



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

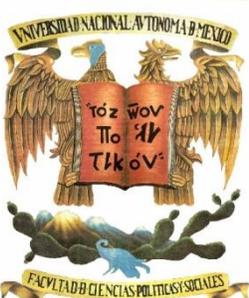
PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA DE LAS QUEJAS POR EL SERVICIO EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

TESINA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA
Angélica Ávila Mora

DIRECTORA DE TESINA

Doctora Nedelia Antiga Trujillo





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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi asesora, la doctora Nedelia Antiga Trujillo, su paciencia, apoyo y sus conocimientos en la dirección y elaboración de esta tesina.

Al Honorable Jurado el valioso tiempo dedicado a la revisión de esta investigación, sus observaciones fueron inestimables en la realización de un trabajo más completo y comprensible.

Al Hospital Infantil de México Federico Gómez, por las facilidades otorgadas, en especial a la doctora Miriam Herrera Segura y al Servicio de Calidad.

A la revista Familia Médica, Año 4, No. 29 Julio-Agosto de 2013, que amablemente me facilitó gran parte de las imágenes contenidas en el texto.

*A Dios y a mis padres, ejemplo de amor,
tenacidad y compromiso*

Índice

Introducción	1
---------------------------	---

Capítulo 1

1.1. La sociología de Max Weber	7
1.2. La sociología de la atención médica	10
1.2.1 Los determinantes sociales de la salud	10
1.1.2 Los conceptos de salud y enfermedad	14
1.3. La mejora de la calidad	17
1.3.1 Estructura	23
1.3.2 Proceso	23
1.3.3 Resultado	24

Capítulo 2

El Hospital Infantil de México.

2.1. Antecedentes del Hospital Infantil de México	28
2.2. FODA del Hospital Infantil de México	31
2.3. El perfil del usuario	44
2.3.1 Los motivadores de las quejas	50
2.4 El perfil del prestador de servicios.....	51

Capítulo 3

Indicadores de satisfacción e insatisfacción de la atención médica

3.1. Indicadores de satisfacción	61
3.2. Las quejas como indicadores de insatisfacción.....	66
3.3. El procedimiento y seguimiento de las quejas.....	77
Conclusiones.....	86
Fuentes de consulta	89
Anexos	93

¿BHC8I 77-é B?

La elección del tema se debió a la experiencia profesional adquirida en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el área de Calidad. En este lugar se reciben los comentarios por escrito de los familiares de los pacientes, así como sus comentarios de voz, con respecto de la calidad de los servicios otorgados.

El contacto cotidiano con los usuarios me impulsó a realizar este trabajo de investigación. Se observó que el motivo principal de queja tiene que ver con el trato a los pacientes y a sus familias, seguido de deficiencias en los procedimientos establecidos para ofrecer los servicios y se relacionan con cuestiones de tipo técnico o de sistema, y son acciones importantes para cuidar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Las quejas toman especial relevancia si las enmarcamos dentro del contexto social y económico del país. Las quejas son un fenómeno social, detrás de ellas se encuentra una economía globalizada, una tendencia del Estado a posicionarse en una economía de mercado, más allá del interés de invertir en educación y salud, ocasionando una excesiva demanda de los servicios de sanitarios debido al aumento de la pobreza y el desempleo. Asimismo encontramos una formación médica que obvia la enseñanza de las apropiadas relaciones médico-paciente y redundante en el trato y la atención del paciente en un contexto organizacional complejo. Detrás de una queja hay una medicina de altos costos, en exceso tecnificada y especializada, y qué decir de una práctica médica curativa y no preventiva.

Las quejas manifiestan modificaciones de las relaciones entre usuarios y prestadores de servicios de salud, especialmente en el tema del trato y de la confianza, la cual ha ido más allá de la relación médico-paciente. En las quejas se involucra a las enfermeras, técnicos, laboratoristas, secretarías, administrativos, personal de limpieza, de casi todos los servicios del hospital se reciben las inconformidades y difieren los departamentos en donde se originan, sin embargo, hay una constante: la queja por trato.

Los pacientes y sus familias piden un trato amable, que se les escuche, que comprendan el dolor que contrae tener un hijo con una enfermedad grave, no una actitud de indiferencia, groserías o terminología médica incomprensible. De ahí la relevancia del respeto, la empatía y la tolerancia necesarios para mejorar la calidad en los procesos de atención.

Es importante destacar que las principales causas de consulta en la institución son por malformaciones congénitas, enfermedades endócrinas y tumores. Estas enfermedades requieren una considerable dedicación de los familiares, en especial de las madres, que son las cuidadoras primarias, cuyas visitas al hospital son constantes a varias especialidades. Las familias de estos pacientes están sujetas a alto estrés generado por la enfermedad del niño, por los costos de atención, el tiempo empleado en la espera de consulta y hospitalización y la alteración de su dinámica familiar, ya que al enfermar un miembro de la familia enferma toda la familia de algún modo.

Este trabajo se ubica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, establecimiento del sector público que opera con presupuesto federal. Es una institución de enseñanza afiliada a la UNAM formadora de médicos en la especialidad de pediatría y distintas subespecialidades y posgrados. Es un instituto de tercer nivel de atención, recibe pacientes de clínicas de primer nivel o unidades de consulta externa (también llamados centros de salud) y de segundo nivel como hospitales generales o centros médicos que no cuentan con subespecialidades pediátricas y equipos e instalaciones especializadas.

El Hospital Infantil es una institución de salud pública, atiende a población no derechohabiente o población abierta de toda la república, se admiten pacientes con enfermedades de alta especialidad y complejidad, de padecimientos graves, de altos costos y de procedimientos largos, que muchas veces no tiene en donde pernoctar y no cuentan con familiares en la ciudad. En general son pacientes en condición de pobreza, de poca o nula educación, la principal afluencia viene del Estado de México y en su mayoría de municipios marginados, con tiempos de

desplazamiento de dos a tres horas en transporte público y sujeto a las condiciones de tránsito.

Una atención adecuada debe descansar en un trato más humano como práctica cotidiana de todos los que prestamos servicios de salud y ello hace necesaria la competencia de sus miembros en este rubro. La presión que genera trabajar con familias sujetas a estrés excesivo, de educación escasa, con múltiples expectativas respecto de su salud y frente a una demanda masiva de servicios, hace indispensable el apoyo a los trabajadores de la salud, y capacitación en derechos humanos, género y relaciones humanas.

Para la elaboración de este trabajo se realiza el análisis de las quejas del periodo de enero a diciembre de 2012. En cuanto a la delimitación de la población de estudio, es a los usuarios del Hospital Infantil de México, al personal y a la institución.

Esta exploración se propuso como objetivo analizar la interacción entre prestadores y usuarios de los servicios hospitalarios, lo cual da lugar a que de manera constante se generen quejas por deficiencias en el trato recibido; otro objetivo es examinar el concepto de calidad de la atención médica e identificar las condiciones a través de las cuales se dan las inconformidades y al final proponer un modelo de atención basado en un trato más humano, con eficiencia en la comunicación y en competencias del personal de salud.

La hipótesis que se manejó en esta investigación es que si la atención a los usuarios por parte de los prestadores de servicios del Hospital Infantil de México es inadecuada¹, entonces es probable que se incremente el promedio de quejas mensuales y se incumplan los estándares internacionales de la calidad y seguridad del paciente.

¹ “Por lo general el término ‘satisfacción del paciente’ se refiere a experiencias clínicas específicas e involucra tanto los aspectos médicos como los no médicos de la atención. El trato adecuado, por su parte, se refiere únicamente a los aspectos no médicos de la interacción entre el usuario y los servicios de salud”; Esteban, Puentes Rosas; Francisco Garrido, *Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios de servicios de salud*. Síntesis Ejecutiva. México, SSA, 2004, p. 3.

Para responder acerca de cuál es la naturaleza de la interacción social entre los prestadores de servicio y los usuarios, se analizará desde los criterios de la sociología referida por Max Weber, quién la consideraba una ciencia que tiene como objetivo entender la acción social comprendiendo el sentido subyacente a la acción de los individuos, para de esa manera explicarla, por ello en el primer capítulo se hará un breve recorrido por su teoría sociológica llamada también sociología comprensiva.

Posteriormente se centrará la atención en el tema de la sociología médica con el apoyo del texto *Teoría Social y Salud*, de Roberto Castro Pérez en donde plantea un panorama histórico y analítico de la relación salud-enfermedad, los determinantes sociales de la salud y las investigaciones surgidas desde diferentes abordajes teóricos para enmarcar el tema de las quejas desde una perspectiva sociológica, problematizando el tema de la salud desde la búsqueda de los factores que dan lugar a la construcción social de este concepto y de las implicaciones para el paradigma biomédico ante la excesiva medicalización de la vida.

Por otra parte Avedís Donabedian, médico considerado el padre de la evaluación de la calidad en salud nos acerca al tema de las quejas desde un enfoque gerencial. Su enfoque se integró porque es la metodología que actualmente se utiliza en los servicios de salud.

En el capítulo dos se realiza un recorrido de conocimiento de este instituto de salud a través de su fundación, desde la mirada del doctor García Aranda, director general, y la visión particular de la institución, desde mi experiencia profesional, se vierte en la descripción de los perfiles del usuario y del prestador de servicios. Asimismo especifico las áreas donde se han señalado debilidades en los procesos de atención gracias a la práctica en la gestión de las quejas.

En el capítulo tres se presenta el tema principal de esta investigación a partir de los indicadores de satisfacción. Los indicadores siguen la metodología determinada por la Secretaría de Salud y obliga a la institución a realizar la

medición, la cual se efectúa a través de cuestionarios de calidad para la consulta externa y hospitalización, estas cédulas cuentan con espacios para la opinión libre, además de buzones con formatos para la presentación de las quejas sin que medie ninguna presión en su redacción.

Con respecto a la categoría de queja médica, el texto de Claudia Infante *Quejas Médicas* fue importante para ubicar a las quejas como fenómeno social, su presentación en el Simposio CONAMED 2012 coincidió con la información acerca de los motivos de queja que se reciben en el Hospital Infantil. Su texto fue fundamental para ubicar y contextualizar las quejas a nivel organizacional, sociológico y metodológico.

Asimismo se expone el procedimiento de análisis y clasificación de las quejas y el seguimiento que les dan los servicios. El Sistema de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (QSF), resulta ser bastante complejo y se describe en sus bases, en parte para mostrar que no se clasifica de forma arbitraria, y que además está encuadrada en la definición de la calidad de la atención médica de Donabedian, en cuanto a sus dimensiones, interpersonal y técnica. Conjuntamente se presentan cuadros que exponen el peso de las quejas respecto de los indicadores de satisfacción.

El presente trabajo pretende demostrar cómo el modelo de atención de una institución sanitaria, a pesar de tener como misión proporcionar atención médica de calidad y un trato adecuado como está señalado en los derechos de los pacientes, tiene deficiencias en las relaciones que establece con sus usuarios; también se propone exponer cómo la visión del modelo biomédico centrado en las fallas técnicas, relega los errores en las relaciones interpersonales entre prestadores del servicio y usuarios a un segundo plano, ocasionando con ello que la insatisfacción en la atención crezca y sean detonadores de las quejas.

Oír la voz del quejoso es escuchar la perspectiva del paciente. Implica recibir una fuente en extremo valiosa de información sobre los padecimientos del niño, la carencia económica, las exigencias monetarias, la demanda de tiempo que

ocasiona perder sus propios empleos o limitar sus ingresos, la ausencia de redes de apoyo, la angustia de dejar a los otros hijos solos. Los cuidadores primarios también sufren del síndrome del cuidador, padecen altos niveles de depresión, ansiedad, desintegración o disfunción familiar con predisposición a la morbilidad que los hace aún más vulnerables.

Mi propuesta reside en un trato más humano, respetuoso de los pacientes y sus cuidadores, de una comunicación efectiva y adecuada que procure estas competencias en el personal de salud. La atención médica debe estar basada en las buenas relaciones entre pacientes, médicos y trabajadores sanitarios. Además, se hace necesario incorporar un perfil de profesionales en el proceso de atención de las quejas, que cuenten con sensibilidad y empatía; deben conocer los procedimientos de atención y funcionamiento general del hospital, tener capacidad de gestión frente a los funcionarios médicos y administrativos, y la capacidad de analizar las quejas desde la perspectiva del paciente. Todos los que gestionamos quejas debemos tener la visión del contexto social y emocional de los pacientes. Las quejas son una valiosa fuente de información, hacer investigación social con ellas nos daría los elementos para hacer los cambios y buscar estrategias para prevenirlas, sólo así estaremos en la capacidad de atenderlos y ayudarlos.

.

75 D&H @C`%

%%r @JgcVjc`c[pUXY'AU `K YVYf`

La relación entre los usuarios y prestadores de servicio en el presente trabajo se analizan desde la sociología de Max Weber, que pretende explicar la acción de los individuos involucrados en la realidad a investigar, para explicarla causalmente.

Para Weber acercarse a la realidad social no consiste en recolectar hechos, o en “la anotación sistemática de los mismos, puesto que la relación de los fenómenos singulares entre sí no es de una causalidad individual multiplicada hasta el infinito”², sino más bien se trata de un procedimiento en donde selecciona, generaliza y construye fenómenos significativos a través de un análisis causal.

Los fenómenos significativos se evidencian si al quitarlos tienen como consecuencia la modificación de la totalidad de los fenómenos estudiados. Para ello utiliza juicios de posibilidad que deducen lo que habría ocurrido si tal o cual hecho se hubiera desarrollado de manera diferente y deberán cotejarse con la realidad, a estos les llama juicios de posibilidad objetivos. A las condiciones necesarias para la aparición de un acontecimiento localizable mediante los juicios de posibilidad, le llama causalidad adecuada.

Weber afirma que la orientación de la acción humana hacia fines concretos y la utilización de los medios racionalmente más adecuados para la realización de estos objetivos, son el objeto de estudio de la sociología.

Toda acción social enlaza un sentido en su acción, pero para que sea social debe estar referida a la acción de otros actores, asimismo deduce la acción y sus consecuencias con base en la relación medios-fines observables, ya sean éstos con arreglo a fines o con arreglo a valores y el investigador deduce los hechos basados en la experiencia.

² Jean-Marie Vincent, *La metodología de Max Weber, Max Weber, Fundamentos metodológicos de la sociología*, Barcelona, Editorial Anagrama, Cuadernos Anagrama No. 29, 1972, pp. 12-13.

Para determinar el sentido de la acción (el impacto que tienen las intenciones de los actores en el todo o en las partes y las respectivas conexiones de sentido), el sentido puede derivarse del actuar de acuerdo a valores (por ejemplo, religiosos o morales), o de acuerdo a fines prácticos (como vender y comprar con fines de lucro calculados y planeados, o gobernar de acuerdo a un programa altamente racionalizado).³

Entonces la sociología interpreta a partir de conjuntos de comportamientos racionalmente comprensibles, es decir, la tarea del sociólogo es explicar la acción social a través de la interpretación de los motivos o sentido de la acción, buscando la finalidad o intención de la acción de los individuos.

La comprensión es el método de interpretación de la acción y el tipo de acción importante para la sociología comprensiva es aquel comportamiento que según el sentido subjetivo le da el actor y que se relaciona con el comportamiento de otros actores, y debe ser explicable y comprensible a partir de su significado subjetivo.

¿Qué significa interpretar? "Toda interpretación, como toda ciencia en general, tiende a la 'evidencia'. La evidencia de la comprensión puede ser de carácter racional (y entonces, bien lógica, bien matemática) o de carácter endopático: afectiva, receptivo-artística".⁴ Interpretar significa captar la "conexión de sentido", es decir comprender el sentido de la acción racionalmente, de un modo intelectual y de tal manera lógico, como una proposición matemática, basándose siempre en los hechos de la experiencia conocidos e inferir las consecuencias de las acciones a partir de los medios utilizados.

Esta interpretación racional que prevé los medios más racionales para conseguir ciertos fines representa para Weber el grado máximo de evidencia para la ciencia.

Con respecto a los eventos relacionados con los valores o fines, no existe una evidencia matemática para su comprensión, pero sí la suficiente para explicarlas.

³ Nedelia Antiga Trujillo; Guillermo Tenorio Herrera, *La investigación y las metodologías de la ciencia*, México, Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales S. C. (LASE), 2012, p.81.

⁴ Max Weber, *Economía y sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica, 1982, p.6.

Muchos de los valores o fines últimos del actuar humano no se pueden captar con clara evidencia, sino sólo en ciertas circunstancias serán captados intelectualmente reviviéndolos por medio de la “fantasía endopática”. Weber se refiere con esto a actos religiosos, fanatismos; afectos como el amor, envidia, orgullo, venganza, piedad y a todas las reacciones irracionales surgidas de ellas. Sin embargo, no debemos confundir la interpretación de este tipo de actos como una forma de afecto o simpatía por los sentimientos de los individuos, ya que este tipo de comportamiento debe ser puesto siempre a examen del análisis causal y a la explicación mediante los juicios de posibilidad objetiva.

