posibilidad de internamiento, que por lo general estará matizada de una aproximación poco realista sobre lo que el paciente va a encontrar una vez internado. En pocas palabras, es prácticamente engañado para dejarse internar.

El segundo aspecto se refiere a la transición escalonada de la condición de *persona* a la condición de *paciente*, en la que cada etapa implica una reducción en la condición de *adulto libre*, mientras que cada agente de rol procurará mantener la ficción de que no habrá más reducciones en la libertad del paciente. Es posible que en una de estas etapas el paciente se percate de que sus condiciones van siendo cada vez más estrictas, y así como la persona más allegada justifica el internamiento a partir de la evidencia de la historia clínica, es favorable que el paciente haga lo mismo, es decir, que llegue a la contemplación de su evolución retrospectivamente a fin de hallarle algún sentido a su permanencia dentro del hospital, así como a las intenciones de su allegado. Esta reconstrucción es muy importante pues de ella depende toda su carrera moral.

Etapas del Paciente

En esta etapa, posterior al momento del internamiento, la carrera del pre paciente puede sugerir la certeza de su abandono: ha quedado al margen

de la sociedad y sus allegados lo han dejado y ante este panorama el paciente trata de sobrellevarlo, poniéndose a disposición de la comunidad hospitalaria para la interacción social. Su retraimiento se limitara o se reservará para determinadas ocasiones. Ese asentamiento marca una nueva posición en la que intenta darse a conocer o presentarse ante el grupo. A pesar de que de pronto el nuevo paciente se encuentra desposeído de una cantidad de sus satisfacciones y defensas ordinarias, aprende a orientarse en términos de un sistema de salas; esto es una serie de estructuras de vivienda graduadas que se organizan en torno a las salas, las unidades administrativas llamadas “servicios” y una serie de grados de estatus ambulatorios bajo palabra.

En ocasiones, por desobedecer, los pacientes pierden privilegios, los cuales pueden llegar a recuperar como premio a su posterior obediencia, e incluso les son restituidas algunas de las satisfacciones que se dan por sentadas en el mundo exterior.

Existen ambientes que suelen ser tan disímiles a los habituales que una persona puede advertir como ajenos a cualquier expresión o proyección de su yo. Los hospitales psiquiátricos constituyen este caso extremo al contar con un nivel de vida degradado y por la crudeza con que se le hace sentir al paciente, en relación al significado que tiene el ambiente para el yo. Este presiona al paciente para que sienta que no es más que un caso patológico que ha sufrido una especie de colapso social en el exterior, que ha fracasado y que apenas es capaz de comportarse como un adulto. Aun cuando en la carrera moral del paciente este trate de abstraer y distorsionar una imagen más favorable de sí mismo, las condiciones degradantes del ambiente hospitalario tienden a refutar toda posible historia salvo la que parece tener la misma institución sobre su paciente. Esto queda fundamentado en el establecimiento de un diagnóstico y de su continuación por medio de la historia clínica.

1.5. Hacia el interior de un hospital

Goffman tiene un interés especial acerca de la vida íntima de las instituciones totales restrictivas (Goffman, 1970). Conceptos como las *fuentes, escondrijos, medios de transporte, lugares libres, territorios, provisiones para el intercambio*, son los elementos mínimos que se necesitan para poder edificar una vida dentro de una institución. El estudio de las instituciones totales requiere la existencia de puntos vulnerables y comunes a toda organización formal, como los depósitos de provisiones, las enfermerías, las cocinas o los ambientes de trabajo técnico.

En el caso de los hospitales psiquiátricos, los pacientes que padecen enfermedades mentales son personas que llaman la atención del mundo exterior a las instituciones por medio de un desajuste que indujo a la ciencia médica a establecer el diagnóstico de enfermedad mental, creando a la vez un estigma, que es el medio por el cual respondemos a la reacción

del paciente, la hospitalización psiquiátrica previene todas las maniobras de éste y tiende a arrebatarse hasta las expresiones comunes como seres humanos que se resisten al dominio de las organizaciones.

En los casos en los que un paciente se encuentra recluido, desnudo y sin medios de expresión visibles, no le quedan mayores salidas que hacer pedazos el mobiliario o realizar alguna actividad prohibida que agrada a otros, y la institución juzgará estos actos como propios de la categoría de personas que garantizan la reclusión. Pero cuando un paciente realiza actos más restrictivos, suele verse la conducta sintomática de una perturbación breve, no de la tentativa de un hombre por mantenerse ajeno al lugar al que se le ha destinado.

Las actividades de evasión como mecanismo de ajuste secundario dentro de una institución total las realizan los pacientes mediante empresas o actos que les brinden la posibilidad de olvidarse de sí mismos, y temporalmente borran toda conciencia del medio circundante en el cual está obligado a habitar. Estas actividades contemplan las visitas conyugales, el juego con otros pacientes o la psicoterapia individual, así como ciertas formas de insubordinación ritual (como la protesta o el rezongo). En este sentido, probablemente la conciencia del sí mismo para los internos provenga a través de la minúscula resistencia que se le opone a la Institución.

1.6. Relación entre médico e interno en hospitalización psiquiátrica

Goffman define en primer término las *actividades ocupacionales especializadas*, que pueden quedar definidas en dos categorías: en donde el profesional enfrenta directamente al público en el curso de su trabajo (servicio personal), y donde no lo enfrenta y trabaja solo por cuenta de los miembros establecidos de su organización laboral.

La *ocupación del servicio personal*, puede definirse, como aquella en que se presta regularmente un servicio personal especializado a una serie de individuos, entablando una comunicación personal directa con cada uno de ellos, sin mantener alguna otra vinculación. El servicio personal está en función de tener un trato directo o sin intermediarios con los usuarios, y en el caso de la institución puede no existir, ya que el contacto entre el profesional y el usuario es a través de los diversos departamentos o unidades que los coordinen. El tipo de relación social en el servicio personal es aquella en que algunas personas (**clientes**) se ponen en manos de otras (**servidores**).

El cliente aporta la confianza en el servidor y en que usará la relación éticamente; en segundo término también aporta gratitud y honorarios hacia el servidor.

El servidor aporta una competencia empíricamente efectiva, puesta de buen grado a disposición del cliente, además de discreción profesional; una voluntaria reserva que lo lleva, por disciplina, a mostrar una absoluta falta de interés en los otros asuntos del cliente y aun en el motivo inicial que lo indujo a requerir el servicio. Este concepto de cliente y servidor se amolda mucho mejor a la UCE ya que basa su servicio en una relación similar.

Por otro lado, los honorarios no son asimilables al valor del servicio, cuando se prestan al cliente servicios que en su momento tienen un valor enorme, las normas del comportamiento ideal prescriben que el profesional se conforme con los honorarios fijos, que le aseguren lo necesario para la ejecución de sus actividades. La fidelidad al concepto que el servidor tiene de sí mismo como un profesional desinteresado, y su predisposición a entablar relaciones sobre esta base, fundan una especie de compromiso, y fomentan el uso insólito que los clientes hacen del mismo. La interacción producida entre el cliente y servidor se vuelve muy estructurada y puede iniciar intercambios verbales, los cuales comprenden tres componentes:

- Técnico: intercambio de preguntas y respuestas con miras a brindar información pertinente sobre la reparación;
- Contractual: formulación sobre costos aproximados, duración de trabajo y cosa por el estilo;
- Social: abarca cortesías, gentilezas y muestras de cordialidad.

El *ciclo de reparación* da inicio por medio del relato que el cliente hace al servidor, y revive la experiencia del percance, es entonces que es posible llamar síntomas a las dificultades que describe el paciente y signos a los datos que el servidor observa directamente, y los pasos de este proceso son: observación, diagnóstico, prescripción y tratamiento. El servidor enseguida emprende un examen sumario de los restos de funcionamiento sanos, y debe de exhibir en esta oportunidad sus achaques ante los ojos de un experto. Cuando el servidor ha concluido su trabajo, suele sobrevenir un periodo de convalecencia en que el sujeto es sometido a un mínimo de exigencias, y la fase final del ciclo de reparación se cierra cuando el objeto queda “como nuevo”, o por lo menos en tal estado que, a pesar de cierta debilidad en la zona del remiendo, la atención puede retirarse del asunto y pasa tranquilamente a otra cosa.

Los aspectos a considerar dentro de la relación del servidor con el cliente en su ciclo de reparación son:

1. La utilidad que una posición y un objeto pueden tener tengan hacia el propietario, depende de que sus diversas partes mantengan entre sí un orden funcional
2. En la relación de servicio es el pleno derecho del cliente sobre su posesión, de la que puede, por ley disponer como quiere

3. La posición en si constituye un sistema no solo relativamente cerrado, sino además lo bastante pequeño para que el propietario pueda trasladarlo de un lugar a otro, en su defecto para que propietario y servidor puedan verlo como un todo simultaneo.
4. Las posiciones del servicio no solo constituyen sistemas relativamente cerrados y manuales, sino que, además entran en ciertas definidas y obvias categorías de sistemas.

Goffman también expone algunos supuestos básicos dentro de lo que llama como la expansión del **complejo de taller**, y que en el caso de la UCE puede estar referido a algunas actividades como los bazares que se organizan en beneficio de los pacientes, donde estos son los expositores y por medio de esta tarea tratan de reintegrar parte de su funcionamiento psicosocial:

1. El **taller** resultara un medio benigno para el deterioro sufrido por la posición, y detendrá su progresivo avance aunque no efectuó ninguna cura.
2. La relativa independencia de la posesión con respecto a su ambiente originario permite transportarla por un tiempo al taller sin acarrearle perjuicios
3. El cliente no estará atado a su posición con ligaduras tan estrechas que le resulte intolerable dejarla en depósito como deberá hacerlo a la espera de que llegue el turno en un taller de reparaciones.

El servicio profesional expresa respeto reciproco entre servidor y cliente, y está concebido como un acuerdo formal. El servidor estará en condiciones de fundamentar una definición de sí mismo como alguien que sólo con la retribución de sus horarios, puede proporcionar al cliente un servicio idóneo, del que tiene extrema necesidad. El cliente puede entonces creer que existen en la sociedad personas desconocidas, llenas de buena voluntad y altamente capacitadas que ejercitan su competencia en beneficio de intereses ajenos, a cambio de los horarios corrientes.

La validez del modelo de servicio, consiste en el afán que inevitablemente mueve a los servidores a formarse una clientela selecta, tomando en consideración factores de vista técnico, tales como el estatus social o la solvencia. Si los clientes de un servidor provienen de la misma comunidad estable puede presumirse que se mantendrán en comunicación potencial, unos con otros y que estarán siempre listos a relacionarse en un “sistema de referencias” cuyo poder sobre el servidor es incalculable.

Cuanto más se preocupe un servidor y cuanto mayor sea su responsabilidad, cuanto más probablemente estará encomendado mantener principios de bien público no siempre compatible con los intereses de uno u otro cliente.

El proceso mediante el cual ponemos nuestro cuerpo en manos del servidor médico, y este lo someta a un tratamiento empírico racional, constituye, sin duda unos de los puntos culminantes en el *complejo de*

servidor. La misma docilidad con que los clientes confían al médico el destino de sus cuerpos, representa en sí un problema para el médico pues tal vez su simpatía por el paciente lo somete a una fuerte tensión emocional, cuando no está seguro de haber localizado el mal, o cuando está seguro que no hay nada que hacer y tiene que comunicar esta información a la persona, con lo cual sella su destino.

El *problema del tutor* ilustra el conflicto que puede crearse entre “lo que más conviene a los genuinos intereses del cliente”, según el criterio del servidor y de su disciplina y los deseos del cliente mismo, y este conflicto se agudiza por influencia de otro factor: la atención entre los intereses del cliente y los intereses de la comunidad.

El cliente entonces se obliga a recibir en el taller la fase de tratamiento activo del ciclo de reparación, y está situado a ver si algunas cosas que le ocurren y que ocurren a su alrededor son difícilmente asimilables al modelo de servicio. El hospital puede asegurar el beneficio de enormes y costosos equipos y de un instrumental especializado que no podrían ofrecerse en consultorios de ningún médico particular.

Asistencia Post – hospitalaria

A menudo durante la hospitalización, en un periodo de asistencia post-hospitalaria hay una brecha en el entorno del paciente. La practica de la medicina parece configurada sobre el modelo de servicio profesional de reparación, no se ajusta solo a un servicio orientado hacia el individuo también es adaptable a otros dos marcos de referencia:

- Puede emplearse al médico, no ya para asistir a un individuo, sino para asegurar a una empresa social constituida por cierto número de personas y que se maneja con estándares de calidad fijados, e impuestos por los agentes autorizados de la comunidad general.
- Puede asignarse a los médicos un rol de mantenimiento a fin de que trate al participante a una empresa. No desde el interés del participante mismo, ni para salvaguardar los estándares comunitarios, sino con el propósito de maximizar el rendimiento de la empresa.

1.7. La Aplicación del modelo de servicios médicos particulares a la psiquiatría institucional

Dentro de los hospitales psiquiátricos se incluye una obligación que entorpece desde el principio toda aplicación del modelo de servicios a la psiquiatría institucional: deben proteger a la comunidad contra el peligro y la molestia de ciertas irregularidades de conducta de algunos de los individuos que la componen, convirtiendo con esto al hospital psiquiátrico como una institución que forma parte de una red destinada a dar

alojamiento a varias categorías de personas socialmente perturbadas. Aunque es evidente que algunos pacientes involuntarios pueden llegar a reconocer su resistencia a la hospitalización en general, el resentimiento que se origina desde el momento de la institucionalización del paciente, parece permanecer y ser constante.

La organización de los demás servidores *auxiliares* en el hospital, es una evidencia del mandato difuso del psiquiatra alimentándolo con una información que solo él tiene derecho oficial a manejar en una evaluación general de un paciente.

El primer rasgo patológico que se hace notar en la condición del paciente es una conducta inapropiada de acuerdo a lo que culturalmente se espera de él, considerándolo desagradable y molesto, y las decisiones tomadas por el servidor tienden a ser políticas en sentido de expresar los intereses particulares de alguna persona y no el interés de la patología médica. De esta manera el *contexto institucional* tiende a arrastrar al psiquiatra y al paciente a una situación falsa y violenta provocando además los contactos que la ponen de manifiesto. La sociedad en general parece respaldarlos en esta labor porque la mayoría de la sociedad queda satisfecha de saber que existen instituciones que albergan y dan cuidado médico a una serie de individuos que lo necesitan.

Mandato de Peligro

En los hospitales psiquiátricos se opina que una acción torpe puede poner en grave peligro a un paciente, y el psiquiatra debido a su preparación y aptitud, está en posición de emprender acciones peligrosas, que no debería permitirse a personas de inferior jerarquía médica, aunque esto puede ser malinterpretado y derivar en acciones que tienen un matiz de castigo por encima de lo terapéutico: cuando se envía a una paciente como a una sala más restrictiva, se dice que se le traslada a una sala cuyas disposiciones la capacitan para sostener una celda de reclusión, y se pinta como un lugar donde el paciente podrá sentirse cómodo dada su incapacidad para refrenar sus impulsos de “actuación” (*acting out*).

Algunas variantes o ejemplos, que pueden seguir el mismo tono, pueden ser los siguientes:

Medicación o tratamiento sedativo, se hace mediante la ingestión forzada de fármacos, pero que puede lograr que un pabellón quede en silencio por las noches para permitir así la reducción del personal nocturno.

La Terapia Industrial se define como la asignación de una actividad o trabajo como medio para que el paciente exprese su capacidad para asumir deberes civiles.

El Control psiquiátrico se refiere a una recompensa por el buen comportamiento, como puede ser el conceder el derecho de asistir a las reuniones sociales, que permite un mayor contacto social.

Estos ejemplos pueden encontrarse dentro de la CSM pero son poco viables dentro de la UCE, en cuyo caso se llegan a encontrar algunas condiciones para la continuidad del tratamiento, como puede ser la consulta en psicología o la evaluación psicológica.

1.8. Conclusiones acerca de las instituciones totales

La postura acerca de las instituciones totales plantea la justificación de éstas de acuerdo a una necesidad apremiante del medio ambiente en donde está inserta y que parece clamar *¿Qué hago con estas personas (enfermos mentales, delincuentes)?* y que tratan de resolver esta cuestión reteniendo o apoderándose de los individuos, enajenándolos cada vez más profundamente de acuerdo a la naturaleza absorbente mencionada con anterioridad. Los hospitales psiquiátricos plantean el resolver la necesidad de una comunidad en cuanto a salud mental y adoptan el modelo de instituciones totales. Como tal, es posible reconocer que se cumplen las características descritas en párrafos anteriores, incluyendo el grado de reconocimiento del usuario o paciente por parte del personal que trabaja ahí. Dentro de esta perspectiva parece que el hospital psiquiátrico en su contexto institucional no es un lugar en donde se *curan* los pacientes insertos en él, sino un lugar en donde más bien se *contienen* mientras se trata de eliminar o reducir los síntomas, principalmente en el caso de los pacientes crónicos.

Es muy importante tomar en cuenta las reacciones de los pacientes de acuerdo a lo que ellos también perciben de la institución en su conjunto y de los individuos, en especial cuando perciben que a pesar de estar insertos en una institución, el trato o manejo que se les está ofreciendo no es el que consideran como el adecuado, más allá de los problemas que puede suscitar algún padecimiento psiquiátrico en el juicio de un paciente. Cuando éste es capaz de reconocer para sí mismo que no se le trata como a sus semejantes, será capaz de reaccionar ante esta postura *totalizante* de los empleados de la institución.

Dentro de la UCE la situación no parece menos *totalizante* en el sentido en el que se someterá al individuo a un tratamiento que no puede controlar por sí mismo y que también puede ser percibido como amenazante, en especial si su trayectoria incluye el sentirse traicionado por las personas a su alrededor, que finalmente lo insertan dentro de un ambiente ambulatorio. El reconocimiento de esta capacidad de los pacientes es vital al definir las normas o propuestas de acción dentro de la organización formal de una institución psiquiátrica, aún dentro de los servicios ambulatorios.

Por otro lado, Goffman advierte que difícilmente es posible ver a la institución total como una empresa privada, pues difiere mucho en cuanto a la naturaleza de los procedimientos y en cuanto a los *objetivos y productos*, los cuales son totalmente de naturaleza humana. Si bien el trasfondo de esta afirmación no deja lugar a dudas, también puede llevarnos a la interrogante acerca de que la gestión (mas no la función) de una institución total pueda ser entendida como similar a la gestión de una empresa de servicios.

Más aún, si el manejo *institucional* de un hospital psiquiátrico puede condenarlo a la ejecución de un modelo en el que el usuario sea relegado a una posición en la que hasta sus mínimos derechos no son mantenidos, el implementar un manejo *empresarial* de servicios al usuario, que tienda a establecer una postura menos totalizante en su funcionamiento global, parece una alternativa que permita combinar la naturaleza de la institución con una modificación a las políticas internas en cuanto al trato de los pacientes.

II. Antecedentes

1.1. El Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental

El documento “Programa de Acción en Salud Mental” (Secretaría de Salud, 2001) fue un antecedente de un programa encaminado a fortalecer los programas de salud mental en el país por medio de la atención primaria, con el objetivo de reformular la visión predominante de “atender exclusivamente al enfermo psiquiátrico discapacitado en instituciones hospitalarias”. De acuerdo a las estrategias descritas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se propiciaba la existencia de comunidades saludables y para este fin se hacían partícipes no sólo a las instituciones de salud sino también al sector educativo, laboral, de desarrollo e integración social y a la sociedad en general en los ámbitos federal, estatal y municipal.

El programa de acción en salud mental suponía un cambio radical en la atención a los problemas de salud mental pues era la primera vez en que adoptaba un enfoque integral y coordinado, con supuesta cobertura a todos los grupos de población. Dentro del programa se contemplaban nueve programas específicos, ocho de ellos dedicados a la atención de padecimientos específicos (de acuerdo a la mayor morbilidad e incapacidad personal, laboral y social) y el último de ellos dedicado al Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental (MIHASAME).

Este modelo formalizaba la colaboración de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental, Institución de Asistencia Privada (FREM) para participar en la propuesta y desarrollo de un nuevo modelo de atención en salud mental. Este nuevo modelo estaba basado en el respeto al derecho de los usuarios (que no necesariamente eran *internos*) de recibir una atención integral médico psiquiátrica de calidad y con calidez, ofreciendo una red de servicios con diferentes alternativas de prevención, hospitalización y reintegración social. El modelo debutó en noviembre de 2000 con la inauguración de la *Villa Ocaranza* y dos casas de medio camino, en sustitución del Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza”, en la ciudad de Pachuca, Hgo.

El proyecto proponía que el modelo asilar o institucional no favorecía la reintegración de los internos a la sociedad puesto que tenía como resultado internamientos prolongados (en algunos casos permanentes) y calificaba a este modelo como obsoleto pues consideraba también los avances obtenidos en psicofarmacología y rehabilitación psicosocial.

Los antecedentes directos de la elaboración del MIHASAME se hallan en la experiencia en Trieste, Italia, en donde desde 1977 se pretendía la necesidad de cerrar los manicomios y crear un sistema de servicios

alternativos en la comunidad, no como un rechazo a la psiquiatría, sino buscando nuevas modalidades que permitieran un mejor manejo y reinserción de los pacientes

1.2. Objetivos Generales y Divisiones

Los objetivos generales del MIHASAME eran los siguientes:

1. Prevenir el riesgo de la marginalización y/ o institucionalización psiquiátrica.
2. Atender a las personas con enfermedad mental, apoyándolas para desarrollar sus recursos personales y facilitándoles la provisión de soportes sociales básicos.
3. Favorecer en los usuarios la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en mejores condiciones de autonomía, normalización, integración y calidad de vida.
4. Posibilitar que los usuarios puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo posible; facilitando el desempeño de roles sociales.
5. Potenciar la integración laboral-social del usuario.
6. Promover la vida independiente de los usuarios ofreciendo el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo posible.
7. Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias.
8. Sensibilizar a la comunidad sobre la enfermedad mental a través de promoción de la salud mental.
9. Prevenir el desarrollo de la enfermedad mental mediante una atención oportuna y un tratamiento adecuado cuando se presentan los primeros síntomas del padecimiento.
10. Hacer convenios con organizaciones no gubernamentales para la implementación de programas comunitarios que faciliten la reintegración social de los usuarios.
11. Apoyar a los comités ciudadanos para favorecer el mejor desempeño de sus funciones.

Los objetivos específicos dependían de cada una de las estructuras de la red de servicios e incluían algunos puntos importantes, como el lograr que paulatinamente se cerraran los hospitales psiquiátricos asilares y que se lograra el reconocimiento mediante estímulos especiales, de los trabajadores de las instituciones del MIHASAME. La red de servicios se hallaba estructurada de forma compleja de acuerdo a las siguientes divisiones: prevención, hospitalización y reintegración social.

Prevención

Esta se pretendía que se desarrollara por medio de la difusión de salud a nivel comunitario, con la realización de campañas informativas por medios publicitarios así como la sensibilización y capacitación constante del personal de la Secretaría de Salud y de otras instituciones. Por otra parte, en Centros de Salud, Centros de Salud con Módulos de Salud Mental, Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) y Centros Integrales de

Salud Mental (CISAME) se pretendía llevar a cabo acciones para la promoción de la salud mental a través de grupos de orientación a la población en general y a grupos de riesgo. Este trabajo estaba pues, dividido según el lugar en específico en donde se realizara:

1. Los Centros de Salud deberían de contar con médicos generales capacitados en materia de salud mental y en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. En caso de detectar la necesidad de una atención especializada, el médico debía referir al usuario al centro de salud que cuente con un Módulo de Salud Mental.
2. Los centros de salud con Módulo de Salud Mental debían de contar con elementos y equipo necesarios para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier enfermedad mental o en su caso para la referencia de usuarios, así como para la realización de actividades de fomento y promoción de la salud mental. El equipo de profesionales debía de incluir un médico psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y una enfermera.
3. Los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) debían de contar con equipos interdisciplinarios integrados por psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapeutas, entre otros y con la infraestructura necesaria para dar el servicio.
4. Los Centros Integrales de Salud Mental (CISAME) además de funcionar con la misma estructura interdisciplinaria que los anteriores, deben de contar con el personal y equipo especializados para diagnóstico como laboratorio de análisis clínico, electroencefalografía, laboratorio del sueño, mapeo cerebral, entre otros. Además de promover actividades culturales y socio-recreativas para los usuarios, que de preferencia sean coordinadas por el comité ciudadano.

Hospitalización

Esta se programó para llevarse a cabo en Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales y Hospitales Psiquiátricos para usuarios con padecimientos agudos (hospitalización breve). Planteaba la creación de nuevas estructuras de hospitalización, como son las Villas. En todas estas estructuras se daría una atención integral como dicta la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Las unidades de atención integral médico psiquiátrica son entonces las siguientes (Secretaría de Salud, 2000):

1. Unidad de Psiquiatría en el Hospital General

Esta estructura forma parte de este modelo de atención; su objetivo es dar el tratamiento especializado en el hospital general, el cual debe contar con el servicio de hospitalización breve, que tendrá un porcentaje de camas de acuerdo a la necesidad de la población en donde se encuentre y un periodo promedio de estancia de 15 a 30 días, durante el cual se debe proporcionar atención integral médico-psiquiátrica. Por otra parte, esta unidad debe contemplar también el servicio de consulta externa y urgencias

psiquiátricas con área de observación para estancias comprendidas de 12 a 48 horas.

La Unidad de Psiquiatría debe contar con un comedor, sala de descanso y un espacio lo suficientemente amplio para que los usuarios puedan caminar durante su internamiento, ya que por la naturaleza de su padecimiento o por los efectos colaterales de algunos medicamentos, así lo requieren.

2. Hospital Psiquiátrico para Usuarios con Padecimientos Agudos

Es una unidad hospitalaria especializada de estancia breve para usuarios que están en la fase aguda de su enfermedad, brinda una atención integral médico psiquiátrica. Cuenta con un área de rehabilitación psicosocial, con el servicio de consulta externa, servicios auxiliares de diagnóstico y servicio de urgencias psiquiátricas con área de observación para estancias comprendidas de 12 a 48 horas.

3. Villa

La villa es un área de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, en donde los usuarios tendrán una estancia máxima de 3 a 6 meses. Dentro de las villas los usuarios recibirán atención integral médico psiquiátrica las 24 horas del día. Las villas están construidas con un máximo de cuatro recámaras independientes por villa, las cuales contarán con un baño cada una y serán para tres personas, sala de descanso, comedor, cocineta, módulo de enfermería, un consultorio médico, un baño para el personal y un área exterior de lavaderos y tendederos para la ropa. Estas villas son de puertas abiertas hacia las áreas comunes. Para su operación es necesario contar con un área de talleres de rehabilitación, tienda, cafetería, salón de usos múltiples para usuarios, una unidad de atención médica en cuidados especiales, oficinas administrativas, etc. Todo esto rodeado de áreas verdes.

En las villas se intensifican las acciones de rehabilitación con constantes salidas voluntarias de los usuarios a la comunidad que podrán ser coordinadas tanto por el comité ciudadano como por el personal. Otra actividad que promueve la rehabilitación es la asistencia a los talleres que estarán dentro de las mismas instalaciones, en las que los usuarios acudirán voluntariamente y en los que recibirán un apoyo económico por su participación; de preferencia estos talleres serán coordinados por miembros del comité ciudadano. También los usuarios podrán asistir voluntariamente a las asambleas que serán coordinadas por el comité ciudadano. Todas estas actividades favorecerán su futura reintegración a la comunidad. Los usuarios que estén en condiciones óptimas, si así lo desean, pueden solicitar un permiso para salir a realizar diversas actividades en la comunidad y regresar al término de éstas a la villa.

Reintegración Social

Los programas comunitarios de reintegración social se fomentaban dentro de la misma comunidad y apoyaba al usuario en el proceso de reintegración social, por medio de Casas de Medio Camino, Residencias Comunitarias, departamentos Independientes, Residencias para Adultos Mayores, Clubes Sociales, Talleres Protegidos y Cooperativas mixtas (Secretaría de Salud, 2000).

1. Casas de Medio Camino

Son casas que se ubican dentro de la comunidad, en las que viven usuarios que están dados de alta de cualquiera de las estructuras de hospitalización o aquellos usuarios que viven en la comunidad y que así lo requieran. En estas casas sólo pueden vivir usuarios que lo soliciten voluntariamente y el tiempo de permanencia de los mismos será de acuerdo a su proceso de evolución. En estas estructuras se apoya al usuario en su proceso de reintegración social y el servicio es gratuito.

2. Residencias Comunitarias

Es un espacio que tiene las mismas características físicas de las Casas de Medio Camino. Son casas dentro de la comunidad en las que los usuarios viven independientes, de manera voluntaria y sin aportar ninguna cuota económica para el funcionamiento de las mismas. El tiempo de estancia es de acuerdo a la decisión del usuario, en las residencias el acompañamiento es eventual y en algunos casos a solicitud de los usuarios.

3. Departamentos Independientes

Estos espacios están dentro de la comunidad y el único apoyo que se les brinda a los usuarios es económico para el pago de sus rentas, mediante convenios donde se especifica la duración de este apoyo y bajo qué condiciones opera; aquí residen de manera totalmente independiente.

4. Residencias para Adultos Mayores

Esta estructura es el único programa comunitario que contará con personal médico especializado en psicogeriatría y las instalaciones estarán adecuadas a las necesidades propias de esta población y no pagarán ninguna cuota de recuperación.

5. Talleres Protegidos

En estos talleres los usuarios aprenden un oficio y reciben apoyo económico por su participación, con el fin de que en un futuro puedan

lograr su autonomía económica a través de un trabajo formal remunerado. En estos talleres no se cobran cuotas de recuperación.

6. Cooperativas Mixtas

Deben estar constituidas por usuarios y miembros de la comunidad, con el objetivo de lograr la autosuficiencia económica de los usuarios.

7. Clubes Sociales

Estos son centros de reunión, dentro de la comunidad para que los usuarios puedan participar en actividades culturales, deportivas y recreativas. Estos clubes reciben apoyo económico de parte del Estado, para su funcionamiento.

Centro Comunitario de Salud Mental

Dentro de los lineamientos generales del MIHASAME encontramos dos estructuras que son similares a las UCE de Salud Mental. El primero de ellos es el Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM). Este tiene por objeto el proporcionar atención en salud mental ambulatoria a pacientes que no pueda atender el Centro de Salud o bien que sean referidos del segundo y tercer nivel de atención. La prestación de los servicios de salud mental en el CECOSAM es externa y lo proporciona el personal de Psiquiatría, Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería. Se realizan ahí actividades preventivas, de promoción, terapéuticas, de rehabilitación psicosocial y de diseño de programas de psiquiatría comunitaria. Si bien existen lineamientos específicos para el CECOSAM, estos son muy generales y no incluyen un manual de procedimientos específico o propuesto, ni políticas internas de funcionamiento.

Centro Integral de Salud Mental

Esta estructura (CISAME) es similar a la anterior en cuanto a la atención ambulatoria, pero resulta ser más compleja que el CECOSAM. El CISAME tiene por objeto la detección, atención y rehabilitación de pacientes con enfermedad mental que requieren de una atención especializada y subespecializada. Cuenta con las especialidades de Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Pediatría, Geriatría, Comunicación Humana, Psicología Clínica, Neuropediatría, Neurofisiología, Trabajo Social, Derecho, Enfermería y Rehabilitación Psicosocial. Está dividido en tres grandes áreas de atención:

1. Atención a Menores de edad.
2. Atención a Adultos.
3. Atención Especial (Violencia Intrafamiliar).

En general, el desarrollo del MIHASAME representa un avance importante en materia de salud mental en el país, pues trataba de resolver un problema social que afecta a personas consideradas como vulnerables dadas las características de la enfermedad mental. Propone un parte aguas en el desarrollo de la salud mental en México, al considerar la paulatina desaparición del modelo asilar de hospital psiquiátrico y la creación de nuevos programas de atención, aprovechando algunas de las estructuras existentes de salud, y creando otras, como las Villas en donde se busca principalmente la rehabilitación social del paciente. Sin embargo, a pesar de que el planteamiento estaba basado en experiencias internacionales que en su momento probaron su eficacia y consideraba además el impacto económico de resultar exitoso el proyecto, éste no se llega a implementar en su totalidad debido a diversos factores externos que dificultaron su desarrollo.

El desarrollo de la administración, desde la segunda guerra mundial, ha tratado de abarcar a todos los esquemas posibles en donde sea necesaria una acción planeada y ordenada, saliendo totalmente del concepto de empresa para adentrarse en el concepto de sistema organizacional, que es aquel en donde un grupo de personas se reúnen para un determinado fin. La atención hospitalaria, al igual que otras áreas laborales, exige un trabajo de gestión concienzudo basado en un marco teórico bien delimitado. Es importante revisar algunos modelos de gestión organizacional enfocados en la calidad y dirigidos al ámbito asistencial, en específico de las instituciones psiquiátricas.

Es interesante observar que estos modelos de gestión no resultan tan populares en el ámbito de la medicina como podrían serlo en otros muy distintos, como la industria manufacturera o de servicios (Walton, 1992). La atención hospitalaria aún cuando está considerada dentro de éstas últimas es tomada en general como un caso aparte en cuanto a la aplicación de marcos teóricos que regulen su funcionamiento, en tanto debe permanecer más humanizada de acuerdo a la naturaleza de sus actividades (Rosander, 1994). Los profesionales de la salud mental en instituciones cuentan con muchas actividades que en un momento no les permiten desviar su atención hacia la gestión por lo que se hace necesaria la aplicación de estrategias que permitan potencializar su desempeño, en primer término mediante las políticas gubernamentales que requieren de una certificación para el funcionamiento mínimo adecuado.

La combinación de elementos humanistas con principios de gestión de la calidad ofrece un marco propicio para la adopción de normas o políticas de funcionamiento, pues resulta más entendible para la variedad de profesiones que se desempeñan en las unidades operativas que se dedican a la salud mental. En este capítulo se exponen algunas de las filosofías de la calidad y de gestión aplicada a los servicios sanitarios que han tenido éxito en hospitales diversos, en diferentes momentos y contextos.

2.1. Modelo Norteamericano de Comunidad Terapéutica

Es interesante observar que si bien en un momento los hospitales mentales estaban muy a la zaga en el desarrollo de los métodos de tratamiento, fueron a la postre el lugar en donde se desarrollaron los primeros intentos de un modelo de cuidado del paciente que utilizaba la fuerza de la comunidad.

Durante la primera mitad del siglo XIX fueron adoptadas algunas reformas hospitalarias, principalmente en Estados Unidos, donde prevaleció un método conocido como “tratamiento moral”, debido a que se intentaba tratar a los enfermos de acuerdo a sus derechos morales como individuos, y actuaba a través de una vida comunal entre los pacientes y el personal del hospital, incorporando al paciente a actividades tales como el trabajo, recreo y culto religioso. A pesar de que las estadísticas revelaron una alta incidencia de recuperación en pacientes hospitalizados en este sistema, el tratamiento moral desapareció virtualmente de la escena a mediados del siglo XIX para que le sucediera el llamado “vacío del cuidado de custodia” (Zax, 1979. p. 86).

Un esfuerzo por retomar esta filosofía se describe en 1930 por Harry Stack Sullivan, quien trata de crear un ambiente óptimo de tratamiento para los esquizofrénicos, siguiendo la idea de que su crecimiento sólo podía ser facilitado por personas extremadamente sensibles a sus necesidades. Maxwell Jones, posteriormente, retoma algunas de estas ideas concretándolas en el concepto de “comunidad terapéutica”. Al igual que para Sullivan, la fuerza más significativa en el tratamiento de la enfermedad mental es el ambiente social. La comunidad terapéutica exigía que a cada paciente le fuera asignado un trabajo que se esperaba desempeñara fielmente, además de exigir al personal una reunión diaria de una hora con los pacientes y una hora solamente entre el personal (Amaro González, 1980).

Otro programa innovador de mediados del siglo pasado fue el desarrollado en el Centro de Salud Mental de Massachusetts (MMHC), donde se modificaron aspectos importantes como el procedimiento de admisión y el surgimiento de un gobierno de pacientes, que entraba en contacto con la administración del hospital. Los efectos de este programa se reflejaron en el alto porcentaje de pacientes dados de alta mientras duraba el programa (cerca del 85%).

Para Amaro, la comunidad terapéutica es un intento de reestructuración de un mundo común disuelto por la enfermedad, por medio del cual el enfermo puede hallar otra vez la libre apertura a la realidad y a sí mismo, entendiendo como apertura a la realidad el ser percibido como otro semejante (Amaro González, 1980).

A pesar de que un paciente no sea capaz de asumir responsabilidades y desarrollar autocomprensión, la comunidad terapéutica se suscribe a la creencia de que aquellos sí son capaces de hacerlo. Una comunidad terapéutica (Amaro González, 1980):

- a) Conserva la individualidad del enfermo
- b) Asume que el paciente es digno de confianza
- c) Asume también que es capaz de un grado alto de responsabilidad
- d) Mantiene una actividad intensa organizada hacia fines concretos
- e) Insiste en el tratamiento social y en la formación de grupos multidisciplinarios.

De tal forma que el concepto de comunidad terapéutica viene a ser el de una unidad de tratamiento, que proporciona un medio ambiente efectivo para producir cambios en la conducta de los pacientes.

2.2. Evolución de los modelos de gestión de calidad hospitalaria

En la práctica sanitaria ha existido siempre un concepto intuitivo de un trabajo bien hecho y del concepto de la calidad, sin embargo, el concepto de calidad es, relativamente, un concepto nuevo para las ciencias de la salud, pues ha estado ligado en un principio a los medios industriales, y ha evolucionado en paralelo a los problemas que ha ido planteando el desarrollo industrial pues está ligado a la competitividad empresarial. Tradicionalmente ha existido una reticencia a asumir los programas de calidad como parte integrante del quehacer cotidiano, en los círculos sanitarios y más concretamente en los psiquiátricos o de salud mental.

En el ámbito industrial de principios del siglo XX se tenía un sistema de producción en masa, ligado a un concepto de calidad como una necesidad que hay que controlar, naciendo así el concepto de Control de Calidad. Desde 1930 se incorpora la estadística, estableciéndose planes de muestreo a la inspección y abaratando costos al no tener que revisar el 100% de las piezas, denominando al proceso como Control Estadístico de la Calidad. Hacia 1970 la producción se descentraliza y se habla de producción en subequipos y se introduce el concepto de “aseguramiento de la calidad”, que trata de planificar las operaciones de manera que se asegure de que un producto va a satisfacer los requisitos establecidos, tratando de limitar al máximo la tasa de posibles errores en la totalidad del proceso.

Por otro lado, el movimiento de “Calidad Total” iniciado en Japón desde los años cincuenta sigue desarrollándose desde entonces, a la par de los demás conceptos de calidad. El concepto de “total” significa que la calidad debe de llegar a todos los niveles, incluyendo a las personas que laboran en los productos y servicios, a fin de lograr una satisfacción en todos los niveles.

En general, la aproximación a los programas de calidad por parte de los hospitales destinados a la salud mental se ha hecho de forma más heterogénea. Basta citar que entre los modelos empleados para aplicar los conceptos de calidad en la salud mental se encuentran los círculos de calidad, el “Ciclo Shewhart”, *Just in Time* y el concepto de “calidad total” de Deming y Baldrige, y todos estos modelos aparecen citados por la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) (Cuadro 2.).

Cuadro 1. Modelos de calidad

Círculos de Calidad

Grupos de voluntarios que tienen como objetivo mejorar la calidad de los procesos y el entorno del trabajo.

Ciclo Shewhart

Proceso metodológico para asegurar las actividades de mejora y mantenimiento de lo mejorado, basado en cuatro pasos: Planificar, Hacer, Comprobar y Ajustar.

Just in time

Sistema de gestión que permite entregar al cliente el producto exigido con la calidad exigida, en la cantidad precisa y en el momento exacto.

Calidad total

Sistema de gestión a través del cual la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, los accionistas y la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales, etc.

Las empresas hospitalarias han adoptado principalmente los modelos de calidad *total*, frente a los otros modelos. Chicharro Lezcano (2003) trata de redefinir a la calidad total, aplicándola al modelo de psiquiatría comunitaria, definiéndola como: “Un sistema de gestión a través del cual el centro X satisface las necesidades y expectativas de sus pacientes, de sus profesionales, de los políticos sanitarios y de la comunidad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales y tecnología”. El concepto de “*total*” indica que la calidad no sólo debe estar presente en el producto o servicio, que no sólo debe llegar al consumidor final, sino que debe llegar a todos los niveles de la organización, operativos, o directivos.

Algunos de los modelos de calidad que tratan de aproximarse al concepto de calidad total quedan expuestos a continuación (Cuadro 3).

Cuadro 2. Modelos de gestión de la calidad total

Modelo Deming

Actualmente dirigido por la Fundación Deming, que se encarga de promoverlo en occidente. En Japón, la JUSE (Unión de Técnicos e Ingenieros Japoneses) crea desde 1951 el premio Deming a la calidad total.

Modelo Malcom Baldrige

Creado en Estados Unidos en 1987 en respuesta a la invasión de productos japoneses en el mercado estadounidense.

Modelo Europeo de Calidad, Gestión Clínica y Gestión por procesos.

Creado en 1992 por la *European Foundation For Quality Management (EFQM)*, creada a su vez en 1988, en un inicio por 14 grandes empresas europeas, con el objetivo de mejorar la competitividad de las organizaciones europeas mediante la mejora de su gestión.

2.3. El Modelo Europeo de Calidad, Gestión clínica y Gestión por procesos

Este modelo se basa en que la satisfacción del cliente y la de los empleados, al igual que el impacto de la organización en la sociedad, reside en el liderazgo que impulse la política y la gestión del personal, recursos y procesos hacia la excelencia, y se fundamenta en los siguientes criterios:

Criterio 1: Liderazgo

Trata de cómo el comportamiento y las actuaciones del equipo directivo y de los demás líderes de la organización estimulan y fomentan una cultura de Gestión de Calidad Total.

Criterio 2: Política y estrategia

Revisa cómo la organización formula, despliega y revisa su política y estrategia y la convierte en planes y acciones.

Criterio 3: Personas

Analiza el modo en cómo aprovecha la organización todo el potencial de su plantilla.

Criterio 4: Alianzas y recursos

Trata de cómo gestiona la organización los recursos de manera eficiente y eficaz.

Criterio 5: Procesos

Cómo la organización identifica, gestiona, revisa y mejora sus procesos.

Criterio 6: Resultados en los clientes

Revisa qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los clientes.

Criterio 7: Resultados en las personas

Al igual que el criterio anterior, revisa qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los empleados.

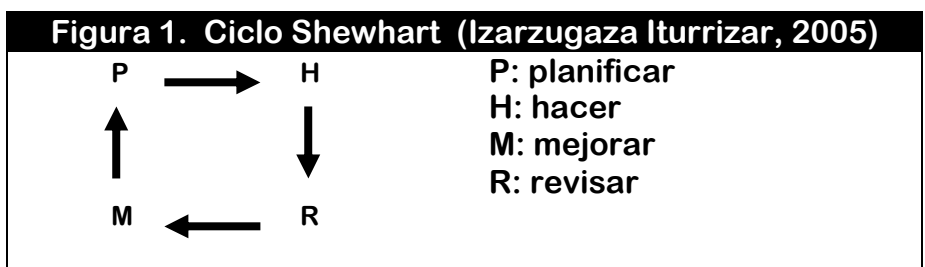
Criterio 8: Resultados en la sociedad

Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de las necesidades y expectativas de la comunidad local, nacional e internacional. Se incluye aquí cómo la organización entiende la calidad de vida, en entorno y la conservación de los recursos naturales, así como las mediciones internas de efectividad que realice.

Criterio 9: Resultados clave

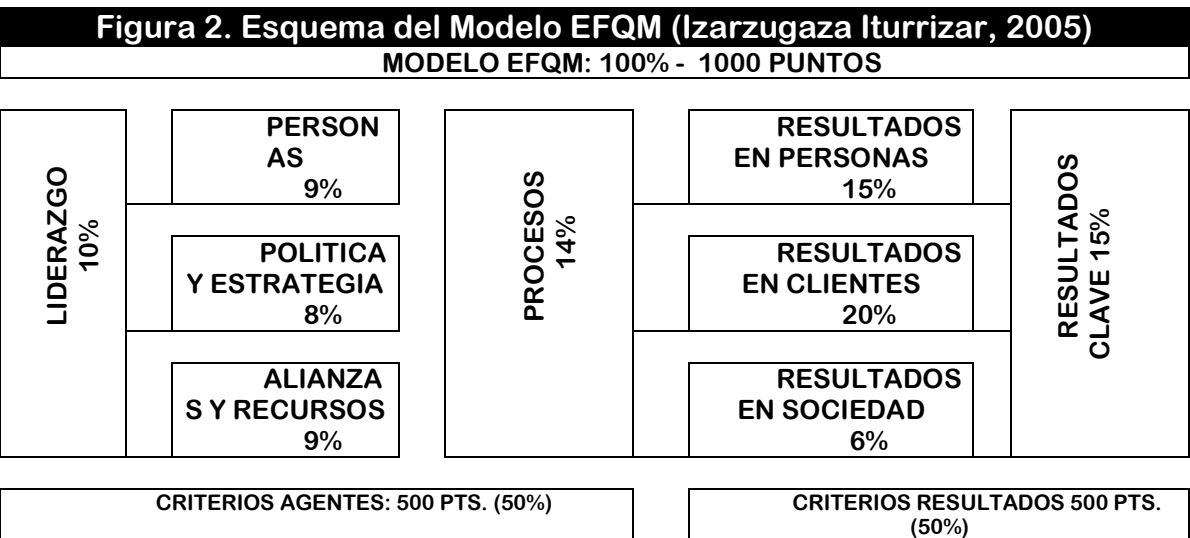
Qué logros se están alcanzando con relación a los objetivos empresariales planificados y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos aquellos que tengan intereses económicos o generales en la organización.

Este modelo incluye como corolario de los criterios una autoevaluación que se basa en éstos y que incluye todo un procedimiento específico de certificación del modelo EFQM, y cabe señalar que este modelo hace énfasis en la necesidad de comunicación tanto a nivel externo como interno, con el desarrollo de encuestas hechas entre los trabajadores de un hospital como entre la gerencia y los usuarios y sus familiares, así como la destinación de recursos hacia áreas de atención al cliente. En su desarrollo se incluye el uso del ciclo Shewhart de mejora (figura 2.1.), atendiendo a las acciones de planificar (*planificate*), hacer (*do*), revisar (*check*) y mejorar (*act*) como herramienta para el aprendizaje, innovación y mejora continua, en un ciclo que se renueva cada vez (Figura 1).



También reconoce la idea de las unidades de gestión clínica, desarrolladas en los últimos años como parte de las líneas estratégicas dirigidas a descentralizar la gestión y disminuir la distancia entre la cultura de calidad total y la clínica. Estas unidades están formadas por un líder gestor y un equipo de profesionales implicados en la consecución de los objetivos definidos en la Unidad.

El modelo EFQM tiene una aplicación más orientada a la evaluación que como método. El proceso consiste en evaluar los criterios descritos según el porcentaje de desarrollo que alcanzan, manteniendo un valor máximo constante para cada criterio (Figura 2).



Este criterio da la pauta para el plan de mejora basado en el ciclo Shewhart, y la EFQM ofrece un reconocimiento a las empresas que logren un nivel superior de puntos obtenidos por medio de esta evaluación. Adicionalmente a la EFQM, otros organismos reconocen los avances que se hacen siguiendo el modelo propuesto, como la *Fundación Vasca para la Calidad (Euskalit)*, siendo reconocido en 2003 el organismo de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica Extrahospitalaria de Bizkaia, con el *Diploma de compromiso de avanzar hacia la calidad y Excelencia*, por parte de *Euskalit*.

2.4. El modelo gerencial Deming

Es interesante descubrir que se debe en mayor medida a un estadounidense, y no a un japonés, la mayor responsabilidad del llamado *milagro japonés*, a tal grado que los mismos japoneses le atribuyen la serie de logros y éxitos que ha tenido la industria japonesa desde hace casi medio siglo.

William Edwards Deming (1900-1993) nació en Wyoming, E.U. y fue un eminente físico y estadístico que desarrolló una nueva filosofía gerencial basada en derribar el viejo concepto de que la calidad mermaba a la productividad. Comenzó a trabajar en la planta de la Western Electric, en Hawthorne (donde las investigaciones de Elton Mayo dejaron al descubierto las fatales condiciones de los trabajadores y sentaron las bases de más investigaciones) y posteriormente trabajó para el Departamento de Agricultura de E.U. (1927), donde conoció a Walter Shewhart, pionero en los estudios de control estadístico. Fue cofundador de la Sociedad Americana de Control de Calidad poco después de ayudar en el esfuerzo de guerra (1943) con cursos de métodos estadísticos para fábricas en todo el país. Estos cursos (de 10 días) llegaron a cerca de 31,000 estudiantes. En 1947 fue reclutado por el comando supremo de las fuerzas aliadas para trabajar en el censo japonés de 1951 (Walton, 1986).

En tanto, en el Japón devastado por la guerra, algunos grupos de ingenieros se dedicaban a la tarea de reconstruir su nación, formando una sociedad denominada Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE). Su presidente, Kenichi Koyanagi solicitó a Deming su ayuda para la inmensa tarea y éste aceptó. En repetidos viajes al Japón (que se prolongaron por más de 10 años) se reunió con los principales ejecutivos y entrenó a más de 20,000 ingenieros en herramientas estadísticas para el desarrollo de la calidad en los productos. Al iniciar esta tarea, Deming había anunciado que cinco años tardaría el Japón para que sus productos fueran de buena calidad y solicitados en todo el mundo, y se equivocó, pues sólo cuatro años más tarde, el milagro japonés era ya una realidad.

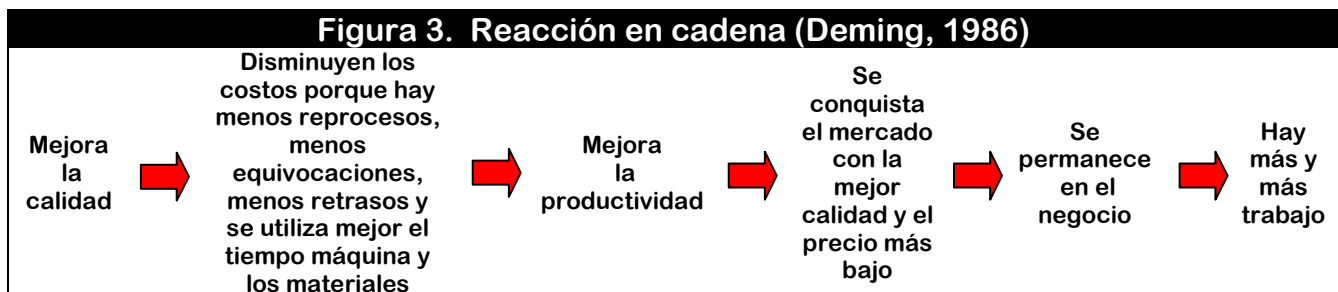
Por mucho tiempo la industria occidental ignoraba todos estos detalles, mientras que en 1951 la JUSE creó el premio Deming para las

empresas e individuos que mediante sus trabajos aportaran avances significativos a la calidad, y en 1960 el emperador le otorgó a Deming la Medalla de la Segunda Orden del Tesoro Sagrado, siendo el primer norteamericano condecorado con tal distinción. En Estados Unidos, Deming continuó ejerciendo la consultoría durante ese tiempo, casi desconocido aún en su mismo país, y no fue sino hasta 1980 que una periodista de la NBC, Clare Crawford-Mason, lo dio a conocer mediante un documental de T.V.: *Si el Japón puede... ¿Porqué no podemos nosotros?* A partir de ese momento fue solicitado por infinidad de empresas en los Estados Unidos, y en 1982 escribió el libro *Calidad, productividad y competitividad*, corrigiendo y aumentando el texto en 1986 bajo el nombre de *La salida de la Crisis*, cuyas páginas se han convertido en el pilar de la “filosofía gerencial Deming” (Walton, 1986).

Reacción en cadena

Deming propuso una Filosofía Gerencial de la Calidad que contempla puntos específicos y claros que pueden aplicarse en cualquier tipo de empresa, aunque puede comentarse que esta filosofía se basa en dos conceptos básicos: el de la variabilidad y el de la calidad.

Comúnmente se pensaba que la calidad tiene un índice que es inversamente proporcional a la productividad, esto es, que si se pretende hacer algo con mayor calidad, se hará más lento o más caro. Deming utilizaba en sus reuniones con los directivos japoneses el modelo de Reacción en cadena (Figura 3), y en él se exponen de manera clara la importancia de la calidad en la empresa y los resultados que se podrían obtener a partir de su mejora (Deming, 1986, p. 4).



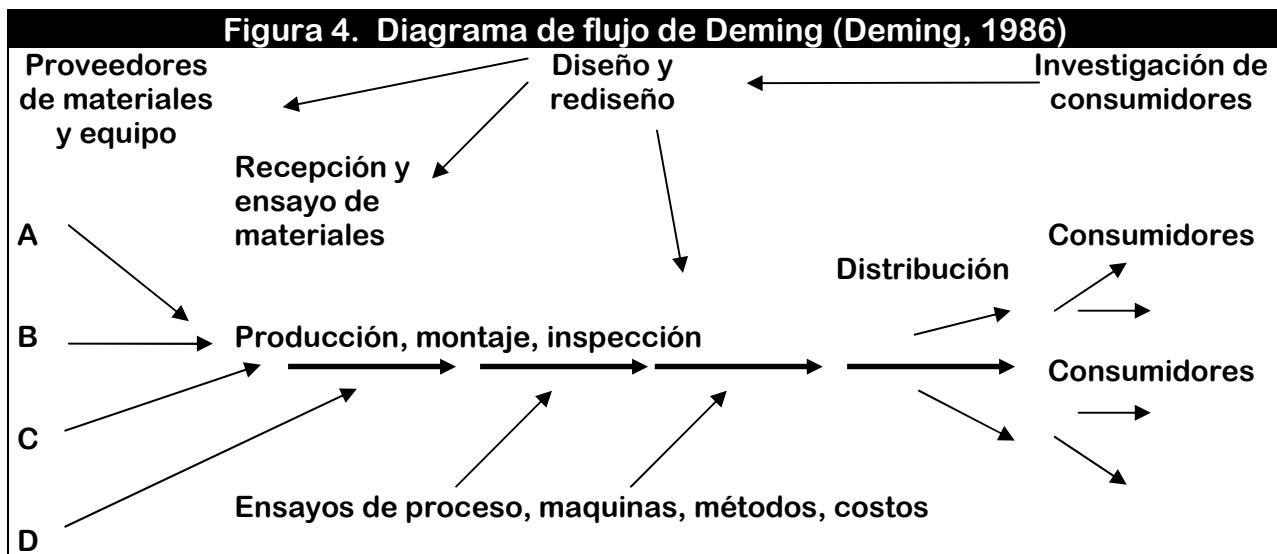
¿Porqué el mejorar la calidad disminuye los costos? (Porque los defectos no salen gratis, alguien los hace y se le paga por hacerlos). ¿Cuál es el porcentaje de las nóminas destinado a producir defectos, en una fabrica? ¿Cuál es el porcentaje de la cuota de la consulta, en un hospital, destinada a cubrir todos los defectos del servicio?

¿Porqué el énfasis en la calidad y no en la productividad? Porque generalmente la medida de la productividad no hace mejorar la primera, en cambio, el estudio ordenado y estadístico de la calidad nos guía hacia la

productividad. El hacer cifras acerca de la productividad es similar a las estadísticas de los accidentes: nos dicen el número de accidentes en casa, en carretera, en el trabajo, pero no nos dicen como reducir esta frecuencia de accidentes.

Diagrama de flujo

Estadísticamente cualquier tipo de proceso repetitivo no será exacto sino que contemplará siempre una variación en cualquiera de sus dimensiones: tiempo, longitud, acabado, entre otras. Deming propuso que si el sistema de procedimientos muestra una variación que se encuentre dentro de un control estadístico, el mejorar la calidad es responsabilidad de la dirección. La contribución que Deming hace a los directivos se basa en un concepto que siempre ha estado presente en los niveles operativos de toda empresa (Figura 4): la calidad no sólo depende de la mano de obra, depende de muchas variables, algunas de ellas tan complejas como las políticas y procedimientos, que constituyen el proceso productivo (Deming, 1986, p. 8).



El principio de la variabilidad indica que las causas especiales de la variación pueden ser atribuibles al operador, mientras que las causas comunes de variación siempre serán consecuencia del sistema, que a su vez es consecuencia de la planeación y dirección (buena o mala) de los directivos. Deming también diseño para sus conferencias en Japón un diagrama de flujo de la producción donde el punto más crítico es el consumidor, dado que la calidad se debe orientar a las necesidades de éste, presente y futuro.

En una organización de servicios, como un hospital, las fuentes A, B, C, etc. podrían ser las fuentes de datos, o el trabajo procedente de las

operaciones previas, tales como cargos de almacén, depósitos, reembolsos, transcripciones, órdenes de envío y similares. La calidad empieza con una idea, establecida por la dirección. Los especialistas deben traducir la idea a planes, especificaciones, ensayos, producción.

Al terminar la Segunda Guerra Mundial Japón tenía una bien merecida reputación de hacer bienes de consumo mal hechos, con una calidad comparable a los actuales “productos chinos”. Siempre ha sido un país desprovisto de recursos naturales, y que al carecer de éstos y luego de la devastación de la guerra, debía exportar productos a cambio de alimentos y equipos ¿cómo hacerlo? Introduciendo calidad en sus productos. Cualquier país (o empresa, o clínica) con suficiente gente y una buena administración, que produce bienes de consumo de acuerdo con sus capacidades y con el mercado, es próspero, sin importar su abundancia de recursos.

Los 14 puntos para la gestión

Deming propuso una serie de conceptos e ideas que pueden servir como base para evaluar la gestión: los catorce puntos de su filosofía gerencial, desarrollados a lo largo de su experiencia como consultor. Cabe resaltar que hace una notable diferencia en estos puntos entre los niveles operativos y los directivos, mediante incisos relacionados con cada uno de los dos tipos de trabajadores.

1. Crear constancia en el propósito de mejorar el producto o servicio.
2. Adoptar la nueva filosofía.
3. Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad.
4. No hacer negocios sobre la base del precio solamente. Trabajar con un sólo proveedor.
5. Mejorar constantemente los procesos de planificación, producción y servicio.
6. Implantar la formación en el trabajo.
7. Adoptar e implantar el liderazgo.
8. Desechar el miedo.
9. Derribar las barreras entre las distintas áreas.
10. Eliminar las exhortaciones para la mano de obra.
11. Eliminar los cupos numéricos.
12. Eliminar las barreras que impidan al trabajador sentir orgullo por su trabajo.
13. Implantar un programa de automejora para todo el personal.
14. Poner a trabajar a todo el personal de la empresa para la transformación de ésta.

Los catorce puntos para el desarrollo de la gestión son tan solo el inicio al camino de la calidad; son la base, el punto de partida. Dentro de éstos existen 6 (los puntos 6,7,8,10,11,y 12) que tratan directamente con el tema de los obreros y proporcionan direcciones de acción tanto para la

dirección como para la supervisión. Para Deming, que un supervisor sea líder no es importante, es lo único. De hecho cambia toda palabra que se relacione con supervisión por liderazgo. La lección que aprendió en los cursos que impartió durante la guerra fue que no era suficiente con enseñar a los obreros, supervisores y gerentes las técnicas estadísticas, había que dirigirse a los altos mandos pues sólo ellos podían impulsar los nuevos conocimientos de su personal.

Enfermedades y obstáculos

Deming también definió una serie de enfermedades mortales de las compañías, y los obstáculos que impiden el desarrollo de los catorce puntos vistos antes. Algunas enfermedades no son muy comunes puesto que dependen de la legislación de cada país en que estén presentes o no.

La tercera enfermedad nos habla de las presiones a que son sometidos todo tipo de empleados y obreros en las fábricas. Nos dice que, siguiendo el patrón de calificación en cualquier empresa que lo haga, se determinará un punto medio que separe a los trabajadores en: arriba del promedio y por debajo del promedio. En otras palabras, en los buenos y los malos.

1. Carencia de constancia en el propósito de mejorar.
2. Énfasis en los beneficios a corto plazo
3. Evaluación del comportamiento de los empleados
4. Movilidad de la dirección
5. Deducciones basándose en cifras solamente.
6. Altos costos médicos (En E.U.)
7. Altos costos jurídicos

En la serie de obstáculos, Deming señala un pensamiento erróneo de la gerencia acerca de que “*los problemas residen completamente en la mano de obra*” (Deming, 1986, p. 67). Qué decir acerca de que las mejoras notables sólo pueden venir de la dirección. Deming se basa en el principio de Pareto, el cual señala que, cuando existe un problema, el 15% de las veces se debe al trabajador, y el 85% restante se debe a la organización y su estructura (15-85).

3.5. Adaptación de los 14 puntos de Deming para la asistencia sanitaria, de Batalden y Vorlicky

A medida que la filosofía gerencial Deming se hacía exitosa en América, parecía que cada empresa que recibía la consultoría trabajaba en transformar los 14 puntos en una aplicación directa para el giro o el tipo de empresa específico, ya fuera de transformación o de servicios. La formulación de un sistema para mejorar la calidad no solamente es útil para las empresas de transformación, Deming afirma que es útil para cualquier persona que fabrique un producto o que suministre servicios o

que se dedique a la investigación y desee mejorar la calidad de su trabajo y al mismo tiempo incrementar su producción, todo ello con menos trabajo y a un costo reducido (Deming, 1986). La ineficacia en una organización de servicios, como en la fabricación, eleva los precios al consumidor y disminuye su estándar de vida. Si bien la aplicación real difiere, los principios y métodos para la mejora son los mismos en las empresas de servicios.

Pese a todo lo ocurrido, los japoneses no supieron aplicar los 14 puntos a la asistencia sanitaria en su país, quizá porque no vieron la necesidad en un inicio, pero el hecho es que para 1990, en la Universidad de Tokai se informaba que el 60 por ciento de los hospitales que eran dirigidos por médicos estaban al borde de la quiebra (Aguayo, 1993).

En América, a partir de los 14 puntos, los Doctores Paul B. Batalden (quien fue parte del equipo del Hospital Corporation of America, que más tarde se cita) y Loren Vorlicky, del Centro de Investigación de los Servicios de Salud de Minneapolis, redactaron, en la década de los ochentas, una modificación de los 14 puntos originales, aplicados ahora a las instituciones de salud (Deming, 1986, p. 155), los cuales a continuación se describen:

1. Establecer constancia en el propósito del servicio.

- a. Definir en términos operativos lo que se quiere decir por servicio a los pacientes.
- b. Especificar estándares de servicio para dentro de un año y para dentro de cinco años.
- c. Definir los pacientes a los que se trata de servir (los que están aquí, los que se buscan, los que sólo han estado una vez).
- d. La constancia en el propósito trae innovación.
- e. Innovar para dar un servicio mejor a un costo dado; la planificación requiere la adición de nuevas habilidades, formación y reciclaje del personal, satisfacción de los pacientes, nuevos tratamientos.
- f. Colocar recursos para el mantenimiento del equipo, muebles y accesorios.
- g. Decidir frente a quién son responsables el administrador y el presidente del consejo, y los medios por los que se harán responsables para trabajar hacia la constancia en el propósito.
- h. Traducir esta constancia en el propósito al servicio de los pacientes y a la comunidad.
- i. El consejo de administración tiene que adherirse al propósito.

2. Adoptar la Nueva filosofía.

los directores de un hospital tienen que colocar recursos para que la nueva filosofía nos lleve a niveles diferentes a los aceptados de errores, materiales inadecuados, personas que no saben en qué consiste el trabajo

y que tienen miedo de preguntar, directivos que no entienden cuál es su trabajo y métodos anticuados de formación para el trabajo. Es muy importante el compromiso de la dirección con la formación durante el servicio.

3. Dejar de depender de la inspección.

- a. Exigir la evidencia estadística de los materiales que se emplean tales como medicamentos, sueros y equipos, dado que la inspección llega tarde, y no produce calidad.
- b. Exigir la acción correctiva cuando la evidencia estadística no sea la adecuada o satisfactoria para las funciones en que se requiere, en todas las áreas del hospital (desde la emisión de facturas hasta los procedimientos de registro). Es necesario un proceso de retroalimentación que venga de los pacientes, con respecto a su satisfacción con el servicio.
- c. Buscar la evidencia de los reprocesos y el costo que generan.

4. Trabajar con un solo proveedor.

Es necesario tratar con los proveedores (de productos o de otros servicios) que puedan proporcionarnos la evidencia estadística del control de lo que nos ofrecen, esto nos llevará a hacer negocios no sólo con la base del precio (que siempre se tiende al más bajo) y a formular más incisivamente el análisis de los proveedores: esto puede aplicarse acerca del cuerpo médico y del personal de psicología en una institución psiquiátrica, y preguntarnos acerca de sus actuaciones futuras y los informes de esas actuaciones con los pacientes y con los colegas. Esto nos llevará sin lugar a dudas a reducir el número de proveedores.

En este último punto, es posible que el psicólogo que elabora pruebas psicológicas resulte un proveedor del médico psiquiatra, resultando éste su cliente, y no sólo el paciente.

5. Mejorar constantemente todo procedimiento de servicio.

Esto requiere de procesos como la investigación o la publicación, encuestas de opinión e investigación de mercado, para tratar de mejorar el servicio que se ofrece.

6. Reestructurar la Formación.

- a. Desarrollar el concepto de tutor.
- b. Desarrollar más educación durante el servicio.
- c. Enseñar a los empleados los métodos de control estadístico del trabajo.
- d. Proporcionar definiciones operativas de todos los trabajos.
- e. Proporcionar formación hasta que el trabajo del principiante alcance la fase de control estadístico.

7. Mejorar la supervisión.

- a. Incrementar el tiempo necesario a los supervisores (adscritos) para ayudar a las personas a su cargo en el trabajo (residentes).
- b. Comunicación del supervisor al trabajador de la constancia en el propósito.
- c. Los supervisores deben de aprender métodos estadísticos sencillos para favorecer a los trabajadores a su cargo.
- d. Centrar el tiempo de supervisión en las personas que están fuera de control estadístico y no en aquellas que están por debajo del comportamiento medio.
- e. Enseñar a los supervisores a utilizar los resultados de las encuestas.