El método científico construye conceptos tipo, aduce Weber, a partir del examen de situaciones no influidas por procesos irracionales, para después agregarle los elementos irracionales. Para explicar la acción, hay que ponderar primero cómo se hubiera desarrollado si se hubiera orientado estrictamente a la utilización de los medios más racionales con arreglo a fines, y sólo así imputarle a la acción las desviaciones o irracionalidades que la mediaron. A la construcción de este escenario Weber le llama tipo ideal:

La construcción de una acción rigurosamente racional con arreglo a fines sirve en estos casos a la sociología [...] como un *tipo* (tipo ideal), mediante el cual comprender la acción real, influida por irracionalidades de toda especie (afectos, errores), como una desviación del desarrollo esperado de la acción racional.⁵

El método de la sociología comprensiva es “racionalista” en la medida que constituye una forma de análisis, es decir, es sólo un recurso metodológico y no una regularidad de lo racional en la vida real.

Los tipos ideales son conceptos llevados al extremo de la abstracción con el objeto de acercarse a una realidad significativa, ordenarla y dar cuenta de ella, estos tipos ideales problematizan la realidad y la convierten en un concepto o herramienta que la explica temporalmente, pero no existen en la realidad.

⁵ *Ibidem*, p.7.

La sociología de Max Weber es una ciencia de lo particular, y los conceptos que genera describen categorías que apuntan a tipos de comportamientos comunes, la labor del sociólogo es reducirlos a comportamientos comprensibles, la sociología entonces no estudia la totalidad de los fenómenos sociales, la sociología diseña mapas explicativos surgidos de las relaciones entre los actores.

Max Weber propone un tipo de microanálisis de la acción social determinada por su contexto específico, en ella caben creencias, valores, expectativas, conocimientos y actitudes entre los actores de la acción, es decir, sucede un intercambio social constante en nuestro objeto de análisis que es la interacción entre el usuario y el prestador de servicios y a través del cual es posible analizar la insatisfacción en la atención médica.

La sociología médica

La sociología médica es una rama o especialización de la sociología que se ocupa de problemas sociales relacionados con la salud y la enfermedad. Las ciencias sociales y las ciencias de la salud surgieron juntas en el siglo XVIII, médicos de la época definían a la medicina como una ciencia social y algunos sociólogos analogaban a la sociedad con un organismo vivo, con el tiempo se separaron y se allegaron a sus propios objetos de estudio.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, las ciencias sociales comenzaron a analizar de manera sistematizada ciertas investigaciones acerca de la salud y la enfermedad, autores René Dubos y Thomas Mckeown publicaron trabajos en los que demostraron que los avances de la medicina en los primeros cincuenta años de ese siglo no fueron tales, sino que se debieron a factores de tipo social que se habían modificado, como lo fueron la educación, vivienda y alimentación entre otros, a estos se les llamó determinantes sociales de la salud.

Determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) llama determinantes sociales de la salud a:

Las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.⁶

De esta manera las ciencias sociales comenzaron a trabajar desde su propio enfoque el papel de la medicina y sus objetos de estudio, contribuyendo a explicar su carácter social.

El doctor Roberto Castro Pérez plantea varios niveles para explicar el carácter social de los determinantes de la salud: a través de la jerarquización de éstos, problematizando el concepto de salud y enfermedad, y por último haciendo un análisis crítico.⁷

En un primer acercamiento plantea dos determinantes de gran peso, la globalización y el calentamiento global. El calentamiento entendido como el aumento en la temperatura del planeta debido a los efectos de gases nocivos expulsados a la atmósfera, que no tiene su origen en la naturaleza misma sino que es efecto de fenómenos sociales como la quema excesiva de combustibles fósiles, la tala de bosques a gran escala y aumento de la población mundial, las cuales tienen repercusiones en la salud. Estos componentes están íntimamente relacionados con el modelo de desarrollo económico, el consumismo y la industrialización.

La globalización se refiere a la adhesión de las economías de los países al mercado mundial, al desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación y al predominio e impulso del capitalismo a escala mundial. La

⁶ Organización Mundial de la Salud, *Determinantes sociales de la salud*, [en línea] http://www.who.int/social_determinants/es/, [consulta: 30 de enero de 2014].

⁷ Vid. Roberto Castro Pérez, *Teoría social y salud*, Buenos Aires Argentina, Lugar Editorial, 2011, primera edición, pp. 41-58.

globalización ha roto las fronteras de los capitales, tecnologías, culturas y personas, estandarizado la producción de mercancías y ha colocado a las economías incipientes en situación desventajosa debido a la voracidad de los grandes capitales y el poder para mover su dinero frente a los países pobres. Ha incrementado la pobreza, ya que no importa el trabajador sino la cantidad de dinero que pueda producir para poder competir, y los gobiernos han ajustado sus leyes para dejar de proteger su seguridad laboral y social, porque no pueden sustraerse a las reglas internacionales de los tratados comerciales de los países poderosos y la banca internacional.

Con el flujo de mercancías, la excesiva industrialización y el consumismo cambiaron los hábitos alimenticios de grandes sectores, especialmente de los que no gozan de una formación educativa, se incrementó además la lista de enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardíacas y las epidemias.

En otro orden se encuentran los determinantes bien conocidos que son el modo de producción y la clase social y sus repercusiones en la salud y la enfermedad. Varios trabajos de autores como Cristina Laurell, Blane y Wilkinson Bronfman, Tuirán y López, en los años ochenta, mostraron que los patrones de morbimortalidad varían de acuerdo a cómo se organiza la producción y se distribuye la riqueza entre un país y otro, y en estos últimos cómo la desigualdad social impacta en la muerte infantil.

Por otro lado la condición de género también se considera como una determinante en la producción social de la enfermedad. Género se refiere a las características sociales y culturales otorgadas a las personas en función de su sexo, y condición de género se refiere a la desigualdad en trato y oportunidades para las mujeres. La OMS señala que la atención de la salud de las mujeres se había centrado en los problemas de embarazo y parto, sin embargo, hoy se sabe que las enfermedades cardiovasculares son una importante causa de muerte; el tabaquismo ha ido creciendo; el VIH en América Latina va en ascenso y desde

luego, la violencia física y sexual que sufren principalmente por parte de sus parejas.

El proceso de trabajo es una variable que incide en la salud, como lo mostraron Asa Cristina Laurell y Margarita Márquez en los años ochenta. El trabajo está inmerso en la sociedad capitalista (contar con una jornada laboral de ocho horas, con actividades específicas, también se relaciona con la salud y la enfermedad). Es un proceso histórico el cómo se relacionan los individuos con su objeto de trabajo; varios autores estudiaron esta relación y acuñaron conceptos como desgaste en el trabajo, exigencia laboral, latitud laboral, proceso de trabajo y las relacionaron algunos con los grados de alienación, el estrés y el bienestar y documentaron que a mayores grados de alienación, mayores enfermedades laborales.

El apoyo social es un tema también concerniente a la salud. Se demostró en algunos estudios como los de John Cassel y Sidney Cobb en los años setenta, que las personas que contaban con redes sociales como familiares o amigos, enfermaban menos en relación a los que no contaban con ellas. El apoyo social tiene un efecto directo en la salud y es independiente del estrés generado en los sujetos; algunos estudios examinan a la parte que recibe el apoyo y también a quien lo da, y se observó un desgaste emocional y físico, a ellos se les ha llamado víctimas ocultas de la enfermedad.

Otro determinante de la salud es el estilo de vida. Si el medio ambiente incide en la salud y la enfermedad, especialmente sobre las enfermedades infecciosas, el estilo de vida también repercute. Los hábitos personales como la vida sedentaria, el consumo de comida chatarra, bebidas alcohólicas, tabaco, ingesta de alimentos altos en grasas y azúcar, todas se relacionan directamente con las tasas de morbilidad de acuerdo a un estudio de George A. Kaplan del año 1974. En él se mostró la relación entre hábitos personales y enfermedades crónicas y cómo estos hábitos son resultado del contexto social en que se vive, es decir, las enfermedades crónicas así como las infecciosas sólo son posibles de explicarse dentro de un momento histórico determinado.

%&"& @g'WbWdltcg'XY'gUi X'mYbZ'fa YXUX'

En un segundo acercamiento, Castro Pérez problematiza los conceptos de salud y enfermedad. Al ser la enfermedad definida por criterios biomédicos, también se acepta como la única autorizada para definir lo sano y lo patológico, sin embargo, las ciencias sociales han centrado también su atención en la forma en cómo las ciencias biomédicas y la práctica médica occidental elaboran sus propios objetos de estudio, abriendo la posibilidad de analizar el papel de la medicina y el carácter histórico-social de éstos.

La teoría de la etiquetación se dedicó básicamente a problemas de salud mental. Lemert, en 1951, afirmaba que no era la enfermedad en sí (desviación primaria), sino la reacción social a la enfermedad (desviación secundaria), la que la construía y diferenciaba de otras, sin embargo, esta reacción social debía validarse y esta validación no era otra cosa sino el control social a la que eran sometidas las personas por medio del aislamiento y castigos entre otros.

En 1980 Robert Waxler aseveraba que el modelo biomédico se fundamentaba en una explicación de base orgánica para etiquetar a un enfermo o retrasado mental, en su estudio mostró que eran las características sociales de los niños, las familias y las escuelas a las que asistían, las que determinaban quiénes serían considerados como retardados. Jane Mercer, en 1973, reveló que ciertas contingencias como contar con un psicólogo en la escuela, el tamaño de ésta, su origen étnico y la etiqueta con que el maestro manda al alumno al área de psicología, aumentan la probabilidad de ser etiquetado como un niño con retraso. Waxler señaló que la teoría de la etiquetación se basaba en dos premisas: que no existen definiciones universales de enfermedad ya que la definición está sujeta a cambios históricos y sociológicos y que el concepto de enfermedad también está sujeto a negociaciones y riñas entre grupos sociales que poseen el poder suficiente para poder etiquetar, más que a métodos de investigación biomédica.

En el campo de los determinantes de la enfermedad, la teoría de la etiquetación sirvió para plantear una visión más radical respecto del carácter social de los

conceptos de salud y enfermedad y dio pie al surgimiento del llamado construccionismo social, derivado de los estudios de Berger y Luckman, que afirmaban que las sociedades seguían tres etapas en la construcción de conceptos y nociones de la realidad: en la primera se elaboraban conceptos y categorías para nombrar un aspecto de la realidad, a esta etapa se le llama de objetivación; en la segunda, llamada de institucionalización, se legitimaban esos conceptos a través de ciertas instituciones; y en la tercera se internalizaban y adoptaban estas categorías, convirtiéndose en un hábito colectivo para examinar la realidad a través de ellas. Un alcance importante de esta teoría fue mostrar que los principales grupos de poder en la sociedad son los que pueden imponer su propia visión de la realidad.

Castro Pérez explora la obra de Eliot Freidson, *La Profesión Médica* y revela cómo ciertos procesos históricos y sociales provocaron que la medicina moderna alcanzara la autoridad para determinar qué es una enfermedad y cómo sus supuestos progresos no fueron sino pactos de poder de los clínicos con el Estado, allanando el camino para convertirlos en los únicos y exclusivos con el derecho a curar. Expone también que la desviación social es un objeto de lucha entre la medicina, el derecho y la religión, siendo favorecida la primera, quien de manera creciente demanda más como suyas conductas y síntomas, medicalizando⁸ cada vez más la realidad y expandiéndose notablemente. Freidson evidencia en la obra que los determinantes de la salud son más de orden político y apuntalan al conocimiento médico como una construcción social.

Foucault, en 1966, mostró el enorme papel que ha jugado el discurso médico en la formación de las sociedades modernas, al afirmar que la medicina, al ser una forma de discurso, involucra relaciones sociales, políticas, instituciones e ideas, cumpliendo además una función normativa y reguladora para con las personas y sus cuerpos.

⁸ “Entendemos por medicalización el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales”. Ramón, Orueta et al. Medicalización de la vida (I). *Rev. Crin Mes Fan* [en línea]. 2011, vol.4, n.2, pp. 150-161. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n2/especial6.pdf>, [consulta: 12 de abril de 2014].

Siguieron numerosas e importantes investigaciones en el enfoque del construccionismo social, se elaboraron trabajos que mostraron cómo determinados padecimientos fueron contruidos, más que descubiertos, desde la hiperkinesis, la invención de la mortalidad infantil, enfermedades genéticas e infecciosas, hasta las de salud reproductiva o salud en general que antes no estaban medicalizados, entre ellos la violencia contra las mujeres.

Castro Pérez afirma la necesidad de no hacer una lectura simplista del enfoque constructivista, no se trata de argumentar que las enfermedades son puras invenciones y que no existen en la realidad, lo discutible es la “aparente estabilidad de las categorías médicas y la noción de que el conocimiento médico avanza incesantemente, sólo como resultado de la investigación científica más desinteresada y neutral que entra en contacto directo con la realidad objetiva”⁹. El enfoque del constructivismo social exhibe en cuanto a los determinantes sociales de la enfermedad, que tanto el conocimiento como la práctica médica son campos en lucha, y cuando se trata de estudiar qué determina la salud-enfermedad, las ciencias sociales tienen las herramientas para explicarlas.

En un tercer y último acercamiento, Castro Pérez propone un enfoque reflexivo en cuanto al estudio de los determinantes de la enfermedad, que no sólo explique las luchas de poder en el campo médico, identificando a los actores y sus propósitos, sino que además, permita ubicar a los científicos sociales, dentro de este campo de estudio. Plantea la necesidad de averiguar cómo las ciencias sociales han actuado en la clasificación y desclasificación de los diferentes determinantes de la enfermedad, encuadrándolas en el papel de subordinación en relación a las ciencias biomédicas, en los espacios de la acción política y en el ámbito académico y de investigación, esta situación ha provocado que dentro del campo médico los científicos sociales tengan poca autonomía y en el campo académico sus investigaciones poco impacto, haciendo que aquellos que cumplen con los ordenamientos de investigación biomédica sean los más aceptados, pero al mismo

⁹ Roberto Castro Pérez, *op.cit.*, p. 56.

tiempo sean los que más contribuyen a sostener una visión convencional de los problemas de salud.

% " @Ja YcfUXY`UWJXUX`

La Calidad Total (abreviada TQM, del inglés Total Quality Management), es una estrategia de gestión dirigida a la mejora continua de los procesos en las organizaciones en todos sus niveles. Se le denomina total porque engloba toda la organización de la empresa y a las personas que participan en ella. La calidad total también es una filosofía de trabajo, una forma o estilo de administrar en donde todos sus miembros participan, no es solamente el cumplimiento de determinados requisitos o características del producto o servicio, sino que todos los implicados en el proceso de producción de un bien o servicio mantienen la calidad, a esto se le llama mejora continua. La mejora continua en el enfoque de la calidad total se orienta a la satisfacción del cliente, pero este concepto también se aplica al producto y a la organización, es decir, que los beneficios también se vean reflejados en todos los miembros de la empresa, no sólo se trata de vender el producto sino de mejorar las condiciones de trabajo de todos sus miembros, así como la capacitación de su personal. Estos objetivos forman parte de la propuesta de los maestros de la calidad como Deming, que junto con Juran, Feigenbaum, Ishikawa y otros crearon una filosofía de la administración y el trabajo empresarial después de la segunda guerra mundial, los cuales fueron importantes para la reconstrucción de las economías de Japón y de los Estados Unidos. En sus propuestas se le daba particular importancia al personal, a la capacitación, al fomento de la autoconfianza y al reconocimiento de su trabajo, en el cual los beneficios monetarios no se reflejaban sólo en los dueños de la empresa sino también en el salario del empleado, especialmente para las empresas japonesas. Sin embargo, actualmente en el mundo globalizado el factor humano parece estar desterrado, se ha hecho énfasis excesivo a las utilidades y en el alto desempeño. Hoy la búsqueda de la calidad equivale a producir barato, bien hecho y con bajos salarios, trabajar más y ganar menos o lo mismo, en el mejor de los casos.

Estas propuestas sobre la calidad en las empresas se aplicaron a los negocios de los servicios médicos o de la salud, el primero de ellos fue el doctor Avedís Donabedian.

Donabedian define la calidad como una propiedad o particularidad de la atención médica que puede comprender diferentes grados, es decir niveles o valor en grado mayor o menor, también define la atención médica como “el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional individual, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado”¹⁰. Este tratamiento tiene dos enfoques: el técnico y el interpersonal.

El aspecto técnico se refiere al empleo de los conocimientos científicos y tecnológicos aplicados a la medicina en conjunto con otras ciencias de la salud, destinados a resolver un problema personal de salud, de manera que rinda los máximos beneficios sin aumentar sus riesgos.