8. Eliminar el miedo.

Hay que romper en primer término con las divisiones clasistas en un ambiente hospitalario (médicos, no - médicos, proveedores, no - proveedores). Hay que acabar con las murmuraciones, pues el empleado debe de sentirse seguro y esto sólo se logrará cuando la dirección admita su responsabilidad y deje de culpar al empleado por los fallos que el sistema promueve por sí solo, si se encuentra en un sistema estable de producción de fallos. Las personas deben de sentirse seguras para hacer sugerencias (y avances) y la dirección debe de escucharlas. Nadie puede hacer bien un trabajo si no se atreve a preguntar cuál es el objeto del trabajo y no se atreve a dar sugerencias para mejorar el sistema.

9. Derribar las barreras entre departamentos.

Esto es, hacer una verdadera relación inter disciplinaria o multi disciplinaria, a través de conocer los problemas de los distintos departamentos.

10. Eliminar los objetivos numéricos, *slogans* y carteles.

En lugar de ellos es preferible informar acerca de los logros conseguidos *por la dirección* en lo referente a la asistencia y el servicio para la mejora del personal.

11. Eliminar los estándares de trabajo.

Esto es el trabajo diario medido o el sistema de trabajo a destajo. El trabajo no debe darse en términos de cantidad sino de calidad, sin preocupaciones por llegar a la cuota diaria de trabajo (que bien podría significar cuotas diarias de pacientes). Este tipo de trabajo es muy susceptible de producir mayores defectos que calidad.

12. Instituir un programa masivo de enseñanza de las técnicas estadísticas.

Esto es poner las técnicas estadísticas acerca de los sistemas de producción estables al nivel de trabajo de cada individuo, y ayudarle a recopilar la información de manera sistemática acerca de la naturaleza de su trabajo. Al dar la orden de “Atiende a este paciente porque no está la persona que debería de hacerlo”, si las condiciones no son las adecuadas esto se traduce en “Realiza una entrevista defectuosa, con bajo rapport y que no va a ayudar al paciente”. Nadie puede sentirse orgulloso jamás de realizar un trabajo así.

13. Instituir un programa de auto-mejora para las personas que realizan nuevas tareas.

Las personas tienen que estar seguras de que tendrán trabajo en el futuro, y una forma de asegurar esto es introduciendo la adquisición de nuevas habilidades, de manera constante y progresiva. Esto es estimular la educación y la automejora de todo el mundo.

14. Crear una estructura en la alta dirección que trabaje en los 13 puntos anteriores.

La dirección tiene la autoridad y la obligación de agrupar las fuerzas necesarias para lograr la transformación, incluyendo a los asesores externos.

Como un primer indicador de la falta de atención o del avance reportado en una área específica de un hospital, es recomendable el análisis (por medio de un gráfico de tendencias) de las siguientes “características de la actuación” (Deming, 1986, p. 158):

- Retrasos en poner los resultados del laboratorio en los gráficos del paciente
- Dosificaciones incorrectas de medicamento para los pacientes
- Errores en la medicación administrada
- Seguimiento inadecuado de los pacientes
- Número de pruebas de laboratorio (o estudios diagnósticos) solicitados pero no realizados
- Número de registros médicos incompletos
- Índice de mortalidad
- Discrepancias pre y post operativas
- Accidentes en general en las instalaciones
- Quejas de los pacientes
- Tiempo medio de permanencia en un hospital
- Número de estudios realizados
- Número de solicitudes e informes ilegibles sobre los pacientes
- Porcentaje de repeticiones en laboratorio, farmacia o cocina, ocasionadas por falta de calidad en un proceso

2.6. El uso de las herramientas estadísticas y el concepto de variación

El problema de la supervisión puede radicar en que ésta se basa en la revisión de números que no nos indican casi nada dentro de un sistema que se encuentra bajo control estadístico. Todo sistema que trabaje con seres humanos y que además se halle en control estadístico demandará que, siguiendo las tendencias, la mitad de las personas que participan en él se encontrarán con un rendimiento por debajo de la media, y la otra mitad, por encima. Las falacias más sonadas al respecto indican que toda persona que en un proceso esté por debajo de la media, ocasiona pérdidas, y que lo preferible es que todos estén por encima de la media.

“...Un ejemplo: Una compañía automovilística tiene tres concesionarios en Dayton. Uno de ellos estará por debajo de la media, y no es una tomadura de pelo. Su actuación es obviamente inferior. Hay que hacer algo. Quizá deberíamos insistirle para que vendiera el negocio y pudiéramos encontrar un sustituto¹”.

Es importante resaltar que todo sistema presentará una variación en los procesos, pues es muy difícil que puedan repetirse de forma idéntica. En ocasiones la variación puede ser muy alta, resultando notoria. Es natural que en la UCE se presente diariamente una tasa de alejamiento del 35% o del 40%, siendo relevante cuando un buen día esta tasa se eleva a 80%. Estableciendo una media de alejamiento, y creando una gráfica en el tiempo, si en algún momento se presenta una consecución de altos niveles de alejamiento, por más de 7 u 8 días, podemos hablar de que existe una causa especial de variación. Esta puede llegar a ser detectada o no.

Myron Tribus (Deming, 1986) ha introducido el término de *teoría viral de la administración* para explicar las consecuencias de la variación en las empresas. Al igual que ocurrió con el descubrimiento de los microorganismos, el descubrimiento de la variación nos ha dado la pista para el análisis de las enfermedades en las organizaciones. Este descubrimiento está atribuido a Walter Shewhart y la aplicación de estos nuevos conocimientos se ha dado en el presente siglo, siendo aprovechado para mejorar los sistemas de control de calidad.

Trataremos de explicar lo que es la variabilidad: no pueden existir dos procesos o productos que sean iguales, aún el más mínimo detalle puede ser considerado como una diferencia entre uno y otro. De igual forma, tampoco puede un sistema que ejecuta una serie de pasos o procedimientos similares, tener dos o más procesos o pasos que sean idénticos: Dos relojes no pueden ser exactamente iguales puesto que son variables sus características físicas como el tipo de material, las circunstancias de su manufactura, la exactitud del tiempo que marca. Un

¹ Deming (1986) p.45

mismo reloj no marca de la misma manera cada segundo: la fricción de los materiales, el envejecimiento y la posición pueden provocar variaciones en el tiempo marcado. Lógicamente, esto es imperceptible pero nos puede ayudar a definir la variabilidad como la propiedad de los sistemas de hacer cada procedimiento único e irrepetible.

En el ejemplo del reloj podemos ver que si bien cada segundo medido puede variar, para nosotros puede representar la mejor muestra de uniformidad que existe en el mundo (pues la media de cada movimiento de manecilla sería de un segundo), y es que entonces hablamos que la variabilidad es tan mínima, que nos resulta tremendamente imperceptible. La variabilidad está bajo control.

Imaginemos si tuviéramos un concepto diferente del tiempo: Si llegáramos al punto de que, dentro de nuestro marco de referencia, un segundo fuera equivalente a un año, entonces encontraríamos que los *segundos* que marcan nuestros relojes ya no son tan exactos como lo eran antes. Esto es totalmente imperceptible dado nuestra idea del tiempo. Ahora bien, aplicando este concepto a la UCE, nos damos cuenta que es muy difícil elaborar dos procedimientos de servicio iguales puesto que no podemos realizar dos pasos en forma idéntica, y que la única forma de producir una uniformidad aparente es reduciendo la variabilidad en nuestros procedimientos. Como ésta depende también de algunos factores (psicopatología del paciente, encuadre, horario de atención) con sus respectivas variaciones, nos encontramos que si no tratamos de absorber la variación, ésta irá viajando por todo el camino que nos lleva a obtener un servicio.

Causas especiales y causas comunes de la variación.

Las variables pueden clasificarse de muchas maneras, pero la más importante es la clasificación de acuerdo a sus causas. En la UCE, por ejemplo, encontraremos que las variaciones pueden ser:

- Presentes en unos pocos casos
- Presentes en la mayoría de los casos

Al hablar de unos pocos casos, nos referimos a las causas especiales de la variación, es decir, que tendrán variación por el efecto de alguna característica que no es muy común y que se presenta muy poco. Cuando esta variación se presenta en la mayoría de los casos podemos deducir que la causa de esta variación es una característica presente en todos o causa común de variación, la cual es por mucho más común que la causa especial. Esto está de acuerdo con el principio 94-6: el 94% de los problemas se deben a causas comunes y el 6% a causas especiales de variación. Dada esta proporción, elevar la calidad significa identificar y eliminar las causas comunes de variación (por lo general dadas por las

políticas internas de gestión) antes que las especiales (atribuidas al personal).

2.7. Sistemas estables

Este se define como aquel que no muestra ninguna indicación de que existe una causa especial de variación, o sea, que está en control estadístico. Este tipo de sistemas tiene una identidad y una capacidad definibles. En el momento actual, **no existe una evidencia oficial de que la UCE se halle, en alguno de sus procedimientos, dentro de control estadístico.** Aún en el área de psicología no se lleva un proceso estadístico de nada que pueda ser relevante a distinguir alguna causa común de variación.

Es posible afirmar que la UCE ofrece varios servicios y que uno de ellos es el servicio de ausentismo de los pacientes (que siempre va a existir), que presenta una variación, pero que se halla dentro de control estadístico. Este ausentismo puede brotar de un servicio defectuoso o de un costo muy elevado. Pero no existe el estudio adecuado para saber por qué llegan a faltar los pacientes de la UCE.

La confusión entre las causas comunes y las especiales de variación provoca la frustración de todos y provoca también mayor variabilidad y costos más elevados, justo lo contrario de lo que se necesita². Esto es palpable cuando se descubre un fallo en los procedimientos y se atañen a una persona o a un suceso especial, siendo que la mayor de las veces la falla reside en el sistema. En un principio, si identificamos las causas especiales de variación, podemos hacer algo por elevar la calidad si tratamos de eliminarlas. Si no se reconocen las causas comunes (y éstas existen en un nivel alto), la calidad se estabilizará, pero dentro de un nivel inaceptable.

Con el paso del tiempo, se han establecido los medios adecuados para poder hablar de un inicio en los sistemas estadísticos de la UCE, en concreto de la Coordinación de Psicología, a fin de evaluar con mayor claridad lo que ahí sucede. Las variables no son las mismas que en las empresas productoras de bienes, dado que lo que tratamos de ofrecer es un servicio. Y no podemos hablar de “unidades defectuosas” ya que sería muy difícil evaluar cuándo una intervención lo es. La única oportunidad de constatar cuando una entrevista o consulta lleva un fallo, es cuando ésta **no se realiza**, lo que denominaremos como **ausencias**. En general podemos encontrar un tema muy amplio en el simple estudio de las ausencias en la UCE, aunque podemos adelantar que estadísticamente se tiene la base de que el sistema de generación de ausencias en la UCE es un **sistema estable**.

² Deming (1986). p. 245.

2.8. Cuadro de Control

No podemos dejar de mencionar las siete herramientas estadísticas básicas con las que contamos para hacer todo un completo análisis de la variación. Las siete herramientas básicas son técnicas que en sí no son complicadas ni representan una materia de estudio complicada para el psiquiatra o el psicólogo. De hecho, no son sino formas gráficas (por lo tanto visibles y tangibles) acerca de los sistemas, en este caso la UCE. Con la experiencia y la instrucción, un supervisor puede hacer uso de estas herramientas para solucionar muchos de sus problemas e incluso puede representar lo que desee empleando las gráficas o herramientas que él mismo haya desarrollado.

Herramientas Estadísticas Básicas

- Diagrama Causa-Efecto o Ishikawa (o espina de pescado)
- Diagrama de Flujo
- Diagrama de Pareto
- Gráfica de Tendencias
- Diagrama de Dispersión
- Histograma
- Cuadro de control

El cuadro de control es la última de las siete herramientas básicas y es la más poderosa y complicada, debido a los conceptos que en ella se encierran. En esencia es un cuadro de tendencias a los cuales se les agregan dos líneas perpendiculares que corresponden a un cierto valor de la característica variable en el tiempo, y son denominadas como los límites de control, tanto superior (LCS) como inferior (LCI). Además se traza la línea que representa el promedio de las mediciones (\bar{x}). Los límites están determinados estadísticamente de acuerdo a los datos obtenidos, o sea que siempre estarán más o menos acordes al sistema pues no son generados de antemano. Si los datos caen dentro de los límites de control entonces decimos que las variaciones entre los puntos se deben a causas **comunes** de variación. En el momento en que cualquiera de los datos medidos cae fuera de los límites de control, decimos que esa variación se debe a una causa **especial** de variación. Si por cualquier motivo intentamos corregir las causas comunes de variación, crearemos en el sistema una interferencia que en el peor de los casos provocará variaciones más grandes que la que tratamos de corregir.

Lo importante de los cuadros de control es que podemos darnos cuenta de dónde queremos situar la línea de promedio de las mediciones, es decir, quizá encontremos que todas las mediciones están dentro de los límites de control pero el promedio se aleja mucho de nuestros requerimientos. Entonces tenemos que tomar las debidas consideraciones no para reducir la variación, sino para desplazarla. En ciertos casos, podemos saber si la variación es muy grande o no y tratar de reducirla observando la fuente de tales variaciones (que por lo regular es un fallo en

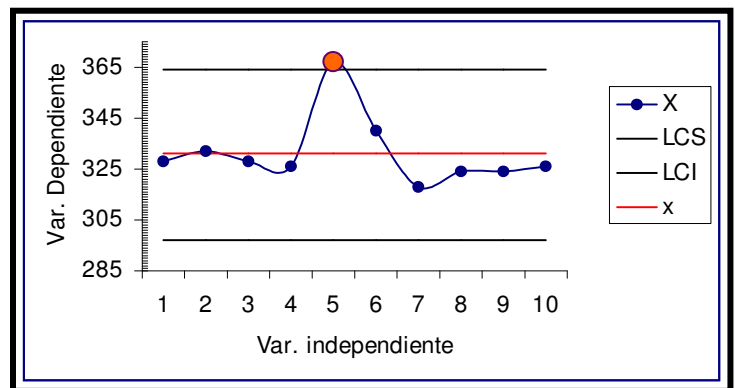
el sistema en general, en políticas o disposiciones o estándares de trabajo).

Además podemos determinar si el proceso que estamos analizando se encuentra **bajo control** o no. Si el número de puntos fuera de los límites es excesivo o si muestra una tendencia a subir, bajar o permanecer arriba o abajo de la línea de promedio \bar{x} , entonces el sistema está **fuera de control**, lo cual es el caso más crítico y el que requiere de más atención.

El espacio que existe entre el LCS y el LCI se le denomina también como **capacidad del proceso** puesto que determina lo que el sistema puede lograr. Esencialmente se ha adoptado la regla de cuantificar la capacidad del proceso como seis desviaciones estándar, o sea, el LCS será el resultado de la media más tres desviaciones estándar, y el LCI estará en el punto que resulte de la media menos tres desviaciones estándar. Estos valores pueden calcularse dependiendo del tipo de mediciones que hacemos. Si tomamos una sola medición cada vez, la capacidad del sistema puede ser igual a $\bar{x} \pm 3 D.E.$ Si por ejemplo, se toman más de dos mediciones para cada punto en el cuadro, hay que obtener el promedio \bar{R} (recorrido) de esa serie de datos. Calculando la media de ese recorrido, obtenemos los límites de control mediante la fórmula $\bar{x} \pm A_2 \bar{R}$, donde A_2 es una constante que se obtiene de tablas contenidas en los estudios sobre control estadístico de calidad.

El empleo del cuadro de control en el control de la calidad dio origen a los estudios acerca del control estadístico de procesos (CEP), y al desarrollo de todas las aplicaciones de éste y de las otras herramientas básicas.

Figura 5. Cuadro de control: el punto más grande está fuera de control. Se indica la tendencia y los límites de control superior (LCS) e inferior (LCI), además de una línea central que indica el promedio. Podemos hablar de un sistema estable con una causa especial de variación en la variable independiente 5. La localización del promedio y el recorrido de la gráfica, son debidos a causas comunes de variación.



En general, no se encontraron importantes revisiones o aplicaciones directas de la gestión de calidad total en Instituciones de Salud mental, y menos aún, en Unidades de Consulta Externa dedicadas a la Salud Mental, al menos en los últimos 10 años y que estuvieran documentadas en el país. A pesar de esto el modelo Deming se eligió para este trabajo en virtud de la visión humanista con la que aborda el problema de la calidad en las empresas de servicios, además de hallar aplicaciones a las empresas de servicios sanitarios. Es posible hallar múltiples referencias a Deming y a su obra en trabajos relacionados con programas de calidad en la atención a la salud mental, en diversas partes del mundo.

3.1. La aplicación del modelo Deming en empresas de servicios hospitalarios: El Hospital Corporation of America.

“... En la farmacia se había terminado uno de los medicamentos, hay que hacer el pedido y es domingo, y yo lo necesito esta noche...¿ Porqué una enfermera titulada está haciendo las camas? ¿Porqué los consultorios son diferentes, algunos más grandes que otros, con un espacio que es demasiado en algunos casos?” ³

La empresa Hospital Corporation of America (HCA) fue fundada hacia 1968, en Tennessee, E.U., iniciando con hospitales en áreas rurales que carecían de estos servicios. Para 1973 HCA tenía 51 hospitales con 7900 camas, y para 1987 tenía como propiedad o en administración 390 hospitales en 9 países. Pero en ese momento se planteaba la posibilidad de dismantelar tal emporio, debido a un descenso sostenido en sus utilidades. Esta crisis fue originada en mayor medida por las políticas sanitarias de los Estados Unidos de Norteamérica, que ocasionaban grandes pérdidas al no ser completamente retribuidas las intervenciones del programa de asistencia federal. Y por el aumento sostenido en los costos de operación.

En 1987 HCA experimentó con la inclusión del método Deming, con cursos de tres días sobre calidad para todos los gerentes de los respectivos hospitales. Además de los problemas legales en cuestión de atención sanitaria, los Hospitales tenían que enfrentar las legislaciones (provenientes de la *Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud*) que determinaban inspecciones, algunas sorpresivas, para garantizar el funcionamiento regulado y

³ Walton, M. (1992), p. 83 Refiere a: Deming, W. E. *Notes on management in a Hospital* (extracto), 20 de Septiembre de 1987.

controlado en todo el país, donde podemos encontrar una analogía con el actual proceso de certificación que todo hospital debe de cumplir. Los inspectores verificaban que los hospitales estaban cumpliendo con las normas contenidas en un código de 289 páginas: "... es una manera estúpida de mejorar el cuidado de la salud cuando uno conoce una manera diferente. Pero cuando uno no la conoce, parece que simplemente se está cumpliendo con el trabajo. Está encontrando una serie de problemas. Alguien se cayó de la cama; nadie revisó cierta cosa. Es maravilloso, típicamente norteamericano..." (Gabor, 1990. p. 89).

El Dr. Bataladen formó parte del equipo que condujo a HCA a la búsqueda de la calidad, experimentando en unos cuantos hospitales en un inicio y abarcando tiempo después a toda la cadena, y el desarrollo de tal operación nos aporta serias conclusiones que fueron obteniendo conforme se avanzaba en buscar la calidad.

Cuando se trata de introducir calidad, en el sector médico encontramos ciertas ventajas sobre las demás industrias, ya que muchos de sus profesionales cuentan con una formación científica avanzada que mantiene una predisposición a la aceptación (sin temor) a los métodos estadísticos. Por otro lado tampoco es ajeno a la medicina el concepto de mejora continua, ya que continuamente están sometidos a la búsqueda de nuevos avances para mejorar el cuidado. Para coronar las buenas características de la industria médica, la gente de este medio está acostumbrada a trabajar en equipo, el cual es dirigido por el médico. Esta posición ha sido históricamente dominante y plantea el problema de que no hay una posición que compita con dicha posición privilegiada: en la industria metal mecánica no hay una figura (ni siquiera el ingeniero) que tenga, comparativamente, un poder tan superior como el que parece que mantienen los médicos en la industria de la salud.

Otro punto a considerar en la industria de la salud es que los resultados esperados no son susceptibles de igual medición que en la industria fabril, pues los resultados de un tratamiento podrían desconocerse durante mucho tiempo, tanto en el ámbito de la medicina como de la psicología.

El concepto del cliente – paciente en HCA cambió de forma drástica: se rompió con la usual actitud de que un paciente jamás ha existido antes de entrar y no deja de existir después del egreso, y se estudió más a fondo el comportamiento de los clientes. Al igual que en otra épocas, Hospitales pregonaban sus clínicas para trastornos del sueño, depresión, adicciones, o anorexia (las "enfermedades de la semana"), sin saber en absoluto si alguien desea tal servicio. En HCA se acordó diseñar los servicios basados en las necesidades y las expectativas de los clientes, poner el hospital en servicio, medirlo contra las expectativas y repetir el ciclo nuevamente. Se procedió a diseñar un mejor sistema de entrega de comidas, de

admisiones, de sala de urgencias...una vez hecho esto, se procedía a preguntarse nuevamente ¿Cómo se puede mejorar?

Concepto de clientes internos

Durante las aplicaciones de la filosofía gerencial Deming en HCA, en la década de los 80's, se encontró con que a los médicos les era difícil aceptar el concepto de unas relaciones de proveedor - cliente con sus subalternos, en la cual ellos eran los proveedores y no los clientes: Para que una secretaria cumpla bien con su trabajo, este debe basarse en reportes médicos escritos con una letra inteligible, por lo que la secretaria se convierte en una especie de cliente del médico para hacer bien su trabajo. Los médicos están acostumbrados por otro lado a e dominio en la interacción con los demás. En una operación de vesícula la sala de recuperación es el cliente de la sala de operaciones, y el piso médico es el cliente de la sala de recuperación.

Resultados en el Hospital Corporation of America

En la historia citada del HCA, el grupo de recursos de calidad elaboró unas encuestas que les servirían de ayuda a los hospitales para la transformación de la calidad: se denominaron sistemas de tendencias de calidad hospitalaria y eran cuatro: para pacientes, para médicos, para empleados y para pagadores. Destacaron áreas para mejorar, pero todavía no eran lo bastante recientes para las tendencias cambiantes. Una vez elaboradas las encuestas, se procedió a la tarea de desarrollar una serie de metas o indicadores para el hospital, donde se empleaba la expresión de "ufanarse de algo" "hasta qué punto el personal médico está dispuesto a ufanarse del servicio de enfermería en este hospital", "Un paciente se ufana del hospital cuando..." (Walton, 1992). Los diagramas de flujo fueron una herramienta muy útil, porque los procesos suelen ser menos visibles y por lo tanto es conveniente trazarlos en papel

En HCA se encontró con que es preferible la mejora de procesos que los proyectos de mejora con métodos de simple solución de problemas, dado que la solución de problemas puede que no mejore el proceso. En realidad, la solución de problemas puede producir efectos adversos en algunos departamentos, destapando un agujero para tapar otro. El núcleo de la metodología empleada en HCA se basó en un método de mejora de los procesos que constaba de 9 pasos y se llamaba EOACS-PHVA, el cual significaba, por cada sigla:

- Encontrar un proceso para mejorar
- Organizar un equipo que conozca el proceso
- Aclarar el actual conocimiento del proceso
- Comprender las causas de variación
- Seleccionar las mejoras
- Planificar la mejora y seguir reuniendo datos
- Hacer la mejora, reunir datos y analizar

- Verificar los resultados y lecciones aprendidas del esfuerzo en equipo
- Actuar para conservar lo que se ganó y para seguir mejorando

Y se definió un proceso, como “una serie de acciones que se juntan reiteradamente par transformar insumos que suministra un proveedor en productos que recibe un cliente” (Walton, 1992). Se definió que cada proceso tiene un dueño, este es quien tiene la responsabilidad y autoridad para mejorar continuamente los insumos, las acciones y los productos del proceso.

3.2. Acreditación de Hospitales: teoría de *las manzanas podridas*

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el documento de 1992, *Acreditación para hospitales de América Latina y el Caribe*, señalan en los apéndices algunos conceptos teóricos acerca de la filosofía gerencial Deming. En el Apéndice II, Donald Berwick de la Universidad de Harvard, Estados Unidos de América, critica los modelos tradicionales de monitoreo de la calidad de los servicios de salud y propone la utilización de los métodos e instrumentos recomendados por W. E. Deming para las industrias japonesas, en los hospitales y demás servicios en los Estados Unidos de América. Sus recomendaciones son sencillas y tienen mucho que ver con artículos subsecuentes, que trataban sobre los elementos básicos para la programación operativa de los Hospitales de América Latina y el Caribe, paso inicial indispensable para alcanzar una verdadera garantía en la calidad de la atención médica.

El objetivo de las publicaciones sobre **garantía de calidad** que la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con la Organización Mundial de la Salud y la Federación Latinoamericana de Hospitales, ofreció a los países de América Latina y el Caribe, estaba destinada a aumentar la calidad y la eficacia de la atención e incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles. También pretendía lograr una mayor equidad en la prestación de los servicios de salud. El tema de acreditación y su implementación contribuirá a la realización de los objetivos y al aumento de la credibilidad de los casi 14,000 hospitales de la Región de América Latina y el Caribe. En septiembre de 1990 la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó prioridades en base a tres áreas:

- El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud.
- La atención a los problemas prioritarios de salud presentes en grupos de alto riesgo.
- El proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores, en concordancia con la Estrategia de Gestión para la utilización óptima de los recursos de la OPS.

En el documento de 1992 se propusieron como objetivos: a) la presentación de un panorama de la situación de acreditación de hospitales

en todo el mundo, b) la identificación del valor que tiene la acreditación de hospitales en los países en que se aplica, c) la mención de los enfoques utilizados por los países para establecer normas y la forma en que administran sus programas de acreditación y d) la descripción de las estrategias utilizadas por los países para llevar a cabo los programas de acreditación de hospitales. También se abordaron temas de debates, el principal trataba en cuanto a la acreditación de hospitales: la discusión era si ésta debe ser voluntaria o impuesta por el gobierno u otro organismo, resaltando que en el caso de los tres programas principales de certificación en el mundo son voluntarios o por lo menos lo son superficialmente.

Berwick (1992) insiste en derribar el modelo de “manzanas podridas” como método de supervisión y de monitoreo de la calidad, basado en tratar de asegurar la calidad por medio de la supervisión de lo que lleva una cierta calidad y desechar lo que parece no tenerla, ignorando su importancia dentro del sistema. Ofrece la alternativa de la teoría de la Mejora Continua, tomando como base los datos acerca de los propios procesos, a través de un esfuerzo constante encaminado a reducir el desperdicio, la duplicación y la complejidad. También insiste en que el mejoramiento de la calidad obtiene su mayor alcance cuando se comprende claramente y es constante en los fines que trata de abarcar. Hace énfasis en evitar que el miedo controle el ambiente y lograr que el aprendizaje se guíe por información exacta y por sólidas reglas de deducción.

La aplicación más visible de los puntos para la gestión la hace en la sugerencia de aplicar la voluntad y talento de todos los trabajadores a la identificación de nuevas formas de realizar el trabajo. Las aportaciones de Berwick hacia los puntos de la gestión son las siguientes (Berwick, 1992. p. 100):

1. Los líderes han de tomar la iniciativa en el mejoramiento de la calidad. Los portavoces de la profesión, de las instituciones de atención de salud y de los compradores en gran escala, han de establecer y mantener una visión compartida de un sistema de atención de salud que experimenta una mejora continua.
2. Las inversiones en el mejoramiento de la calidad han de ser sustanciales. En otras industrias, el mejoramiento de la calidad ha producido grandes dividendos en reducciones de costos; eso puede ocurrir también en la atención de salud. Sin embargo, por el momento el mejoramiento requiere inversiones adicionales en tiempo gerencial, capital y conocimientos técnicos.
3. Ha de restablecerse el respeto para el trabajador de atención de salud. Los médicos, empleados de hospitales y trabajadores de atención de salud, están tratando arduamente de realizar su trabajo y no dejan voluntariamente de hacer lo que saben que es correcto.

4. El diálogo entre los clientes y los proveedores de atención de salud ha de ser abierto y mantenerse cuidadosamente. La calidad mejora a medida que las personas servidas (los clientes) y quienes los sirven (los proveedores) dedican tiempo a escucharse mutuamente y a dilucidar inevitables malos entendidos. Al igual que los matrimonios no mejoran con la amenaza de divorcio, tampoco mejorará en general, mediante amenazas, la atención de salud.
5. Han de utilizarse en los marcos de atención de salud modernas herramientas técnicas, fundamentadas en sólidas bases teóricas, para mejorar los procesos. Los pioneros del mejoramiento de la calidad (Shewhart, Dodge, Juran, Deming, Taguchi) han dejado un rico legado de teorías y técnicas mediante las cuales podemos analizar y mejorar los complejos procesos de producción. Los procesos que pueden mejorarse mediante técnicas sistemáticas abundan en la medicina. Los existentes en las instituciones son evidentes, tales como las formas mediante las cuales los hospitales administran los medicamentos, transfieren la información o equipan y programan las salas de operación.
6. Las instituciones de atención de salud han de organizarse para asegurar la calidad. Cuando otros tipos de empresas han invertido en el mejoramiento de la calidad, han descubierto y perfeccionado técnicas gerenciales que requieren nuevas estructuras. Los ingenieros de la calidad ocupan un lugar central en dichas estructuras, a medida que la calidad pasa a ocupar un lugar central en el temario gerencial, a un nivel igual al de los aspectos financieros. Es necesario crear, capacitar y dirigir competentemente a grupos flexibles de proyectos con miras a abordar complejos procesos que atraviesan las líneas departamentales usuales. A través de toda la organización, ha de efectuarse una inversión renovada en la capacitación, puesto que todos los miembros del personal han de convertirse en socios en la misión central del mejoramiento de la calidad.

3.3. Salud mental en un centro Penitenciario

Arroyo y Ortega hacen una revisión, en 2007, de la mejora de la calidad en la asistencia a la salud mental en el servicio médico del Centro penitenciario de Zuera, Zaragoza, revisando el ciclo Deming.

Los resultados indicaron que en el estudio sobre el motivo de consulta diaria en la prisión provincial de Zaragoza, el 50% del total de las consultas, fueron demandas de asistencia por síntomas relacionados con problemas de salud mental. Se halló una relación significativa entre el número de sanciones disciplinarias debidas a actos agresivos y comportamientos que implicaban reacciones interpersonales inadecuadas, con la presencia o no de Trastornos de Personalidad (TP) en los sancionados, lo cual los llevó a considerar una mejora en el servicio de salud mental en la institución. Lo interesante del trabajo de Arroyo y Ortega es la limitación es que se describen una serie de hallazgos relativos a la calidad de la asistencia de los problemas de salud mental, sin que se propusieran las correspondientes mejoras a aplicar, lo que se dejaba para estudios posteriores.

Se encontró una importante necesidad de asistencia a problemas de salud mental en los reclusos, dado que las patologías que producen conductas inadaptadas (entendidas como expresión de relaciones interpersonales inadecuadas) fueron las más prevalentes, asociadas además al uso de sustancias psicoactivas (Diagnóstico Dual). Se propuso un modelo el cual utilizaba a un psiquiatra consultor integrado en el equipo de atención primaria como mejor respuesta a las demandas asistenciales, para facilitar el servicio. Se halló, por ejemplo, que las enfermerías de los centros, insuficientemente dotadas para ello, se veían obligadas a acoger a un tipo de paciente mental que había cometido alguna clase de delito generalmente violento y que no era ingresado en un dispositivo especializado extrapenitenciario, probablemente por la falta de medidas de seguridad de estos dispositivos.

Es notorio en el trabajo que se estudian diferentes aspectos de la asistencia, sin aplicar en ninguno de ellos la secuencia del ciclo de mejora de calidad. Parece que se admite que es más sencillo identificar y analizar problemas que proponer soluciones y evaluar resultados. El trabajo pretendía constituir una primera fase de recopilación y análisis de diferentes problemas encontrados por el equipo de trabajo en la mejora de la asistencia primaria de los problemas de salud mental de un centro penitenciario, evidenciando una importante necesidad de atención, provocada por sintomatología mental, hablando específicamente del trastorno dual. Una de las primeras reflexiones que hacen es sobre la necesidad de mejorar la formación y actualización de los conocimientos sobre patología dual entre el personal sanitario penitenciario para poder detectar esta demanda.

3.4. Otros ejemplos de la aplicación del modelo Deming

La Universidad Federal de Sao Paulo, en Brasil, ofrece una especialidad en Psicología Institucional de Calidad, donde se aborda (en el año de entrenamiento) como parte del temario, la filosofía gerencial Deming y la teoría sobre los 14 puntos para la gestión. Adicionalmente se revisan otros conceptos de calidad, como los ofrecidos por Juran, Crosby e Ishikawa. Sin embargo, no fueron hallados registros sobre la aplicación de los 14 puntos en una Unidad de consulta externa de salud mental. No obstante, Leite (1993) hace uso de la teoría del control estadístico de procesos en una institución psiquiátrica, fundamentado en los conceptos de la administración y gestión de la Calidad de Deming y Teboul, y en los postulados de la Teoría de la calidad en la Salud de Vouri, dentro de la Clínica Olivé Leite. Elaboró un banco de datos con información de más de 30,000 internamientos, de forma descriptiva histórica, y recurriendo a gráficos de Control estadístico como instrumento de presentación de los datos.

3.5. Conclusiones acerca de los antecedentes

Los modelos de gestión aplicados a la asistencia sanitaria no son en ningún momento recursos exclusivos de las empresas manufactureras que por su contacto con materiales y maquinaria inanimada resulten en cualquier caso deshumanizantes, por el contrario, todos plantean el reconocimiento del factor humano en las organizaciones como punto principal para lograr los objetivos por los que son creadas las instituciones de salud en donde se han aplicado. En específico los modelos basados en los conceptos de calidad total resultan vinculados en una tríada que resulta de la búsqueda de la satisfacción para el cliente, el empleado y la organización. Además no se limitan a señalar o concretarse en lo mínimo que se espera de los servicios de salud sino que van más allá, hacia el fortalecimiento de las áreas de oportunidad o el desarrollo de los integrantes de la organización.

En especial el modelo Deming trata de integrar una parte humanizante de la empresa, poniendo énfasis en las personas que la integran y en las necesidades del cliente, pero utilizando herramientas más concretas de análisis y desarrollo de los procesos. La resultante es susceptible de ofrecer una alternativa a los servicios de salud mental que requieran una mejora continua de los procesos que implica, manteniendo una unión y fortalecimiento de la organización en su totalidad.

En general no se hallan mayores antecedentes en el país para unidades de consulta externa. Este panorama nos lleva a concluir que en este sector se han considerado políticas de acción como las señaladas dentro del modelo Hidalgo, pero no así la aplicación de filosofías de calidad, en parte por las demandas que ya se tienen que cumplir en cuanto a la certificación de hospitales y que representa una exigencia de las autoridades. Las mejores propuestas acerca de los modelos a seguir en cuestión de la atención a la salud mental parecen provenir del gobierno, y los particulares por su parte tienen una mayor tendencia a buscar modelos que tengan que ver más con la calidad en el servicio. En cierto modo la propuesta que se hace a través de la aplicación del modelo Deming trata de sobrepasar el lograr la calidad de las instituciones no sólo a través de una certificación, sino por medio de un continuo cambio que se convierte en constante. Las referencias (que no las aplicaciones directas) del modelo Deming en el campo de las instituciones sanitarias parece demostrar la relevancia y justificación de la posible aplicación en una unidad de consulta externa, actualmente.

III. Método

Planteamiento del Problema

La gestión actual de una unidad de consulta externa sigue un patrón similar al de los modelos sugeridos por los hospitales psiquiátricos, en donde encontramos un manejo del tipo institucional, siendo una de las características más importantes que las políticas institucionales no contemplan por sí mismas las necesidades de los usuarios en términos de un trato que se considere aceptable y entendible para ellos. La percepción del usuario acerca de los procedimientos empleados en la consulta externa puede ser visto como un proceso engorroso en donde tiene que pasar por un peregrinaje hasta llegar a la atención que desde un principio estaba buscando. Más aún, las mismas políticas institucionales no contemplan las propias necesidades del personal que ahí trabaja, y todo esto se ve reflejado en casos como el descrito en la Introducción de este trabajo, donde abundan los procesos erróneos y las repeticiones de éstos, entendidas como reprocesos.

Ante esta situación, es importante el análisis de las políticas institucionales y la propuesta de otras que reconsideren el punto de vista del usuario y del profesional de la salud. Este replanteamiento de las políticas institucionales se realiza desde un único órgano regulador perteneciente a una unidad de consulta externa, entendiéndolo como una parte fundamental de éste.

Objetivo General

Analizar en forma documental y describir las posibles variables, dentro de las políticas institucionales en una unidad de consulta externa inserta dentro de una clínica de salud mental del sector privado, que favorezcan u obstaculicen la calidad en el servicio ofrecido a los usuarios y en la satisfacción del personal de esta unidad, a través de la consulta directa de los manuales de operación y los procedimientos empleados en el funcionamiento de las distintas áreas que la conforman.

Objetivos específicos.

1. Se recopiló información relevante, mediante la observación directa y de los documentos internos, acerca del funcionamiento de las distintas áreas que conforman una institución que contempla una unidad de consulta externa, a fin de determinar su situación interna actual en cuanto a funcionamiento.
2. Se analizaron las variables que están implicadas en el funcionamiento de una unidad de consulta externa, poniéndolas en práctica y observando su comportamiento, y se propusieron algunas de éstas como índices del desempeño de la unidad de consulta

externa, a fin de servirnos de éstos para un seguimiento más objetivo del problema.

3. Se realizó una propuesta operativa dentro de las políticas institucionales dentro de una unidad de consulta externa, que contemple la adaptación de los modelos gerenciales a fin de considerarlos como propuestas viables para la modificación de los procedimientos y del aseguramiento de la calidad del servicio a los usuarios y al personal que ahí labora.

Tomando en cuenta que las variables que pueden incidir son en todo caso políticas institucionales, plasmadas dentro de los procedimientos descritos en los manuales operativos, por lo que la recolección de estos elementos se hizo a través de la observación directa del funcionamiento y de la revisión de los manuales operativos.

Para llevar a cabo estos objetivos se planteó una metodología cualitativa, en un estudio no experimental, sin intervención. Se siguió un diseño de tipo descriptivo de caso, con un marco teórico que nos ofrece una visión acerca de la situación de los hospitales psiquiátricos como instituciones, además de los modelos existentes en cuanto a las estrategias de gestión de la calidad en servicios hospitalarios, y también se recogieron datos a fin de proporcionar una mayor idea de una misma situación, que es el funcionamiento de la UCE. Ya que se pretendió describir un problema en un lugar y un momento determinado, se considera un diseño de estudio de tipo transversal. Al ser un estudio descriptivo donde no se tiene suficiente información sobre las causas específicas del problema, no se planteó una hipótesis concreta al inicio del estudio, de tal forma que, de acuerdo a Hernández Sampieri (2003, p.187), el presente trabajo contempla las siguientes acotaciones:

Tipo de estudio: Documental.

Diseño: Estudio transversal de tipo descriptivo.

El alcance del estudio fué describir las variables que inciden en los servicios ofrecidos en una unidad específica de consulta externa. Al estudiar los procedimientos que parten de ésta, tomamos éstos procedimientos como unidades de análisis.

Procedimiento

Los materiales empleados en el estudio consistieron en los manuales operativos y los demás documentos en los que se plasmen tanto las políticas seguidas como la descripción de las variables que surgen de los procedimientos realizados, como fueron los manuales operativos y de procedimientos, datos estadísticos, cifras y definiciones de variables que ofrecían las áreas involucradas, así como las normas oficiales y de certificación. El tiempo que comprendieron las etapas del estudio fueron variables en cuanto que las observaciones directas de los procedimientos

pueden sugerir un análisis más a fondo, pero en todo caso las fases del estudio quedaron como sigue:

1. La observación directa del funcionamiento de una unidad de consulta externa, por parte del sustentante, en cuanto a los procedimientos que realmente se ejecutan y las políticas dominantes que orientan la actuación del personal que labora ahí.
2. La recopilación dentro de una unidad de consulta externa o dentro de las áreas que la componen, de la información concerniente a las políticas institucionales, procedimientos operativos y criterios oficiales que regulen la función dentro de la unidad. Por lo tanto, la fuente de información son los documentos internos y las normas vigentes dentro de la misma unidad de consulta externa.
3. La recopilación de los trabajos o estudios previos dentro de la misma unidad de consulta externa que hayan estado dirigidos a modificar en alguna medida el servicio ofrecido, para analizar el impacto que han tenido en el desempeño de la unidad.
4. En base a los resultados y a los posibles tipos de gestión disponibles, se proponen una serie de políticas institucionales que se espera mantengan un impacto positivo en el desempeño de la unidad de consulta externa, desde la creación de un organismo rector en cuanto al aseguramiento de la calidad en el servicio.

Finalmente, el trabajo de campo se realizó en cuanto a la observación y revisión de los documentos existentes, los cuales pueden ser manuales operativos y de procedimientos, datos estadísticos, cifras y definiciones de variables que ofrecen las áreas involucradas, en el caso de que cuenten con ellos, aunque en un momento dado la referencia de estas fuentes haga mención de las normas exigidas por las autoridades.

IV: Análisis institucional de la unidad de consulta externa de salud mental

En este apartado se expone el origen del Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) dentro de la Clínica de Salud Mental (CSM), el cual a la postre desapareció, sin embargo constituye el antecedente directo de la Unidad de Consulta Externa (UCE) de la CSM, que es en realidad resultado de la evolución de este Centro luego de años de operación. De acuerdo con los resultados hallados en bibliografía y documentos internos, encontramos que todo el presente panorama de la UCE tiene una importante influencia del CSMC como antecedente directo, de acuerdo al concepto que se perseguía en el momento de su creación, es decir, que todo el funcionamiento actual de la UCE se basa, de alguna forma, en lo creado hace más de 35 años.

1.1. Breve reseña histórica de la creación del servicio

Después de dirigir la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), y viendo necesaria la incorporación al nuevo enfoque de la psiquiatría que se estaba desarrollando en el mundo entero en 1974, el doctor Guillermo Calderón Narváez decidió adentrarse en la realización de un proyecto piloto de salud mental comunitaria, luego de que en el país se daba por concluida la llamada *Operación Castañeda* (la cual sustituyó los servicios psiquiátricos que hasta entonces se concentraban en el Manicomio General de la Castañeda). Dado que el nuevo enfoque de psiquiatría comunitaria se desarrollaba en los países capitalistas con base en una gran inversión presupuestal, y en los socialistas con base en un elevado número de profesionales, fue necesario encontrar nuevas alternativas que pudieran ser aplicadas en países carentes de los recursos monetarios y de personal (Calderón, 1984).

El programa piloto resultante fue un modelo de salud mental comunitario que intentaba trabajar coordinando una participación estatal y privada, sin un subsidio económico fijo. Así, el Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC), ubicado en la delegación Tlalpan, México, D.F. inició sus operaciones el 28 de Octubre de 1974. Considerando que en 1973 la Delegación contaba con un 70% de población urbana y un 30% de población rural, se realizaron interesantes estudios que permitirían a futuro la aplicación de un programa de salud mental comunitaria tanto en medios rurales como urbanos. Este fue un factor muy importante para intentar echar a andar el programa piloto en esta Delegación.

Otra razón de peso fue que el Centro contaba con las instalaciones que se encuentran en la CSM, dentro de dicha delegación. Es importante señalar que el CSMC nació en el seno de la CSM, Hospital que es parte de

la presencia de la Orden Religiosa de los Hermanos de San Juan de Dios (o Juaninos) en nuestro país, la cual ha fundado tres Hospitales: el primero de ellos en 1905, en Zapopan, Jalisco; el segundo en 1910, en Cholula, Puebla; y la CSM, inaugurada en 1954, en México, D.F. El carisma de la orden, aunado a las concretas acciones de colaboradores comprometidos determinó en muchos momentos el éxito de la labor asistencial que hasta la fecha se sigue ofreciendo en estos tres hospitales, de igual forma que en los resultados del proyecto piloto del CSMC.

El Centro contaba con el apoyo de la Dirección General de Salud Mental de la SSA y de las asociaciones de Servicio Social Voluntario SR y de las *Damas* de la CSM. Este último fue un grupo creado específicamente para colaborar con el CSMC, y se dedicó principalmente a tratar de recaudar una parte importante de fondos económicos que el Centro requería, por medio de actividades sociales, de tipo administrativo o en contacto directo con el enfermo.

1.2. El CSMC de 1974 a 2005

Al iniciar el programa piloto se fijó como meta la realización de actividades asistenciales de alto nivel, coordinando además el apoyo que ofrecían las instituciones educativas. De tener éxito este programa, sería posible el repetirlo y aplicarse en casi cualquier parte del territorio de la República. Para este programa piloto se tomó la siguiente conceptualización de salud mental:

“Dado que la salud mental es un estado de equilibrio de bienestar emocional y que es producto de la relación armónica entre la realidad interna y externa de un individuo, es cierto que toda persona que integra una unidad biopsicosocial no puede funcionar debidamente como individuo si carece de esta relación equilibrada. Los problemas psiquiátricos experimentados por la sociedad en los últimos años han ido en aumento, como consecuencia de su desarrollo. Violencia, delincuencia, alcoholismo y farmacodependencia son problemas comunes en la sociedad mexicana de hoy en día. Como estos problemas tienen un origen común, es necesaria la labor de prevenirlos, por lo tanto, es necesario para la comunidad la creación de un centro piloto donde se establezcan objetivos y metas que den como resultado programas que permitan instituir los principios y modalidades que deben de tener los centros de salud mental que tengan como finalidad la prevención de las enfermedades mentales” (Calderón, 1984, p.135).

El programa inicial iba del 2 de enero al 31 de diciembre de 1974 en su primera etapa, posteriormente se sometieron a examen los objetivos, los cuales, de forma inicial fueron los siguientes (Calderón, 1984):

1. Fomentar la coordinación entre las instituciones de salud en la Delegación.
2. Creación de un curso de posgrado en salud mental comunitaria.
3. Investigación en psiquiatría y psicología.
4. Actividades de psiquiatría y psicología orientadas hacia la comunidad.
5. Establecer la coordinación permanente entre las instituciones oficiales y privadas de la Delegación.
6. Mejorar la preparación médica, psiquiátrica, psicológica, de trabajo social y enfermería de los profesionales de la salud en esta delegación.

El CSMC en sus primeros 10 años (1974 – 1984)

Luego de cinco años de iniciado el programa piloto, en 1979 se tenían ya varios logros: en primer término se incluyeron actividades asistenciales psiquiátricas, coordinando las actividades con las instituciones educativas para la promoción de la salud mental, y con una serie de pláticas promocionales.

Se estableció que toda persona que acudía al CSMC recibiría toda la atención de un servicio médico y paramédico de alta calidad, sin discriminación alguna por condición social o económica, raza, religión o credo político y sin más restricciones que las impuestas por las normas del tratamiento, con arreglo a factores tales como la disponibilidad, el cupo y el tiempo. El personal estaba obligado a dar al público un trato atento y cortés, sin pensar en ningún momento que se estaba realizando una obra caritativa. Desde un primer momento el CSMC formó parte de la estructura de la CSM como parte de un *Hospital Escuela*, y las actividades adquirieron mayor amplitud mediante equipos multidisciplinarios de médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, así como de voluntarios (Calderón, 1984, p. 142).

Dentro del sector educativo se coordinó con dos guarderías, 26 jardines de niños, 69 escuelas primarias, 11 secundarias y 6 escuelas técnicas, además de que se desarrollaron programas con una gran cantidad de universidades y centros educativos de especialidades médicas de todo el país. En el sector salud se coordinó con ocho hospitales, tres centros de salud y un centro escolar, dentro de la delegación, y fuera de ella con la SSA, el Departamento del Distrito Federal (DDF), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Programa para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Actividades de prevención primaria

En el período de 1974 a 1984 se desarrollaron programas de educación sexual, problemas de conducta y aprendizaje, alcoholismo, farmacodependencia (para padres de familia), adolescencia y epilepsia, llegando estas actividades de prevención a más de 30,000 personas al año. En aquel entonces, estas actividades estaban a cargo de alumnos de

enfermería, medicina, psicología y trabajo social y se impartían en escuelas, cines, mercados y lugares de reunión de la comunidad. Estas actividades quedaron muy enriquecidas por la introducción de sociodramas impartidos por los estudiantes de psicología y enfermería.

Actividades de prevención secundaria

Dada la penetración en la comunidad por las actividades precedentes fue posible la detección temprana y el tratamiento oportuno de un gran número de casos, llegando a atender a más de 5,000 casos en 1979, siendo las consultas impartidas por el personal médico de la institución y por alumnos del curso de posgrado de psiquiatría. Este servicio era prácticamente gratuito pues se cobraban pequeñas cuotas de recuperación según un estudio socioeconómico, librando de este pago en los casos de personas indigentes o con bajos recursos económicos.

Formación en la práctica

Se aprovechó principalmente a los residentes de la especialidad en psiquiatría que tenía como sede la Clínica para los servicios asistenciales en el Centro, además se elaboró y puso en marcha un plan que aprovechaba las capacidades de atención psicoterapéutica de los profesionales universitarios, ofreciéndoles de manera gratuita un curso de formación, exigiendo para esto el ofrecer el tiempo necesario para la atención sin costo de pacientes de la comunidad. El curso duraba dos años, siendo el primero teórico y el segundo práctico. Los estudiantes de psicología también elaboraron una considerable cantidad de estudios psicológicos, y por su parte, los estudiantes de trabajo social tenían a su cargo la organización de los programas de penetración a la comunidad y participaron en forma activa en los trabajos de investigación.

Para 1976 el programa era toda una novedad en el campo de la salud mental, llegando a ser considerada por algunas personalidades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un modelo para la atención de los problemas de salud mental en el futuro. Poco tiempo después el Centro fue invitado a participar en una investigación internacional respecto a la respuesta de la comunidad frente a los problemas relacionados con el alcohol, finalizando ésta en 1981.

El período intermedio (1984-2005)

El CSMC se mantuvo dentro de un funcionamiento estable desde 1984 y hasta 20 años después, aunque con el tiempo se perdieron algunas de sus características, siendo la principal que dejó de ser un servicio gratuito y adoptó el cobro de una cuota de recuperación que tendía a ser baja. Paulatinamente se suspendieron las actividades de prevención primaria y el programa de formación en psicoterapia. El servicio médico era principalmente ofrecido por los médicos residentes del tercer y cuarto

año, además de un médico adscrito que fungía como coordinador del CSMC. La actuación de los psicólogos correspondía a los programas de servicio social (para evaluación psicológica) y de prácticas profesionales (para intervención terapéutica), y la presencia de los trabajadores sociales fue disminuyendo gradualmente. En general el servicio se ofrecía en un horario de 8:00 a 18:00 hrs, de lunes a viernes, aunque en la práctica el servicio de la tarde sólo se efectuaba un par de días a la semana, de acuerdo a las posibilidades de los médicos que trabajaban en el CSMC.

El proyecto iniciado por el Dr. Calderón resultó innovador en su momento porque intentaba llevar los servicios de salud mental hasta la misma comunidad, procurando una intervención adecuada hasta donde se generaba realmente el problema. Gradualmente y sin que se conserve un registro histórico, esta característica se fue perdiendo, ya que el CSMC dejó de introducirse a la comunidad y simplemente permitió que ésta acudiera hasta sus instalaciones para recibir la atención. Para finales de 2005 el CSMC como un centro comunitario estaba casi extinto aunque ya desde 2002 era bastante visible su decadencia; se seguían ofreciendo servicios al público que acudía hasta él, y se mantenían los servicios básicos de atención psiquiátrica y psicológica, aunque éstos carecían de planeación a futuro e incluso de planes de desarrollo.

Lamentablemente el Dr. Calderón Narváez falleció en Agosto de 2009. Esta sensible pérdida motivó una ceremonia especial dentro de las instalaciones de la CSM, donde se trataba de reconocer sus contribuciones dentro de la institución, aún cuando para la mayor parte del personal son desconocidos los orígenes del Centro Comunitario.

1.3. Origen de la Unidad de Consulta Externa

Después de 34 años de funcionamiento, el CSMC finalmente cambió sus políticas, instalaciones y hasta el nombre. Es un hecho que en 2006 ya no trabajaba de forma tan independiente como lo hacía en un inicio, sino más bien funcionaba como una parte integrante de la CSM, y desde ese año comienza a denominarse como la Unidad de Consulta Externa (UCE), conservando algunas de las características que tenía el antiguo centro comunitario. Esto es, el CSMC se convirtió en la UCE.

Cuando el CSMC inició actividades, la clínica se enfocaba en los servicios asistenciales de hospitalización, los cuales nunca han estado subrogados, y que desde 1954 representaba el mayor porcentaje de los ingresos económicos de la Clínica, es decir que en el inicio del CSMC no se consideraba a éste como una fuente real de ingresos para la CSM. Dentro de ésta, actualmente la UCE tiene un lugar muy importante, en principio por ser muy dinámica y por representar una fuente de ingresos segura y confiable. Con el paso del tiempo los ingresos en el área de hospitalización disminuyeron considerablemente, principalmente debido a un efecto similar al que se experimentó en muchos hospitales psiquiátricos,

consecuencia del avance en psicofármacos que facilitaban el egreso de pacientes o su mantenimiento en unidades ambulatorias. El resultado fue que la Clínica se convirtió en su conjunto demasiado grande para la cantidad de pacientes internados, mientras el promedio de días de internamiento también disminuía.

La principal transformación que sufrió el CSMC para convertirse en la UCE fue que los servicios dejaron de ser gratuitos o auto sustentables, y se establecieron tarifas del servicio, que hasta ese momento resultaban ser muy económicas en comparación con otros centros con una calidad de servicio similar. Hasta diciembre de 2005 el costo de recuperación de la consulta era de \$70.00 ó \$100.00. En 2008 la tarifa promedio asignada en consultas de primera vez y subsecuentes de la recién creada UCE era de \$300.00, esto es un aumento de más del 300%

A principios de 2009 se planteó el proyecto de estructurar la UCE y dividirla en Clínicas de atención de acuerdo a subespecialidades que se adecuen a las necesidades y los requerimientos del común denominador de la población que acude a los servicios de la UCE. Se busca que este beneficio extra, al brindar a los usuarios mayores posibilidades de servicio, logre una proyección innovadora y un mayor reconocimiento de la CSM como una institución comprometida con las exigencias actuales.

1.4. Conclusión

El CSMC fue oficialmente disuelto a finales de 2005, y sin ceremonias se denominó a la unidad operativa que seguía activa como Unidad de Consulta Externa, aunque en realidad el colapso del Centro había ocurrido años atrás, no de manera brusca y ni siquiera evidente, sino de forma paulatina y constante, sin ser demasiado visible para los participantes de ésta. El propósito del CSMC en sus orígenes parece muy claro: acercar los recursos de salud mental a una población específica por medio de una organización que buscara ser autosuficiente e independiente, y que fuera dirigida a una población poco favorecida que no tenía acceso a otra opción de servicio similar. Esto se fue perdiendo poco a poco, y la crítica acerca de este hecho es que quizá, como organización, trató de ignorar que al fin de cuentas se hallaba inserta en otra organización (la CSM) con un propósito distinto: ofrecer un servicio en el que el público se acerca hasta la institución para solicitarlo, y que tiene que pagar. Luego de 30 años la Institución acabó absorbiendo al Centro, demostrando que en realidad no funcionaba en forma tan independiente como era la intención, porque desde un inicio también empleaba los recursos tanto físicos como humanos de la CSM.

Por otro lado, las actuales condiciones de la CSM revelan una apremiante necesidad de apuntalar a una institución que parece atravesar por un momento histórico en el que no está cumpliendo de manera óptima con la misión bajo la que fue creada, y que entonces debe de orientarse

hacia la creación de servicios acordes a la demanda y que además produzcan resultados en términos económicos. Esto es que la CSM desecha, de forma automática, la idea original de un centro comunitario que saliera a las calles a ofrecer sus servicios y que además no representaba una fuente de ingresos importantes para toda la organización.

A pesar de las limitaciones de un proyecto creado hace más de treinta años, el legado del CSMC radica en el deseo de revivir la obra, por lo que, desde finales de 2005 es creada la *Fundación San Juan de Dios*, la cual contempla varios proyectos de atención a sectores de la población necesitados, y uno de los proyectos es el de crear un Centro con las mismas características del CSMC, justificando con esto la idea original. Para principios de 2009 se planteó la reforma de la UCE con el fin de permitir, en forma paralela, un nuevo espacio para un naciente Centro Comunitario de Salud Mental dirigido por esta Fundación, y que en teoría nada tendría que ver con la actual UCE. Es posible que el mantener apartada a la UCE de un nuevo proyecto de CSMC permitirá que éste sobreviva aún a pesar de las peores condiciones de la CSM dado que funcionaría de manera independiente en cuanto a recursos y políticas de funcionamiento. Actualmente el proyecto se encuentra en las fases iniciales de proceso, desde mayo de 2009.

Marco normativo legal de la UCE

Las posibilidades que existen para la normatividad y consiguiente gestión de alguna unidad de atención médico hospitalaria son variadas y en general muy completas. En principio, las unidades hospitalarias deben adecuarse a lo solicitado por las autoridades competentes, que sugieren todo un marco normativo. En forma independiente la institución puede adoptar un modelo de gestión, dentro de éstos se encuentran los centrados en la calidad. En el presente capítulo se expone el marco normativo legal bajo el cual se planea y se desenvuelve el trabajo dentro de la UCE.

De acuerdo con los lineamientos hallados en los manuales operativos, la UCE trabajaba de acuerdo a las siguientes bases jurídicas, que se consultaron para formar dichos manuales, al menos hasta 2007 (Cuadro 3), y a continuación se hace una revisión de las más importantes, en especial las que se aplican a los procedimientos de certificación.

**Cuadro 3.
Bases Jurídicas que regulan y enmarcan el desarrollo de la UCE
(CSM, 2003).**

Constitución política de los EUM, Art. 4º, párrafo 3ºro.
Ley de premios, estímulos y recompensas civiles
Ley federal de protección al ambiente
Ley federal de responsabilidad de los servidores públicos
Ley de planeación
Ley orgánica de la administración pública federal
Ley general de salud para el D.F.
Ley general de salud
Reglamento de la ley general de salud en materia de control sanitario
Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de la atención médica
Programas nacionales de salud (vigentes)
Diversos acuerdos de creación de comités internos
Bases de coordinación para la integración y descentralización de los servicios de la SSA del D.F.; 1984
Norma Oficial NOM-168-SSA1-1998 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica

2.1. Normas generales de salud

En nuestro país las bases legales sobre las que operan las instituciones de atención a la salud se encuentran plasmadas en diversos documentos. Los más básicos son en principio la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º, párrafo 3º (que indica, en todo caso, el derecho a la atención de la salud), el Reglamento de la Ley General de Salud (que contiene un reglamento en Materia de Salud Mental) y la Ley Federal de Salud para el D.F.

También existe el Consejo de Salubridad General, el cual es un órgano del Estado Mexicano, que tiene sus orígenes desde 1871 y tiene su fundamento en el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (donde se establece que depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado). Además, de acuerdo al artículo 4º de la Ley General de Salud, representa la segunda autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República. Como se verá más adelante, este consejo es el encargado de regular la certificación de los hospitales.

2.2. Normas para las instituciones de atención a la salud mental

Para el adecuado funcionamiento de las unidades hospitalarias especializadas en materia de salud mental se tienen varias referencias, algunas de ellas son especializadas en materia de salud mental y otras contienen apartados específicos. Existe, en primer término la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, referente a la prestación de servicios en Unidades de Atención Hospitalaria Médico Psiquiátricas. La NOM-025-SSA2-1994 hace hincapié en la necesidad de asegurar al usuario un trato digno, en donde se vea favorecido al contar con espacios, insumos y una atención especializada y adecuada a sus necesidades.

De forma paralela también existen diversas normas más específicas que señalan las pautas a seguir en áreas operacionales. La elaboración de los expedientes clínicos, tanto para el área de hospitalización como de consulta externa, debe seguir un proceso riguroso y contar con partes mínimas o formatos preestablecidos. La pauta oficial a seguir en la elaboración de los expedientes fue la Norma técnica No. 52, posteriormente sustituida por la NOM-168-SSA1-1998, la cual habla de los lineamientos mínimos que la elaboración de expedientes clínicos debe de seguir.

Por otra parte también existe la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y la NOM-190-SSA1-1999, dedicada a la prestación de servicios de salud y criterios para la atención médica de la violencia intra familiar, y sirven como un apoyo para la operación en las unidades correspondientes.

Otra categoría de normas la conforman la NOM-197-SSA1-2000 (Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada) y la NOM-087-ECOL-1995, posteriormente sustituida por la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 (Requisitos para el manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica). Estas normas funcionan como apoyo, principalmente.

2.3. Normas específicas para las unidades de consulta externa

Las unidades de consulta externa, además de estar reglamentadas por los anteriores documentos y políticas de estado, les son exigidos algunos criterios mínimos exigidos por el Consejo de Salubridad General para establecimientos de atención médica psiquiátrica ambulatoria, y son los siguientes (Consejo de Salubridad General, 2005):

1. Existencia de un programa anual de consulta externa y de manuales de organización y procedimientos.
2. Procedimientos de planeación que garanticen el número de consultorios, y sus horarios correspondientes, suficientes para atender la demanda.
3. Contar con un jefe de consulta externa que haga cumplir los lineamientos establecidos.
4. Contar con personal de enfermería exclusivo.
5. Documentación de la programación de la UCE por especialidad.
6. Registros de los diferentes tipos de estadísticas del servicio.
7. Documentación del mecanismo de referencia y contrarreferencia.
8. Especificación del mecanismo establecido entre la UCE y Admisión-hospitalización.

El Consejo de Salubridad general además hace hincapié en seguir de forma adecuada la NOM-168-SSA1-1998 (de la elaboración de expedientes clínicos), ya que la continuidad de los tratamientos ambulatorios depende del llenado de un expediente específico de consulta externa, así como los criterios necesarios para cumplir con el proceso de certificación o recertificación, en especial los que señalan la necesidad de estudiar los procesos de forma documental, con un responsable asignado y con evidencia de datos numéricos o estadísticos para su posterior evaluación.

2.4. Certificación de hospitales

La certificación de hospitales es “el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes” (Consejo de Salubridad General, 2009a).

Los procesos de certificación tienen su origen a partir del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, al ser convocada una reunión de trabajo de instituciones de salud de Canadá, Estados Unidos de América y

México para determinar los criterios que debían regir para el tránsito de médicos entre los tres países, a través de la certificación de sus competencias. Hasta 1993, salvo algunos esfuerzos del IMSS y del ISSSTE, no existía una instancia certificadora, por lo que esta función fue desempeñada desde diversos órganos hasta que en el año de 1999 la Secretaría de Salud convocó a diversas instituciones prestadoras de servicios de salud para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Consejo de Salubridad General, con la finalidad de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica y como un apoyo para el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

A partir del 2001 el Consejo de Salubridad General asumió directamente la responsabilidad de los procesos de certificación, y frente a la necesidad de contar con instrumentos de evaluación necesarios para un proceso de certificación, surgieron los Criterios de procesos y resultados para establecimientos de atención médica, creados por el Consejo de Salubridad General (2005). Es a partir de esta reglamentación que la CSM aprobó exitosamente un proceso de certificación durante el año de 2007.

El Consejo de Salubridad General se propuso en 2007 reestructurar el proceso de certificación, a través del desarrollo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM). Algunas de sus funciones son las de investigar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el modelo de Certificación.

La serie de documentos con los que se llevaba a cabo las certificaciones se renovaron y actualmente se cuenta con el Manual del proceso para la certificación de hospitales (Consejo de Salubridad General, 2009a), el cual contempla en su Anexo J, el formato para evaluar estructura, procesos y resultados en los servicios de psiquiatría.

También existen los Estándares para la certificación de hospitales (Consejo de Salubridad General, 2009b), el cual plasma concretamente lo que será evaluado de la unidad médica durante el proceso de certificación, y son usados por la comisión que certifica a un hospital. Adicionalmente existen también estándares de evaluación más específicos, como son los Estándares de evaluación, capítulo de estructura (Consejo de Salubridad General, 2009d) y los Estándares de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica psiquiátrica (Consejo de Salubridad General, 2009c). Estos evalúan el grado de implementación, conocimiento, desarrollo, registro y mejora de los procesos de atención y servicio de las diferentes unidades médicas y permiten conocer el desempeño de una unidad con respecto al servicio, más que la atención médica en específico.

En todo caso, un proceso de certificación supone ventajas competitivas para el hospital que cumpla con sus lineamientos, como pueden ser la evidencia del compromiso con la mejora continua y el reforzamiento de la imagen institucional ante el público usuario, además de tener la ventaja al ser considerado para la asignación de personal en formación. Y para el caso de los hospitales privados, la ventaja que puede ofrecerle una certificación voluntaria y exitosa, es la oportunidad de poder formar parte de una Institución de Seguros Especializada en Salud (ISES) o contar con el reconocimiento y convenio con alguna Aseguradora, además de participar en los procesos de adquisición de servicios de atención médica que sean convocados por el Gobierno Federal y el Gobierno del Distrito Federal, en el caso de la UCE (Consejo de Salubridad General, 2009a).

La *cédula de evaluación* contempla dos capítulos, uno dedicado a la evaluación del cumplimiento de los estándares internacionales y el otro a la de los nacionales.