El aspecto interpersonal se refiere a la interacción social y económica entre el paciente y el médico, normada por valores y reglas socialmente definidos sin descuidar los dictados éticos de los profesionales de la salud y las expectativas de los pacientes.

Hay un tercer elemento de la atención médica que después incorporó como parte de la relación interpersonal y le llamó “amenidades” y se refiere a cuestiones de comodidad e intimidad de los lugares donde se presta atención médica, como una cama confortable, buena alimentación, privacidad, cortesía, etcétera.

Resulta de gran importancia observar que para este autor, el proceso interpersonal contribuye en gran medida al éxito o fracaso de la atención técnica y a su vez al equilibrio entre beneficios y riesgos, los que también deben compartirse con el paciente.

¹⁰ Avedís, Donabedian. *La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1984, p.4.

Estos supuestos llevan a lo que él llama un concepto unificador: la calidad de la atención médica y se definirá entonces como aquella clase de atención “que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber uno tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes”¹¹.

Donabedian le llama definición “absolutista”, porque incluye elementos monetarios, expectativas de los pacientes y supone cualquier dificultad o elemento propicio para alcanzar el estándar de calidad, sin embargo, cuando aplica este concepto a las valoraciones de los pacientes, sus estados de ánimo frente a la enfermedad, la carga cultural y social, su educación, entonces el enfoque de la calidad de la atención cambia a lo que llama una definición “individualizada”, ya que cada paciente es diferente.

Cuando incluye los costos de la atención tropieza con la cuestión moral de tratar al paciente de acuerdo con los medios económicos con los que cuenta, motivo por el que su mejoría en la salud se ve limitada, lo que incluye a las instituciones que otorgan seguridad social. Entonces emerge lo que él llama la definición “social” de calidad.

En esta definición introduce el elemento de la atención a la comunidad y de la distribución en la población de este beneficio, por lo tanto, está sujeto a valoraciones de tipo económico y político, debido a que la sociedad valora y favorece de forma distinta a la población de acuerdo a su ocupación, sexo, edad, etcétera.

Las valoraciones sociales suelen depositarse en lo que es socialmente aceptado más que en lo que es socialmente justo y esto coloca al médico en un problema ético. Una cosa es dejar de atender a algunas personas para poder servir mejor a todas y otra hacer esto por beneficiar a los que tiene poder económico o influencia política.

¹¹ *Ibíd.*, p.7.

La accesibilidad, la continuidad y la coordinación en la atención son elementos que influyen en la calidad de la atención médica, intervienen en el seguimiento y acceso de los pacientes y en los cuidados de su salud, con el objeto de que su atención no se vea interrumpida y aún más cuando se trata de dar servicios a poblaciones enteras, en estos casos por instituciones dedicadas a prestar estos servicios.

La accesibilidad en la atención la define como la facilidad para acceder a ella y mantenerla, tal depende de las características de los proveedores, pero también de la habilidad de los posibles clientes para vencer obstáculos monetarios, espaciales, sociales y psicológicos.

La coordinación es el proceso que lleva a los elementos y relaciones de la atención médica a coincidir o engranar en la secuencia de atención para lograr su propósito.

La continuidad es la no interrupción de la atención y sostiene la secuencia de los procesos de la atención.

El ejercicio de la continuidad provee de información pasada y presente y permite el buen manejo de los tratamientos médicos al dotar de información de la evolución del paciente. La coordinación hace que al compartirse esta información con otros médicos se logre una mejor propuesta de tratamiento. La coordinación y la continuidad proporcionan una mayor comprensión de la enfermedad y lleva a decisiones médicas más adecuadas.

Los pacientes aportan también elementos a la definición de calidad a través de sus valores y expectativas sobre su atención. Los pacientes son los definidores primarios de lo que significa la calidad, afirma Donabedian; la satisfacción del paciente es una consecuencia de la atención más que un atributo y es un fenómeno bastante complejo.

La satisfacción del paciente la considera un elemento de salud psicológica, así que al lograrla se cumple con la máxima satisfacción posible. Obtener la

satisfacción del paciente es un objetivo y al mismo tiempo es el resultado de la atención, un paciente satisfecho coopera, acepta y sigue las recomendaciones del médico y con ello propicia que vuelva a buscar atención médica.

La satisfacción del paciente representa la valoración del paciente acerca de la calidad y abarca todos sus ámbitos: aspectos de tipo técnico, amenidades, de la esfera interpersonal, e incluso de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales. La satisfacción total abarcaría todos ellos y es de gran importancia medirlos porque arroja información sobre el éxito del prestador de servicios en el logro de las expectativas del paciente. La medición de la satisfacción es también una herramienta valiosa para la administración, investigación y planeación de los procesos de calidad.

No obstante, afirma que el paciente tiene ciertas limitaciones para medir la calidad, especialmente en lo que se refiere a la “ciencia y tecnología de la atención” y que su comprensión puede ser “defectuosa” (las comillas son mías). Incluso si el paciente está insatisfecho porque sus expectativas de atención fueron irrazonablemente altas, quiere decir que el profesional falló al no educar al paciente, o si se le negó un servicio que solicitaba hay que revisar las razones de la negación, porque éstas “ podrían ser de validez dudosa, especialmente si se supone que el primer deber del profesional es servir al paciente individual, y que éste es, en último análisis, el mejor juez de sus propios intereses, siempre que esté mentalmente sano y adecuadamente informado”¹², sin embargo, la satisfacción del paciente sigue siendo la forma de medir la calidad de la atención.

Con respecto a estas aseveraciones observamos que Donabedian tiene una visión paternalista y de superioridad del médico en la relación médico-paciente, ya que al parecer el médico debe educar al paciente cuando sus expectativas son elevadas, además de subrayar que el paciente está limitado para percibir la competencia técnica del profesional y por ende para medir la calidad. Esta visión reafirma al médico aún más en la posición de poder que siempre ha gozado ya que él es el

¹² *Ibidem*, p. 33.

depositario del conocimiento; es el que califica lo que es mentalmente sano, él educa al paciente para que esté adecuadamente informado y decide lo que le conviene o no.

Donabedian se ocupa también de analizar la satisfacción del médico sólo para “mantener la simetría” en el texto, ya que favorecer su desempeño es un factor sustancial para proporcionar una atención de calidad, por ello la organización debe atender también a sus intereses; reitera que el balance beneficio-daño es la base de la definición de calidad, afirma sin embargo, que el problema de los costos no puede ser excluido de la definición individualizada de la calidad, porque esto puede acarrear problemas a los profesionales cuando la atención a la salud no está repartida socialmente, y cuando procuran fungir como abogados de los pacientes a fin de que la sociedad se ocupe más de sus intereses.

El autor afirma que para estar acorde con la definición social de calidad, se buscará que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, pero deberán contribuir y su acceso se establecerá de acuerdo a su capacidad de pago. Esta aseveración coloca su definición como una postura empresarial más que social.

Donabedian revisa algunos estudios empíricos elaborados para definir la calidad; señala que en su mayoría se enfocan a las cualidades de los proveedores y su comportamiento y distingue nuevamente los tres aspectos que conforman la calidad: amenidades, interacción personal y competencia técnica. La primera tiene importancia relativa, y existen pruebas de que la gente divide el valor entre la dos últimas, sin embargo, asevera que en la realidad son inseparables el interés personal y la competencia, ya que el interés personal asegura que la competencia del médico sea utilizado en provecho del paciente.

En el análisis de la práctica médica reportada en los expedientes clínicos, no aparecen datos acerca de cómo el médico maneja el proceso interpersonal, pero cuando se les pide que detallen qué entienden por atención efectiva, se ha

encontrado que tienden a destacar el tratamiento técnico por encima del interpersonal.

Lo que se aprecia es que no hay espacios de información en donde buscar el tipo de trato que se le dio al paciente y la descripción de atención efectiva que da el médico se centra en la calidad técnica.

La calidad de la atención médica es definida como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”¹³. La estructura, el proceso y el resultado conforman los enfoques para la evaluación de la calidad.

% "DfcWgc'

Toda la serie de actividades llevadas a cabo entre profesionales y pacientes Donabedian le llama proceso de la atención médica. La evaluación de la calidad medida en su proceso se hace por medio de la observación directa o a través de la revisión de información registrada en los reportes clínicos, sin embargo la base para calificarla o evaluarla se da en el resultado, es decir en los beneficios de salud reportados en los pacientes.

El proceso se divide en tratamiento técnico y proceso interpersonal. La calidad del proceso de atención técnica se define primero como normativa, porque se fundamenta en la práctica médica, el conocimiento científico y el avance tecnológico, que son la base para el tratamiento de las enfermedades. El proceso interpersonal se refiere a la interacción que se origina entre los profesionales de la salud y sus pacientes y está normado por los principios, valores y reglas éticas que rigen las relaciones sociales.

% "&9glfi Wi fU

Se entiende por estructura a los medios físicos, humanos, organizacionales, financieros, instrumentos y recursos de los proveedores de servicios. Incluye el

¹³ *Ibidem* p. 16.

número, distribución, organización y calificación del personal; equipo y distribución geográfica de hospitales; práctica individual o en grupo de la actividad médica; organización del personal médico y paramédico y la práctica o ausencia de una evaluación de la calidad.

La estructura juega un papel importante en la medida que influye en la capacidad de dar una buena atención, también para calificar la calidad de las organizaciones, sus programas de atención, y para planear y diseñar sistemas que proporcionan servicios sanitarios, pero la evaluación de la estructura es menos importante que la evaluación del proceso o resultado porque la mayoría de las fallas en la atención están en el proceso.

% " 'FYgi `HUXc`

Los resultados representan un enfoque para evaluar la calidad de la atención, Donabedian utiliza el término resultado:

Para significar un cambio en el estado actual y futuro del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica. Al postular una definición bastante amplia de salud, incluiré el mejoramiento de la función social y psicológica. [...] Mediante otra expansión, añadiré las actitudes del paciente (incluyendo su satisfacción), el conocimiento que haya adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud.¹⁴

Existe una relación causal entre estructura, proceso y resultado. Las características de la estructura influyen en el proceso de atención elevando o disminuyendo su calidad, y los cambios en el proceso de atención tendrán consecuencias en el estado de salud de los pacientes.

A continuación Donabedian reinterpreta los planteamientos de otros autores, que también aportan consideraciones sobre la evaluación de la calidad, no obstante hay una propuesta sobre la categoría de resultado de los autores Freeborn y Greenlik, que en su exposición incluyen además de la satisfacción del paciente, la

¹⁴ *Ibidem*, p. 100.

satisfacción del proveedor, y el estudio de sus comportamientos y actitudes como maneras opcionales de tener información sobre su satisfacción.

Es de llamar la atención un segmento de estas reformulaciones cuando se refiere al manejo de las relaciones interpersonales. En la parte de estructura se menciona disponibilidad de tiempo dedicado a los pacientes y la presencia de mecanismos adecuados para atender sus sugerencias y quejas, es decir, si se quiere otorgar una atención de calidad se deberán incluir los espacios de expresión necesarios que permitan un buen manejo de la relación interpersonal.

En cuanto al proceso, se describe la forma de atención del personal a los pacientes como la cortesía, interés, apoyo, respeto por su autonomía, confianza, privacidad y respeto del paciente en general sin hacer juicios sobre su enfermedad y la dedicación del tiempo suficiente sin apurar al paciente.

Donabedian introduce seis aspectos más relacionados con la tarea de seleccionar y emplear un método de evaluación: validez, innovación en la atención, costo del método seleccionado, oportunidad, factibilidad y valores. A continuación se detallan estos aspectos.

La validez se refiere a la precisión de los datos y mediciones de la calidad y la interpretación correcta de éstos; la innovación, basada en la utilización de los mejores procedimientos recomendados por la más alta autoridad profesional; los costos de la evaluación incluye el costo para aplicar los estándares y el costo de la obtención, procesamiento análisis e interpretación de la información; la oportunidad en el tiempo que permite una evaluación “prospectiva, concurrente y retrospectiva, destinada a fines preventivos, interventivos y correctivos, respectivamente”¹⁵; la factibilidad técnica del método elegido para la evaluación, incluyendo la aceptación del personal involucrado en el proceso; y los valores, ética y políticas sociales inseparables de cualquier ejercicio de evaluación de la calidad.

¹⁵ *Ibidem*, p. 139.

Resulta interesante detenerse en este último elemento, porque afirma que las instituciones subsidiadas con presupuesto público se ven inclinadas a confiar más en los datos que arrojan los resultados, que en los criterios basados en los procesos, y al hacer esto se corre el riesgo de aceptar servicios de menor calidad porque son muchos los elementos que afectan los resultados, ya sea porque los criterios de resultados se fijaron muy bajos, o por ejemplo, por fallas en el sistema de recolección de análisis de datos. En este sentido hay una tendencia a valorar más un proyecto basado en los resultados que en el proceso y a verlo sólo en números. Es común en nuestro país que lo que se exija sean números, los cuales pueden ser manipulables y con esto minimizar o soslayar la calidad de la atención que se está dando en las clínicas y hospitales públicos.

Respecto de subrayar el enfoque en el proceso, afirma que al ser los profesionales “los sumos sacerdotes depositarios de sus misterios técnicos” la política social inmersa en la evaluación de la calidad se inclinaría por ellos, porque también son los controladores y generadores de la información necesaria para la evaluación.

En relación a la inserción de una evaluación de los resultados, se inclinaría la balanza hacia los pacientes, porque ellos son los más interesados y beneficiados, le daría una mayor fuerza a sus opiniones y propiciaría su participación en la medición y mejora de la calidad porque ellos representan la fuente más autorizada, pero, agrega Donabedian, se necesita del “conocimiento experto que permita especificar qué cambios en la salud son posibles, qué tan grandes son éstos, y cuándo y cómo pueden ser mejor medidos”¹⁶.

Al parecer los resultados por sí mismos no arrojan información acerca de si los pacientes percibieron los resultados esperados, o si en su opinión éstos fueron alcanzados, salvo que se incluyan aspectos específicos para medir la satisfacción del paciente.

En contraste con este énfasis excesivo sobre la atención técnica, el manejo del proceso interpersonal tiende a ser ignorado, en parte porque los criterios de este

¹⁶ *Ibidem*, p. 147.

tipo de evaluación representan principalmente los intereses del profesional y, en parte, porque las fuentes habituales de datos proporcionan poca información acerca de la relación profesional-paciente.¹⁷

Se observa que hay una tendencia técnica de evaluación de la calidad, y en cuanto al proceso interpersonal, se revela que el punto de vista del paciente no está incluido *per se* en la evaluación al no haber instrumentos previamente elaborados para este propósito, es decir, se sabe muy poco o casi nada acerca de lo que sucede dentro del consultorio, por tanto una evaluación de la calidad estaría incompleta y no obedecería al fin perseguido: la atención de calidad y la satisfacción del paciente.

A pesar de que las instituciones cuentan con espacios para la expresión de sus quejas y sugerencias, las quejas se sujetan al filtro de los clínicos, (como Donabedian señalaba), cuando las opiniones de los pacientes deben pasar por la óptica de las ciencias sociales:

Las quejas médicas son antes que nada un problema social y no un problema médico. El modelo médico-biológico-lesional no cuenta con los elementos teóricos ni analíticos para comprenderlo. [...] aquel debe fundamentarse en comprender de qué se quejan los pacientes y actuar sobre dichas causas. [...] Las quejas médicas deben entenderse como un fenómeno social a través del cual los pacientes expresan sus expectativas no cumplidas y las características del modelo de atención que desearían tener.¹⁸

.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 148.

¹⁸ Claudia Infante Castañeda, *Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*, México, Editores de Texto Mexicanos, 2006, primera edición, p. xi.

75 DáHl @C`&

9``<cgd]HJ`bZUbHj`XYA fl]Wt`

&%"5 bhVWXYbHfg`XY`<cgd]HJ`bZUbHj`XYA fl]Wt`

Desde la época de la colonia la atención médica a la niñez se dio en casas de asistencia. En 1928 el Dr. Espinosa de los Reyes reunió a obstetras y pediatras, además de un grupo de médicos que, debido a sus conocimientos y especialidades, se interesaron en las enfermedades infantiles y entonces formaron la Sociedad Mexicana de Puericultura. En este grupo de cincuenta fundadores destacaban los doctores Rigoberto Aguilar Pico, Enrique Baz Dresh, Manuel Cárdenas de la Vega, Federico Gómez, Fernando Latapí, Pablo Mendizábal, Agustín Navarro Hidalgo, José Rábago, Mario Torroella y Lino entre otros. Estos médicos orientaron sus esfuerzos a la detección de problemas de salud que evidenciaban la necesidad de servicios especializados en la salud de la infancia.