Cuadro 4. Estándares de la cédula para la evaluación de hospitales (Consejo de Salubridad General, 2009c)		
Estándares centrados en el paciente	Estándares centrados en la gestión	Estándares centrados en sistemas de información
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la atención y continuidad de la misma • Derechos del paciente y de su familia • Evaluación de pacientes • Atención de pacientes • Anestesia y atención quirúrgica • Manejo y uso de medicamentos • Educación del paciente y de su familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la calidad y seguridad del paciente • Prevención y control de infecciones • Gobierno, liderazgo y dirección • Gestión y seguridad de la instalación • Calificaciones y educación del personal • Manejo de la comunicación y la información 	<p>Contiene indicadores de procesos y resultados que permiten dar seguimiento y evaluar los procesos, programas y sistemas de atención médica y de servicios en general.</p>

Cada uno está dividido en tres secciones, las cuales tratan acerca de estándares centrados en el paciente, de estándares centrados en la gestión, y en los sistemas de información (Cuadro 3). La cédula para la certificación de hospitales se integra por 342 estándares y 1354 elementos medibles, los cuales siguen una escala de calificación en la cual pueden obtener NA, 0, 5 y 10. El proceso de certificación resultará exitoso si se cumplen con una serie de consideraciones dentro de las cuales es forzoso obtener un promedio general de 6 de acuerdo a las calificaciones asignadas a las diferentes áreas.

2.5 Normatividad dentro de la UCE

Todas las normas mencionadas en el presente capítulo han sido utilizadas dentro de la UCE en primer lugar para la creación de los manuales operativos vigentes. Estos han sido planeados de tal forma que respeten y

cumplan con todas las disposiciones que se solicitan de ellos. Es evidente que en el momento actual las disposiciones sobre la atención a la salud se encuentran con bastante estructura y que paulatinamente han llegado a un desarrollo sostenido. La oportunidad de adecuarse a estas normas constituye no solamente un principio del funcionamiento de un hospital sino prácticamente un requisito que asegura su existencia. Sin embargo, a pesar de que la CSM certifica exitosamente durante los años de 2003 y de 2007, sufre en los períodos intermedios de quejas de sus pacientes. ¿Porqué?

La evidencia hallada en el desarrollo de la CSM sugiere que durante los procesos de certificación se le ha dado un auge e importancia a la normatividad, inclusive con la creación de áreas internas específicas para ayudar en el proceso, sin embargo este esfuerzo no ha sido constante, pues después de certificada la CSM, disuelve estas áreas internas que no llegan a lograr un seguimiento de los cambios logrados, hasta que paulatinamente éstos colapsan. Por ejemplo, en noviembre de 2007 todo el personal de la jefatura de psicología contaba con credenciales actualizadas que los identificaban ante los usuarios. A finales de 2009 sólo el 40% de los psicólogos cuentan con una credencial en buen estado y con vigencia. Y el formato de la credencial no es válido puesto que no es el que está indicado dentro de los manuales operativos.

3.1. La Coordinación de la UCE y la Jefatura de Enseñanza

Hasta 2005 la CSM contaba con la Jefatura de Enseñanza que se encargaba de dirigir y planear las actividades de los médicos residentes de la Especialidad en Psiquiatría de una reconocida universidad, teniendo como sede la CSM. Las actividades de los residentes se enfocaban en rotar por los diferentes servicios de la Clínica (Pabellón de Hombres, Mujeres, Adicciones, etc.) por los primeros dos años de la residencia, al cabo de los cuales se incluía la rotación en el CSMC o UCE, los últimos dos años de la especialidad (CSM, 2007). Un acontecimiento que favoreció con el tiempo el desarrollo de la UCE fue la fusión entre la coordinación de la consulta externa y la jefatura de enseñanza. Aunque formalmente no se hallan fusionadas, a partir de julio de 2006 empezaron a trabajar en forma tan estrecha que funcionan prácticamente como una sola unidad. Este factor fue muy importante ya que la mayoría de los médicos psiquiatras en la consulta externa son residentes de la especialidad en psiquiatría que se ofrece en la clínica, como hospital sede. Esta estrecha interacción de la UCE con la jefatura encargada de los planes académicos permitía la ventaja de hacer una mejor planeación sobre las actividades de la Unidad así como la designación de los recursos humanos necesarios. Actualmente la rotación por la UCE se realiza desde el segundo año de la residencia, a partir de preguardias realizadas por las tardes.

Con respecto al trabajo interdisciplinario, en el momento actual la situación se ha modificado de forma sustancial: en el pasado existía un contacto informal, no programado o estructurado entre los psicólogos y los psiquiatras, dirigido principalmente a comunicar datos clínicos sobre los pacientes. Las devoluciones de las pruebas psicológicas se hacían de manera informal, en momentos contando con la presencia del médico tratante. Actualmente existe una mejor comunicación entre la Jefatura de Enseñanza – Consulta Externa y la Jefatura de Psicología, y ésta es la que se ocupa de todos los asuntos pendientes en relación a casos específicos, aunque aún existe la comunicación informal de pasillo entre los psicólogos terapeutas y los médicos tratantes.

3.2. La Jefatura de Psicología

Los antecedentes: el Departamento de Psicología

Con el tiempo, luego de la creación del Centro Comunitario en la CSM, el Departamento de Psicología de Consulta Externa se había construido más bien como un ala del departamento de Psicología de la CSM en general, y

dado este esquema, no era muy bien aprovechado, pues no resultaba independiente al menos en la medida de aprovechar su propia versatilidad, ya que las actividades se limitaban a la consulta externa. Los programas académicos surgidos en los años 70's fueron suspendidos indefinidamente.

Cabe aclarar que la participación de los psicólogos en la UCE, hasta 2005, se limitaba a la valoración diagnóstica, en este punto es donde se concentraban las actividades realizadas dentro de la CSM por parte de los psicólogos de servicio social y el objetivo era el obtener información referente al estado emocional e intelectual del usuario, así como el grado de adaptación al medio, brindando los rasgos centrales de su personalidad, posible tratamiento y pronóstico.

A mediados de 2002 el área de psicología era dirigida por un coordinador y funcionaba con cinco psicólogos de servicio social y diez voluntarios, mientras que el Centro daba atención prácticamente en horario matutino. Desde principios de 2003 comenzó una tendencia en las operaciones del aún entonces Centro Comunitario: se intentó extender el horario de atención al turno vespertino, el cual ya existía pero era muy limitado. Las exigencias del trabajo requerido fortalecieron las actividades de los psicólogos, y el servicio vespertino creció tanto que en un año y medio superaba en afluencia de pacientes e ingresos al servicio matutino. Un año más tarde, a finales de 2005, existían aproximadamente unos 17 psicólogos de servicio social y unos 5 voluntarios, y la cantidad de pacientes atendidos era considerable.

Hasta mediados de 2006 el departamento adolecía de las siguientes fallas: La primera de ellas es que dentro del centro no se contaba con alguna autoridad presente para algunos los psicólogos, es decir que el coordinador de psicología sólo estaba en uno de los turnos y su lugar de trabajo no estaba en el centro. Se recibía apoyo por parte de los médicos psiquiatras, al igual que se mantenía contacto con la coordinación, pero realmente no existía contacto con el coordinador directo, principalmente porque no existía el canal ni las condiciones físicas suficientes como para que esto se efectuara. Otro aspecto importante a criticar en el Departamento es que no se contaba con un sistema de asignación de pacientes a los psicólogos, sino que estos los solicitaban a la coordinación (que en realidad era el área de recepción). Dadas estas deficiencias descritas resultaba más conveniente uniformar los procedimientos para que la acción de los psicólogos se regulara formalmente y se convirtiera en un elemento integral de la preparación de los psicólogos en servicio social (y no siguiera el modelo anterior, prácticamente heredando los conocimientos), por lo que el mismo Departamento intentó mejorar el procedimiento habitual estableciendo un sistema de asignación de pacientes en base a las capacidades de cada psicólogo, a la vez que se realizaba una programación semanal en todo el departamento.

Puesto que no existía un curso de capacitación para darle uniformidad al procedimiento de evaluación, se implementó a mediados de 2005 un breve curso de inducción en el que se resaltaban los principales puntos que el psicólogo debería de conocer al iniciar sus labores en consulta externa. Dicho curso era de apenas unas horas pero constituía el primer paso en adentrar al psicólogo en sus funciones, cosa que antes no se hacía. Los puntos desarrollados en la inducción eran los siguientes:

1. El Centro de Salud Mental Comunitario y el Departamento de Psicología.
2. Procedimiento de los Reportes Diagnósticos.
3. Pruebas psicológicas disponibles.
4. Consultorios y horarios (uso de batas).
5. Programación de consultas.
6. Personal que integra Centro Comunitario.
7. Apoyo a otras áreas de la Clínica y actividades (Sesiones clínicas).
8. Servicios disponibles.

Esta inducción funcionó por un período prolongado, al igual que la programación de sesiones bibliográficas o de comentarios de casos, dentro de los cuales se abordaba un caso para discusión o bien se designaba a algunos psicólogos para que expusieran el uso de un determinado instrumento de evaluación, en un intento por dar formalidad y estructura a una serie de sesiones espontáneas que surgieron años antes.

La evolución hacia la Jefatura de Psicología

Actualmente en la Clínica se ha hecho una división que contempla dos servicios dentro de la institución relacionados con los psicólogos: por un lado está Rehabilitación, que presta sus servicios a pacientes de hospitalización, y Psicología, que contempla la actuación en la UCE y la elaboración de pruebas psicológicas en hospitalización. Toda actividad psicológica en la Clínica quedó, desde enero de 2007, dirigida desde la Jefatura de Psicología.

La UCE no cuenta con psicólogos operativos adscritos, al menos de manera oficial. Tradicionalmente, y siguiendo la fórmula utilizada en los primeros tiempos del Centro Comunitario, los psicólogos que se desempeñaban por lo regular eran voluntarios o prestadores de servicio social o de prácticas profesionales. Esta situación se mantuvo durante mucho tiempo, y con el paulatino colapso del Centro Comunitario también la participación de los psicólogos disminuyó.

A partir de 2006 se incorporó un nuevo grupo de psicólogos a la naciente unidad de consulta externa (UCE): los Terapeutas por porcentaje o Asociados. Estos cumplían la labor de la psicoterapia pero a cambio de una remuneración económica, la cual representaba un porcentaje del ingreso por consulta en la unidad, continuándose este modelo hasta hoy día.

En 2009, existen un promedio de 45 psicólogos, actuando algunos de ellos en las áreas de hospitalización de la Clínica. Actualmente la actuación de los psicólogos permanece en una constante reestructuración elaborada desde la Jefatura de Psicología que intenta coordinar los esfuerzos en la Unidad de Consulta Externa, con el equipo de psicoterapeutas, prestadores de Servicio Social y voluntarios. Las condiciones actuales de la clínica (como veremos más adelante) han limitado en cierta forma la cantidad de trabajo de la coordinación, aunque actualmente existen numerosos proyectos y programas operativos en donde interviene el trabajo de psicólogos.

3.3. El Departamento de Trabajo Social

Además de la interacción entre los psicólogos y los médicos, aunado al área de control (secretarías y administradores), no existe mayor contacto con otras áreas, con la excepción de Trabajo Social. Sin embargo, el Departamento resulta demasiado pequeño en comparación con otras áreas, y de hecho parece la más reducida de toda la UCE. Otras áreas tan importantes en otros ambientes hospitalarios, como enfermería o mantenimiento, tienen una presencia muy pequeña o nula en la UCE. Esto nos ofrece el panorama actual: una presencia masiva de sólo dos disciplinas dentro de la unidad, por un lado psiquiatría y por otro, cada vez más creciente y estructurada, psicología.

El servicio de la UCE siempre había sido de tipo multidisciplinario, ya que participaban en el centro comunitario tanto psicólogos como psiquiatras y trabajadores sociales. Actualmente el contacto con estos últimos es muy limitado, pues siempre existió más intercambio de información entre el cuerpo médico de la clínica (médicos adscritos y residentes) y los psicólogos. No es formal ya que no existe como tal el procedimiento de la entrevista con el psiquiatra, de hecho aún hoy se puede canalizar al paciente al departamento de psicología por una solicitud escrita solamente, sin que formalmente exista una entrevista entre médico y psicólogo; sin embargo en muchas ocasiones los primeros anticipan a los segundos acerca del paciente, su motivo de consulta manifiesto y latente, las condiciones de canalización y las necesidades del psiquiatra al solicitar el estudio. De igual forma, el psicólogo hace un comentario acerca de la información obtenida en las entrevistas, previo a la entrega de la integración de las pruebas o notas de evolución. El Departamento de Trabajo Social interviene en una entrevista a los pacientes, al iniciar sus consultas en la UCE, a fin de determinar su situación económica y establecer una cuota en relación a sus posibilidades, además de revisar la situación de los casos en los que se requiera, y reducir su cuota temporalmente. Esto es que, en el origen del CSMC, no existía una justificación fuerte para la existencia del Departamento de Trabajo Social (pues era autosustentable). Trabajo Social también se da a la tarea de elaborar encuestas de seguimiento en cuestión de la calidad del servicio, realizadas con los usuarios directos, lo que

significa que es la única área que realiza un esfuerzo por mantener la calidad en la UCE, aunque no porque deba ser el área responsable de esto, sino porque ninguna más lo hace. Además de esto, Trabajo Social participa en actividades del área de hospitalización, como el programa de psicoeducación para pacientes y familiares.

3.4. Manual Operativo de la UCE

Hasta principios de 2007 el único documento que respaldaba las acciones de la Unidad de consulta externa era un manual de procedimientos que explica las tareas que se desarrollan ahí (CSM, 2003). Cabe resaltar que este documento sirvió también como base para el proceso de certificación de la clínica en 2003. En 2007 se procedió a la modificación de los manuales operativos de la UCE y a una reestructuración de la coordinación de psicología, que involucró una posibilidad de cambio y nacimiento de nuevos servicios disponibles en la unidad, siendo dos los más importantes: la creación de un espacio de psicoterapia infantil y la canalización de pacientes a una preconsulta en psicología, a fin de poder ser referidos con mayor rapidez al servicio correspondiente (evaluación psicológica o psicoterapia). Además de estos dos elementos se agilizó el procedimiento de captura y recopilación de notas de evolución en psicoterapia.

La misión y la visión de la UCE se apegan a las de la Clínica en general, y estas son las siguientes (CSM, 2007):

Misión

“Lograr que los procesos de Planeación, Programación, Evaluación y Control de Servicios de Consulta Externa operen eficaz, uniforme y sistemáticamente en las áreas que integran el servicio de consulta externa”.

Visión

“Para el año 2010 el servicio de Consulta Externa tiene el objetivo de alcanzar la optimización de la atención psiquiátrica y de subespecialización con un alto grado de calidad humana y eficiencia diagnóstica así como terapéutica”(CSM, 2007, p. 8).

Funciones de la UCE según manual de procedimientos (CSM, 2007):

- Sistematizar y supervisar el proceso de atención médica psiquiátrica de consulta externa y la integración de los resultados de los estudios de gabinetes y laboratorio para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- Verificar el cumplimiento de la aplicación del NOM 168 (Expediente Clínico) para la elaboración de historia clínica, notas médicas y solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete de los pacientes atendidos.
- Vigilar el cumplimiento de los procedimientos establecidos por las comisiones de investigación y ética para los proyectos de investigación que se realicen en el área.

- Supervisar al personal del área así como al personal en formación de especialidad.
- Supervisar la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Evaluar, proponer, supervisar, el mejoramiento de procedimientos y mecanismos de atención clínica proporcionada por los diferentes servicios y se cumpla con los estándares de calidad establecido para cada unos de ellos.
- Coordinar las actividades de Enseñanza de capacitación continua del personal.
- Promover y apoyar la participación del personal a su cargo en actividades académicas, intra y extramuros de la especialidad de su competencia.
- Establecer canales de coordinación interno e intercambio de información con instituciones externas que desarrollen funciones afines o complementarias.
- Rendir informes periódicos y especiales de las actividades desarrolladas y el grado de avance de los programas y proyectos que le sean solicitados.
- Atender las observaciones sugerencias y recomendaciones de las áreas facultadas para recibir quejas y reclamos sobre la prestación del servicio adoptando las medidas necesarias para corregir las diferencias recomendadas.
- Coordinar, supervisar, evaluar e integrar al personal a las actividades del área distribuyendo las cargas de trabajo, mantener actualizado el manual específico de las funciones del puesto.
- Integrar las necesidades, tanto materiales como de servicios, relativas a las áreas de su competencia, en apego a las disposiciones aplicables y a la disponibilidad presupuestal autorizada.
- Resguardar y controlar los bienes de activo fijo propiedad de la Clínica.
- Proponer programas de desarrollo inherentes al área de su competencia.
- Participar en el proceso de licitación correspondiente a los insumos y necesidades materiales y de equipo del área.
- Autorizar, mediante firma, el trámite, resolución y despacho de los asuntos de su competencia.
- Las demás inherentes a la naturaleza de la Subdirección y las que le sean asignadas por las normas legales vigentes.

El manual de procedimientos como principio de la calidad

A pesar de no existir una gerencia de aseguramiento de la calidad, la única pauta existente es el manual de procedimientos, desarrollado a finales de 2007, que tiene por objetivo establecer las normas y procedimientos del personal médico y paramédico adscrito al servicio de la UCE, y tiene como bases legales las normas y políticas de estado señaladas en el capítulo anterior.

Dado también los requerimientos que demandan el cumplimiento de las disposiciones oficiales en materia de servicios de salud, encontramos que en la UCE, y probablemente en otras áreas de la clínica, la calidad se encuentra definida por el cumplimiento con los estándares básicos propuestos por las normas oficiales o por la certificación.

Dentro de los ya señalados *Criterios de procesos y resultados para establecimientos de atención médica Psiquiátrica*, creados por el Consejo de Salubridad General (2005), aparecen los diferentes grados de implementación, conocimiento, desarrollo, registro y mejora de los procesos de atención y servicio de las diferentes unidades médicas (cuadro 4), y permiten conocer el desempeño de una unidad con respecto al servicio, más que a la atención médica en específico. Los aspectos a evaluar están determinados por un nivel de prioridad en el que el más alto corresponde a un compromiso del criterio a evaluar, con la vida del paciente. Es natural suponer que en último nivel de prioridad se encuentran los aspectos que comprometen la percepción del paciente hacia la calidad de los servicios.

Cuadro 5. Criterios de procesos y resultados para establecimientos de atención médica psiquiátrica (Consejo de Salubridad General, 2005) Niveles de ponderación
Nivel 1: Compromete la percepción del paciente hacia la calidad de los servicios.
Nivel 2: Compromete el prestigio de la institución frente a la sociedad civil.
Nivel 3: Compromete el control de los procesos.
Nivel 4: Compromete la efectividad del diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
Nivel 5: Compromete la vida del paciente.

Encontramos con esto que, de forma institucional, la percepción que tiene el paciente frente a la calidad de los servicios queda en último lugar, y esto nos puede conducir a una concepción errónea de la importancia de este nivel, que no es de una importancia baja, sino que existen otros factores que comprometen el principio básico de la salud. Dentro de los mismos Criterios hallamos que la calificación máxima es el de encontrar procesos que incluyan una evidencia documental del proceso, que tengan un responsable asignado y que se aplique sistemáticamente. Estas características pueden ser de gran utilidad en el momento de asegurar que todo tipo de mejora o propuesta ayude también a respetar los criterios oficiales de funcionamiento.

Cuadro 6. Criterios de procesos y resultados para establecimientos de atención médica psiquiátrica (Consejo de Salubridad General, 2005) Calificación máxima de procesos
<ul style="list-style-type: none"> • Existe evidencia documental del proceso. • Tiene un responsable asignado. • El personal conoce al responsable asignado. • El responsable aplica el proceso sistemáticamente. • Se registra la información de la ejecución y de sus resultados. • Se establecen controles de calidad. • Existe evidencia documental de la evaluación y los procesos de mejora.

Deming comenta, de forma específica, que la definición adecuada de calidad en la asistencia sanitaria médica “es un problema permanente para los administradores de la asistencia médica y las personas que investigan

el tema” (Deming, 1986. p. 134). Y el comentario de Deming parece encontrar congruencia dentro de la UCE. Las pautas de calidad que se han seguido están muy apegadas a las normas de funcionamiento contenidas dentro de los manuales, aunque estos no alcanzan a definir de forma concreta lo que es la calidad en sí, al menos para la UCE. De acuerdo al Consejo de Salubridad General, la definición de la calidad en la atención médica se ha definido de varias formas, de acuerdo a tipos específicos de problemas (cuadros 6 y 7).

Cuadro 7.
Algunas definiciones de la Calidad de la Asistencia Médica
(Consejo de Salubridad General, 2005)

- Confort de los pacientes sometidos a un tratamiento
- Proporción de personas sometidas a un tratamiento
- Número de personas que no están en una unidad de hospitalización debido a la buena atención de la unidad externa correspondiente
- Instalaciones adecuadas para los análisis
- Salud pública
- Vida media de la Recidiva en pacientes dados de alta
- Cantidad de dinero gastado por paciente

Cuadro 8.
Definición de la Calidad de la atención
(Consejo de Salubridad General, 2009a)

El grado en que los servicios de salud para pacientes y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual. Las dimensiones del desempeño incluyen lo siguiente: cuestiones de perspectiva del paciente, seguridad del entorno de atención, y accesibilidad, idoneidad, continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención.

La definición de la calidad en la asistencia sanitaria médica es un *problema permanente* porque con esto también nos enfrentamos a la dificultad de profundizar en la investigación acerca de la calidad en el servicio de los psiquiatras y psicólogos, ya que ambas profesiones también se ejercen de forma privada y esto puede ofrecer resistencias a ser evaluados por parte de los profesionistas sobre los cuales se hiciera un estudio, lo cual aplica a la mayoría de los profesionales en materia de salud.

3.5. Funcionamiento del Servicio de Consulta Externa

El servicio de Consulta Externa, objeto de nuestro estudio, está a cargo de la Unidad de Consulta Externa (UCE). Este servicio reportó aumentos en sus operaciones por tres años, hasta 2006. La variabilidad a partir de 2003 puede observarse a continuación (CSM, 2008):

Cuadro 9. Consultas Totales en la UCE						
AÑOS	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
TOTAL	3598	6341	7982	6882	9673	6640

*Hasta el mes de Julio (CSM, 2008)

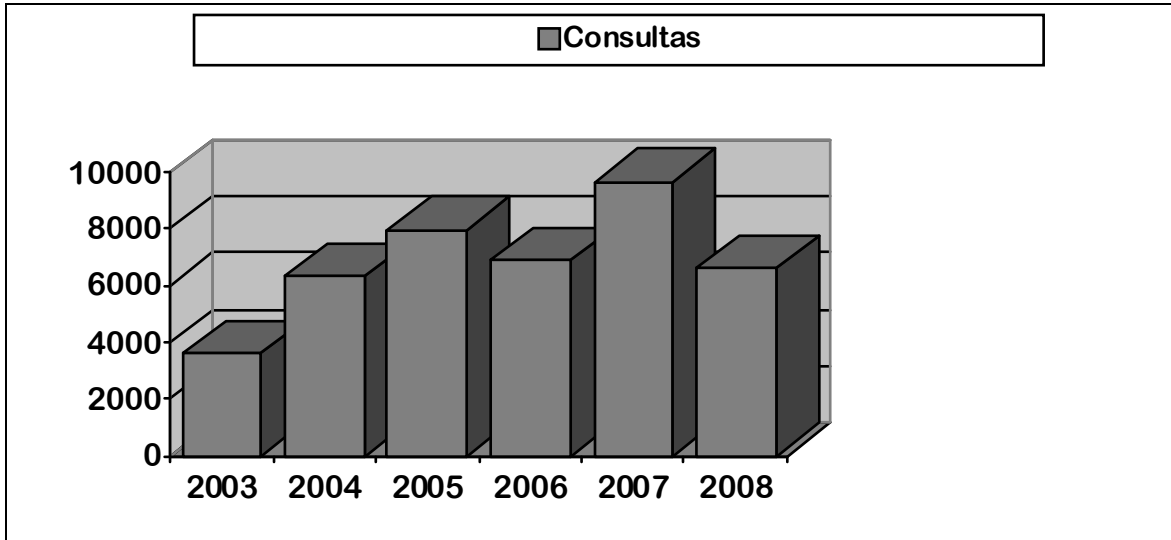


Figura 6. Consultas totales en la UCE
Los datos de 2008 son hasta Julio de ese año (CSM, 2008).

La gráfica anterior señala la cantidad de consultas, y nos muestra el número de consultas ofrecidas en la UCE en un espacio de 5 años y medio. Adicionalmente podemos ver algunos de los datos mes por mes (figura 7), y nos muestra que existen disminuciones de la cantidad de consultas que sólo resultan momentáneas y se deben probablemente a factores externos, ya que siempre se observa una disminución de la consulta en diciembre, y probablemente sea un dato que se pueda atribuir a los problemas económicos generados por fin de año o a las vacaciones.

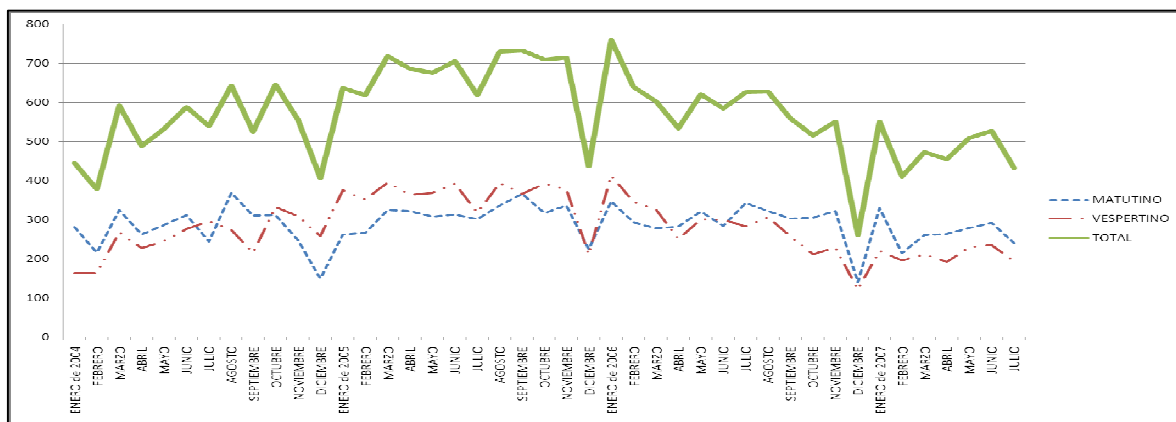


Figura 7. Pacientes atendidos por mes, totales Enero de 2004-Julio de 2007 (CSM, 2008)

No existen datos de 2003 en cuanto a la división de turnos, y esto se explica en base a que hasta entonces el servicio se limitaba únicamente al turno matutino y ocasionalmente (unos 3 días a la semana) por la tardes. Fue a finales de ese año que, a iniciativa de algunos médicos residentes se comenzó a ampliar el servicio vespertino de tal forma que en pocos meses igualó e incluso pudo superar la cantidad de consultas brindadas en el servicio matutino, como puede observarse en el 2005.

Es a partir de diciembre de 2005 que se suscitan en la CSM cambios radicales en las políticas de la dirección, con los cuales se introducen modificaciones a la mayoría de los procedimientos. La UCE no fue la excepción, y es en este punto histórico en donde se da una transformación de Centro Comunitario a Unidad de Consulta Externa, reportando las siguientes modificaciones en cuanto a funcionamiento, a partir de 2006:

1. Se nombró a un jefe oficial del servicio de consulta externa y a un jefe de psicología.
2. Se efectuaron algunos cambios físicos en las instalaciones de la UCE, además se realizaron movimientos internos de personal administrativo, como secretarías y recepcionistas.
3. Se creó el programa de psicólogos asociados el cual incrementó el número de psicoterapeutas en servicio y con esto se les incluyó en un programa de remuneración, por medio del cual comenzaron a percibir un porcentaje de las consultas dadas
4. Se introdujeron mejoras en cuestión de simplificación de procedimientos y eliminación de procesos inútiles o repetitivos con la finalidad de agilizar las funciones de la Unidad.
5. Por medio del incremento de cuotas, se logró incrementar el *input* de la consulta externa en términos económicos: la clínica empezó a percibir de esta manera ingresos mayores.

Luego de varios meses de funcionamiento, y debido a estos cambios se observaron los efectos de un impacto negativo de estas modificaciones que desde entonces afectaron el servicio de la UCE:

1. Al nombrar a un jefe oficial de la UCE, momentáneamente se creó una confusión en cuanto a los roles, responsabilidades y obligaciones que demandaban algunos puestos, en especial los de tipo operativo, dado que éstos realizaban algunas actividades administrativas simplemente porque antes no había alguien que las hiciera. Por ejemplo, anteriormente cada médico tratante realizaba y firmaba los resúmenes médicos que los pacientes podían exigir, y a partir de ese momento el documento tenía que ser autorizado por el jefe de la UCE.
2. La UCE perdió en los primeros meses de 2006 unas 6/14 partes de los espacios asignados para las consultas por efecto de movimiento de oficinas. Además, cabe señalar que si existe una *restricción* en la

UCE, es precisamente la poca disponibilidad de espacios. La reducción de espacios y servicios al personal (como la disponibilidad de equipos de cómputo o de biblioteca) crearon un clima de miedo en la mayor parte de la fuerza laboral, debido a que no se contaba con una seguridad sobre lo que se estaba haciendo.

3. Se interrumpió la inducción para los psicólogos de recién ingreso, se limitó el número de éstos para realizar valoraciones psicológicas pues se redujo drásticamente el número de solicitudes enviadas por los médicos y se suspendió el apoyo a otras áreas como la de Rehabilitación, pues el naciente programa de psicólogos asociados fue visto como una novedad y como algo que se necesitaba desde mucho tiempo antes, y se ignoró el trabajo de los psicólogos en servicio social o en prácticas profesionales. También aumentó el número de solicitudes para el servicio de psicoterapia como un servicio nuevo.
4. Algunas de las propuestas de cambio, como la simplificación de procedimientos, no se pudieron realizar debido a que no se contaba con los elementos necesarios. Por ejemplo, no se contaba con un adecuado equipo de cómputo y software, o se carecía de la capacitación adecuada para trabajar con lo que se tenía a la mano.
5. Se produjo un aumento de las cuotas que redujo considerablemente el número de pacientes existentes en consulta externa, dado que algunos pacientes no pudieron resistir dicho incremento, y entonces empezaron a faltar a sus citas cada vez más. Este efecto no pudo apreciarse debido a que también se efectuó la llegada de nuevos pacientes atraídos por los nuevos servicios ofrecidos. En cualquier caso se redujo el número de consultas efectuadas en un 14%.

Con todo, la mayoría de los puntos citados anteriormente provocaron la caída del índice de eficiencia del entonces departamento de psicología hasta un aproximado del 5%. En marzo de 2006 se dejaron de recibir solicitudes de estudios psicológicos (dos prestadores de servicio social pasaron ese mes sin ver a un solo paciente). Se intentó incrementar los ingresos netos (*throughput*) no de la manera más idónea, que es incrementar la productividad, sino incrementando los precios o bajando los costos. Esto trajo como consecuencia una caída de la asistencia en la UCE. A la larga, si se mantuviera esta tendencia de elevar los costos, y atendiendo a la filosofía de calidad total, la competitividad también disminuirá.

Al disminuir el número de valoraciones psicológicas y aumentar el número de terapias, se identificó una disminución de la calidad en el servicio de evaluación psicológica dado que no se tomaron las medidas adecuadas en cuanto a logística que debían de asegurar la fluencia de pacientes. Debido a la deficiente calidad del servicio que se brindaba, se tomaron medidas para subsanar tal situación como poner los casos en consideración de los responsables, evidenciándolos y señalándoles las características erróneas del procedimiento, tales como la mala

comunicación entre los puestos operativos y directivos lo que hacía evidente la falta de supervisión.

Como evidencia del impacto negativo que los cambios generaron se presentaban casos como el descrito en la Introducción, en donde pacientes se quejaban del servicio y no recibían la atención que deseaban o esta llegaba demasiado tarde.

3.6. Alejamiento del Servicio

A lo largo de este trabajo encontraremos que, como organización (mas no como Institución), la meta de la UCE es el generar ingresos económicos. Es la meta de la Clínica en general, visto desde diferentes puntos de vista. El generar ingresos significa una oportunidad de logro profesional para los profesionistas que laboran en ella, al asegurar su estancia en la clínica. Como institución religiosa, la generación de ingresos significa la permanencia en el servicio y probablemente la creación de otros espacios de atención, es decir, la ampliación de la obra. Significa también mayores espacios para la atención de los usuarios, mayores recursos para la atención de los pacientes y una mayor satisfacción de estos.

La institución para subsistir requiere de mayores ingresos económicos, y para tener mayores ingresos se requiere incrementar el número de pacientes, a su vez, para atender a ese número de pacientes, se requiere incrementar el número de profesionistas altamente calificados. Pero como no sólo se requiere atender a los pacientes y de inmediato darlos de alta, se requiere una buena calidad en el servicio, lo que implica la intervención rápida y efectiva por parte de los profesionistas que ahí laboran.

En la consulta externa los ingresos dependen principalmente de la asistencia de los pacientes a la consulta. Los gastos de operación parecen constantes y salvo algunos casos (como los programas de profesionales asociados que cobran un porcentaje de las consultas dadas) dependen de las visitas que se atiendan diariamente. El que algún paciente comience a faltar a la consulta o que suspenda su tratamiento genera pérdidas, en términos de la oportunidad de asegurar una entrada de ingresos a la Unidad.

En ocasiones los pacientes van a faltar, de hecho estas faltas o inasistencias de los pacientes es de aproximadamente el 35% (diario y mensual), es decir, que estadísticamente van a faltar, en promedio, ese porcentaje de pacientes en un período determinado de tiempo.

Este detalle no se halla estudiado a fondo en la clínica, de hecho no se reconoce formalmente bajo ningún nombre, por lo que a lo largo de este trabajo nos referiremos a este índice como "*Índice de Alejamiento del Servicio*" o IAS, y lo definimos como el porcentaje resultante de la división

entre las inasistencia de pacientes entre las consultas programadas totales, teniendo un puntaje de cero cuando no falta ningún paciente y de 100% cuando faltan todos.

Para mediados de 2007 se contemplaban algunos índices de calidad, y uno de ellos era el porcentaje de los pacientes que han asistido a partir de las consultas programadas, hallando que el promedio de este índice es de 62.09%. El índice IAS es el inverso, es decir, era de 37.91% para mediados de 2007. Por otro lado, en ese momento existía una cifra adicional, la de pacientes que asisten sin estar programados, que fue de un 16.76% sobre el total de pacientes vistos. Esto es que 16% de las consultas en la UCE no estaban programadas (de las cuales aproximadamente el 40% eran primeras veces). Podemos dejar de largo esta situación y contemplaremos a los pacientes que no asisten a sus consultas a pesar de estar programados de antemano, y de acuerdo a los datos estadísticos globales, este *Índice de Alejamiento del Servicio*, temporal, es de 37.91%, en toda la UCE, a principios de 2008.

A pesar de ser considerado dentro de algunos reportes estadísticos dentro de la CSM, en apariencia no se le ha dado al IAS la importancia debida puesto que no se le ha estudiado a fondo ni siquiera de forma comparativa con otras instituciones de salud. Por otro lado parece interesante el poderlo relacionar con el posible comportamiento de los usuarios, o de hallar un factor estacional en el comportamiento de esta variable.

3.7. Comentarios finales acerca de la UCE

La UCE no se creó en un solo momento histórico, ni por medio de una única política de acción dentro de la Clínica o dentro de la misma UCE, sino que es el resultado de toda una interacción entre áreas desde hace ya 34 años. De igual forma, el actual funcionamiento no es simplemente la acción que tiene una Jefatura o un área específica, es en todo caso, la resultante de muchas fuerzas que intervienen en un mismo espacio y tiempo. En general, observándola en retrospectiva, la UCE parece una unidad semejante a un animal salvaje al cual es muy difícil domar, esto es porque a pesar de los incontables cambios y transformaciones que ha experimentado, mantiene en la interacción que genera, un mismo ambiente que resulta constante: el contacto de los profesionales de la salud mental con los pacientes que demandan este servicio como una alternativa a sus problemas de salud mental.

El camino hasta la actual UCE no ha sido fácil, en especial en los últimos tres años, donde ha sufrido muchos cambios, tanto positivos como negativos, siendo este dato muy importante si se pretende ofrecer una propuesta operativa, considerando que el personal humano se halla en este momento histórico de la UCE acostumbrado a los cambios, al igual que al desequilibrio momentáneo que todo movimiento produce.

Al reconocer las áreas de oportunidad de la UCE y reflexionar acerca de las fallas que ésta ha tenido, es probable que el error más visible radica en que se ha tenido un escenario que provee de un cúmulo impresionante de información que nos puede ayudar a mejorar el control del sistema, que sin embargo no se ha aprovechado, e incluso, se ignora, a partir de que en la UCE no se genera ninguna estadística o retroalimentación acerca de su funcionamiento. De igual forma la creación momentánea de un *staff* encargado de asegurar la calidad o de regular las condiciones laborales, sólo para cumplir con requisitos propios de los procedimientos de recertificación, es un esfuerzo efímero que generalmente produce frustración entre el personal.

Es claro que la CSM se encuentra funcionando pero con una gran susceptibilidad de tener un rendimiento bajo, incluso por debajo de su nivel mínimo de funcionamiento. La necesidad actual de la CSM y de la UCE como parte integrante de ésta, estriba en que no siempre las acciones que buscan una mejora serán las respuestas idóneas puesto que no contemplan el funcionamiento global y que es posible el proponer un cambio dentro de la organización y manejo de la CSM que tenga por resultado el incremento en la afluencia de usuarios a los diferentes servicios.

En ausencia de un órgano interno que regule la calidad en el servicio, la eficiencia en una Unidad de Consulta Externa parece susceptible a ser mejorada, expresada por un componente que comúnmente se pasa por alto: el alejamiento temporal del usuario, que en términos simples significa que el usuario no vaya a consulta. El modelo operativo propuesto debe tratar de reducir el nivel de este alejamiento temporal del usuario. Es decir, hacer que los pacientes programados se alejen por causas que no competan a la calidad en el servicio. Es probable que por medio de la estandarización de procedimientos o por medio de un proceso de certificación se trata de asegurar que la atención directa del profesional de la salud, dentro del consultorio, sea de calidad, tanto en psiquiatría, como en psicoterapia. No es posible pasar esta situación por alto.

La atención ineficiente genera reprocesos, o repetición de un procedimiento que estuvo mal, y éstos indican en todo caso, una mala calidad. El resultado final de la actuación de la UCE parece muy deteriorado a partir de todos los demás factores que acompañan al tratamiento como tal en la conformación de un servicio de calidad. Esta propuesta intenta acercarse a la naturaleza de dichos factores y asegurar en una medida mínima que queden bajo variación pero dentro de los límites que deseamos, es decir, que queden bajo control.

Al abordar el problema a tratar en la Unidad de Consulta Externa UCE de Salud Mental propuesta encontramos que el funcionamiento en general mantiene una serie de lineamientos que se aproximan al cumplimiento de

las normas exigidas por las autoridades, manteniendo una serie de políticas que no representan un aseguramiento de la productividad ni de la competitividad del servicio. La ausencia de un organismo rector en cuanto al aseguramiento de la calidad en el servicio permite que las medidas tomadas repercutan negativamente en muchos de los casos en el funcionamiento global. Las actuales condiciones del desarrollo de la salud mental repercuten también en el resultado, pues encontramos que el modelo por medio del cual trabaja la UCE se acerca más a un esquema institucional que resulta muy antiguo e ineficiente. La CSM parece tratar de funcionar como una institución asilar que no parece contemplar los avances en materia de farmacología que cada vez reducen el tiempo de internamiento de un paciente, y la estructura actual resulta poco competente pues también genera demasiados gastos de operación.

La UCE fue creada en un primer momento siguiendo un esquema que resulta muy arraigado a lo que es una obra religiosa que trata de dar un apoyo a una comunidad poco favorecida, en donde el servicio era ofrecido a las personas que así lo requerían, buscándolas en su medio ambiente, es decir, que se preocupaba de buscar a los pacientes ahí en donde los problemas eran más notorios. Sin embargo, la operación real luego de décadas de servicio sigue un patrón más cercano al de una institución empresa en donde se pretende que el paciente sea el que trate de buscar el servicio ahí en donde se ofrece, es decir, que se dejó de buscar al paciente para permitir que éste se acerque a la institución. Esta dualidad ocasiona una confusión en cuanto a los objetivos y en cuanto a los métodos empleados en el desempeño de sus servicios.

La omisión de un área encargada de regular el servicio en términos de calidad provoca que no se tenga una completa percepción de éste desde dentro, y el resultado es que se desconoce por completo el nivel de atención que se está ofreciendo. Las actuales cifras estadísticas nos hablan de un servicio ofrecido que mantiene una cierta popularidad por el renombre que tiene la CSM, pero que adolece de varios defectos pues no resulta ser el óptimo o aún más, el esperado como mínimo para asegurar la supervivencia de la unidad.

V. Discusión y conclusión

A continuación se exponen los puntos más relevantes a discutir, por medio de los cuales llegamos a las conclusiones generales de este trabajo.

1. Lo que motivó la investigación, que fue una solicitud de la institución misma para una mejora

La motivación para realizar la presente investigación tuvo su base en la demanda de la institución para mejorar el servicio ambulatorio de salud mental que es ofrecido al público. Para ello se ha buscado apoyo teórico en cuanto a instituciones, gestión y normatividad, y la observación directa de este centro especializado. En la medida en que se buscaba información se requería más, de tal manera que la información recabada trascendió por mucho una propuesta operativa para mejorar el servicio e incrementar la competitividad. Finalmente pudimos observar que la UCE atraviesa por una crisis económica, como cualquier otra empresa de servicios, por lo que deberá tratar de replantearse a sí misma y generar un cambio que le permita sobrevivir competitivamente.

Dos proyectos profesionales

La petición de una propuesta fue hecha por parte de las autoridades de la UCE hacia el sustentante, y aceptada por éste a partir de su oportunidad de participar dentro de otra disciplina dedicada al estudio de los sistemas productivos y la optimización de éstos, con una experiencia previa en sistemas organizacionales. Es a partir de la conjugación de esta disciplina con la Psicología, que permite el contacto de dos proyectos que forman parte de la trayectoria profesional del sustentante, y de la inquietud por lograr un mejor servicio a partir de acciones alcanzables, que surge este trabajo de tesis, aún a pesar de que las autoridades de la CSM que lo sugirieron hayan sido sustituidas a lo largo del tiempo.

2. Un cuestionamiento de la situación que prevalece en la institución con respecto a los profesionistas y a la propia institución

La intención inicial de este trabajo radicó en la observación de una burocracia institucional que invade a los profesionistas de la salud y a sus procedimientos. Los profesionistas parecen disociarse ya que no obstante de conocer los avances que hay sobre salud mental, siguen viendo en los pacientes psiquiátricos a personas que “no entienden” y que por lo mismo sus demandas o su derecho a exigir una buena atención se vuelven invisibles. Esta disociación, al parecer, no está dada por la preparación académica, sino por la pertenencia a una institución rezagada que sigue viendo en el paciente “material humano imposible de reciclar”.

En el caso de los hospitales psiquiátricos, los objetivos que se persiguen son el cuidado de los pacientes que necesitan de un tratamiento médico psiquiátrico y que pueden ser una amenaza para sí mismos o para otras personas, o que son incapaces de mantener este tratamiento por sí mismos, y este argumento se aplica para la CSM. Los fines de las instituciones totales son en todo caso los siguientes (Goffman, 1970. p.3).

1. El logro de algún objetivo económico.
2. La educación o el adiestramiento especializado.
3. El tratamiento médico, incluido el psiquiátrico.
4. La purificación religiosa.

Cada uno de estos objetivos formales forma en su origen una doctrina, organizada en sí misma, y que cuenta con sus propios ejecutores y víctimas, aún a pesar de que puedan ser rechazadas por otro sector de la sociedad. El encuentro entre el interno y el personal de la institución, frente a frente, donde se realiza la demanda de un tratamiento restrictivo, justifica la existencia de este fin.

De forma institucional encontramos también que el modelo seguido por la UCE tiene directa referencia a un modelo asilar seguido por la CSM en donde existe poca consideración de las necesidades de los usuarios (Goffman, 1970. p.87), los cuales pueden evidenciar que dentro del servicio son sometidos a esperas largas, deficiencia en las canalizaciones y un trato que en muchos casos no es el que se esperan y que resulta una medida de contención a su problema solamente. El personal trata de tranquilizar a los familiares acerca de la enfermedad de paciente, el cual es sometido a un tratamiento que se rige como totalizante y en donde en muchos casos no se le da opción a elegir. El hospital psiquiátrico obliga a realizar muchas actividades cotidianas en horarios y con personas determinadas, sin libertad de elección, despojando de la individualidad de los usuarios, y en diferente escala la UCE realiza lo mismo pues somete a sus usuarios a restricciones semejantes, entendidas en detalles que no comprende y que generan descontento, como en el caso ilustrado en la introducción.

La visión que en la UCE se tiene del paciente es heredera del concepto de institución en donde el personal tiene que asegurarse de respetar para los internos los grandes principios morales que rigen a la sociedad circundante, como única garantía al quitarles la libertad que gozarían fuera de ellas. Esta obligación del personal resulta en conflicto frente a la eficiencia institucional, dando por resultado que las normas del trato al paciente sean incompatibles con las que otros legítimamente desean (Goffman, 1970. p.86-87).

La UCE realiza un manejo de necesidades humanas mediante la gestión burocrática de un grupo humanos indivisible, donde se encuentra

un gran número de manejados y un pequeño grupo de personal supervisor. Los pacientes atendidos pasan parte de su día en una sala de espera, tienen que enfrentarse a instalaciones en ocasiones poco adecuadas y ser atendidos por un médico, psicólogo o trabajador social que en la mayoría de las ocasiones, no eligen, y cuya actividad viene programada de antemano, siguiendo el protocolo de un manual de procedimientos.

3. El cuestionamiento, por razones económicas, de las instituciones totales

Sin embargo, los objetivos de las instituciones psiquiátricas quedan en entredicho cuando se contrasta un hospital psiquiátrico particular, como el que se investigó en el presente trabajo, con una institución gubernamental. Ambas instituciones aparecen atravesando por una crisis económica, donde la primera tiene que mantener en sus instalaciones al paciente por mucho más tiempo que lo que puede hacer la segunda, donde no hay camas suficientes y el paciente en unos cuantos días vuelve a ser parte de su familia y de la sociedad. La situación actual de la psiquiatría permite un tratamiento que ya no requiere forzosamente de un sistema asilar que contenga al paciente.

Es la crisis económica y no los avances científicos alrededor de la salud mental, la que está modificando lo que Goffman llamó *Instituciones Totales*, a las cuales definió como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”. La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de sus miembros, que suelen adquirir forma material “a través de puertas cerradas, altos muros, alambre de púas” entre otras (Goffman, 1970. p.18).

El Fracaso de la Eficiencia Institucional

Frente al argumento económico, en el que la institución misma cuestiona su supervivencia, el inicial estilo del trato a los pacientes como resultado del conflicto entre el seguir los principios morales y mantener la eficiencia institucional, desbarata el concepto de esta última, dado que es precisamente el fracaso en esta eficiencia lo que lleva a la institución privada al borde de la desaparición.

A lo largo de este trabajo hemos visto el funcionamiento de una UCE que gradualmente fue disminuyendo su demanda, no obstante los distintos cambios en las políticas de esta unidad, que al final tenían un impacto más bien negativo, en momentos poco visible pues las continuas quejas de los pacientes ante el personal administrativo de la UCE se acallan ante la presencia del profesional de la salud que diagnostica y prescribe, pero ante el que hay que someterse pues el mismo paciente reconoce que

necesita de sus servicios. La presencia de estos factores, que incidieron en una pobre calidad del servicio, lograron que el desempeño en la UCE fuera deficiente en algunos procedimientos, y que con el paso del tiempo, se perdiera la demanda del servicio a partir de que el usuario podía considerar las ventajas de un tratamiento contra las incomodidades a las que se le somete. Ahora éste requiere de una reintegración al medio social, situación que no se llega a cumplir en la UCE, la cual ha fracasado en el manejo de los pacientes tanto en su intento por permanecer en un mercado competitivo.

4. Funcionamiento actual de la CSM

Para ejemplificar la importancia que tiene la cuestión económica dentro de la UCE, es importante ver el funcionamiento actual de la Clínica de Salud Mental en donde está inserta, pues es un fiel reflejo de las dificultades y carencias de una institución que desde el plano totalizante, fracasa en su objetivo económico como lo demuestran los datos encontrados en torno a su funcionamiento.

Es importante recordar que la actual UCE (al igual que en su momento el CSMC) está inserta en una Clínica de Salud Mental, la cual fue fundada en 1954 bajo la obra de la orden hospitalaria, y que actualmente dirige el funcionamiento de la UCE como una de sus unidades. Se revisaron las cifras estadísticas de la Institución, las cuales revelan varios aspectos de suma importancia. Los datos estadísticos que nos interesan, son los que derivan entonces de las actividades desempeñadas en las unidades de Hospitalización (pabellones generales, depresión y ansiedad, adicciones y geriatría) y la UCE (CSM, 2008).

Servicio de Hospitalización

Este servicio mantuvo, al menos durante cinco años (de 2003 a 2007) una tasa de ocupación que se hallaba por debajo del nivel mínimo aceptable para no generar pérdidas económicas (Cuadro 10). Esta *tasa de ocupación*, definida por la cantidad de camas ocupadas entre la cantidad de camas disponibles en un lapso de tiempo, puede observarse a través de un período de tiempo como un indicador de la eficiencia de la Unidad de Hospitalización. Es decir, la eficiencia está definida como la razón de la producción sobre la inversión.

Estos datos no ofrecen una tendencia muy concreta, salvo que durante seis años la tasa de ocupación no alcanzó su nivel mínimo de eficiencia (esto es el 62%). Puede pensarse que es posible que durante esos cinco años la institución se ajustó como un sistema estable que siempre arrojaba una eficiencia pobre, y que las alteraciones en la tasa de ocupación serían momentáneas y no debidas a la acción del sistema o de la dirección, sino como resultado de factores externos.

Estos datos no deben analizarse como si buscáramos una reducción constante y mantenida de la tasa de ocupación (de hecho en el 2004 repunta ligeramente y no es posible hablar de una tendencia), sino a través de observar que la tendencia es que la CSM funcionó con una eficiencia baja durante seis años, hasta inicios de 2008, que es cuando se produce un cambio interno en la CSM. A partir de ese año y debido a la tendencia que marcaba la tasa de ocupación y a la urgente necesidad de reducir costos, se redujo el número de camas totales, de 161 a 100.

Cuadro 10.
Hospitalización: Estadísticas
Hasta Julio de 2008 (CSM, 2008)

<i>AÑOS</i>	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Camas Disponibles (diarias)	161	161	161	161	161	161	100
Promedio de días de estancia por mes	2,725	2,269	2,440	2,236	2,013	1,935	2,028
Días de Estancia Real anual	32,700	27,228	29,280	26,832	24,156	23,217	14,198
Días potenciales de Estancia Anual	58,765	58,765	58,765	58,765	58,765	58,765	21,300
Tasa de ocupación (%)	55.64	46.33	49.82	45.65	41.10	39.50	66.65*

*Calculado hasta el mes de Julio

Dado que la capacidad en camas hasta fines de 2007 era de 161, la tendencia hasta ese año es que el hospital trabajaba, en promedio, a la mitad de su capacidad total. El estimado por la CSM como mínimo aceptable para trabajar sin pérdidas económicas es funcionar al 62% de la capacidad en camas. En su creación se proyectó un espacio físico que en la actualidad resulta inmenso y exagerado dado el número promedio de pacientes en la CSM: ésta es demasiado grande y genera fuertes gastos en cuanto a mantenimiento e impuesto predial. Bajo este dato, encontramos que la CSM tiene pérdidas sostenidas hasta 2007, donde la tendencia es hacia una tasa de ocupación cada vez más baja hasta que se reduce el número de camas. El apoyo económico de los otros hospitales que dirige la misma orden religiosa ha hecho que a pesar de esta situación la CSM se mantenga a flote.

El repunte en 2008 se explica porque en ese año es cuando se reduce el número de camas y por lo tanto es posible reducir costos, pero no significa necesariamente que se haya elevado (al menos de forma drástica) la afluencia de pacientes al servicio de hospitalización (CSM, 2008). Al reducir la CSM el número de camas a 100 también redujo gastos, en un intento por detener las pérdidas, y esto significó llevar a cabo algunos cambios que incluían:

1. La unión de dos o más áreas contiguas, para reducir plazas de enfermería.
2. La desaparición de plazas que generaban un alto costo (como la de encargado del gimnasio o el dentista).
3. Otras estrategias se basaron en la práctica de *Outsourcing*, para las áreas de intendencia y cocina, la cual implica el despido total del

personal de un área, y con ello la reducción de costos al contratar empresas externas que brinden el servicio de dicha área.

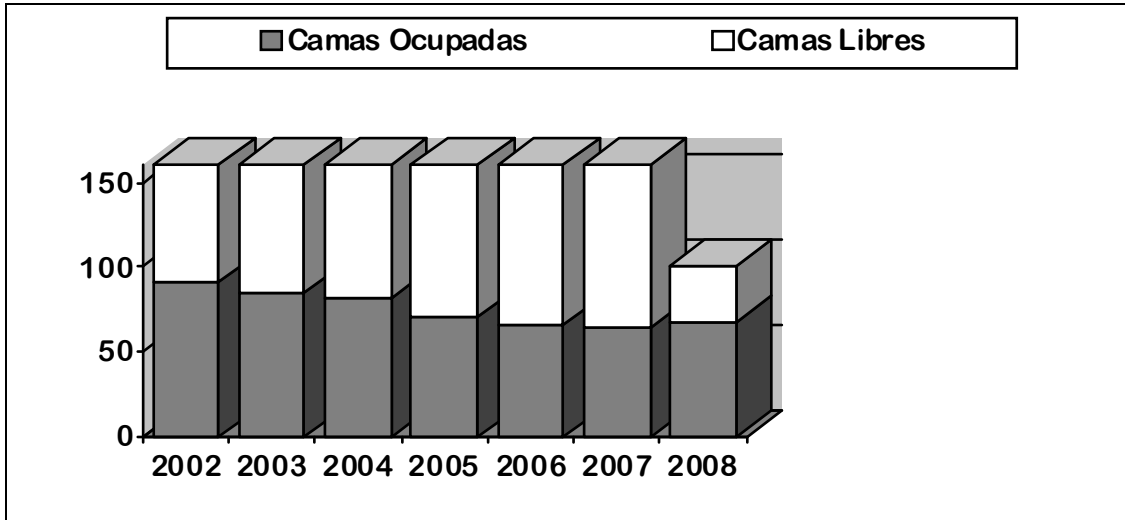


Figura 8. Ocupación de Camas en el Servicio de Hospitalización (CSM, 2008).

Este último punto, que significaba el despido de personal, ocasionó (en 2006) reacciones adversas del personal, al ver que sus compañeros eran cesados. Se desconoce el impacto directo en la productividad del trabajo individual de las personas que siguieron colaborando en la CSM porque no se realizaron registros de estas reacciones, aunque formalmente existieron quejas internas y externas (frente a la Junta de Conciliación y Arbitraje), que resultaron evidentes para algunos colaboradores. La estadística de los últimos tres años (CSM, 2008) de los pacientes que reingresan a partir de los ingresos totales también nos ofrece un dato muy interesante, como se puede observar en el cuadro 11.

Cuadro 11.			
Hospitalización: Reingresos			
AÑOS	2006	2007	2008*
Porcentaje de Reingresos sobre Ingresos Totales	45.25	42.51	45.27

*Calculado hasta el mes de julio (CSM, 2008)

Esta tendencia parece sugerir que existe una constante en cuanto a que poco menos de la mitad de los ingresos serán pacientes que tuvieron un contacto previo con la clínica. El dato nos puede hablar de una frecuencia de recaídas según la patología, pero es posible que también nos hable de la decisión de los pacientes por elegir nuevamente la CSM como la opción para un internamiento. Lo cual nos llevaría a considerar acciones para cuidar la imagen, calidad y calidez en el trato de los pacientes, para que estos vuelvan a la CSM, y este detalle es interesante y susceptible de una investigación más profunda que contemple al área de hospitalización de la CSM.

Dentro de la organización de la UCE, en el presente año se experimentó con un cambio de inmueble y de estructura interna de la UCE, ahora dividida en clínicas de sub especialidad que funcionan en forma parcial, con resultados al momento poco satisfactorios y que ocasionaron una posible caída de la afluencia del servicio, no evaluada ni registrada hasta el momento, pero notoria para el personal y los usuarios. El mal manejo de la administración se ve reflejada en políticas de favoritismo en la asignación de pacientes, en donde los pocos que llegaban eran concentrados en una pequeña parte del personal, ocasionando numerosas quejas y abandonos del servicio, además de que las mismas políticas de aceptación de personal de la UCE fueron desechadas, de tal forma que fue aceptado personal que no reunía los requisitos mínimos y se dejó de lado a colaboradores que llevaban una trayectoria como voluntarios, que obtenían resultados tangibles y que resultaban participativos en las actividades de la UCE. Todos estos factores y resultados adversos fueron dados en el año de 2009 y no se reportaron en este trabajo dado que contempla hasta la aplicación de algunas de las propuestas, que se siguieron hasta mediados de 2008, cuando se efectuó un cambio de administración.

La UCE, al hacer la demanda de una propuesta para mejorar el servicio, lo hace porque en un momento histórico, la demanda del servicio disminuye hasta llegar a niveles en los que se vuelve preocupante. Entonces, para la UCE el paciente cobra su justa dimensión “ahora que no está presente”. Sin pacientes que atender y a los cuales cobrarles, la UCE no podría subsistir, entonces el paciente se convierte ahora en un medio de subsistencia de la institución y no en un ser humano que siente y entiende su entorno. Es bajo este contexto donde la visión del paciente adquiere otra dimensión y son muchas las interrogantes que surgen ahora alrededor de los objetivos de un hospital psiquiátrico, que además de esconder al paciente de la sociedad, podríamos pensar que estaría buscando su “cura” y la reintegración funcional de éste a su medio.

La práctica de la asistencia ambulatoria parece configurada sobre el modelo de servicio profesional de reparación que no se ajusta solo a un servicio orientado hacia el individuo, sino para asegurar a una empresa social constituida por cierto número de personas y que se maneja con estándares de calidad fijados, e impuestos por los agentes autorizados de la comunidad general.

5. La crisis económica como vehículo para percibir de manera diferente a los pacientes

Este trabajo nos ofrece evidencias para no seguir viendo al paciente psiquiátrico como un ser afectado permanentemente, con riesgo de alterar el orden social, y por lo mismo que debe pasar mucho tiempo encerrado. No es posible mantener la misma visión del paciente, no solo por un

cuestionamiento humanitario, sino por un argumento de tipo **económico** dentro del cual se contempla la existencia de una organización.

El cambio en la percepción del paciente, por lo tanto, se está dando más que por una visión humanista, por una situación económica que empieza a ser insostenible para la CSM.

La dinámica de institución total en la que el interno es considerado como un material de desecho es insostenible el día de hoy desde el punto de vista económico. El encierro del paciente, sin el interés de involucrarlo en la sociedad era algo conveniente hasta el momento en que se pone en juego la supervivencia de la misma institución.

6. La institución de salud mental ¿Una empresa de servicios?

Aún cuando Goffman (1970 p.83) señala diferencias entre las instituciones totales y las empresas de servicios, el trabajo que se realiza en la UCE es en relación a seres humanos, única y exclusivamente. De tal forma que es posible que el personal pueda preferir el trabajo con determinado tipo de personas que en algún momento puedan facilitarle la intervención que se tiene con ellos.

Esto deriva en el origen de malos manejos como la elección arbitraria de pacientes o incluso la derivación para los propios consultorios particulares. Los profesionales que actúan con una deficiente gestión y organización de la unidad preferirán pacientes con determinada patología o evitarán a los que conlleven determinadas características como sexo, edad, trayectoria académica o incluso aspecto físico.

En virtud del argumento económico que cambia la visión de la institución total, es donde se analizan la posibilidad de incluir modelos de empresas de servicios que incidan de forma positiva en la permanencia de la institución en el mercado competitivo. Es en ese momento en donde se integra una filosofía de calidad, que es lo que propone Deming.

La salida de la crisis

Es interesante observar que aunque la CSM proviene de una tradición religiosa, no se planea desde un inicio como tal, sino como una empresa particular que se comporta en apariencia como cualquier otra, con el objetivo de mantener una constante de crecimiento dentro de la oferta de los servicios. Con el paso del tiempo la institución se percata de que posee mayores ventajas como institución religiosa que como empresa, y esta situación provocó a la larga una seria confusión en cuanto a la naturaleza de la institución, la que a pesar de ser constituida como empresa particular, funciona en algunos aspectos como obra religiosa, sin llegar a ser de forma absoluta de uno u otro modo.

De tal forma que, sometida a la actuación como una empresa de servicios, la CSM tiene que optar por buscar resultados económicos que le satisfagan, o enfrentar una posible disolución. Las variables económicas obligan en todo caso a la CSM, que se enfrenta a una tendencia cada vez mayor de reducción de número y tiempos de internamiento y por lo tanto, a menores entradas económicas. La UCE tiene también que experimentar baja afluencia de pacientes en períodos vacacionales o provocadas por crisis económicas y aún por contingencias sanitarias, y aún más por la misma competitividad de otras unidades particulares similares que operan en la misma región.

Deming advierte estas situaciones y ofrece a través de un modelo de calidad que resulte atractivo para el usuario, una alternativa para el aumento de la productividad, que en este caso es lograr una mayor afluencia en el servicio manteniendo a los usuarios que ya se tienen (evitando el alejamiento del servicio) y ofertando mejores servicios. Esta tendencia tiene un desenlace concreto en términos de lograr una competitividad que satisfaga a las tres partes involucradas: pacientes, personal e institución. Deming además resulta dentro de su filosofía, muy humanizante, pues propone en todo momento el considerar el punto de vista del usuario del servicio, y atiende al principio básico de que la generación de los cambios es viable a partir de la aceptación y demanda de éstos por parte de las autoridades.

7. Final

En base a lo observado, se hace totalmente necesario el planteamiento de propuestas operativas que intentan canalizar los esfuerzos de las áreas involucradas en la UCE para asegurar su permanencia y la satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales de la salud que intervienen en cualquier parte del proceso. De manera mínima algunas de las propuestas fueron aplicadas con anterioridad pero aún se requiere de un mayor esfuerzo para iniciar un cambio dentro del funcionamiento de la UCE que resulte sostenido y que procure el incremento de la satisfacción con el servicio ofrecido. Esta mejora continua resultaría ser más que un período, un estado permanente de operación por medio del cual la UCE cumpla con la función para la cual fue creada.

En el momento actual la justificación de este trabajo se hace más patente, después de atravesar por un año en el cual las variables socioeconómicas del país y de la región dificultaron y limitaron de forma considerable la afluencia de pacientes al servicio, aunado a otros factores como las contingencias sanitarias implementadas en el país.

Dentro de la misma CSM se vivió un deterioro en cuanto a los servicios ofrecidos, pues en un mismo año se cerró una unidad operativa (Pabellón de Adicciones) y a fin de reducir costos se terminó por compactar el área

de hospitalización, mezclando a todos los pacientes de todos los pabellones en uno solo y ocasionando con esto una confusión y molestia en los pacientes. La necesidad de un organismo rector se hace urgente pues también se experimentó un nuevo cambio de dirección médica (el tercero en cuatro años), con una consecuente desorganización temporal y la formación de temor o incertidumbre en el personal, muy posiblemente transmitida y evidenciada a los pacientes de todos los servicios.

A pesar de que no se cuentan con datos precisos de las actuales condiciones de la CSM y de la UCE (a finales de 2009), la observación de los mismos problemas a los que están sometidos los pacientes justifica la elaboración de propuestas operativas, de gestión y organizacionales, como el estudio de opinión de los pacientes acerca del servicio o bien de la actuación del personal. Sería interesante el plantear la investigación de la repercusión del desgaste en el personal, la implementación de técnicas terapéuticas para poblaciones específicas o el efecto de actividades dirigidas a los pacientes fuera de los consultorios, como los bazares o fiestas que se celebran dentro de la institución.

V. Sugerencias

1.1. Aplicación de los cuadros de control en la Jefatura de Psicología

Durante la estancia en la CSM fueron puestas en marcha las siguientes propuestas, dentro de la Jefatura de psicología, entre septiembre de 2006 y agosto de 2008, a petición de la coordinación de la UCE y de la Jefatura de psicología. Se obtuvieron algunos resultados en cuanto a esta implementación, logrando una referencia que orientó acerca de la necesidad de algunas modificaciones dentro de la operación de la UCE.

Fué posible, en primer término, aplicar el concepto de los cuadros de control al comportamiento de la asistencia de la UCE, como si se tratara de un sistema estable y observar su comportamiento. Tomando en cuenta los datos de 56 meses consecutivos, en base a dos horarios de trabajo, se encontraron los siguientes datos dentro de la UCE:

Cuadro 12. Comportamiento de asistencia de pacientes a la UCE 2003 – 2008			
Turno	Matutino	Vespertino	Total (pacientes)
SUMA anual	15999	12161	28160
MEDIA mensual	290.891	282.814	512
DESV EST	53.1534	75.2052	152.2
3 DESV EST	159.46	225.616	456.5
LSC	450.351	508.43	968.5
LIC	131.431	57.1984	55.54

Con esto encontramos que la variación que sufre el sistema es muy grande dado el recorrido entre el límite de control superior e inferior, y que en realidad no podemos predecir el número exacto de pacientes que se tendrán en un mes.

Matriz de Ocupación de Consultorios

Durante el período señalado, se realizó una lista de psicólogos de la Jefatura de psicología, en primer término, para dar una base de la capacidad que tenía el departamento, medido en horas disponibles de psicólogos en la UCE (Ayala, 2008).

Además se creó una *Matriz de ocupación de consultorios* de espacios o consultorios disponibles por hora en la UCE, destinados al uso de la

Jefatura de psicología, encontrando en primer término que la *capacidad de espacio* era mayor que la *ocupación real de los consultorios* destinados, evidenciando que el sistema no trabaja a su máxima capacidad instalada (en espacio disponible). Esto nos ayudó a determinar cuánto era la capacidad en espacio sobrante para incluir a más psicólogos que llenaran los espacios disponibles, en determinados horarios.