En este mismo año se integra el Comité Nacional de Protección a la Infancia y en 1930 se funda la Sociedad Mexicana de Pediatría, sin embargo, es hasta 1933 cuando el doctor Manuel Cárdenas de la Vega ocupa la dirección de la Casa Cuna, que se había trasladado a la Av. Hidalgo 87 en Coyoacán, e inicia el avance científico en esta materia y de ser un asilo de niños abandonados, lo convierte en un espacio donde se estudia la salud de los niños desde un enfoque pediátrico integral.

En este pabellón de niños enfermos se les hacía su historia clínica completa con pruebas de laboratorio y rayos X, se les integraba un diagnóstico de su estado de salud, se les vacunaba y atendía de todos sus padecimientos.

Así pues, el doctor Cárdenas de la Vega impulsa el primer proyecto de construcción y organización del Hospital Infantil de México junto con los doctores Torroella, Federico Gómez, Rigoberto Aguilar, Pablo Mendizabal y el arquitecto Villagrán García. Posteriormente el doctor Cárdenas de la Vega fallece, pero con el apoyo de los doctores Salvador Zubirán y Gustavo Baz es inaugurado este

hospital el 30 de abril de 1943, fecha fijada por acuerdo del doctor Federico Gómez quien sería su director durante los primeros veinte años; en ese año el doctor Gustavo Baz era el Secretario de Asistencia Pública y Manuel Ávila Camacho el Presidente de la República.

Muy pronto el hospital se convirtió en el único centro de asistencia a los niños enfermos que provenían de toda la república. Originalmente se contaba con 200 camas, pero meses después se le adicionaron 50 camas más; al término de ese año el hospital contaba con 350 camas. Dos años más tarde se disponía de 475 camas y se proyectaba llegar a 550, una cifra que se estimaba atendería el hospital en diez años.

Desde su creación el hospital definió su misión como un centro de asistencia, enseñanza e investigación, y hasta el momento se ha mantenido como un espacio de innovación en la medicina mexicana y pionero en muchos terrenos de este tipo.

El terremoto de 1957 afectó seriamente la estructura del edificio del hospital y en abril de 1959 se traslada provisionalmente al edificio contiguo, reservado a ser la Maternidad Mundet, que actualmente se conserva y donde se ubica la consulta externa, oficinas administrativas y algunos laboratorios.



En 1987 se modificó el decreto de creación del hospital y se le agregó el nombre de Federico Gómez. Después de 35 años y gracias al apoyo del Dr. Jesús Kumate, Secretario de Salud, en 1994 se inaugura el nuevo edificio con instalaciones más adecuadas e inicia sus labores en su totalidad en abril de 1996.

Desde su creación se inicia el sistema de enseñanza que hoy se conoce como “residencias” y por vez primera en la pediatría en México se realizan actividades en radiología, angiocardiógrafa y resonancia magnética nuclear pediátrica, cirugía cardiovascular, anestesiología pediátrica y cirugía de invasión mínima; asimismo, investigación biomédica pediátrica sistematizada y la mayoría de las especialidades pediátricas.

El hospital ha sido pionero en muchas ramas de investigación y procedimientos quirúrgicos, en 1963 se realizó el primer trasplante de riñón en un niño en América Latina; en 1998 el primer trasplante de hígado donado por el padre a su hijo y en ese mismo año el de médula ósea; en el 2001 el primer trasplante de corazón de un lactante, así como el primer trasplante de córnea.

El Hospital ha extendido su trabajo y su labor ha trascendido considerablemente, ya que además de la investigación y enseñanza ha implementado programas de tipo preventivo y asistencial, entre los que destacan: el programa nacional de reanimación neonatal, de recuperación nutricional del niño, de apoyo nutricional a mujeres embarazadas, de hidratación oral, de atención integral de los pacientes con SIDA, el programa para la atención del adolescente y del paciente psiquiátrico, clínica del dolor, capacitación en otitis media, etcétera.

De la misma forma, también se propició la creación de laboratorios de investigación y se ofrecieron becas para impulsar la investigación en hematología, nefrología, infectología, genética, nutrición, etcétera. De 1994 al 2004 se prepararon en el extranjero 50 médicos en diferentes especialidades con el apoyo del patronato del Hospital Infantil de México.

La producción de artículos y textos científicos ha sido muy diversa y conocida a nivel internacional; el Boletín Médico del Hospital Infantil de México es un ejemplo y desde que se inauguró el hospital jamás ha dejado de publicarse; hoy en día ha pasado a ser la revista de pediatría más leída en América Latina.

Debido a la intervención del doctor Kumate y del ingeniero Gilberto Borja se propuso un proyecto a la Fundación Gonzalo Río Arronte, el cual fue aceptado y ofrece donativos que anualmente son invertidos en equipos de alta tecnología para la asistencia, enseñanza e investigación.



&"&": C8 5 'XY' <cgd]hU' ÷bZUbh] 'XY' A fI]Vt'

La matriz FODA es una herramienta que permite elaborar un diagnóstico de la situación en que se encuentra una organización a través del cual se analizan las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (siglas FODA). Este instrumento permite tener un panorama más preciso del hospital ya que expone las condiciones más relevantes que afectan el funcionamiento de la institución. A continuación se expone la misión, visión y objetivo de este instituto de salud.

Misión: Proporcionar atención médica de alta especialidad con seguridad y calidad a los niños, formar recursos humanos y llevar a cabo investigación científica de excelencia.

Visión: Ser, en el mediano plazo, un referente internacional en la asistencia, enseñanza e investigación pediátrica.

Objetivo:

Mantener a la Institución como un centro de conocimientos mediante la investigación biomédica para impulsar el avance de la pediatría, así como la formación de recursos humanos de alta calidad capaces de realizar investigaciones, además de proporcionar atención médica de alta especialidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la población infantil sin seguridad social y por lo tanto, con los más bajos recursos socioeconómicos.



En su estructura, el hospital cuenta con 40 departamentos médicos, de enseñanza e investigación y 15 administrativos. Asimismo suma 328 camas, 212 camas censables y 116 no censables, estas últimas son parte de las unidades de cuidados intensivos, urgencias y trasplantes. Cuenta con servicios auxiliares de diagnóstico, laboratorios de investigación e infraestructura para la enseñanza como aulas, biblioteca, auditorio y el CEMESATEL (Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión), que transmite una vez a la semana cuatro horas de programas que llegan a Estados Unidos, Centroamérica y Sudamérica.

El hospital presta servicio ininterrumpidamente, en varios turnos y horarios los 365 días del año, cuenta con los servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y trasplantes y con prácticamente todas las especialidades pediátricas. Su labor en la enseñanza de la pediatría es extensa, ha graduado alumnos de la Universidad Nacional, Universidad Anáhuac y Universidad Lasalle. También repercute en el área de enfermería, aquí se estudia la especialización en enfermería pediátrica. La División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología avala la especialidad en Ortodoncia y Estomatología Pediátrica que también aquí se cursa. Asimismo en el hospital se fundó la Escuela Superior de Terapia Física, en donde se hace la licenciatura en terapia física y rehabilitación, incorporada desde 1994 a la SEP; asimismo cuenta con 51 investigadores, 41.2% de ellos forman parte del Sistema Nacional de Investigadores. Su estructura está conformada por un director general, cinco directores, siete subdirecciones del área médica y cinco subdirecciones administrativas.

Al principio de la administración del doctor José Alberto García Aranda, actual director general del hospital, (enero de 2009) se hizo necesario conformar un programa de trabajo para tomar el mando del hospital, sin embargo, había una prioridad con la que se tenía que trabajar, se trataba de la recertificación del Hospital Infantil por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual fue necesario hacer un diagnóstico situacional del mismo para así elaborar estrategias de trabajo, llevar a cabo los cambios necesarios y calificar con un buen promedio la recertificación y garantizar los tres años que el consejo otorga por calificaciones mayores de nueve en una escala de diez, y que era el objetivo a seguir.

Para ello el doctor García Aranda elaboró un diagnóstico FODA, el cual se resume a continuación porque es a partir de éste y posteriormente de los cambios y líneas de acción que propone en su plan maestro para cumplir con los objetivos, misión y visión del hospital y por lo tanto estar en condiciones de ofrecer servicios de calidad y seguridad a los pacientes, con los cuales se busca reducir también el número de quejas.

Fortalezas	Debilidades
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos humanos altamente capacitados. 2. Formación de recursos humanos de alta especialidad. 3. Programas de calidad. 4. Patronato de la institución. 5. Centro de referencia para padecimientos de alta complejidad. 6. Vocación para desarrollar programas de salud con impacto comunitario. 7. Mística de servicio. 8. Infraestructura física. 9. Tradición en la investigación biomédica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rezagos en la investigación. 2. Profesionalización incompleta del personal de enfermería. 3. Incremento en la incidencia de infecciones nosocomiales y eventos adversos. 4. Falta de incentivos para la educación continua del médico y cumplimiento parcial del programa del Curso Universitario de Especialización en Pediatría, por ser institución de tercer nivel. 5. Control inadecuado de algunos procesos administrativos. 6. Recursos financieros insuficientes. 7. Capacitación perfectible del personal administrativo. 8. Falta de protocolos o guías clínicas para el manejo de los pacientes. 9. Detección y corrección oportuna de eventos adversos de manera sistematizada. 10. Mantenimiento incompleto de equipo e instalaciones. 11. Digitalización hospitalaria inacabada. 12. Disparidad entre las presentaciones de los medicamentos inyectables comerciales y los requerimientos reales de los pacientes. 13. Boletín Médico del Hospital Infantil de México no indexado. 14. Falta de certificación de los laboratorios.

Oportunidades	Amenazas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa Nacional de Salud. 2. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud. 3. Instituciones de apoyo a la investigación biomédica. 4. Agrupaciones de asistencia privadas. 5. Investigación farmacológica en pediatría. 6. Órgano de Control Interno. 7. Afiliación universitaria. 8. Vínculos con hospitales pediátricos extranjeros. 9. Sistema de Protección social en Salud. 10. Sindicato participativo y comprometido 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transición epidemiológica del país. 2. Requerimientos onerosos de la medicina contemporánea. 3. Cuotas de recuperación alejadas del costo real de los servicios. 4. Acelerado avance científico y tecnológico. 5. Competencia laboral con otras instituciones. 6. Condiciones económicas nacionales e internacionales.

7 i UXfc '&%' : i YbHY. FODA del Doctor José Alberto García Aranda (año 2009).

A continuación se presentan las fortalezas del Hospital Infantil, en ellas se concentran las capacidades y recursos que le dan fuerza a la institución.

: cfHUYnUg'

1. Recursos humanos altamente capacitados: En su mayoría los médicos del hospital cuentan con dos o más especialidades pediátricas y más de 60 con el grado de maestría y doctorado, muchos de ellos con estudios en el extranjero. Asimismo, una gran cantidad de químicos y biólogos que ya cuentan con maestría, muchos otros que ya estudian el doctorado y que actualmente integran los laboratorios de investigación y enfermería entre otros.

2. Formación de recursos humanos de alta especialidad: En el hospital se han formado más de 8,000 pediatras. Actualmente cuenta con 21 cursos universitarios de especialización y 16 de posgrado para médicos especialistas.
3. Programas de Calidad: Con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica, desde 1993 se creó el Comité de Mortalidad; también en el 2008 se inició un programa (Sistema QSF) para conocer directamente de los familiares su percepción sobre la calidad de la atención, en 1999 se estableció el informe diario sobre las condiciones del paciente; se implementó el escalonamiento de consultas para disminuir los tiempos de espera. Cada año se imparte un Diplomado en Calidad de la Atención Médica en Instituciones de Salud, y diariamente se revisan expedientes para verificar su apego a la norma oficial mexicana del expediente clínico. Asimismo funcionan regularmente los comités de mortalidad, de infecciones nosocomiales, calidad y seguridad del paciente, del expediente clínico, etcétera.
4. Patronato de la Institución y otras organizaciones civiles: El papel del patronato ha sido fundamental en el avance y modernización del hospital, el cual está conformado por hombres de negocios que han donado millones de pesos en equipo y apoyo a programas como el de trasplantes y el entrenamiento de médicos en el extranjero. La Fundación Gonzalo Río Arronte sigue apoyando al hospital en la adquisición de equipo médico. Y por otro lado se reciben constantemente donativos específicos para niños del Patrimonio para la beneficencia pública, teletón y otras, y el apoyo en múltiples actividades del voluntariado del hospital.
5. Centro de referencias para padecimientos de alta complejidad: El hospital infantil recibe pacientes referidos de otros hospitales pediátricos de toda la república con diagnósticos de alta complejidad como el cáncer, malformaciones congénitas, trasplantes, etcétera, debido a la capacitación de los recursos médicos y a la infraestructura con que cuenta.
6. Vocación para desarrollar programas de salud con impacto comunitario: Entre los programas de impacto comunitario que destacan están el de hidratación

oral en diarreas, papilla nutricional, prevención de conjuntivitis, reanimación neonatal y cirugía extramuros.

7. **Mística de Servicio:** Una buena parte del personal del hospital ha mostrado su compromiso con los niños, y su entrega los ha llevado a trabajar fuera de sus horarios de trabajo sin remuneración alguna. El cariño por la institución se nota en los empleados a través del trato directo con ellos y se aprecia el entusiasmo con el que realizan su trabajo.
8. **Infraestructura física:** El edificio Federico Gómez cuenta con instalaciones adecuadas y modernas; el edificio Mundet está en remodelación, aquí se encuentran la consulta externa y los laboratorios de investigación. En el hospital en general se encuentran áreas recreativas para niños, un jardín y áreas de esparcimiento para médicos, un CENDI, sala de lectura y cine para los pacientes. Se está terminando de construir el edificio que alojará al Departamento de Oncología, Trasplante de Médula Ósea y laboratorios de investigación, asimismo está en construcción la unidad de rehabilitación.

A continuación se presentan los factores desfavorables y carencias en recursos y habilidades factibles de mejorar en la institución.

8 YV]XUXYg'

1. **Rezagos en la investigación:** Los laboratorios de investigación y diagnóstico no tienen personal suficiente, no todos cuentan con el perfil requerido y a veces el estímulo tampoco lo es. La movilidad de los investigadores altamente calificados es frecuente. La productividad de los investigadores es baja, los que más producen son aquellos que tienen un mando medio o superior y se producen 0.78 artículos por investigador al año. La producción científica del hospital es investigación clínica, casi no hay investigación básica y la investigación biomédica tiene grandes limitantes porque demanda una infraestructura compleja, costosa y tecnológicamente actualizada. Es necesario enlazar a los médicos clínicos con los laboratorios de investigación básica para crear médicos científicos con calidad institucional.

2. Profesionalización incompleta del personal de enfermería: El rezago se debe a que un gran número de enfermeras ingresaron a este departamento cuando todavía no existía la licenciatura y el grado no era un requisito para obtener el puesto. La alta especialización de la institución requiere que no sólo tengan la licenciatura sino que fuesen enfermeras pediatras con alguna especialización y/o con maestría.
3. Se incumple con el programa del Curso Universitario de Pediatría: Por ser una institución de tercer nivel se reciben pacientes con enfermedades de difícil tratamiento que no corresponden a la realidad pediátrica del país en general; los residentes deberían rotar en centros de salud y hospitales generales donde atiendan niños con padecimientos más comunes y frecuentes como son las afecciones respiratorias, diarrea, el control del niño sano vigilando así su crecimiento, desarrollo y alimentación ya que ésta será su práctica diaria al egresar y no la atención de enfermedades de alta complejidad que están destinadas a instituciones especializadas con las que el país cuenta en menor medida.
4. Incremento en las infecciones nosocomiales: La presencia de estas infecciones ponen en riesgo la vida de los pacientes, incrementan el gasto y la estancia hospitalaria de los enfermos.
5. Falta de control y seguimiento de eventos adversos¹⁹: No existe un registro integral y confiable de este tipo de incidentes aunados a la atención diaria de los pacientes del hospital, y que están asociados a técnicas inapropiadas, errores humanos y fallas del sistema, éstos impactan enormemente la salud, la economía y la estancia hospitalaria de los pacientes así como el presupuesto.
6. Control inadecuado de algunos procesos administrativos: Además de que el personal administrativo y de apoyo no cuenta con el perfil exigido, las herramientas de informática necesitan actualizarse y completarse, lo que

¹⁹ “Incidente imprevisto e inesperado que causa lesión y/o incapacidad y/o muerte y /o prolonga la estancia hospitalaria; que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad *per se* del paciente”, *Definición y conceptos fundamentales para la calidad en salud*, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, México, [en línea], URL: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00E.pdf .

provoca que los procesos administrativos en recursos humanos, materiales y financieros entre otros no lleven un control adecuado, por ejemplo, el departamento de adquisiciones no está vinculado con presupuesto y programación; en los almacenes la comunicación con adquisiciones y área médica no siempre es fácil y en recursos financieros la relación con otras áreas puede mejorar, ya que se requiere de una mayor participación y vinculación con los departamentos de contabilidad, costos y tesorería para poder elaborar proyectos específicos para generar más recursos.