Cuadro 13.
Ejemplo del horario de ocupación de un consultorio en la UCE
(Porción de la matriz de ocupación)

Consultorio 1	Lunes	Martes	Miérc.	Jueves	Viernes	Sábado
8 a 9					Psic. C	
9 a 10					Psic. C	Psic. D
10 a 11				Psic. A	Psic. C	Psic. D
11 a 12				Psic. A	Psic. C	Psic. D
12 a 1						Psic. D
1 a 2			Psic. B			
2 a 3			Psic. B			
3 a 4			Psic. B			
4 a 5			Psic. A			
5 a 6	Psic. A		Psic. A	Psic. A		
6 a 7	Psic. A			Psic. A		
7 a 8	Psic. A			Psic. A		

Se encontró que existían horarios donde casi no había atención psiquiátrica ya que se realizaban actividades académicas de la Jefatura de enseñanza, dedicados a las Sesiones Clínicas o Bibliográficas, en donde no se habían incluido a los psicólogos. Esto nos daba un espacio siempre disponible en donde la movilización a esos horarios daba mayor oportunidad de atención a los pacientes. Además, esta Matriz de Ocupación de Consultorios se pasó semanalmente a los psicólogos para que indicaran (tachando el espacio correspondiente) los horarios que tenían programados como ocupados por un paciente. Así también fué posible saber qué espacios se hallaban disponibles.

Cabe subrayar un detalle que en principio representó una restricción en el sistema electrónico de programación de consultas de la UCE: por problemas logísticos, informáticos y administrativos, algunos de los psicólogos (principalmente los de servicio social y de prácticas profesionales) no estaban incluidos en el sistema de cómputo que marca las consultas programadas. Y dado que las consultas en psicología llevan, por restricción de encuadre, una periodicidad específica (una vez a la semana, por ejemplo), se vio la necesidad de establecer un control interno sin la participación del sistema que rige las consultas de los médicos psiquiatras.

Los psicólogos entregaban un formato de notas de evolución, de manera obligatoria. Esta nota de evolución siempre va a dar al expediente

médico, en todo caso, pero pasa por un proceso de revisión antes de entregarse. Se comenzó a revisar estas notas de evolución que indicaban, dentro de ellas mismas, cuándo asistió un paciente, cuándo cancelaba su cita o cuándo no asistía sin avisar de antemano, pues eso era lo que reportaba en ellas. Esta alternativa fue viable por un tiempo, pues el número creciente de psicólogos demandaba tiempo bastante considerable en la revisión de las notas de evolución.

1.2. Creación del reporte de productividad

Para reducir el tiempo de revisión de las notas de evolución, se creó y entregó a los psicólogos un formato que, por medio de claves, permite identificar si un paciente asistió o no a su consulta (y la causa de esta inasistencia). Este *reporte de productividad* era llenado cada mes por los psicólogos, informando el trabajo que han efectuado, día con día. Los psicólogos anotan el nombre del paciente en una fila, y en esta, en los días precisos en los que tenían programada una consulta y lo que pasó con ésta (si asistió o no y porqué). Las claves sugeridas fueron sometidas a prueba y modificadas por consenso de todos los psicólogos, de acuerdo a los que ellos estaban viendo como causas de alejamiento temporal de servicio (Ayala, 2008).

Cuadro 14. Claves de identificación en el reporte de Productividad	
X	Asiste el paciente a su cita
C	Cancela su cita de antemano
F	Falta sin avisar
R	Reprogramado por llegar muy tarde
\$	No asiste por motivos económicos
ST	Suspensión temporal del servicio
B	Baja del servicio

Cuadro 15. Ejemplo de reporte de productividad										
Psicólogo: A		Octubre, 2007	Lun	Mar	Mierc	Juev	Vier	Sáb	Lun	Mar
	Nombre del paciente	Expediente	1	2	3	4	5	6	8	9
1										
2										
3										
4										
5										

Para efectos de medir el índice de alejamiento temporal del servicio, sólo se contemplaban las faltas sin avisar (F), cancelaciones por motivos económicos (\$) y las cancelaciones (C). La aplicación del reporte también nos obligó a establecer políticas en cuanto a las faltas de un paciente: se

redactó un reglamento para pacientes en donde se establecía, por ejemplo, que después de 3 faltas a consulta sin que fuera notificado a la UCE (F) se consideraba baja del servicio (B).

Por medio del reporte de productividad se pudo obtener varios indicadores del servicio, y utilizar medios estadísticos para el control:

En primer lugar nos ofrecía una visión de la eficiencia del psicólogo que reportaba, en relación a cuánto lo estábamos aprovechando al darle el número de pacientes que tiene. Esto, en conjunto con los datos plasmados en la matriz de ocupación de consultorios, nos permitió saber cuántos pacientes podía aún recibir cada psicólogo y en qué horario específico. Así, cada solicitud recibida en la Jefatura de Psicología, podía atenderse de inmediato y programar una cita en cualquier momento.

También permitió observar el nivel de alejamiento del servicio de los pacientes de un psicólogo en particular, y más específicamente, saber a detalle las causas de este alejamiento. Aplicando el cuadro de control estadístico, podemos observar, en una gráfica, cuando el sistema de cada psicólogo en particular, era un sistema estable o inestable.

El índice de alejamiento del servicio (IAS) en toda la UCE era aproximadamente del 38%. Contrastando los resultados de cada psicólogo, frente a este índice y frente a sus propios límites de control superior e inferior, nos permitió tener una medida más aproximada del desempeño de cada psicólogo, dato que además está en poder del mismo, y le sirve como referencia de su desempeño.

Esto permitió detectar fallas mínimas en el desempeño de los psicólogos, las cuales fueron atendidas por medio de un seminario de educación continua, creado por la Jefatura para asistir a los psicólogos practicantes y supervisar su trabajo en la UCE.

Eficiencia del sistema

Tomando en cuenta estas consideraciones, se descubrió que el sistema, en cuanto a la planta física, estaba muy mal aprovechado a principios de 2007, pues mientras la capacidad de las instalaciones permitía dar unas 1,320 consultas al mes (aprovechando todas las horas disponibles en todos los consultorios, todos los días, por un mes), sólo se daban efectivamente 284. Si consideramos el índice de alejamiento (38%), es posible decir que a principios de año era posible un máximo de 458 consultas. Esto nos indica una eficiencia real de 21.51%, y una eficiencia máxima del sistema en general de 34.7%. Es decir, que en relación al espacio físico de la UCE, no se aprovechaba más que una tercera parte.

Considerando esta circunstancia, fue posible establecer espacios de ocupación que podían ser ofertados como vacantes, lo cual permitía un

mínimo de planeación en cuanto a la aceptación de nuevos psicólogos y se les podía ofertar un horario específico que de antemano se conocía.

Esto también permitía planear sobre la ocupación efectiva de los consultorios, destinando algunos de los espacios (cuando no se ocupaban en consultas) como áreas administrativas.

Todo esto permitió una agilización en la asignación de pacientes y un control sobre los horarios que quedaban disponibles, así no se perdía tiempo en hallar a un psicólogo para confirmar que tuviera un espacio disponible y se hacía una asignación y programación de cita de manera más rápida. Hacia agosto de 2007 la eficiencia real del sistema había cambiado a 25.83%, considerando una potencial eficiencia máxima de 41.66% (considerando el Índice de alejamiento). Todo esto posible con el uso de sencillas herramientas que nos permitieron observar más ampliamente el panorama donde se actuaba.

Eficiencia por psicólogo

Un psicólogo, por ejemplo, lleva un registro de las citas que programa y del resultado de éstas: si se realizaron, o se cancelaron, o faltó el paciente sin avisar o reprogramó la consulta, y de acuerdo al Reporte de Productividad, informa acerca de esta situación. Podemos elaborar, cada determinado tiempo (una semana por ejemplo) un *Índice de alejamiento parcial (IAP)*, esto es, la división de el número de consultas no realizadas efectivamente entre el número de consultas programadas. Después de un tiempo, tenemos una serie de datos, un consecutivo en el tiempo de los *índices de alejamiento parciales*, y entonces podemos generar un cuadro de control acerca del Índice de alejamiento de un psicólogo en particular. Un ejemplo de este tipo de medición se halla en el Anexo 1 y entonces tenemos que, para un psicólogo, en un período de 62 semanas (tomado a partir de marzo de 2007 y hasta junio de 2008, descartando las semanas de vacaciones de la UCE), su sistema tuvo (en términos del *índice de alejamiento del servicio* o IAS):

Media del sistema	0.25
Límite de Control Superior (LCS)	0.65
Límite de Control Inferior (LCI)	0

Hay que recordar que el Índice de alejamiento del servicio (IAS) de toda la UCE es de 38% o de 0.38, el cual podemos comparar con la media del sistema de un psicólogo en específico, que es de 0.25. Para éste psicólogo podemos decir que la media de su IAS es menor al de toda la UCE, y podemos predecir, en base a que este Índice total contempla los promedios de todos los empleados en la UCE, que tiene un **desempeño por encima del promedio.**

Más aún, podemos evaluar su desempeño con referencia a sí mismo: de acuerdo a su LCS (Límite de Control superior), tenemos que éste es de 0.65. Esto significa que si en algún momento algún IAP (Índice de alejamiento parcial) rebasa esta cifra, el sistema se está saliendo momentáneamente de control y probablemente se deba a una causa especial de variación.

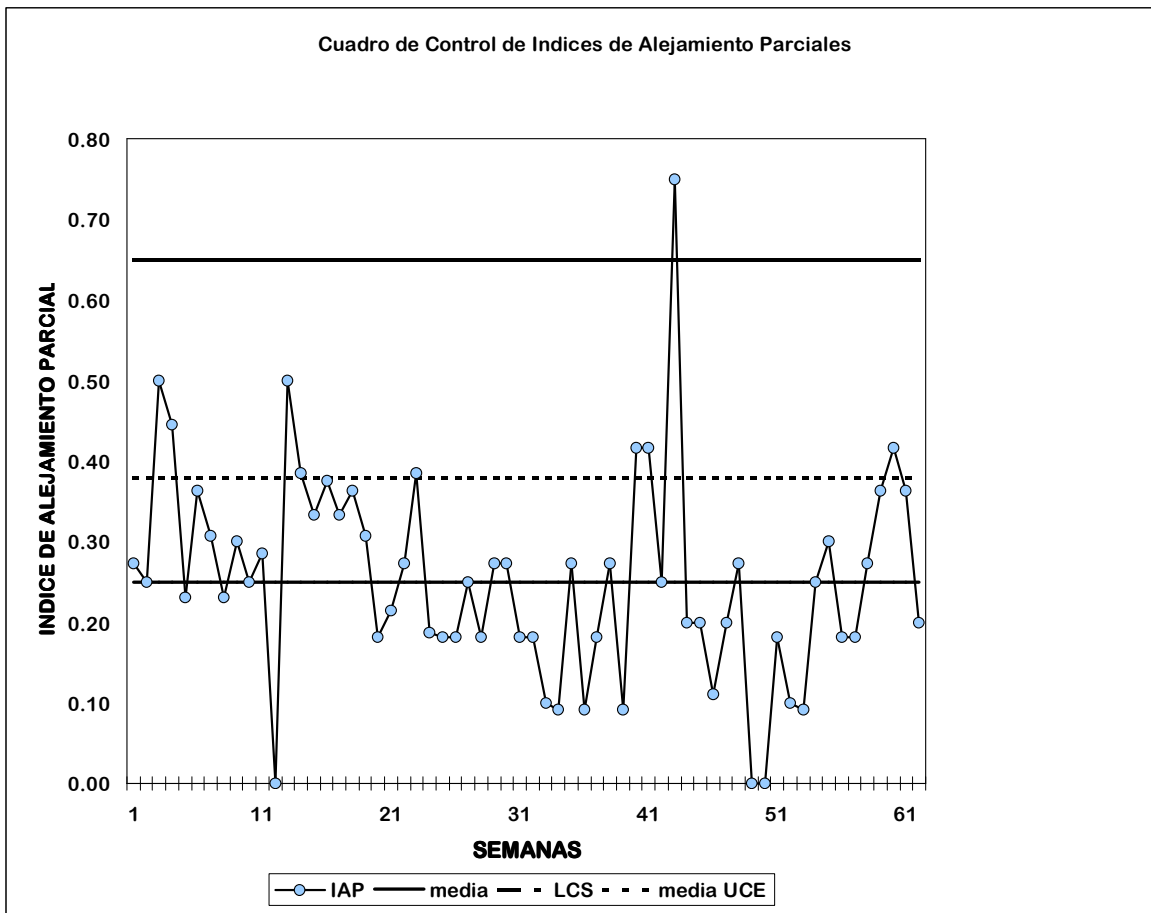


Figura 9.
Control de IAS parciales, en un período de 62 semanas (marzo de 2007 a junio de 2008)

En efecto, hallamos que en la semana 43 el sistema se salió de control, con un IAP = 0.75. Esto significa que 3 de cada 4 pacientes programados, con ese psicólogo, en esa semana en específico, no asistieron (figura 8). No es normal, estadísticamente hablando, que eso ocurra. Indagando acerca de las causas probables, encontramos que en esa semana el psicólogo regresaba de vacaciones que él había estipulado, y que sus pacientes **no estaban informados correctamente** de cuándo iba a retomar las consultas, por lo que se generó una confusión y muchos no asistieron. Esta situación entra en la definición de una causa especial de variación, la cual podemos corregir por medio de una acción directa, y este desarrollo nos ayuda a distinguir las causas especiales de las comunes de variación.

Tenemos, estadísticamente, un sistema que nos permite evaluar a cada psicólogo de una manera mucho más objetiva, basado en el comportamiento de toda la UCE y del suyo propio, y no solamente una medición de las consultas dadas o de las horas que pasa sin hacer nada en la UCE. Y este cuadro de control no necesita mayores datos que los contenidos en el Reporte de Productividad.

1.3. Resultados de un acercamiento preliminar

Luego de implementar estas pautas de funcionamiento y control, la Jefatura de psicología y la coordinación de la UCE solicitaron conjuntamente al sustentante la creación de una propuesta operativa que conjugara los elementos descritos anteriormente, y que buscara asegurar la calidad en el servicio, además de vigilar los requerimientos necesarios para el cercano proceso de certificación de la CSM. Es a partir de ese momento, y considerando el apoyo de las autoridades de la UCE que se empezaron a generar las propuestas contenidas en este trabajo. El apoyo que se le dio en cualquier momento a estas propuestas estaba vinculado directamente a una petición directa de las autoridades, ya que sin este apoyo no resultan viables, dado que sin el convencimiento de los directivos el inicio o continuación de estos procesos hacia todos los integrantes de la organización, resulta difícil y en momentos imposible.

Los datos que nos ofrecen las estadísticas de la UCE no dejan lugar a duda acerca de que la situación inicial no es la deseada para la misma institución o que al menos se espera que mejore. Es pos de esto, también es visible la intervención del personal en cuanto a buscar las acciones concretas que mejoren la situación actual. La adopción del IAS parece integrar el problema de mantener la visita de los pacientes a la institución como una constante, mediante la revisión de las causas probables del alejamiento del servicio. Al integrar estos resultados y favorecer la adopción de el estudio de este indicador en las áreas restantes en donde no se ha efectuado, así como la modificación de las políticas de medición de desempeño es posible contar con una herramienta útil en asegurar un servicio que sea atractivo al usuario, por su disponibilidad y porque entonces se enfoca a detectar las posibles exigencias que no son vistas hasta ese momento.

En la historia de la CSM se ha observado una larga evolución del servicio en la UCE, la cual ha tenido resultados mixtos y en donde se ha intentado de todo. En ocasiones parece que la fórmula ganadora en las tendencias por mejorar, es no hacer nada y dejar que fluya una poco aparente estabilidad del sistema que tiene la ventaja de ser lo bastante flexible como para que por si mismo se regule. No obstante, esta tendencia no nos da seguridad plena en los resultados. En momentos, la UCE parece una enorme fuerza no razonada ni planeada pero controlada por si misma, que reacciona cuando se introduce un cambio drástico. Es importante poner al servicio de la gestión esa fuerza, ordenándola desde su interior, por lo que destaca la importancia de los elementos que la conforman, integrando a la dirección y no excluyéndola de la meta de la organización.

Considerando las actuales condiciones de la UCE, en donde fundamentalmente se busca elevar la competitividad de la misma, es posible elaborar una propuesta operativa en base a pautas de gestión, así como observar y anticipar las vías de implementación, aprovechando que en este momento se cuenta con numerosas herramientas, además de un ambiente favorable, que pueden hacer la diferencia en la competitividad de la CSM, que no requieren de un gran esfuerzo para su implementación, y por otro lado, pueden generar diversos beneficios. A partir de los resultados obtenidos así como de las herramientas para la gestión con las que se cuentan, es posible plantear las pautas para la gestión en una unidad de consulta externa, acordes con lo que se persigue de ésta y cumpliendo con los requerimientos que marcan las instancias que regulan esta clase de servicios.

Mejorar el servicio de la UCE, a través del desarrollo de una gerencia de calidad

Hasta este momento no existe un departamento de control o de aseguramiento de calidad, al menos en una parte visible de la UCE, es decir, a disposición y servicio de los usuarios y del personal (como clientes internos). Existe un seguimiento en cuestión de calidad y de atención al usuario, incluso de control de las quejas, pero estas labores están distribuidas en diversos departamentos, como Trabajo social, Recursos humanos y la Comisión de calidad. Al estar cercano un proceso de recertificación en 2007, la CSM en su totalidad anticipó estos acontecimientos y creó un área de gestión de calidad, que funcionaba. Sin embargo dos años después **no existe un departamento o área de aseguramiento o gestión de la calidad vinculado con el servicio de consulta**

externa. Es decir, que entre en contacto tanto con los usuarios como con el personal.

Todo lo anterior nos lleva a la urgente necesidad de considerar el aseguramiento de la calidad como una parte activa de la clínica y en concreto de la UCE, y no sólo como una entidad pasiva que sólo interesa cuando se trata de pasar un proceso de recertificación.

La interpretación de las normas de calidad es en algunos apartados algo difícil, y es relevante resaltar que los *Criterios de procesos y resultados para establecimientos de atención médica Psiquiátrica* (Consejo de salubridad general, 2005), señala el cumplimiento del proceso para que los familiares del paciente estén enterados del motivo del internamiento y del plan a seguir, indica que el médico tratante debe informar *a satisfacción* al familiar. ¿Qué quiere decir esto? ¿Cuáles son los criterios para definir que el familiar está informado a satisfacción? ¿Depende del Familiar? ¿Puede confundir el término al profesional de la salud?

Se esperaría que dentro del desarrollo de un departamento o área encargado de la gestión de la calidad dentro de la UCE se desarrollaran estos puntos de forma mínima. También es importante señalar que dentro de los criterios necesarios para llevar a cabo acciones de mejora continua de la calidad en los servicios, al menos de forma oficial, encontramos la necesidad de procedimientos para 1) dar a conocer las obligaciones de los trabajadores en cuanto al manejo y relación con familiares y usuarios y 2) un procedimiento para evaluar el desgaste profesional (*Burn Out*) de los trabajadores en contacto con pacientes psiquiátricos, y las acciones a seguir en caso de presentarse; además, también se señala la necesidad de un procedimiento para ofrecer apoyo emocional a los trabajadores que lo requieran. En la práctica ninguno de estos dos últimos puntos se cumplen, ni siquiera en mínima medida, oficialmente. La UCE cumple con los criterios establecidos para ella misma, pero el departamento de calidad no, en principio porque no parece existir en la Unidad. Esta tendencia, el trabajar sin un departamento de calidad, parece basarse en dos aspectos de importancia: el primero, que la calidad en el servicio depende solamente de la experiencia clínica como profesionales de la salud (aunque realmente está influenciada por una multiplicidad de factores). El segundo es la sentencia tradicional de “haga su trabajo lo mejor que pueda” para elevar la calidad.

Es sumamente necesario definir en términos operativos lo que vamos a entender como servicio de calidad a los pacientes. En menester considerar el punto de vista de los pacientes por lo que puede implementarse una encuesta de opinión que en términos generales nos llevará a mejoras en cuanto a la atención de la UCE. Este tipo de encuesta puede realizarse de manera fácil, y de hecho se cuenta con un antecedente de evaluación del servicio. También es posible servirse de la experiencia

citada del *Hospital Corporation of America*, donde se elaboraron encuestas en base a 4 sistemas de tendencias de calidad hospitalaria: para pacientes, para médicos, para empleados y para pagadores.

En forma paralela a la implementación del Reporte de Productividad se propuso la creación de una encuesta piloto a los usuarios del servicio que reportaban ausencias en las consultas. Esta encuesta se pretende que sea aplicada a usuarios de la UCE, tomando en cuenta algunas de las ideas ya aplicadas con anterioridad, siguiendo la distinción hecha entre la investigación de los siguientes puntos: a) Los problemas y motivos de insatisfacción del usuario, b) Las estimaciones de la participación en un mercado determinado y c) La información sobre la cual basar la predicción del usuario en un cambio del servicio.

En todo caso se propone que esta encuesta evalúe principalmente los problemas y motivos de insatisfacción para el usuario de la UCE. Este instrumento puede atender al formato utilizado por algunos años en trabajo social y destinado a distinguir las variables que el Reporte de notas de evolución señala de una manera muy general.

El pilotaje que hasta el momento se ha realizado adolece de fallas en su estructura pero representa una primera tentativa, que al igual que la creación e implementación del Reporte de Productividad, representa un primer acercamiento a la primera fase de la propuesta contenida en este trabajo.

La calidad no se describe sólo con la concepción, formación, o ensayos de un servicio ofrecido. Los prototipos y ensayos no son suficientes para describir su calidad y comportamiento en el mercado. La calidad es medida por la interacción entre tres componentes, que forman un triángulo de interacción (en el caso de la UCE):

1. El servicio mismo: el servicio de psiquiatría, paidopsiquiatría, pruebas psicológicas, psicoterapia, etc.
2. El usuario y cómo utiliza el servicio: cómo lleva su tratamiento, su apego a éste, la expectativa que se le hizo esperar del servicio.
3. La formación del usuario por parte del que brinda el servicio: lo que piensa de éste a largo plazo.

Innovar el servicio

La población que se busca atender es extensa y numerosa, pero no se contemplan a todos los tipos de pacientes que existen: Por un lado están los pacientes actuales y los nuevos pacientes, los cuales están muy bien identificados por todos en la Unidad. Pero algunos otros, como los que por alguna razón de peso pasarían a formar parte de la Fundación (entidad que funciona paralelamente a la CSM) y los que no se han considerado (como

los atendidos en el servicio de Urgencias), si no son apreciados en su total dimensión, no originarían una notoria innovación en el servicio.

¿Porqué no se establece un servicio de intervención en crisis para pacientes que así lo requieran? Tal vez puede considerarse esto y más aún: la atención al familiar del recién ingresado, al que se le atiende someramente durante un proceso que puede ser largo y penoso. Aún en los apartados del ya mencionado *Criterio de Procedimientos y Resultados*, se menciona la importancia de contar con un servicio de orientación, asesoría y recepción de quejas para uso de los pacientes o familiares. En la práctica todos estos puntos tratan de ser cubiertos o por el médico tratante o por el psicólogo que atiende el caso, y funciona parcialmente, pero ¿no es más recomendable contar con un área encargada directamente?

Es necesario el incluir programas de investigación interna para la creación de nuevos programas o la mejora de los servicios: esto es Innovar para dar un servicio mejor a un costo dado. En cuanto a esto, es posible determinar la adición de nuevas habilidades, formación y reciclaje del personal.

Actualmente existe el proyecto de crear en la UCE una serie de clínicas de subespecialidad, lo cual podría significar un crecimiento. Es posible definir con bastante anticipación los tipos de grupos o a qué tipo de patología pueden ir dirigidos, y la investigación de las tendencias resulta muy importante, pues puede darnos una orientación a este respecto.

Elaboración de listas de mantenimiento

En cuestión de mantenimiento es posible elaborar, por medio del personal de la UCE, los requerimientos necesarios de mantenimiento que asegure la funcionalidad del servicio. Las instalaciones son adecuadas, pero no las mejores para una Unidad de Consulta Externa, si tomamos en cuenta que realmente han sido adaptadas constantemente de una idea original de pabellón de hospitalización, diseñado hace poco más de 50 años. En la actualidad hay un logro considerable al existir una división del espacio físico y donde es posible realizar una asignación de consultorios específicos para psicólogos específicos. Esto es que un psicólogo permanece en su consultorio, asignado por un horario específico, situación que hasta hace dos años no ocurría. Los médicos tenían una asignación de consultorios más o menos definida, pero los psicólogos prácticamente se tenían que repartir los espacios disponibles y considerar que en algún momento éstos podían saturarse, lo que imposibilitaría la consulta.

El mantenimiento puede ampliarse no sólo a la infraestructura física sino también a materiales necesarios e imprescindibles, como puede ser en el caso de los psicólogos, las pruebas psicológicas.

La dirección puede exigir mucho al personal médico, a los trabajadores sociales y psicólogos, pero siempre tomando en cuenta la evidencia estadística de los recursos materiales que se emplean: ¿La sala de espera es suficientemente amplia? ¿Los consultorios ofrecen las condiciones necesarias para sus fines? ¿Las pruebas psicológicas son las apropiadas para la evaluación de un paciente? ¿Cómo podríamos exigir a un practicante mejores resultados de asistencia de sus pacientes si no tuviéramos un programa de educación?

“ *¿Con eso va a tratar de medir mi inteligencia?* “ (comentario de un paciente al ver el estado, bastante desgastado, de un WAIS).

Organigrama

Hay que establecer un organigrama concreto y simplificado que tome en consideración a todos los niveles superiores y delimite responsabilidades a quien realmente las posee. Las órdenes deben darse directamente y no por intermediarios. En concreto en el área de psicología hay una enorme disparidad entre el personal, algunos psicólogos están en la UCE por un programa académico, otros por servicio social, otros por un programa de porcentaje y algunos más por voluntariado. Y en el organigrama sólo está establecido el grupo de “Psicólogos”. Es necesario hacer una mínima división entre psicólogos titulares (por porcentaje y voluntarios), psicólogos practicantes (inscritos en un programa de prácticas profesionales de acuerdo a los convenios establecidos con las Universidades) y psicólogos estudiantes (practicantes en semestres tempranos de la carrera y los inscritos en los programas de servicio social). Esta división no significa que unos psicólogos estén por encima de otros, sino que funcionan paralelamente. La división descrita nos ayudará en algunos apartados posteriores.

Es necesario traducir esta constancia en el propósito de mejorar la calidad, al servicio de los pacientes y a la comunidad, de igual forma el consejo de administración tiene que adherirse al propósito. La UCE parece funcionar con una gran libertad puesto que todo tipo de mejoras es bienvenida, siendo necesario que la administración evalúe, intervenga y avale tales avances. Y el responsable de asegurar esta intervención debería ser la gerencia de Calidad.

Adoptar la nueva filosofía de calidad y enfrentar los obstáculos

Es necesario e imprescindible que la dirección de la UCE y las jefaturas involucradas coloquen los recursos necesarios para que la filosofía de calidad sea aceptada, y más específicamente, en el área de la formación de los empleados. Es necesario recordar en este punto lo descrito con respecto a las enfermedades mortales, y lo concerniente a los posibles **obstáculos** (Deming, 1986), que se exponen a continuación:

- Buscar resultados inmediatos. La implantación de sistemas de calidad completos (al igual que las certificaciones de calidad) demanda tiempo para producir resultados.
- La suposición de que, resolviendo los problemas de logística, la disponibilidad de espacios y material adecuados, transformará el servicio ofrecido.
- El suponer que los problemas son diferentes a los de cualquier otra empresa de servicios. Muy clásico en las empresas de servicios sanitarios.
- Aplicación deficiente de los métodos estadísticos en los niveles directivos.
- Suponer que el departamento de control de calidad se ocupará de todos los problemas relacionados con ésta. Esto es falso, el resolver los problemas es asunto de toda la organización, en todos sus niveles
- El suponer que los problemas residen completamente en la mano de obra, o sea, los médicos y los psicólogos. Un médico de la UCE demora 1 hr. en atender a un paciente, que se encuentra muy enojado, y hace el reporte pertinente a la administración, la cual se queja con el médico (y lo reprende). ¿La razón del retraso? El médico fue retenido por la *Administración*. El médico sólo hizo lo que se le pidió que hiciera, y de la mejor manera en que podía hacerlo. Los problemas no tienen, por lo general, una causa especial que no esté relacionada con el sistema al completo.
- La idea de que “Hemos instalado el control de calidad”. La calidad no se puede instalar. Para que la mejora de la calidad y productividad tenga éxito debe de consistir en un proceso de aprendizaje, año tras año, con la alta dirección a la cabeza de toda la organización.
- El que los datos estadísticos y de control, que interesan, permanezcan “En la computadora” o “En el sistema” pero que no salgan jamás de ahí, y no sirvan para nada. O que esos mismos datos permanezcan disponibles sólo para unas cuantas personas.
- La suposición de que sólo es necesario cumplir con las especificaciones, en el caso de la Clínica en general, para pasar la certificación. Las especificaciones no lo dicen todo, lo mismo que la certificación.
- La falacia de los cero errores. En primer término esta suposición desconoce por completo a la variación, además, no corresponde con este mundo. No es lo más importante cumplir con las especificaciones sino lograr una uniformidad. El sistema se volvería muy tenso (y más susceptible a fallos) si se intenta instalar esta falacia.
- El pensar que cualquier persona que trate de ayudar a la organización, ya sea interna o externa, debe saberlo todo acerca del funcionamiento de la UCE. O sea, pensar que debe ser por fuerza un médico o un psicólogo o en cualquier caso, alguien que labora **dentro** del lugar.

El uso de métodos estadísticos en vez de inspección numérica para lograr la calidad

Es importante utilizar en este momento los datos estadísticos con los que contamos. Podemos tener un indicador, que es el IAS de la UCE, el cual parece ser estable. Y generar un cuadro de control que nos muestre la proporción de ausencias para un médico o psicólogo durante un tiempo determinado. Una vez que hemos hecho esto, podemos comparar en primer lugar, si el sistema es estable. Segundo, comparar sus LCS y LCI con los de la UCE, y más importante aún, su promedio. Así tendríamos un sistema de inspección que no resulta agresivo porque contempla una

actuación a largo plazo y congruente con el sistema de la UCE, que es en donde se maneja.

Inicio de un análisis estadístico de procesos

Estadísticamente es posible lograr la tendencia a un crecimiento sostenido de la operación en la UCE. Es necesario el análisis de esta tendencia para determinar, en primer lugar, las expectativas de crecimiento que sean más reales o acordes, **no superiores**, a lo que se observa como tendencia. Esto nos permite establecer metas a largo plazo sobre el incremento por encima de este indicador. En segundo lugar es posible verificar que la operación, en años pasados, de la UCE permanecía en un avance continuo, apreciando la Unidad como un **sistema estable**, que no necesita de la intervención para hacerlo crecer.

Parece que el peor error es tratar de controlar un sistema que por sí mismo ya es estable y funciona de acuerdo a sus principios de funcionamiento. En cierto modo, la intervención sobre el antiguo Centro Comunitario es lo que parece detenerlo momentáneamente. A partir de este apartado podemos saltar al punto 6 de Deming, que habla sobre la formación: este tipo de características se entiende solamente cuando los involucrados en un sistema conocen el concepto de la variación. Los provechos que podemos sacar del uso de éste concepto los hallamos más adelante.

Localizar e interpretar la evidencia numérica

Debemos de exigir la acción correctiva cuando la evidencia estadística no sea la adecuada o satisfactoria para las funciones en que se requiere, en todas las áreas de la Unidad.

En este punto es posible determinar tiempos de operación específicos, como la ejecución de estudios completos, que demanda por lo regular cuatro sesiones de una hora. Siguiendo la regla estadística, es posible hablar de control si consideramos los límites superiores de control al hallar a un psicólogo que ocasionalmente demanda seis sesiones en completar un estudio. O a uno que demanda tres. Existe una diferencia, pero ambos se encuentran dentro de control.

En el momento actual, la inspección se realiza a través de llenados de formatos, cumplimiento de especificaciones de archivo y notas de evolución, de entrega de reportes y de diagnósticos. No está mal pero es importante recordar porqué se realizan tales procedimientos, además de que son en momentos muy largos. Un paciente no se siente mejor por más reportes entregados acerca de él, sino por una atención oportuna y eficiente. Se trata de cumplir con los lineamientos de la NOM 168, y además, encontrar procesos o subsistemas que estén dentro del control estadístico. Los procesos de certificación han demandado una uniformidad

en la elaboración de notas de evolución y afortunadamente han consolidado el lazo entre departamentos.

Reestructurar la formación y la supervisión

La clínica en general ofrece una buena expectativa para la formación, al tratarse de un Hospital escuela. Esto funciona bien en la residencia de psiquiatría, pero en el área de psicología es necesario desarrollar el concepto de tutor, que supla al programa de residencia con el que cuentan los médicos residentes, probablemente apoyado por las Universidades con las que se cuenta con un convenio en el área de psicología. Esto nos da la necesidad de crear responsables concretos en los proyectos y se traduce en una asociación con las universidades e institutos que promueva mayores ofrecimientos de educación durante el servicio, en concreto con psicólogos de servicio social. Esto es involucrar a los psicólogos titulares en los procesos de formación de los practicantes o de servicio social.