7. Recursos financieros insuficientes: La transición epidemiológica que vive el país ha ocasionado que la demanda de pacientes con enfermedades emergentes, congénitas y crónicas degenerativas propias de países desarrollados sea cada vez más mayor, y la demanda de pacientes con cáncer, diabetes, SIDA, malformaciones congénitas, insuficiencias orgánicas, crónicas, terminales, que requieren trasplante, etcétera, presionen considerablemente el gasto del hospital. La operación del instituto depende principalmente del presupuesto federal, las cuotas de recuperación sólo cubren el 5% del gasto, y sumado a los procedimientos complejos y onerosos que corresponde a un instituto de alta especialidad estos casos no fueron previstos en el presupuesto anual.
8. Capacitación perfectible del personal administrativo: La falta de seguridad en el empleo debido a los cambios en las administraciones y la falta de capacitación del personal administrativo, provoca que las expectativas no sean cubiertas. Lo mismo sucede con el personal de servicios generales, que por antigüedad y una gran suma de prestaciones sindicales han caído en el ausentismo e incumplimiento de sus labores.
9. Falta de protocolos o guías clínicas para el manejo de los pacientes: la enorme demanda de enfermedades complejas y la transición epidemiológica, ha redundado en una falta de eficiencia en el diagnóstico y manejo de los niños. En consecuencia, hay que ponderar los padecimientos por servicio y de acuerdo a su infraestructura técnica y humana. Habrá también que homogeneizar los abordajes clínico terapéuticos a través de la

elaboración de guías clínicas de manejo que señalen claramente los pasos a seguir en cada caso.

10. Mantenimiento incompleto de equipo e instalaciones: La institución cuenta con cinco edificios a los que se les ha aplicado parcialmente el mantenimiento preventivo y correctivo. De la misma forma los equipos médicos y de servicios generales requieren del mantenimiento preventivo y correctivo constante, sin embargo, su mantenimiento ha sido ocasional y en el caso del equipo médico sólo se les ha dado servicio a los equipos de soporte de vida y el resto ha quedado desprotegido.
11. Digitalización hospitalaria acabada: Los sistemas informáticos con los que cuenta el hospital son insuficientes y han caído en la obsolescencia y a pesar de los esfuerzos, este rezago ha repercutido en la eficiencia de los procesos administrativos, en los controles técnicos y financieros y en la comunicación entre los servicios auxiliares de diagnóstico y los asistenciales.
12. Disparidad entre las presentaciones de los medicamentos inyectables comerciales y los requerimientos reales de los pacientes: El gasto más fuerte del instituto en cuanto a inyectables reside en los antibióticos y en tratamientos para quimioterapias. Se ha tratado de aprovechar las presentaciones comerciales pero una proporción del medicamento se desperdicia, debido a que no se ajustan a las necesidades particulares de cada niño.
13. Boletín Médico del Hospital Infantil de México no indexado: A pesar de tener 69 años de publicarse y ser una de las publicaciones médicas más leídas en América Latina, aún no logra posicionarse en la excelencia del país y del extranjero, razón por la cual los investigadores prefieren publicar en revistas de mayor renombre y esto ocasiona que el boletín esté falto de artículos científicos de alta calidad.
14. Falta de certificación de los laboratorios: Es necesario que los laboratorios se adecuen a las normas internacionales vigentes de calidad, ya que al acreditarse los hará más competitivos y se estará en condiciones de captar

solicitudes de estudios privados, dejando de subutilizar los servicios de diagnóstico e imagenología que tienen la capacidad de trabajar las 24 horas del día y que actualmente se utilizan en uno o dos turnos.

La variable del diagnóstico FODA oportunidades, involucra aquellos factores favorables que se encuentran en el entorno de la organización y que representan oportunidades de mejora.

Cdcfhi b]XUXYg'

1. Programa Nacional de Salud: Es importante no perder de vista el contexto de los problemas médicos sociales en que está inscrito este programa, el cual enfatiza la calidad y seguridad del paciente, la igualdad de oportunidades y la suficiencia financiera.
2. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y de Hospitales de Alta Especialidad: El nexos con esta institución es de guía y apoyo para la consecución de las metas del plan de trabajo derivado de este ejercicio diagnóstico, además de lo que compete en investigación biomédica.
3. Instituciones de apoyo a la investigación biomédica: Instituciones como el CONACYT y FUNSALUD constituyen un gran apoyo para impulsar la investigación en el hospital, junto con la búsqueda de fuentes de financiamiento para sus proyectos.
4. Agrupaciones de asistencia privada: El país cuenta con instituciones de asistencia privada altruistas que apoyarían diversas acciones del hospital para hacer llegar recursos.
5. Investigación farmacológica en pediatría: La infraestructura y mejoras que se proponen hacen que esta institución sea atractiva para la creación de protocolos de investigación de medicamentos pediátricos.
6. Órgano Interno de Control: este organismo representa la oportunidad de prevenir desvíos a las normas, corrupción y permite la transparencia y rendición de cuentas.

7. Afiliación universitaria: la afiliación universitaria del hospital deberá ser aprovechada para utilizar su infraestructura y recursos materiales y humanos para apoyar la investigación básica y especializada y en la formación de recursos humanos en maestrías y doctorados, junto con el IPN, CINVESTAV y la UAM.
8. Vínculos con hospitales pediátricos extranjeros: El hospital ha establecido con el tiempo vínculos con hospitales de Canadá, EE UU, Francia, Alemania, España e Italia con los que se han estrechado relaciones y convenios de intercambio de recursos humanos y materiales muy valiosos para el hospital.
9. Sistema de Protección Social en Salud: Las familias de escasos recursos no pueden costear los gastos de enfermedades de un tercer nivel de atención, lo que ocasiona gastos catastróficos para sus familias, razón por la que el Seguro Popular y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, además de ayudar a ampliar la cobertura de forma más equitativa, contribuye a recuperar ingresos para el hospital.
10. Sindicato participativo y comprometido: La paz social en el hospital ha logrado que se alcancen los objetivos y evolución del instituto, y esto es gracias a que el sindicato se ha comprometido a perseguir los objetivos del Hospital Infantil.

Las amenazas son aquellas situaciones que surgen del entorno y que ponen en riesgo el funcionamiento y permanencia de la institución.

5 a YbUnUg'

1. Transición epidemiológica del país: Actualmente se padece de enfermedades propias de países desarrollados como cáncer, SIDA y enfermedades crónico degenerativas; se estima que el 25% de la demanda de atención médica de los niños del hospital, está relacionada con este tipo de enfermedades y con ellas subyacen las enfermedades comunes o prevenibles como diarreas y neumonías pertenecientes a países en desarrollo. Estas condiciones junto con los cambios en el estilo

de vida familiar como la salida de las madres a trabajar, los cambios en la dieta, la escolaridad de los padres, los medios de comunicación, el consumismo, la violencia social, etcétera, han creado las condiciones de mayor demanda de servicios de alta especialidad, pero desafortunadamente para su atención se requiere de tratamientos y tecnología costosa de origen extranjero.

2. Requerimientos onerosos de la medicina contemporánea: Para el manejo de las enfermedades arriba descritas, se requiere de aparatos de diagnóstico y tratamiento sofisticados e insumos y materiales de importación y personal altamente capacitado, que sobrepasa los recursos financieros del hospital y que constantemente se incrementan.
3. Cuotas de recuperación alejadas del costo real de los servicios: Las cuotas de recuperación están reguladas por instancias que no toman en cuenta el costo real del servicio que se ofrece. El 93% de los pacientes de la consulta externa, pagan sólo 15 pesos por consulta; en hospitalización el 90.4% paga con el nivel de clasificación socioeconómica 1X a 3, es decir de recuperación simbólica.
4. Acelerado avance científico y tecnológico: Este avance puede convertirse en una amenaza para la medicina moderna y el manejo de las enfermedades complejas que el hospital atiende.
5. Competencia laboral con otras instituciones: Este punto se relaciona específicamente con las enfermeras y técnicos de laboratorio, que después de ser instruidos en la institución, son captados por otras instancias donde las condiciones laborales y prestaciones son mejores.
6. Condiciones económicas nacionales e internacionales: La pérdida de empleo y el aumento de la economía informal ha causado que crezca la demanda de atención y el gasto en padecimientos costosos también, aunado a la inestabilidad económica internacional acrecentando aún más los costos para la institución.

El diagnóstico FODA permite visualizar la complejidad organizacional en el Hospital Infantil; usuarios y pacientes se entrelazan e interactúan en esta triada de

estructura, proceso y resultado de la atención. Los retos señalados por el doctor García Aranda para mejorar la calidad de los servicios son enormes, sin embargo, en su percepción de la satisfacción del paciente parece obviarse la complejidad de la atención de la insatisfacción, o quizá desde su visión médico-biológica se juzgue la atención desde la perspectiva técnica, soslayando la riqueza de la información que pueda arrojar hacer investigación acerca de la calidad de la atención desde la perspectiva de los pacientes.

&" "9`dYfZ`XY`i gi Uf]c`

Los usuarios del hospital son niños que deben cumplir con ciertos requisitos para su atención: tener una edad entre 0 y 18 años, presentar patologías de tercer nivel, para lo cual se cuenta con un catálogo de enfermedades y no contar con seguridad social, es decir IMSS o ISSSTE. No obstante, actualmente se aceptan niños que cuentan con el Seguro Popular y con el Seguro Médico Para Una Nueva Generación, este último fue creado en el gobierno de Felipe Calderón, se trataba de un seguro voluntario de gastos médicos para los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 y sus familias, que no estuvieran afiliados a ninguna institución de seguridad social y el niño tenía derecho a todo tipo de atención médica, mientras que su familia accedía al Seguro Popular; este programa desapareció con el sexenio de Calderón y se convirtió en el Seguro Médico Siglo XXI.

En el caso de los pacientes con trastornos oncológicos, muchos rebasan los 18 años y aún así se les atiende debido a que están en vigilancia por 5 años más, esperando que no se presente nuevamente su enfermedad, motivo por el que se les hacen estudios de control periódicamente.

Es en el servicio de clasificación en donde los médicos reciben y clasifican la enfermedad de los niños para ser atendidos, ya sea en urgencias o en alguna especialidad. Cuando se trata de niños con alguna enfermedad que no amerite su atención en el hospital, se le remite a otras instituciones; esto ocasiona molestia de los familiares porque esperan ser diagnosticados en el Hospital Infantil.

Por tratarse de un hospital que opera con presupuesto federal, se reciben a niños de toda la república, sin embargo, es del Estado de México de donde proviene el mayor número, le sigue el estado de Hidalgo y en tercer lugar el Distrito Federal.

Con el cuadro 2.2 del Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico, se resume el perfil de la población atendida durante al año 2012, en cuanto a su clasificación socioeconómica. La información proviene del área de trabajo social, a través del cual se efectúa una entrevista al familiar. Cada año se revisa esta información y se hacen visitas domiciliarias para constatar si amerita una reclasificación cuando la familia tiene dificultades para pagar la estancia hospitalaria.





8 jf YWVQCB`XY`D`Ub YUWVQCB

8 YdUFHJa Ybhc`XY`6]c YghUX:gh]WU mi5 fW]j c`7`fb]Vt

fF9GI A9B`

Reporte Mensual del Perfil de Población Atendida de 1ra Vez

5 BI 5 @`

8\$%&`

7`Ug]ZVUWVQCB`GcV]cYWt bCb]WU`	DUWVYbH]g`	I`
%L`fØL9BHCL`	'`%`d`	)`"i`
%`	&`(`*`	(`%+i`
&`	&&`'`	'`-`"+i`
GI 6 HCH5 @`	(,`-`*`	,`+`\$i`
'`	'`)&`	*`"i`
(`	('`	\$`",`i`
GI 6 HCH5 @`	'`-`)	+`\$i`
)`	)`	\$`"i`
*`	%`-`	'`"(i`
GI 6 HCH5 @`	%`(`	'`"(i`
?`GI 6 FC; 58 CG`	,`'`	%`)(i`
?`G`	\$`	\$`\$i`
BC`7`@`G`= 58 CG`	)`+`	%`\$i`
GI 6 HCH5 @`	%`\$`	&`)(i`
HCH5 @`	)`*`&`	%`\$i`

7i UXfc`&`&`" : i YbH]. Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico, Hospital Infantil de México, resumen anual, año 2012,

Observamos en el cuadro 2.2 que en su mayoría se reciben familias con muy escasos recursos, la cual representa el 87% del total. En esta categoría se encuentra el nivel 1X, los cuales están exentos de pago, les siguen los niveles 1 y 2 que serían de los más bajos ingresos y cuyas aportaciones son mínimas; el nivel K se otorga a los pacientes que son subrogados por otras instituciones.

8 9 N DF B7 D5 @ G 7 5 I G 5 G 8 9 7 C B G I @ H 5 8 9 DF A 9 F 5 J 9 N	& \$ % &
B G H H I H C . < C G D H 5 @ B : 5 B H @ 8 9 A v L 7 C	

Bc	7 U i g U	; f U "	l
%	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	% & + ' "	& - " + l "
&	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	') &	, " & l "
' "	Tumores (neoplasias)	' & , "	+ " + l "
("	Enfermedades del sistema respiratorio	& - &	* " , l "
) "	Enfermedades del sistema digestivo	& , ' "	* " * l "
* "	Enfermedades del sistema genitourinario	& + - "	* ") l "
+ "	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	& ! &	) " ( l "
, "	Enfermedades del ojo y sus anexos	% %	(" & l "
- "	Enfermedades del sistema nervioso	% ' "	' " , l "
% \$	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	% %	' " , l "
% %	Todas las demás	+ ' * "	% + " & l "
.	HCH5 @	(& , \$	% \$ \$ l "

7 i U X f c ' & " : i Y b h Y . G Y W Y H f J U X Y G U i X Z 7 c c f X j b U M J O B ' X Y ` c g b g h i h c g B U M j c b U Y g X Y G U i X Z 5 b Y l c) " (" " " f Ø l f U W c L "

En el cuadro 2.3 se exponen las patologías más frecuentes que se atienden en el HIM. La causa principal de atención demanda más recursos económicos, por la infraestructura tecnificada, medicamentos costosos y especialistas médicos, asimismo son las enfermedades más sujetas a complicaciones, los pacientes que sufren estas enfermedades debido a los tratamientos con quimioterapia y

radiaciones, tienen un sistema inmune débil y exigen más hospitalizaciones, gastos y atenciones del cuidador.

8 9 N D F B 7 D 5 @ G 7 5 I G 5 G 8 9 A C F H 5 @ 8 5 8	& \$ % &
B G H H I H C . < C G D H 5 @ B : 5 B H @ 8 9 A v L 7 C	

Bc	7 U i g U	; f U "	l
%	Tumores (neoplasias)	) &	' ' " l
&	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	) %	' & " + l
' "	Enfermedades del sistema circulatorio	% \$	* " (l
(	Enfermedades del sistema respiratorio	+	(") l
)	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	* "	' " , l
* "	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	* "	' " , l
+	Enfermedades del sistema digestivo	* "	' " , l
,	Enfermedades del sistema nervioso	(	& " * l
-	Enfermedades del sistema genitourinario	(	& " * l
% \$	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	' "	% " l
% %	Todas las demás	+	(") l
.	H C H 5 @	% \$ * "	% \$ \$ l

7 i U X f c & (' : i Y b H Y . G Y W Y H U f U X Y G U i X Z 7 c c f X j b U M J O B X Y ` c g B g h i h c g B U M j c b U Y g X Y G U i X Z 5 b Y l c) (" ') " f Ø l f U W c t Z U c & \$ % & "

En el cuadro 2.4 se muestra que los tumores y malformaciones congénitas son las principales causas de mortalidad en el hospital y coincide con el cuadro 2.3 en donde se observa que también están entre las tres principales causas de atención de primera vez.

Los niños siempre van acompañados de un adulto o tutor que generalmente es su madre, en menor frecuencia la abuela, la tía o hermana y en proporción menor el padre o el tío, por tanto la atención en consulta externa, hospitalización y en

general en todos los servicios hay un universo femenino, es decir que el cuidador primario de los niños y niñas del hospital son mujeres.

Encontramos también que algunos médicos, por lo regular residentes, solicitan del cuidador primario una actitud pasiva. Debido a su formación profesional, tienen introyectada la idea de que poseen una jerarquía por encima de sus pacientes, por lo que entonces hay una relación doble de autoridad del médico con la cuidadora: la superioridad técnica del médico y también la superioridad de género. Otro factor que incide en fomentar la pasividad y la ignorancia sobre la enfermedad del paciente y sus cuidados es el origen humilde del familiar, porque también tienden a omitir informes médicos comprensibles. El trato inadecuado originado por estos factores también suelen ser detonadores de quejas.

A veces las mujeres son vistas como menores sólo por el hecho de ser mujeres y si le agregamos la marginación de su origen, entonces resulta claro el que algunos facultativos sean los que exijan una actitud de obediencia en sus instrucciones y tiendan a caer en el autoritarismo, frente a la ignorancia de las cuidadoras (ignorancia sobre sus derechos en salud, sobre la enfermedad misma y sobre la terminología médica). Al ser ellos los dueños del conocimiento técnico, si alguna mujer observa que su paciente no está recibiendo la ayuda adecuada y con la celeridad necesaria por la gravedad del paciente, o que el medicamento ordenado no es el correcto o la dosis apropiada, y muestra molestia o exige un servicio con respeto y la necesidad de aclarar sus dudas en un lenguaje comprensible para ella, hasta quedar satisfecha y tranquila, entonces se juzga la actitud de estas mujeres como de ignorancia y de apreciación errónea, de ser poco colaboradoras o de estar alteradas y afectadas por el diagnóstico o el estado de gravedad de su hijo, debido a esto con frecuencia son ignoradas o se les trata con desinterés (se les regaña y se les hace sentir culpables por no obedecer al pie de la letra sus órdenes). Estas acciones obstruyen la comunicación médico-paciente y entorpecen los procesos de calidad de la atención.

&" "%@g`a chj UXcfYg`XY`Ug`ei YUg`

Los principales motivos de queja en el hospital son la mala actitud de servicio y el trato inadecuado, es decir, las cuidadoras de estos niños sienten que no están siendo tratadas con la sensibilidad, el interés, la cortesía y el respeto a su paciente y a ellas, que no hay un sentido humano en el trato, que hay una falta de comprensión para con los sentimientos de angustia y miedo por la enfermedad y la salud de ellos. Le sigue como motivo de queja la deficiente organización del servicio o procedimiento, que está ligado al no apego a los procedimientos de atención de calidad y seguridad de los pacientes. Como servidores públicos es obligatorio conocer los procedimientos que rigen la actividad laboral diaria, actuar sin apego a los procedimientos significa afectar la salud de los enfermos, especialmente en los actos médicos pero en igual medida si no se cuida la seguridad de las instalaciones, la calidad del agua, la provisión de material de limpieza, el lavado de manos (causa principal de las infecciones nosocomiales), el manejo de residuos, la forma adecuada de hacer el aseo en áreas de mínimo contacto, la limpieza en la elaboración de alimentos, la administración de medicamentos, etcétera. Las instalaciones seguras y procedimientos seguros también garantizan la seguridad de los empleados por lo que todos deben seguirlos.

La percepción de los pacientes acerca del trato inadecuado no es exclusiva del Hospital Infantil. Es común en la mayoría de los hospitales públicos que no sientan ser tratados con humanidad y que la relación médico-paciente sea una relación técnica, despersonalizada, en la que no hay tiempo para hacer empatía porque también hay que cumplir con los números de consultas por día y por mes. Al considerarse los tiempos de espera como indicadores de desempeño, las consultas deben abreviarse, es decir, el sistema de salud mismo presiona al médico a alejarse de la meta de cumplir con la calidad de la atención, no obstante, es importante agregar que esta relación despersonalizada se da con mayor frecuencia con el resto del personal de la institución sin ser exclusiva de la relación médico-paciente.

&' `9` `dYfZ` `XY` `dfYghUXcf` `XY` `gYfj` `Wcg`

El hospital cuenta con alrededor de 2739 empleados, integrado por personal médico, paramédico, administrativo y de servicios generales. Está compuesto por aproximadamente 730 enfermeras, más de 70 investigadores, casi la mitad pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, a estas cifras hay que agregar los 330 médicos residentes, 220 médicos adscritos, 179 prestadores de servicio social, 34 damas del voluntariado, 50 personas de vigilancia, personal de jardinería, mantenimiento, intendencia, laboratorios, relaciones públicas, archivo, cajas, administrativos, farmacia.

Los requisitos que debe cumplir el personal del área médica es tener una especialidad, sin embargo, en el hospital los médicos tienen en su mayoría dos o más especialidades y otros estudios de posgrado.

Es una institución de enseñanza afiliada a la UNAM, aquí se preparan los médicos generales en la especialidad de pediatría, la cual consta de tres años, después de los cuales también pueden elegir estudiar alguna de las 21 subespecialidades y los 16 cursos de alta especialidad o posgrados que actualmente se ofrecen. Para ser un médico pediatra del Hospital Infantil se requiere haber obtenido el título de médico general y cursar 3 años como residente, si además desea hacer una subespecialidad debe estudiar 2 ó 3 años más, es decir que un médico adscrito del hospital por lo menos debe estudiar 11 ó 12 años.

La subdirección de atención integral al paciente está conformada por tres departamentos: enfermería, trabajo social y relaciones públicas. Esta subdirección es la que más contacto tiene con los pacientes y sus familias y es la que maneja un número mayor de personal gracias a la cifra de enfermeras que la integran (737 profesionales).

El personal de enfermería, en su mayoría mujeres, en un 40% aproximadamente cuenta con la licenciatura, alrededor de 10% con la especialidad en enfermería pediátrica y otras con posgrado en pediatría neonatal, oncológica, cultura física y

del deporte, adulto en estado crítico y otras, asimismo hay maestras en enfermería, desarrollo educativo, administración de organizaciones de salud, desarrollo humano, tanatología, terapia de heridas, estomas y quemaduras, en sistemas de salud y epidemiología clínica.

Es necesario que aumente la profesionalización de las enfermeras que aún tienen un nivel técnico, ya que están en contacto continuo con los pacientes y sus familias, especialmente en la consulta externa.

El departamento de trabajo social hace una labor importante con los familiares de los pacientes al buscar apoyo de instituciones y albergues que los asistan en su descanso, aseo, hospedaje y en ocasiones apoyo para la adquisición de medicamentos y transporte, además de elaborar estudios socioeconómicos y asignación de niveles para el pago de cuotas de recuperación. Su personal lo conforman 55 trabajadores y trabajadoras sociales, de los cuales 6 son supervisoras, 43 mujeres y 6 varones, casi todos con licenciatura y repartidos en las áreas de consulta externa, terapias y hospitalización.



El departamento de relaciones públicas está compuesto por aproximadamente 45 integrantes, un jefe de departamento, 4 supervisores, una secretaria y un auxiliar administrativo. Su labor consiste en orientar, informar acerca de las reglas que rigen el hospital, tanto en el ingreso como al egreso, controlar que sólo un familiar tenga acceso por cada paciente y sólo en casos especiales y con el permiso escrito del médico tratante dar acceso a dos familiares; vigilar que no se introduzcan alimentos a la institución, controlar el cambio de familiar en piso, así como los canjes de pases y gafetes en las visitas de hospitalización; comunicar a los familiares las necesidades de sus pacientes hospitalizados, la lista de material personal requerido para una cirugía, orientar a los pacientes que se dan de alta y mantener cierto orden en las salas de espera de la consulta externa e internamiento.

Una de las dificultades de este departamento es la falta de preparación y capacitación de su personal; muchos de ellos sólo tienen la secundaria, pocos el bachillerato y los menos educación superior, por tanto el desarrollo profesional (sigue ausente) se refleja en el trato con los pacientes y familiares; y la falta de capacitación se nota también en el desapego a la normatividad. En este departamento se evidencia una falta de organización y de estandarización de sus procesos; el personal al estar en contacto frecuente con el familiar del paciente, es el más expuesto a las reacciones de estos adultos afectados por la delicada salud del enfermo, de su situación económica y de largos traslados, entre otros factores. Al tratarse del personal que se encarga de revisar que las reglas se cumplan junto con el apoyo del personal de vigilancia, sus actividades chocan constantemente con los familiares.

En lo que se refiere al servicio de vigilancia, su personal es externo y está compuesto en su mayoría de integrantes jóvenes, sin embargo, aquí es donde se reporta un número alto de quejas por trato inadecuado. Una suposición es que al ser gente con preparación básica y tener la consigna de sólo recibir órdenes, no tiene el criterio para decidir sobre el acceso pacientes; de hecho ellos y ellas reciben instrucciones del personal de relaciones públicas y tienen la orden de no

tomar decisiones e interactuar sólo lo indispensable con los familiares, sin embargo, no siempre es así, las quejas han mostrado que se les ha dado poder y voz, ya que resulta inevitable que los usuarios hagan preguntas sobre el funcionamiento del hospital y demanden orientación al ser personal de primer contacto.

Es una política del hospital impedir que las personas ingresen con mochilas voluminosas y a pesar de que se cuenta con guardarropa, los usuarios intentan ingresar, cobijas, objetos personales, ropa y alimentos, a éstos se les denomina fómites (objetos inertes transportadores de organismos capaces de provocar infecciones intrahospitalarias). Sin embargo, en la puerta 2, que es el acceso de pacientes, no se toma en cuenta que un gran número acude a la consulta externa a realizarse exámenes de laboratorio, no necesariamente a hospitalización, que muchos de ellos cuando salen de ahí se dirigen a sus escuelas y aprovechan el tiempo para hacer tareas, además traen muy limitado su dinero, esto les impide comprar alimentos en la cafetería y traen alimentos preparados en casa, sin embargo, no se les admite el acceso con alimentos ni en las bolsas o mochilas del guardarropa. Desde la entrada se genera tensión en los pacientes, muchos pretenden omitir estas reglas incomprensibles para ellos y que les afectan tanto, pero nadie les explica el propósito que persiguen, sólo hay grandes letreros en la entrada que indican lo que no es permitido pasar, aunque a veces algunos no sepan leer ni escribir.

La presencia de vigilancia también está en la salida, por seguridad cada familiar debe justificar que el niño es suyo, debe mostrar su carnet y una ficha proporcionada en la entrada, si los niños están en edad de hablar también se les pregunta su nombre.

En la subdirección de servicios auxiliares de diagnóstico se concentran diferentes departamentos que tienen la función de apoyar a los médicos en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes a través de estudios de imagenología, medicina nuclear y laboratorio, banco de sangre y patología. El laboratorio clínico lo componen 94 trabajadores, en el banco de sangre y medicina transfusional hay

42 personas, patología está compuesta por 29, imagenología con 46, incluida medicina nuclear. Estos departamentos están integrados por analistas químicos, auxiliares laboratoristas, técnicos radiólogos, biólogos, médicos, citotecnólogos, histopatólogos, un investigador, un físico médico, enfermeras y apoyos administrativos.

En imagenología se realizan anualmente 60 mil estudios radiológicos, de tomografía, resonancia y medicina nuclear; en el laboratorio clínico 900 mil estudios anuales; en banco de sangre el promedio de estudios realizados a pacientes y donadores es de 78 mil quinientos y en patología 2 250 estudios histológicos, 490 estudios citológicos y 1 210 estudios especiales. Al ser los servicios auxiliares de diagnóstico un soporte para descartar o integrar una enfermedad, son en extremo solicitados, varios técnicos trabajan durante la noche para apoyar las áreas de hospitalización y en el día las salas se comienzan a llenar desde antes de las 7 de la mañana. Las quejas que se reportan respecto de estos servicios están relacionadas con el trato, los tiempos de espera y la falta de resultados de los estudios anexados a los expedientes en tiempo y forma.

La subdirección de pediatría ambulatoria es un área de alta demanda, se atienden diariamente alrededor de 700 consultas, en ella se manejan pacientes que no requieren hospitalización, como son los servicios de audiolología y foniatría, psiquiatría y medicina del adolescente, rehabilitación y genética, sin embargo, esta subdirección es normativa de la atención y el servicio de las especialidades de la consulta externa, asimismo está encargada del área de clasificación, que es el primer filtro y servicio por donde acceden los pacientes por primera vez y desde donde se les envía a urgencias, a las consultas o a otras instituciones de segundo nivel.



Los espacios donde se desarrollan las consultas son muy bulliciosos y están saturados en horas pico, que son entre las 9 y las 13 horas; es considerable el estrés que se maneja en ellas debido a la cantidad de personas, a los altavoces que llaman a consulta, en estas zonas es notoria la impaciencia por los largos tiempos de espera, especialmente en los niños. Los servicios están inundados de médicos, personal del archivo clínico con sus “diablitos” que trasladan expedientes de un lado a otro, niños llorando, jugando, enfermeras llamando pacientes, interrogando, la demanda de consulta es muy fuerte.

Existe un reglamento de la consulta externa que señala que los pacientes no deben llegar tarde a sus consultas, la tolerancia es de 15 minutos, si llegan más tarde pierden su cita. Los problemas principales reportados por los familiares en la consulta externa son: maltrato, tiempos de espera prolongados y dificultades para recibir la consulta por el retardo en la llegada. El maltrato es la causa principal de las quejas en el hospital y en pediatría ambulatoria se concentra en las enfermeras. He observado a través de la gestión de quejas que las enfermeras de la consulta externa no saben escuchar y en otros casos no quieren escuchar a los

pacientes, son poco tolerantes con las llegadas tarde así sea por dos o tres minutos y tienden a discutir, la mayoría sólo tiene carrera técnica y su personal debe tener más de 20 años de antigüedad.

Las quejas surgidas en estos servicios son el corolario de todo el camino que debió recorrer el paciente desde que salió de casa, pasó el filtro de la entrada y se formó en las cajas. No debemos olvidar que los estados de donde se recibe la más alta cantidad de pacientes son del Estado de México e Hidalgo, sin descartar al resto; todos los usuarios están obligados a llegar a tiempo so pérdida de su cita, en general muy espaciadas. Otra situación es el manejo de una agenda electrónica con fallas, las cajas y la agenda están enlazadas de tal forma que un paciente no puede pagar una cita sin no está programada en el sistema y por tanto le impide acceder a ella si no aparece en pantalla, para ello es necesario que esté programada en la agenda electrónica. Se registran múltiples errores en la programación de citas, ya sea porque el familiar no programó o porque se tecleó mal el número de registro.

Las cuatro cajas de pago están distribuidas en los dos edificios principales del hospital. Las cajas de la consulta externa laboran desde las 6:30 am al igual que la caja de laboratorio pero un solo turno, la caja de cuenta de enfermos donde se liquida la estancia hospitalaria, trabaja dos turnos y la caja de urgencias las cuatro jornadas todos los días del año. Las quejas en las cajas se deben en primer lugar al trato, en segundo término a las equivocaciones en los presupuestos, errores de dedo en la captura del número de expediente y por último a la falta de cambio. Es un área conflictiva, no todos los cajeros son puntuales y frente a la demanda, se forman largas filas, el tiempo de los pacientes está limitado por las distancias de desplazamiento y por el tiempo invertido en la revisión de la puerta de acceso.



La subdirección de mantenimiento cuenta con los departamentos de servicios generales, control del medio ambiente, lavandería, intendencia, conmutador, dietética, mantenimiento, etcétera, representan la plantilla más numerosa del hospital después de las enfermeras.

La unidad de alimentación y dietética es la encargada de elaborar alimentos para los empleados y para los pacientes, además de manejar el laboratorio de leches. Los auxiliares de cocina y cocineros no requieren el bachillerato, no así los dietistas. En el pasado contaban con una carrera técnica, actualmente al personal nuevo se le requiera licenciatura en nutrición para trabajar en la cocina, en el laboratorio de leches y en las pequeñas cocinas que se encuentran en los pisos de hospitalización. Este personal tiene contacto con los pacientes al igual que la gente de intendencia, las quejas recibidas por parte del servicio de dietética se refieren a la escasa variedad de platillos ofrecidos y por el trato no adecuado. En intendencia la queja más frecuente y que ha costado trabajo abatir es el de la limpieza, tanto por el aseo inadecuado como por la mala actitud de servicio del personal frente a los pacientes.

Las subdirecciones de asistencia médica y quirúrgica cuentan con áreas de internamiento agrupadas en un sólo edificio. Las quejas recibidas por los servicios de hospitalización versan acerca de trato inadecuado, informes diarios a los familiares poco comprensibles o falta de informes; mala comunicación y deficiencia en la aplicación de los procedimientos clínicos, carencia de pericia u omisión. La ausencia de apego a los procesos clínicos de atención recae en errores clasificados como incidentes relacionados con la seguridad del paciente, que recién se concentran en una base de datos para abatirlos. Existe un subregistro de estos incidentes debido en gran medida a la visión punitiva para tratarlos y se trabaja en una cultura del reporte de estos eventos (señalado en el FODA del doctor García Aranda como una debilidad), pero aún falta mucho, los errores en este nivel son los que más impactan en las familias y se hace indispensable que el sistema de quejas los atienda con cuidado, sensibilidad, capacidad de escucha y habilidad.