Otro punto importante de la formación es la concerniente a las definiciones operativas, es decir, educar acerca de lo que es la UCE y el trabajo que se realiza ahí, llenado de formatos, procedimientos, etc. Esto es posible con la mejora de cursos de inducción que se llevan a cabo, desde hace un par de años. Esto debe de funcionar hasta que el trabajo del principiante alcance la fase de control estadístico, y debe de concentrar la formación a conseguir los medios por los que el practicante alcanzará ese estado.

También es posible proporcionar en la formación los métodos de control necesarios para conocer de la calidad del trabajo que se realiza. Al ser un hospital escuela, la UCE contempla el paso de estudiantes por sus instalaciones, a los cuales hay que incluirlos en un programa educativo al menos en la etapa en que su desempeño alcance la fase de control estadístico. Es muy importante en este momento hacer serias definiciones operativas y de procedimientos, para lo cual es conveniente observar las siguientes medidas destinadas a ello:

- a. Favorecer o incrementar el tiempo necesario a los supervisores (médicos adscritos o psicólogos titulares) para ayudar a las personas a su cargo en el trabajo (médicos residentes o psicólogos practicantes). Por lo regular la labor primaria de los profesionales de la salud tiene que ver con la salud, y no con la formación, necesariamente, y si no se destinan los recursos humanos para esa tarea específica es difícil el compaginarlas. Es posible combinar las dos actividades pero estableciendo límites , en específico, de los horarios y de los espacios, ya que éstos por lo general se hallarán limitados en la UCE. La supervisión formativa debe tener por objetivo el comunicar a la persona que se supervisa la constancia en el propósito de mejorar. Esto resultaría muy entendible para cualquier

profesional de la salud, que trabaja bajo una meta de lograr una mejora en la salud de sus clientes.

- b. Las personas que supervisan en la UCE o en la clínica en general deben de aprender métodos estadísticos sencillos para favorecer a los trabajadores a su cargo. ¿Cómo? Analizando y entendiendo su actuación, definiendo si depende (por causas especiales) o no (por causas comunes) del trabajador a su cargo.
- c. Centrar el tiempo de supervisión en las personas que están fuera de control estadístico y no solo en aquellas que están por debajo del comportamiento medio.

Este último inciso puede ser muy aplicable a los psicólogos que realizan evaluaciones psicológicas. Parece un estándar en la UCE el que un estudio demore unas cuatro horas de sesiones para completarse, cinco días para ser elaborado el reporte y tres para hacer las correcciones. Si un psicólogo tarda en una batería 10 sesiones, es posible afirmar que esa batería se halla fuera de control. Merece una atención especial y particular. ¿Cuál? Cualquier observación y actuación que le pueda ayudar.

- Es posible examinar el flujo de trabajo que tiene. En el pasado existían psicólogos con una carga de trabajo de 12 o 13 baterías pendientes, activas, en un mismo período de tiempo. Son demasiadas para un estudiante.
- Probablemente no posea la instrucción adecuada con respecto a algún instrumento.
- Examinar su material (pruebas que estén defectuosas o incompletas, instalaciones con poca luz, etc.) y buscar otras posibles dificultades (salud, problemas en casa, emocionales, etc.).
- Enseñar a todo el personal supervisor a utilizar los resultados de las encuestas a los pacientes, que se describen anteriormente. Incorporando la calidad en el diseño, resulta posible dirigir la supervisión a puntos específicos que al final son los que satisfacen al cliente.

Estimular la educación para los colaboradores

La clínica cuenta con la presencia de individuos que por sus características pasan desapercibidos de muchas áreas: los **voluntarios**. Psicólogos, generalmente. Es necesario eliminar el concepto que se tiene de él, como una persona que ofrece de manera voluntaria y desinteresada sus servicios, que carece de compromiso para la institución. El voluntario elige estar ahí y es posible favorecer su participación, ofreciendo incentivos que no tienen que ser forzosamente materiales sino estar enfocados a lo que busca realmente: su crecimiento y reconocimiento.

Si la Jefatura de psicología trabajara en concentrar un programa interno de prácticas profesionales, con un valor curricular, esto podría atraer a los voluntarios que dejarían de serlo: ahora estarían por un objetivo concreto, justo y realizable. La inclusión de psicólogos en las sesiones clínicas puede ser un ejemplo de un estímulo sobre el cual se puede trabajar, que no requiere de una inversión costosa sino de cambios

en las políticas directivas, y que puede generar enormes avances en el sentimiento de satisfacción en el trabajo, con riesgos mínimos.

Trabajar con un solo proveedor de servicios internos, fortaleciendo los lazos interdisciplinarios

El centro no requiere de muchos proveedores externos tanto como internos. Como se apuntó anteriormente, es posible considerar que el psicólogo que elabora pruebas psicológicas resulte un proveedor del médico psiquiatra, resultando éste su cliente, y no sólo el paciente, al igual que los psicólogos se convierten también en clientes de las secretarías que organizan el archivo de expedientes, cuando le solicitan alguno.

Los Reportes de Evaluación Psicológica y las Notas de Evolución en psicoterapia son los únicos documentos oficiales en los que se lleva a cabo la comunicación psiquiatra – psicólogo. Para los primeros, la única forma oficial de ponerse en contacto con el psicólogo es a través de una solicitud de pruebas o de terapia, que es muy simple. En la práctica, el cúmulo de información que es necesario compartir entre los profesionales es tan grande, que se recurre a entrevistas informales *de pasillo* para realizar esta comunicación. Y resulta. En la medida de lo posible, debe de crearse una *asociación* médico – psicólogo, al menos en los niveles de formación, que asegure que el primero no tenga que estar persiguiendo a todo el mundo para saber del avance con sus pacientes, a la vez que el psicólogo practicante se forma y reactiva la comunicación indispensable con el médico.

Esta asociación puede hacerse en base a frecuencias de solicitudes de pruebas psicológicas expedidas, y debe ser supervisado desde la jefatura de psicología y de psiquiatría a fin de asegurar el crecimiento de ambas partes en concreto (el médico concreto con su psicólogo asociado concreto). En pocas palabras, es necesario favorecer el trabajo como verdadero equipo terapéutico.

De igual forma es necesario, en el área de psicología, elaborar los convenios con las instituciones educativas a fin de establecer una relación de confianza que nos permita predecir y contar con elementos humanos (para los programas de Servicio Social o de Prácticas Profesionales en psicología y trabajo social) necesarios en un momento que podemos programar. Los convenios con las escuelas debe de conducir a una ganancia en la confianza por las dos partes, a tal grado que a muy largo plazo sería más productivo trabajar sólo con una o dos.

¿Cuántas universidades mantienen el programa de especialidad en Psiquiatría, con sede en la CSM? ¿Cuántas se requieren? Sólo una. Y los resultados son buenos, no se necesita buscar tener otro convenio con otra universidad (puesto que hay una relación de mucha confianza).

Aplicando la asociación de psicólogos damos un gran paso en este punto. En realidad no parecen existir serias barreras entre las áreas de la UCE, aunque algunas de éstas áreas parecen casi inexistentes o pasadas por alto. Debe de atenderse a las propuestas del área de trabajo social (que en la UCE es reducida) y de control de citas (recepción), vistas como entidades participantes de la UCE, para favorecer un entendimiento en todas las áreas.

Las acciones en este punto pueden ser concretas: crear una asociación entre psicólogos específicos y psiquiatras específicos (ambos en formación) y fortalecer los convenios con las Universidades, pero en el entendido que estas son acciones a largo plazo, deseables en el momento en que se logre un buen control del proceso actual.

Constancia en mejorar los procedimientos de servicio

Es importante recordar que el concepto de calidad debe de tratar de incorporarse desde la fase de diseño del servicio, y no después de ser vendido, porque, en el caso de la UCE, en ese momento será muy tarde. Esta idea debe de partir de una capacidad creadora e innovadora, fijada por la dirección, y traducida a planes, especificaciones y ensayos. Es posible adentrarse en la realización de estudios acerca de la adopción de nuevos tratamientos por parte de los pacientes ya incluidos, o aún más: realizar estudios acerca de nuevos servicios dirigidos a **pacientes que aún no tenemos**. No podemos innovar las técnicas o modelos terapéuticos que se manejan actualmente, pero sí las condiciones en que éstos se ofrecen. La propuesta, por parte de la Jefatura de psicología, de incluir grupos de orientación psicológica en los servicios de la UCE resultó innovadora, con una buena oportunidad de iniciar un buen camino en su desarrollo. Esto también aplica a la política de incluir una versión del reporte de evaluación psicológica específico para los pacientes (dado que anteriormente no se les daba ningún documento, al serles elaboradas las pruebas psicológicas). Otro paso que actualmente se está dando en este rubro es la creación de clínicas subespecializadas en la UCE, que trata de llamar la atención del usuario al ofrecerle un servicio muy especializado para su tratamiento.

También es importante recordar que la mejora continua en los procesos ya existentes, no debe hacerse en base a la solución de las causas especiales de variación, sino en base a las comunes. El tratar de conseguir mejoras eliminando las causas especiales sólo traerá una descompensación al sistema en general, y se volverá más inestable.

Identificar y eliminar el desgaste profesional

Las condiciones de la clínica actuales son de cambios, por lo general positivos, pero que resultan drásticos en ocasiones. A veces no se entienden por el personal. En otras ocasiones esta dinámica no contempla

la participación del empleado, y esta situación parece constante desde que se inician los cambios a finales de 2005. Y a pesar de que cada vez se hace más agradable el ambiente laboral dentro de la UCE, es innegable la existencia de miedo y desgaste, en mayor o menor grado, en la mayoría de las áreas. El psicólogo recién llegado trae el miedo a enfrentar una posible discriminación por parte de los médicos (la cual no parece tan real pero sí es famosa en las universidades de psicología) y se considera hasta abajo en la escala de la clínica. La mayoría de los psicólogos no son personal formal de la clínica y a pesar de participar en actividades diversas, no pueden portar el escudo de la clínica en su bata. Incluso sus credenciales dicen que la clínica no se hace responsables de ellos, mientras que lo que se les pide es responsabilidad.

La CSM en general trabajaba con números rojos y esto era del conocimiento general, y hacia finales de 2006 se realizaron recortes drásticos de personal. Una estrategia de Downsizing, eficaz en términos económicos, pero que provocó el pánico generalizado. Y este tipo de confusiones que pueden generar miedo sólo puede ser solucionado por la administración.

Hay que otorgar poder real en la responsabilidad que haga sentir al empleado como decisivo en su trabajo, tomando decisiones por sí mismo y no sólo acatando órdenes. Las personas deben de sentirse seguras para hacer sugerencias (y avances) y deben de ejecutarlas pues están a su mando. Nadie puede hacer bien un trabajo si no se atreve a preguntar cuál es el objeto del trabajo y no se atreve a dar sugerencias para simplificar y mejorar el sistema. Es posible que la asociación entre psicólogos y médicos pueda romper en primer término con las divisiones clasistas en un ambiente hospitalario, pues se establece en primer término la comunicación.

Aquí es importante recordar lo descrito con anterioridad dentro de los criterios necesarios para llevar a cabo acciones de mejora continua de la calidad en los servicios (Consejo de Salubridad General, 2005) donde se marca la necesidad de un procedimiento para evaluar el desgaste profesional (*burn out*) de los trabajadores en contacto con pacientes psiquiátricos, y la necesidad de un procedimiento para ofrecer apoyo emocional a los trabajadores que así lo requieran. Esta práctica no sólo debe quedarse dentro del diseño sino que debe llevarse a la práctica.

Manejo adecuado de propaganda, slogans y carteles

Por fortuna no se encuentran, en la UCE, carteles que exhorten a los trabajadores a producir más sin brindar las herramientas necesarias, tampoco se cuenta con una pizarra mensual que indique qué médico o qué psicólogo tuvo más pacientes que nadie, y es preferible que jamás lleguen a existir tales pizarras, porque sólo pueden crear un efecto adverso en la mayoría de los trabajadores que no formen parte del cuadro de honor, y lo

mismo aplica para los carteles. Sin embargo, los pasillos aparecen tapizados de viñetas y placas acerca de la misión y visión de la CSM, y de algunos de los lineamientos oficiales que se deben de cumplir (como la NOM-025-SSA2-1994)

Es muy importante recordar qué es lo que dice la misión de la clínica: *“Ofrecer una atención integral a nuestros usuarios que englobe lo bio, psico, social y espiritual aunado a la calidad en el servicio.”*

Después de todo el material revisado hasta ahora, parece natural el revisar la misión y descubrir que representa un reto tremendo, que esconde un significado importante y muy grande, más allá de las palabras que lo conforman. Sería muy propositivo que la dirección exponga, de manera profunda y constructiva, las dimensiones que supone la misión de la clínica. Y qué se espera de cada uno para contribuir a su cumplimiento, pues esta misión sólo halla vida en estos carteles pegados en las paredes.

El proceso de certificación demanda el conocimiento de la misión de la clínica. Eso está bien, y la certificación entonces cumple con su cometido, que todos los empleados conozcan la misión. Pero el comprenderla podría mal interpretarse como tener que *aprendérsela de memoria*.

Detrás de la operación en la UCE, al igual que en toda la CSM se halla un increíble respaldo de la orden hospitalaria de San Juan de Dios, que de hecho, es la responsable última de la clínica. Y como tal, conlleva un carisma específico, el cual es seguido por la orden, pero que también puede alcanzar un nivel de congruencia dentro del personal, materializándose dentro de éste. Probablemente el grueso del cuerpo de los psicólogos no pertenezca formalmente a la clínica pero es posible que sean afines a este carisma hospitalario, que en cierta manera es deseable en el perfil de un psicólogo.

Muchos pacientes de la UCE ubican a la institución como una obra religiosa, y suponen que el carisma de la orden es el carisma de la CSM, y esto los lleva a un error de apreciación que se puede traducir en expectativas falsas acerca de la atención. Por ejemplo, el carisma de la orden demanda la atención a los más necesitados, pero la UCE aumenta sus cuotas, ocasionando la confusión y el enfado de los usuarios que llegan a saber de la orden hospitalaria. Aún asisten personas que preguntan por *El Centro Comunitario de los hermanos*, donde suponen recibir atención de forma gratuita o de beneficencia.

Adoptar el índice de alejamiento como estándar numérico

Los estándares numéricos de trabajo se refieren al trabajo diario medido o el sistema de trabajo a destajo, el cual afortunadamente no se da en la clínica. El trabajo no debe darse en términos de cantidad sino de calidad,

sin preocupaciones por llegar a la cuota diaria de trabajo (que bien podría significar cuotas de pacientes diarias). Este tipo de trabajo es muy susceptible de producir mayores defectos que calidad. Dentro de la UCE podemos aprovechar la situación estable de originar ausencias de pacientes. Si éste sistema es estable ¿Cómo se podría asegurar el cumplir con el 100% de las citas programadas? Simplemente no está en control, no se podrían fijar estándares de trabajo adecuados sin tomar en cuenta el IAS, pues no existe posibilidad de compensar las pérdidas que de manera automática se generan en la Unidad.

Este punto podría aplicarse más bien a los puestos directivos de la clínica, en el sentido de no crear objetivos de trabajo en base a un cupo o logro numérico, solamente. ¿El objetivo de la dirección es aumentar los ingresos de la Unidad? ¿O más bien aumentar la productividad? Deming propone que todo tipo de metas o trabajo por objetivos debe ir acompañado por un plan específico para cumplir con ese objetivo, es decir, no se puede pedir simplemente a un trabajador que *umente su productividad* sin darle un plan específico. Si este año es posible aumentar la productividad en un 10% sin un plan ¿porqué no ocurrió el año pasado?

Contando con un sistema estable no tiene sentido establecer objetivos, porque si no están acordes a la capacidad o recorrido del sistema, el resultado es sólo lo que el sistema dé. No se puede alcanzar un objetivo que esté por encima de la capacidad del sistema. Esto aplica también para un sistema inestable. Por otra parte, el manejo de la gestión o trabajo por objetivos puede ser resultado de la gestión por el miedo, miedo a no cumplir con los objetivos numéricos.

Eliminar las barreras que privan a la gente de estar orgullosas de su trabajo

Todos en la UCE deben de conservar los requerimientos mínimos necesarios para llevar a cabo un trabajo de calidad. Es importante recordar la elaboración de listas de fallos en las instalaciones o en los materiales. Un psicólogo no puede sentir orgullo de su trabajo, o si el consultorio resulta tan poco confortable que el paciente se distrae demasiado. Un psiquiatra no debería ser interrumpido constantemente en su consulta, pues probablemente el paciente lo malinterpretaría. Un manual de WAIS está tan deteriorado que las hojas se han perdido pues está deshojado. En la aplicación el paciente tiene la oportunidad de ver esto. ¿Puede algún psicólogo sentir orgullo por su trabajo? No es posible sentir un orgullo al aplicar instrumentos psicológicos que no fueran los adecuados, o presentar una mala fotocopia en vez de un protocolo original. El mensaje de la UCE debe ser “Atiende a este paciente porque cuentas con los elementos necesarios”. Todo trabajador puede sentirse orgulloso de realizar un trabajo así, incluso en las áreas de recepción o de mantenimiento.

Existen importantes avances en lo concerniente al mobiliario de la UCE, la cual luce radicalmente diferente que en las últimas etapas del Centro Comunitario, aunque aún existen rezagos en materia de pruebas psicológicas, por ejemplo. Por otro lado, es posible proponer el avance en un punto que en común puede ser un obstáculo para el orgullo por el trabajo: la **seguridad**. No es posible encontrar satisfacción si no se cuenta con los adecuados sistemas de seguridad que intervengan ante los posibles riesgos de una población de usuarios que mantiene una psicopatología moderada o alta. El consultorio es un lugar que no es propio del profesional que ahí se desempeña, pero que siente como suyo, y donde se siente seguro. La seguridad al menos debe de incluir el saber que existirá un resguardo de los artículos personales o de los documentos que se manejan.

La planeación y aseguramiento de espacios físicos para todos los profesionales que laboran en la UCE resulta de importancia pues de lo contrario se generaría un clima de total inseguridad en el momento de conseguir un consultorio libre para ver a algún paciente pues entonces el profesional no tiene una seguridad de sí mismo dentro de la institución, y es posible que este sentimiento se transmita al paciente que observa que en cada consulta se le atiende en un lugar diferente. Actualmente esta situación se llega a dar dentro de la UCE.

Crear una estructura que trabaje en las anteriores sugerencias

No es posible llevar a cabo ningún tipo de cambio sin contar con el apoyo de los niveles directivos. Las direcciones tienen tanto autoridad como obligación de agrupar las fuerzas necesarias para lograr la transformación. Todos los puestos que involucren una autoridad deben de luchar en cada uno de los puntos anteriores, y es preferible que estén de acuerdo en adoptar la nueva filosofía, si es necesario, rompiendo con paradigmas o tradiciones. A la vez es necesaria la comunicación al grueso de la fuerza productiva, acerca de la necesidad de los cambios. Este ciclo es propuesto por Shewhart (Deming, 1986). Es necesario adoptar un ciclo de funcionamiento para la aplicación de cualquier cambio operativo en cualquier organización.

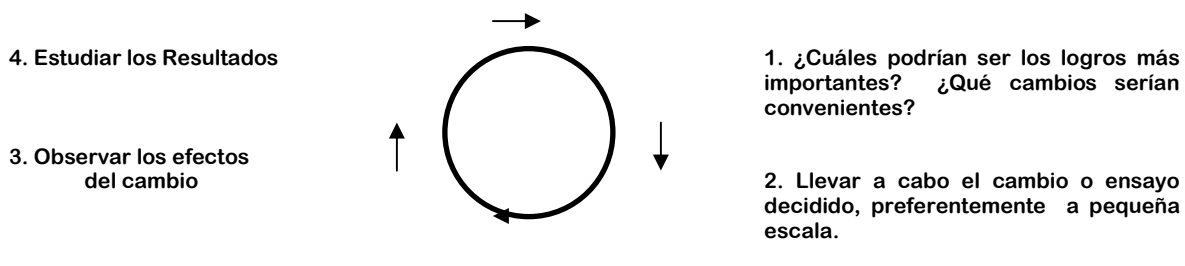


Figura 10. Ciclo Shewhart

En primer lugar es importante establecer una propuesta de cambios operativos, que es lo que se propone este trabajo. A continuación llevamos a cabo el ensayo o cambio propuesto, luego observamos los efectos del cambio y finalmente estudiamos los resultados ¿qué se aprendió o qué se puede predecir? Cualquier paso de este ciclo puede necesitar el apoyo de la metodología estadística para economizar, ir más rápido y protegerse de las conclusiones erróneas por no haber ensayado y medido los efectos de las interacciones (figura 10).

Acciones Concretas en una primera etapa de desarrollo

De acuerdo con los puntos anteriores se pueden establecer los siguientes puntos como las acciones concretas en una primera etapa de desarrollo de un modelo de gestión:

- **Determinar lo que se entiende por un buen servicio: Elaboración de encuestas para los usuarios acerca del servicio otorgado.**
- **Análisis estadístico de las tendencias actuales de la UCE a fin de determinar el grado de variabilidad.**
- **Poner las técnicas estadísticas acerca de los sistemas estables al nivel de trabajo de cada individuo, y ayudarlo a recopilar la información de manera sistemática acerca de la naturaleza de su trabajo, y no sólo ponerlo a llenar datos de visitas que al fin y al cabo no entiende y no le ayudan a mejorar.**
- **Creación de listas de psicólogos, frecuencias de asociación con un psiquiatra y la asociación entre ambos.**
- **Involucrar a la gerencia en la creación de una gerencia de calidad**

Posteriormente, es posible implementar las siguientes acciones concretas:

- **Revisión del actual proceso operacional, que debe ser más simple a tal grado que se entienda por el personal. Encontrar fallos en el sistema.**
- **Crear listas de requerimientos así como la elaboración de listas de fallas en las instalaciones y material de trabajo.**
- **Creación de servicios adicionales en la clínica: fomento de la investigación interna que permita la creación de otros servicios adicionales en la unidad, y determinar las nuevas necesidades en cuanto a nuevas oportunidades de acción**
- **Favorecer proyectos para voluntarios, ofreciendo incentivos no materiales sino académicos, enfocados al crecimiento.**
- **Creación de un programa concreto en psicología que asegure una mayor permanencia, desempeño y control del personal, posiblemente la creación de un programa académico.**
- **Revisión de un programa de inducción en la UCE.**

- Introducir un proceso de evaluación a largo plazo, congruente con el sistema de la UCE.
- Creación de las instancias de supervisión y de pautas para la comunicación a largo plazo, incrementar los tiempos de supervisión y emplear los métodos estadísticos para este fin.
- Centrar la supervisión en los elementos que se hallen fuera de control estadístico.
- Solicitar a la dirección (o a la entidad responsable de la calidad) la correcta interpretación de la misión. No deben existir interpretaciones erróneas de ésta, sino que debe constituir una idea común a todos.
- Evitar los carteles y slogans de exhortación, que no tengan un verdadero fundamento materializado en mejores condiciones de trabajo.
- Solicitar una apertura hacia el interior de la Clínica, de la Orden religiosa que la dirige, y por el contrario, mantener una reserva hacia el exterior de la UCE, de la naturaleza de la Orden, a fin de evitar mal entendidos con los usuarios. Esto último al menos antes de la materialización de proyectos que involucren a la Fundación San Juan de Dios.

Comentarios finales

Es posible, dado que es de vital importancia, el incluir en investigaciones posteriores la observación de las exigencias económicas del profesional que labora en las instituciones, en cuanto a que su ingreso se vea cada vez más reducido y que lo orille a contemplar la percepción disociada del paciente comentada en la Discusión, y que lo lleva a la búsqueda de sus satisfactores económicos urgentes, más allá de la recompensa profesional que su mismo trabajo conlleva.

La actual organización y funcionamiento de la UCE es el resultado de un legado histórico que se remonta hace treinta y cinco años, en donde por un lado se conservaron algunas de sus características y por el otro se trató de olvidar algunas otras. A pesar de que se realizaron importantes avances en cuanto a la organización de la UCE en los últimos años, en especial en lo referente a la innovación del servicio, es notable la ausencia evidente de un área encargada de la gestión de la calidad y que regule muchos de los aspectos que se han tratado en este trabajo, y viene a ser un prerrequisito importante para la aplicación de propuestas a las políticas institucionales.

Una propuesta es solo eso, hasta que se lleva a la práctica y se evalúan sus resultados concretos, es ahí cuando puede ser modificada y enriquecida para acercarse más a la meta para la cual fue planeada. Queda en todo caso pendiente esa aplicación directa (de esta propuesta o de alguna otra) como una alternativa para los problemas que la UCE enfrenta actualmente. En todo caso es recomendable que estos posteriores desarrollos tienen que estar dirigidos a rescatar, en primer término, la existencia y la competitividad de una unidad de consulta

externa con más de treinta años de experiencia, nacida de iniciativa de personajes interesados en la salud mental comunitaria, como el Dr. Calderón Narváez (fallecido en agosto de este mismo año). Y más aún, que recobren el trato dignificante al enfermo mental que aún acude a este centro como alternativa de tratamiento.

Bibliografía

Aguayo, R. (1993). *Dr. Deming. El método Deming*. Argentina: Javier Vergara Editor.

Amaro González, G. (1980). *Valoración de un modelo de comunidad terapéutica*. Cuba: Guillermo Amaro González.

Anzar, N. J. (2006). “Burnout: fatiga extrema”. *Salud. Gaceta Universitaria*. Febrero de 2006.

Arroyo, J. M., Ortega, E. (2007). “Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005)”. *Revista Española de sanidad penitenciaria*: 2007, 2, 41-47

Ayala, A. M. (1999). *La transformación del supervisor*. Tesis de Licenciatura, Escuela de ingeniería, Universidad La Salle. México: Alberto Marcos Ayala Ledesma.

Ayala, A. M. (2008). *Reporte de productividad Mensual*. (Enero 2007 – Agosto 2008). Documento no publicado. México: Jefatura de Psicología, CSM.

Berwick, D. M. (1992). *Caja de resonancia. El mejoramiento continuo como ideal en la atención de la salud*. En Paganini, J. M. y De Moraes N. H. (Ed.) *La garantía de calidad. Acreditación para hospitales de América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, 1992.

Cabello-Morales, E. (2007). “Calidad de la atención médica: ¿Paciente o cliente?”. *Revista Médica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia*, 12,3.

Calderón, G. (1984). *Salud mental comunitaria. Un nuevo enfoque de la psiquiatría*. México: Trillas.

Chicharro, F. (2003). “Integración de los programas de calidad en el ámbito de Salud Mental”. *Revista Norte de Salud Mental*, 17, 29-39

Clarck, D. H. (1973). *Psiquiatría administrativa. Los roles en la comunidad terapéutica*. Argentina: Nueva Visión.

Consejo de Salubridad General (2005). *Criterios de procesos y resultados para establecimientos de atención médica psiquiátrica*. México: Comisión para la certificación de establecimientos de servicios de salud.

Consejo de Salubridad General (2009a). *Manual del proceso para la certificación de hospitales*. México: Comisión para la certificación de establecimientos de atención médica; SiNaCEAM.

Consejo de Salubridad General (2009b). *Estándares para la certificación de hospitales*. México: Comisión para la certificación de establecimientos de atención médica; SiNaCEAM.

Consejo de Salubridad General (2009c). *Estándares de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica psiquiátrica*. México: Comisión para la certificación de establecimientos de servicios de salud.

Consejo de Salubridad General (2009d). *Estándares de evaluación. Capítulo de estructura*. México: Comisión para la certificación de establecimientos de atención médica.

CSM (2003). *Manual de Procedimientos. (Áreas de Consulta externa, Psicología y Enseñanza)*. Documento no publicado. México: Dirección administrativa, CSM.

CSM (2005). *Guía para el cumplimiento de los Criterios de procesos para establecimientos de atención médica psiquiátrica*. Documento no publicado. México: Recursos Humanos, CSM.

CSM (2007). *Manual de Procedimientos. (Áreas de Consulta externa, Psicología y Enseñanza)*. Documento no publicado. México: Dirección administrativa, CSM.

CSM (2008). *Informe Estadístico Mensual (Enero – Julio)*. Documento no publicado. México: Dirección administrativa, CSM.

Deming, W. E. (1986). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. España: Diaz de Santos.

Gabor, A. (1990). *Deming, el hombre que descubrió la calidad*. Argentina: Ediciones Juan Granica.

Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Argentina: Amorrortu Ediciones.

González, B., Rojas, P., Marín, I., García, L. (2002). "Satisfacción del usuario de los servicios de salud en el trabajo". *Rev Med IMSS* 2002; 40 (4): 301 – 304.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª.ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Izarzugaza Iturrizar, E. (2005). "¿La calidad es una enfermedad contagiosa! Modelo de gestión de calidad EFQM". *Revista Norte de Salud Mental*, 22, 28-40

Marín, R. (2006a). *Programa operativo de los servicios de la Jefatura de Psicología*. Documento no publicado. México: Jefatura de Psicología, CSM.

Marín, R. (2006b). *Reglamento para prestadores de servicio social y cursantes de prácticas profesionales en el área de Psicología*. Documento no publicado. México: Jefatura de Psicología, CSM.

Marín, R. (2007). *Programa de prácticas profesionales*. Documento no publicado. México: Jefatura de Psicología, CSM.

Majastre, J. (1973). *La introducción del cambio en un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Granica.

Osakidetza, Servicio Vasco de Salud (2005). *Guía de apoyo para la evaluación de organizaciones sanitarias*. Bizkaia, Servicio Vasco de Salud.

Rosander, A. (1994). *Los 14 puntos de Deming aplicados a los servicios*. Madrid: Díaz de Santos.

Sánchez, C. (2004). *Interpretación de la norma ISO 9001*. Documento no publicado. México: Recursos Humanos, CSM.

Scherckenbach, W. *La ruta Deming: hacia la mejora continua*. México: CECSA.

Secretaría de Salud / Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental I.A.P. (2000). *Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental*. México: Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos humanos.

Secretaría de Salud (2001). *Programa de Acción en Salud Mental*. México: Secretaría de Salud.

Tizón, M. (1996). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. México: Trillas.

Vohel, F. (1995). *Deming: the way we knew him*. Delray Beach Florida: St. Lucie.

Walton, M. (1986). *Cómo administrar con el método Deming*. México: Norma.

Walton, M. (1992). *El método Deming en la práctica: 6 compañías de éxito que usan los principios del control total de calidad de Deming*. Bogotá: Norma.

Zax, M. y Specter, G. (1979). *Introducción a la psicología de la Comunidad*. México: El Manual Moderno.

Anexo

Ejemplo de índices de alejamiento parciales

Los siguientes datos corresponden a más de un año (62 semanas) de mediciones de Índices de alejamiento parciales.

SEMANA	AUSENCIAS	TOTAL DE CONSULTAS PROGRAMADAS	INDICE DE ALEJAMIENTO PARCIAL
1	3	11	0.27
2	2	8	0.25
3	5	10	0.50
4	4	9	0.44
5	3	13	0.23
6	4	11	0.36
7	4	13	0.31
8	3	13	0.23
9	3	10	0.30
10	3	12	0.25
11	4	14	0.29
12	0	4	0.00
13	5	10	0.50
14	5	13	0.38
15	4	12	0.33
16	3	8	0.38
17	4	12	0.33
18	4	11	0.36
19	4	13	0.31
20	2	11	0.18
21	3	14	0.21
22	3	11	0.27
23	5	13	0.38
24	3	16	0.19
25	2	11	0.18
26	2	11	0.18
27	3	12	0.25
28	2	11	0.18
29	3	11	0.27
30	3	11	0.27

31	2	11	0.18
32	2	11	0.18
33	1	10	0.10
34	1	11	0.09
35	3	11	0.27
36	1	11	0.09
37	2	11	0.18
38	3	11	0.27
39	1	11	0.09
40	5	12	0.42
41	5	12	0.42
42	3	12	0.25
43	6	8	0.75
44	2	10	0.20
45	2	10	0.20
46	1	9	0.11
47	2	10	0.20
48	3	11	0.27
49	0	11	0.00
50	0	7	0.00
51	2	11	0.18
52	1	10	0.10
53	1	11	0.09
54	2	8	0.25
55	3	10	0.30
56	2	11	0.18
57	2	11	0.18
58	3	11	0.27
59	4	11	0.36
60	5	12	0.42
61	4	11	0.36
62	2	10	0.20

SUMA	174	676	15.80
MEDIA (suma entre 62)	2.81	10.90	0.25
DESVIACION ESTANDAR	1.38	1.78	0.13

De los datos anteriores, para trabajar con un cuadro de control, obtenemos lo siguiente:

Característica a medir	Índice de alejamiento parcial (Ausencias entre Consultas Programadas)
Media del sistema (Promedio de las mediciones)	0.25
Desviación Estándar del Sistema	0.13
3 Desviaciones Estándar	0.39
Límite de Control Superior (LCS): Media del sistema + 3 Desviaciones Estándar.	0.65
Límite de Control Inferior (LCI): Media del sistema - 3 Desviaciones Estándar.	0 (es de -0.14 y al ser negativo se considera cero)