Otro motivo de queja en hospitalización es la falta de personal. El doctor García Aranda lo señaló en el FODA como debilidad sólo del personal administrativo, empero, el ausentismo, las numerosas prestaciones sindicales y la antigüedad en los puestos aplica en todos los trabajadores sindicalizados del hospital, pero afecta sustancialmente las actividades que realiza enfermería, en especial en días festivos o puentes. La ausencia del personal de enfermería penetra los delicados procesos manejados en hospitalización y no ha pasado desapercibida por los familiares, no obstante hay pocas quejas, a pesar de ser un área tan significativa.

Las quejas sobre los residentes se canalizan a la subdirección de enseñanza. Los motivos de queja principales son por maltrato, deficiencias en las destrezas y el no apego a los procedimientos de atención. Al tratarse de un hospital escuela los estudiantes no están exentos de errores y los médicos de base, así como las autoridades de enseñanza, siempre están pendientes de que no se cometan errores y corregir la labor de los residentes, en los procedimientos como en sus actitudes, de hecho el hospital cuenta con un área de simuladores, ahí practican sobre maniqués articulados muy modernos que simulan un paciente en todos los

sentidos, pero aún así la mejora de destrezas toma tiempo. El área de oportunidad con los alumnos es intervenir en la actitud y el respeto por los pacientes y sus familias.

En todos los espacios de interacción entre los pacientes y el personal de salud hay una queja recurrente y es la comunicación deficiente. Es obligación de los médicos dar un informe diario al familiar de tal forma que resulte comprensivo y completo, si no lo hace se clasifica como queja técnica o de procedimiento, pocas veces como comunicación deficiente, por tanto en el conteo de los motivos de queja no procede como tal y se reporta como queja técnica. Esta falla en la comunicación forma parte de las quejas de tipo interpersonal presente en todas las interacciones con los pacientes pero clasificada como maltrato y mala actitud de servicio, además esta deficiencia en la comunicación también se da con el resto del personal paramédico.



75 DáHl @C''

≠XJWUXcfYg`XY`GUHjgZUWYQCB`Y`≠bgUHjgZUWYQCB`XY`U7 U]XUX`Yb`GU`i`X`

'`%`≠XJWUXcfYg`XY`GUHjgZUWYQCB`

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud

Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada.” En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla²⁰.

Los indicadores de salud se crean para generar evidencias sobre las condiciones y tendencias de salud en una población determinada y representan el material básico para elaborar, planes, programas, políticas, etcétera. Los indicadores se utilizan para evaluar eficacia y efectos e implementar cambios para mejorar la salud.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es la encargada de establecer los procedimientos de medición de la calidad a través del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS). Este sistema surgió en el año 2003 como parte de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Está considerada como una herramienta gerencial que tiene como propósito evaluar la calidad en los diferentes niveles de atención de los servicios de salud y se divide en tres categorías: calidad técnica, calidad interpersonal y gestión de la calidad. El sistema se orienta principalmente en la medición del trato

²⁰ Organización Panamericana de la Salud.
http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135 [consulta: 1 de agosto de 2015].

digno, la organización de los servicios de salud, la atención médica efectiva y la calidad en los servicios de enfermería.

El sistema está estructurado en 9 índices que a continuación se detallan:

Trato Digno

- I. Satisfacción por la oportunidad de la atención.
- II. Satisfacción por la información proporcionada por el médico.
- III. Satisfacción por el surtimiento de medicamentos.
- IV. Satisfacción por el trato recibido.
- V. Satisfacción General.

Organización de los Servicios

- VI. Tiempo de espera en consulta externa, en medio rural, urbano y en área de urgencias.
- VII. Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta.
- VIII. Diferimiento quirúrgico.

Atención Médica Efectiva

- XI. Indicadores de calidad de la atención médica.

Calidad en Enfermería

- XII. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería.

El sistema opera a través de la aplicación de encuestas, se registra la información y se coloca en la plataforma electrónica del Sistema INDICAS; se analizan los datos y se definen y establecen las acciones de mejora; se evalúan acciones y se publican los resultados. Este proceso lo coordina y supervisa el gestor de calidad de cada unidad de atención de salud; en el hospital infantil se realiza en el área de calidad. El Sistema INDICAS contiene un semáforo que mide el índice de satisfacción. El semáforo verde indica un índice de satisfacción y debe ser mayor o igual al 90%, le sigue el amarillo que debe ser mayor o igual al 70% y menor del 90% y continúa con el rojo que debe ser menor del 70%. Para el amarillo el sistema obliga a la revisión de los procesos de calidad de la atención y para el rojo se entiende que el establecimiento no cumple con los índices.

“Los indicadores se obtienen a través del método de muestreo, proporcionando el sistema tablas muestrales para la selección del tamaño de muestra según el volumen de los servicios otorgados por la unidad médica”²¹. Para la consulta externa se aplican mensualmente 135 cuestionarios y al egreso de hospitalización le corresponderían 112 cédulas, sin embargo, se aplican en promedio al mes de 400 a 600, este dato varía en relación al número de egresos, ya que las hospitalizaciones se dan en forma variable y se aplican más cuestionarios de los que corresponden al egreso como una forma de recolectar un mayor número de opiniones de los pacientes debido a que este cuestionario sí cuenta con un espacio para comentario libre.

En el presente trabajo se presentarán únicamente los resultados de los indicadores de satisfacción de la consulta externa y de hospitalización porque son los que se han trabajado en la experiencia profesional.

GUÍAGZUWYOB`XY`I gi Uf]c`Yb`<cgd]HJ]nUWYOB`

9bW YgHUU`9[fYgc`XY`DUWYbhY`5 (c`&\$%&`r`

Segmento	Ítems	Tasa de satisfacción
A. Al momento de entrar al hospital	Instalaciones	99%
	Vigilancia/Admisión	
	Relaciones Públicas	
B/C/D/E Durante la hospitalización	Médico	99%
	Enfermería	99%
	Trabajo social	98%
	Relaciones públicas/limpieza	97%
F. Salas de espera	Limpieza	97%
G. Egreso	Información de cuidados hogar	96%
	Pago eficiente en cajas	87%
	Satisfacción del servicio	96%
Tasa de Satisfacción General al Egreso del Paciente		96%

7i UXfc`" "%": i YbhY.âfYUXY7U]XUXZU c`&\$%&`r`

²¹ Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. http://dgcges.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/estructura_indicadores.pdf , [consulta: 16 de agosto de 2015].

En el año 2012 se aplicaron al egreso 6,093 encuestas y el cuadro 3.1 muestra que la tasa de satisfacción es mayor al 90%, estatus que califica la Dirección General de Calidad y Educación en Salud como en semáforo verde. Se observa que el porcentaje de satisfacción más bajo es el de eficiencia y rapidez en las cajas (Encuesta de Calidad al Egreso del Paciente. Anexo 1), le siguen la información otorgada por el médico sobre los cuidados que debe observar el paciente en el hogar y la satisfacción del servicio en general. Este último dato tiene un comportamiento curioso, ya que es frecuente que se quejen de varios servicios o de algunos servidores públicos, pero al momento de contestar si se encuentra satisfecho con la calidad de los cuidados y servicios recibidos, terminan contestando que sí en un 96%, como lo muestra el cuadro 3.1. Quizá la causa sea porque temen la negación de la atención médica además de poseer esa visión asistencialista, que la misma institución retroalimenta, acerca de hacerles el favor de otorgarles un servicio y al responder en los cuestionarios que no están satisfechos se les trate mal o ya no se les atiende.

La Encuesta de Calidad al Egreso del Paciente (EE), se elaboró con el propósito de medir la calidad al entrar al hospital, durante la estancia del paciente y al salir, sin embargo, la cédula presenta algunas fallas, por ejemplo el segmento "F" dedicado a las salas de espera del familiar se aboca únicamente a la limpieza de las salas de espera y de los baños, pero no especifica si se refiere a los baños en general o incluye a los de los pacientes y ya que este segmento se relaciona únicamente con la limpieza, entonces el que se refiere a la limpieza del segmento "E" debería integrarse al segmento "F" y así mantener la evaluación congruente con el objetivo que se quiere medir. Se puede observar que en la EE el segmento "E" consta de 3 reactivos, dos ellos se refieren al desempeño del personal de Relaciones Públicas, y uno a la limpieza en la sala del paciente, el problema es que la limpieza es una de las quejas más recurrentes y al evaluarlos juntos, se disuelve en el porcentaje final la falta de limpieza.

Se observa también que la EE mide en general procedimientos, instalaciones y el desempeño de algunos servicios, pero una mínima proporción mide el trato como

tal (a diferencia de la cédula de consulta externa que tiene un segmento específico dedicado al trato digno). De hecho, sólo a partir de la clasificación de las quejas es que aparece el trato como dato evidente, pero sería de particular valor que se midiera en el cuestionario de la Encuesta al Egreso.

GUHjgZUWVYOb`XY`I gi Uf]c`XY7 cbgi `HJ9I Hf bU

9 bW YgHJXY`Wcbgi `HJ9I Hf bU"5 c`&\$%&"

Segmento	Ítems	Tasa de Satisfacción
Trato de la Unidad	General	90%
Información Clara	Médicos y Enfermeras	92%
Tiempo de Espera	Consulta Externa	78%
Cuidados en el Hogar	Médicos y Enfermeras	94%
Explicación sobre el Tratamiento	Médicos	96%
Explicación sobre el Estado de Salud	Médicos	96%
El médico le permitió hablar sobre su estado de salud	Médicos	97%
Tasa de Satisfacción General en Consulta Externa		92%

7 i UXfc" "&": i YbhY.âfYUXY7 UJXUXZU c`&\$%&"

Se aplicaron en el año 2012 en la Consulta Externa 1,608 cuestionarios y su tasa de satisfacción también está en semáforo verde, sin embargo, es más baja que la del egreso por 4 puntos. Resalta que el índice más bajo se refiere a los tiempos de espera apenas con 78% y en segundo término el trato con el 90%.

Los tiempos de espera están en semáforo amarillo y actualmente se revisa el proceso de atención en la consulta externa, no obstante un factor relevante que debe explicar este porcentaje es el crecimiento en la demanda de la consulta externa *versus* la calidad de la atención.

Con respecto al trato, éste está en semáforo verde, sin embargo, la encuesta podría arrojar datos más interesantes si tuviera un espacio para la expresión abierta. A pesar de contar con los buzones distribuidos en la consulta externa y hospitalización, en la captura de éstos se pierden datos relevantes, ya que muchos comentarios son anónimos o están incompletos al no mencionar los

servicios a los que se refieren, de ahí el valor de la aplicación personal de los cuestionarios en la consulta externa.

' "&" @Ug'ei Y'Ug'Wta c]bX]WUXcfYg'XY]bgUhgZUWYCb'

Para el área de calidad se entiende como queja la insatisfacción de los usuarios del hospital infantil, la cual está relacionada con el proceso de atención otorgado por la institución y de la que se espera una respuesta o resolución explícita o implícita. Ésta suele asociarse al incumplimiento de un requerimiento ya sea real o percibido, sin embargo, la definición de queja es más compleja, se trata de un hecho social que se construye desde el enfoque del usuario el cual es portador de toda la problemática del sistema de salud. A continuación señalo la definición de Claudia Infante:

Las quejas son construcciones hechas por los pacientes sobre experiencias de atención médica vividas como insatisfactorias; conforman indicadores de insatisfacción con respecto a la atención recibida tal y como es percibida, interpretada y expresada por los pacientes mismos, esto es, involucran tanto la insatisfacción de los usuarios como la manifestación de la insatisfacción²².

La definición de queja médica de Claudia Infante dice que detrás de una queja hay vivencias de insatisfacción, producto de una interpretación de la atención recibida por los pacientes, la cual contiene dos elementos: la insatisfacción en sí y la manifestación de la insatisfacción.

Describe que en los países de primer mundo el tamaño de las quejas es enorme y habla del surgimiento de una cultura de la demanda por “mala praxis”, la cual se refleja en el uso excesivo de los servicios, especialmente de los auxiliares de diagnóstico, y del uso incorrecto o indiscriminado de medicamentos. Estos excesos emergen por miedo de los médicos a ser demandados, con lo que origina una medicina a la defensiva. El doctor Hernández cita la definición del doctor

²² Claudia Infante Castañeda, *op. cit.*, pp. xiii.

Paredes Sierra, en la cual dice que “Son cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional”²³

En un estudio epidemiológico muy conocido de los Estados Unidos acerca de los errores médicos “se detectó que entre 44 000 y 98 000 pacientes hospitalizados mueren cada año por este motivo y alrededor de 1 millón de víctimas de lesiones derivadas de los errores”²⁴. La atención médica contiene riesgos implícitos y determinados por factores técnicos, humanos, económicos, sociales, etcétera, y los errores son resultado de una mezcla de circunstancias únicas e históricas de los pacientes y del entorno organizacional donde ocurren.

Claudia Infante señala que en cuanto a la relación entre el error médico y el número de quejas, no podemos crear una relación directa, es decir, el número de eventos adversos o errores, no es equivalente al mismo número de quejas, porque esto implicaría que los pacientes tomaran la definición médica del concepto de error como referencia para presentar su queja, y que a su vez manejaran algún tipo de conocimiento técnico- médico.

Algunas investigaciones citadas por la autora confirman que es mucho más la cantidad de errores médicos que el número de quejas y demandas. La que más destaca es una investigación del año 1991 realizado por la Universidad de Harvard que mostró que el número de pacientes hospitalizados con daño grave causado por negligencia médica era mayor que la cifra de personas que presentaban demandas.

Existen varios momentos en la construcción de una queja, primeramente se genera la insatisfacción, la cual está centrada en tres elementos: en los prestadores de servicios, en factores de tipo administrativo y en la problemática que traen consigo los pacientes.

²³ Manuel Ramiro Hernández, “Medicina defensiva”, *Memoria del Simposio 2009 CONAMED*, México, 2010, p.141.

²⁴ LT. Kohn, JM. Corrigan, MS. Donaldson (eds), “To Error is human”, Building a safer health system, Washington, Institute of Medicine, The National academy Press, 2000. Citado en Claudia Infante Castañeda, *op. cit.*, p.4.

En un segundo momento la manifestación de la queja, que representa una gran oportunidad de expresión de la insatisfacción; y por último el manejo y uso de las quejas. En este punto Claudia Infante menciona que las quejas deben ir más allá de su atención individual porque se estaría viendo a la queja de manera aislada y su contenido no dejaría de ser simplemente descriptivo, en cambio, en un análisis colectivo, se buscaría explicar científicamente y responder a preguntas de investigación, viendo las quejas como un fenómeno social, buscando no sólo su solución sino creando mecanismos de mejora continua de la calidad, beneficiando con ello a los médicos y a los pacientes.

Son muchos los elementos que los pacientes toman en cuenta para presentar una queja y Claudia Infante cita varios estudios. En ellos refiere que uno de los principales factores es que asientan una queja en función del daño ocasionado por el error médico y cómo altera sus vidas y sus relaciones con los demás, asimismo sopesa si el médico es culpable. Si la relación con su médico fue buena, toma consideraciones, pero si siente traicionada su confianza porque no se le informó del problema, o se sintió subestimado o menospreciado y no se le ofrecieron disculpas, entonces se verá motivado a poner una queja o demanda. Existen varios factores que también influyen en las demandas: no ser tomado en cuenta en la toma de decisiones sobre su enfermedad; que el médico no explique su problema de salud con un lenguaje comprensible; la influencia de sus redes sociales que pueden motivarlo o no a presentar una demanda; el grado de enojo del paciente asociado con su padecimiento, un sentimiento de vulnerabilidad y la no aceptación de su enfermedad entre otros, influyen en su ánimo de quejarse o demandar.

Las quejas representan una valiosa opción para denunciar anomalías en la atención, sin embargo, la queja está inmersa en una relación médico-paciente desigual, y se ha estudiado que los pacientes sienten temor a presentarlas por las represalias de que pudieran ser objeto. En los resultados de un estudio de

Tagliacozo y Mauksch²⁵ respecto de la opinión del papel de los pacientes, se halló que hay una relación de dependencia del paciente con respecto a su médico, la cual está basada en el papel que tiene el médico para sanarlo y también de su grado de indefensión al sentirse expuestos a la negación del servicio por el poder que tiene el personal de salud.

Los pacientes tienen un interés principal en obedecer a los médicos y a las enfermeras porque sienten que así recibirán una buena atención. Con respecto a las quejas, detuvieron su deseo de manifestar sus necesidades y descontento porque se sintieron impotentes al evaluar el poder de los médicos y del resto del personal frente a su propio poder, y tendieron a mostrarse considerados en aras de sostener buenas relaciones con ambos para no ser sancionados o que se les negara el servicio.

Esta investigación arrojó que sólo algunos pacientes conocían sus derechos como tales y que el personal de salud no le daba el peso específico a éstos al no respetarlos. Ciertamente, en el Hospital Infantil se puede observar que pocos pacientes saben cómo ejercer estos derechos y en su caso no se respetan por desconocimiento de ellos y del mismo personal de salud, además de que se sigue pensando -como se hacía hace muchos años- que se está haciendo una caridad o un favor al atenderlos.

La conducta del enfermo tradicional está basada en un sistema de expectativas: cumplir con las órdenes médicas, ser un buen paciente, confiar en quienes lo atienden, no obstante, esta conducta no permite expresar abiertamente las dudas, preocupaciones y necesidades de su condición de enfermo, además se valora más a un enfermo valiente que a un quejumbroso, lo que limita aún más la expresión de su descontento.

Al paciente le interesa su seguridad, y no ser blanco de los errores, negligencias e incompetencias, pero para ello necesita juzgarlas, y utiliza como antecedente sus

²⁵ Tagliacozzo DL, Mauksch HO. La opinión del paciente sobre el papel del paciente. En Jaco EG (comp.). *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS Colección Salud y Seguridad Social, 1982:309-334. Citado en Claudia Infante Castañeda, *op.cit.*, p.23.

experiencias pasadas, conoce la excesiva carga de trabajo del personal médico y del riesgo del descuido, así como de las habilidades y destrezas de los médicos y enfermeras y de la posibilidad de equivocarse. Igualmente se sienten con muy poco control sobre la atención médica recibida porque la relación desigual médico-paciente está basada en el conocimiento experto. El paciente se siente desprovisto del control al no sentirse competente para evaluar el desempeño de los especialistas, sin embargo, lo hace porque su enfermedad le ha permitido obtener diversas experiencias que lo han hecho aprender y por lo tanto siente que puede juzgar la destreza del personal, lo que lo hace capaz de diferenciar el error organizacional del individual, no obstante, lo juzga, pero no es capaz de expresarlo porque se siente avasallado por la autoridad del médico o de la institución y no se atreve a quejarse.

Se ha cuestionado mucho acerca de la validez de las quejas de los pacientes, de su alcance para juzgar la competencia de los médicos, y de si sus quejas deben tomarse en cuenta, con ello se admite que para que una queja tenga validez necesariamente debe coincidir con una valoración técnica de la calidad de la atención. Aquí reside el gran error en el análisis de las quejas, es decir que se juzgue su importancia y validez en función del conocimiento técnico de los expertos y se desestime la percepción de irregularidad o error de los pacientes.

No existe un motivo o “el” motivo de queja, Fielding²⁶ afirma que el enojo del paciente en muchos casos es una cadena de eventos relativamente menores. No es el “gran” error sino una reunión de factores que se conjugan en un ambiente en donde subyace una relación médico-paciente complicada; estos problemas menores entran en sinergia, se incrementan y fortalecen con un nuevo incidente de deficiencia en la atención, adquiriendo un significado distinto, que generalmente está relacionado con problemas de mala comunicación y de trato humano. La queja médica es por tanto, “una construcción de los sujetos a partir de

²⁶ Fielding S. The practice of uncertainty. Voices of physicians and patients in medical malpractice claims. Westport, Connecticut: Auburn House, 1999: 100,104. Citado por Claudia Infante. *Op.cit.*, p. 27.

historias, hechos y sentimientos, y no sólo de descripciones neutras o técnicas de situaciones”²⁷

En este sentido es que las quejas nos hablan de la complejidad de la atención médica, involucran todo el espectro organizacional, interpersonal, técnico y del sistema de salud mismo y de cómo se van gestando errores a partir de una cadena de irregularidades hasta que detonan la frustración, la impotencia, el enojo, el sentimiento de injusticia y emociones varias. Los pacientes se quejan de los procesos y no de un motivo de queja en particular.

Una ventaja del sistema de quejas del Hospital Infantil es que su procedimiento de codificación permite clasificarlas en tres dimensiones: quejas de tipo técnico, interpersonal y de sistema, y una misma queja contener las tres dimensiones lo que nos permite tener una visión menos estrecha de ella, ya que al tratarse de una queja abierta los usuarios vierten múltiples motivos y mencionan razones emocionales, organizacionales, personales, etcétera. En este sentido, se hace necesaria la investigación de éstas a través de los métodos propios de las ciencias sociales para comprender lo que nos dicen los pacientes a través de las quejas y generar conocimiento, verlas en su complejidad y contribuir a la seguridad y satisfacción de los pacientes, además, debemos ir más allá de clasificar y catalogar motivos de queja, porque al hacer el conteo de los motivos, se fragmenta el todo y pierde su significado y particularidad.

En esta sección transcribo algunas narraciones de las quejas como ejemplo. Si se menciona algún servicio no es porque sea representativo o porque concentre el mayor número de éstas, sino se seleccionó porque ilustra los diferentes motivos de queja, se observa cómo se va hilando la insatisfacción y cómo el paciente en su interacción con la institución, muestra este fenómeno social, además se respetó el anonimato del paciente y del personal de salud. (Las negrillas son mías),

²⁷ *Ibidem*, p. 27.

El día de mi consulta le mandaron a mi hijo 3 estudios de los cuales en el laboratorio sólo me indicaron el costo y fecha de uno sólo. El día de hoy me informaron que eran tres y que debía pagar los 2 restantes. Me mandaron al edificio [...], al laboratorio [...] y la señorita del escritorio no fue lo suficientemente atenta para poner las claves de pago **mí Yghi j Ygi VjYbXcžVUUbXcžYbIfUbXc`mígUjYbXc`W&b`a`j`b} c** con más de 3 horas de ayuno. La señorita del laboratorio siempre estuvo cruzada de piernas y brazos y con el celular en la mano, sin ser atenta (la señorita que se encuentra frente a la puerta). Discutí hasta con una persona de seguridad ya que mi esposo me tuvo que pasar el dinero para pagar los estudios que no se me indicaron con tiempo. Espero que la atención a nosotros, los usuarios, sea buena y con actitud correcta y que den la información que uno solicita.

En esta narración se evidencia la serie de eventos que se presentan consecutivamente, muestra la falta de información que se le dio al paciente desde el inicio, la actitud incorrecta de la recepcionista del laboratorio y la dificultad para recibir el dinero del esposo.

Las demandas representan la acción extrema de los pacientes ante la presencia de un daño o anomalía en la atención médica, sin embargo, en el área de calidad sólo se tratan las quejas y ante la inminencia de demandas, se trata con mucho tacto a los pacientes y se les escucha con atención, esto propicia una acción liberadora del sentir de la familia y si hay mucha insistencia de presentar demanda, se maneja en instancias superiores. En estos años en el área de calidad se han observado escasas intenciones en demandar, muy probablemente porque representa un desgaste emocional, físico y económico para los familiares, no hay que olvidar que se trata de personas de escasos recursos, que vienen de otros Estados y que están más preocupados por la recuperación de sus hijos que por el hecho de promover una demanda.

En otras investigaciones citadas por Claudia Infante, también se detectó que el deseo de que otros pacientes no pasen por el mismo problema, el buscar una disculpa, corregir el problema, amonestar al médico, recibir el servicio negado, son peticiones muy frecuentes y son también una constante en las quejas presentadas en el Hospital Infantil. A continuación vemos algunos ejemplos (las negrillas son mías).

El día de hoy a mi hijo le retiraron los puntos de su cirugía realizada [...]. Yo pedí que estos puntos se los retiraran con anestesia, y mi hijo fue anestesiado en tres ocasiones previas, [...] pero en estas ocasiones no "quisieron", yo se los pedía insistentemente y no quisieron. Hoy de manera por demás intolerable le retiraron los puntos, con la excusa de que como ya está grande se tenía que aguantar y yo preguntaba por qué. Creo que a cualquier edad el dolor es dolor, y si hacen ese procedimiento es ilógico preguntar por qué te quejas. No es posible que habiendo tal calidad de servicio, que desde mi punto de vista es de excelencia, el último día hayamos recibido ese trato. Agradezco la atención a mi hijo, hoy se le lastimó, **míY`a chj c`XY`U dfYgYbhY`Yg`dUfU ei Y`bc`dUgY`c`a]ga c`Wb`cfcg`dYei Y(cg"; fUWUg"**

La señorita [...] se dirigió a una servidora de una manera irrespetuosa, gritando altaneramente en la puerta 2 delante de varias personas formadas. Le pedí de favor que me dejara sentar en una silla debido a que soy recién parida y con problemas de várices. Ella me contestó que a ver donde esperaba, pero que no era en la sala de espera. : **Uj cf`XY`"Ua Uf`Y`U UHbWOb**, ya que se la pasa haciendo manualidades y no atiende oportunamente por estar haciendo llamadas telefónicas a su familia. Gracias. Ojalá mejoren la calidad de la atención con personal capaz y competente.

La doctora [...] fue muy grosera al contestarme cuando le pregunté si no era peligroso que mi hija esperara, ya que me dijeron que podía ser el apéndice y me respondió: "Mire señora, todos están mal, no importa quién está peor, pasarán como fueron llegando" y cerró la puerta. Cuando salió por segunda vez le dije que iba a poner una queja por su mala actitud y lo mucho que subió el volumen al hablarme y me contestó "Claro que sí señora, cuando guste, mi nombre es [...] y de todos modos pasarán cuando les toque". Yo comprendo que no haya muchos médicos, **`c`ei Ybc`1 ghZw`Yg`gi`a UUWUhi X"**

Acudí a pagar los estudios solicitados a mi hija y pasé a la caja que se encuentra en Urgencias, pero **Y`WUfyc`a i mXfgdchU**, al ver que le pagaba los 715 pesos con dos billetes de 500, me dijo que no tenía cambio y que fuera al banco o a otro lado a cambiar para que le pagara con cambio, siendo la obligación de ellos tenerlo. Es imposible traer lo justo cuando no sabemos cuánto pagaremos este mes o el que viene de estudios. Le solicité mis papeles pues yo no tengo cambio y él muy molesto sólo me los dejó caer en la ventanilla. Mejoren la calidad del servicio puesto que no es digno de este hospital. Quedo a sus órdenes.

Mi queja es para el servicio [...] contra la señorita [...] quien al presentarle el carnet de mi hijo y decirle que sólo venía a revisión de aparatos [...] con mala actitud me pidió mi receta médica, se la di pero ella comentó que él ya había sido revisado, que sólo se podía una

vez al mes y que ya no podía atenderlo. Me molesté y le dije -eres la primera persona que me pone tantas trabas para revisión de aparatos, te voy a reportar, ella contestó -no me importa, le dije dame tu nombre, me dijo -investígalo, su gafete no era visible por ello no podía ver su nombre. Le pedí que solucionara esto porque me estaba enfadando por su actitud, por última vez le pregunté ¿a Y'bjY[Ug'a]'XYfYW c'UWt: bgi `HUB, me dijo -pague la consulta y regrese, me aventó el carnet deslizado por el mostrador. ¿Qué pasa con esta gente sin educación ni preparación?, su actitud es muy mala [...] espero le den seguimiento, no permitan que una persona con a UU UWñh X manche el nombre de esta institución.

Las investigaciones citadas por Claudia Infante arrojaron que la mayoría de las quejas son por problemas de tipo interpersonal, a pesar de que en más de la mitad se registraron dificultades clínicas; el deseo de reconocer lo ocurrido fue un motivador importante, quizás por ello también se reciben quejas que no parecen perseguir un propósito al formularlas sino sólo fueron para desahogarse y exponer la mala experiencia.

En estas narraciones reside la riqueza de las quejas, su valor está en lo que nos comunica el paciente, en sus sentimientos, en la vivencia de la insatisfacción, en sus expectativas, en su percepción de la atención.

En la atención de las quejas el usuario escribe libremente su experiencia de mala atención, no se le aplican preguntas determinadas o cuestionarios, simplemente expone de manera abierta y verbal su vivencia y posteriormente se le pide que lo haga por escrito tratando de no olvidar ningún detalle de lo que expuso verbalmente.

En el cuadro 3.3 se exponen las estadísticas de los principales motivos de queja en el cuadro comparativo de los años 2012 al 2014. Al analizarlo observamos como principal motivo de queja en el año 2012 que el motivo principal es por trato; está clasificado como queja de tipo interpersonal y representa el 29.5%; el segundo motivo de queja se clasifica como queja técnica y pertenece a la organización del servicio o procedimiento, y representa el 27.7%. Esta clasificación por motivo de queja permitió confirmar lo que ya era casi una certeza

en la atención personal de las quejas y en la clasificación diaria, que el maltrato y la mala actitud al igual que en el año 2013 constituyen el principal motivo de queja. En el año 2014 las quejas por deficiencias en los procedimientos fueron más altas que por maltrato, aunque la diferencia es de 32 comentarios, es decir de un 2.2%.

Tabla 1. Evolución de las quejas por tipo de queja

Tipo de queja	Año 2012	Año 2013	Año 2014
IQ1. Mala actitud de servicio.	189	275	264
IQ6. Trato déspota.	89	108	130
IPC6. Sobre la amabilidad y el respeto.	2	0	0
TQ5. Maltrato Físico	7	12	8
IQ5. Maltrato Psicológico	2	2	2
Trato / Mala actitud	289	397	404
IQ4. Comunicación deficiente.	23	21	25
IQ3. Deficiencia de la información.	37	26	29
IQ2. Interrupción de labores.	4	5	4
TQ1. Informe no dado / No comprendido	8	17	19
Información deficiente	72	69	77
SQ1. Aseo inadecuado.	117	178	213
SQ6. Falta de mantenimiento.	25	49	40
Instalaciones	142	227	253
TQ3. Retardo individual. Tiempo de espera.	52	24	69
SQ2. Retardo. Tiempo de espera.	1	2	24
Tiempo de espera	53	26	93
SQ7. Provisión de material.	25	23	40
SQ3. Falta de recursos.	14	16	13
SQ4. Falta de personal.	3	10	4
SQ5. Falta de señalización.	1	0	0
Falta de recursos	43	49	57
TQ8. Deficiente comunicación y/o apoyo entre servicios.	4	2	13
TQ2. Deficientes conocimientos y/o destreza en los procedimientos	29	14	29
Comunicación entre servicios	33	16	42
TQ6. Omisión de y/o negativa de obligaciones.	17	24	28
TQ7. Deficiente organización de servicio o procedimiento.	242	358	401
TQ4. Abandono de área de trabajo.	13	8	7
Organización del servicio	272	390	436
Queja Global	42	44	44
SQSP5 Incidentes relacionados con la seguridad del paciente.	34	13	14
Total	979	1231	1420

71 Uxfc " " : i YbH. Área de Calidad (extracto).

Tabla 3.4. Evolución de los comentarios recibidos en el Área de Calidad (2012-2014)

Año	Queja	Felicitación	Sugerencia	Para/Conoc.	Total
2012	29%	66%	4%	1%	100%
2013	34%	61%	3%	2%	100%
2014	34%	60%	5%	1%	100%

Cuadro 3.4. Fuente: Área de Calidad

En el cuadro 3.4 se observa que las quejas representan durante los años 2013 y 2014 el 34% del total de comentarios y la diferencia con el año 2012 fueron 5 puntos porcentuales. Resulta significativa esta diferencia, al parecer la causa se debió a que el proceso de recertificación de la institución llevó a promover la expresión de comentarios, se imprimieron trípticos acerca de cómo presentar una queja (Anexo) y se dio de alta la institución en las redes sociales como facebook y twitter además de dos correos electrónicos. El cuadro 3.5 muestra también este aumento.

Tabla 3.5. Evolución de los comentarios recibidos en el Área de Calidad (2012-2014)

Año	Queja	Felicitación	Sugerencia	Para/Conoc.	Total
2012	979	2,199	145	33	3,358
2013	1,231	2,197	100	66	3,594
2014	1,420	2,536	224	19	4,199

Cuadro 3.5. Fuente: Área de Calidad

' " "9`dfcWXJa JYbhc`mgY[i Ja JYbhc`XY`Ug`ei Y'Ug`

La Dirección General Adjunta de Calidad en Salud emitió una propuesta para dar atención y respuesta a las quejas formuladas por los pacientes y sus familias acerca de la atención médica prestada en los establecimientos médicos, debido a que se observó una gran diversidad de formas de atención y respuesta de las quejas.

La Ley General en Salud en el artículo 51 bis³, obliga a los prestadores de servicios de salud a tener un sistema para la atención y seguimiento oportuno y efectivo de las quejas de los usuarios.

Las reglas de operación de SICALIDAD se publicaron el 31 de diciembre de 2010 en el Diario Oficial de la Federación con el nombre “Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones” como parte de la política nacional de calidad. Al modelo se le llama “MANDE”, la cual está representada por una oreja unida a una campana y representa la capacidad de escucha y atención.

No obstante, este modelo de gestión de las quejas apareció posterior al que ya se manejaba en el Hospital Infantil y al hacer una revisión de éste se corroboró que cumplía con la sistematización en el tratamiento de las quejas que el modelo MANDE requería, además respondía a una población específica y adecuada a las características de la misma, motivo por el cual se empleó el modelo propio y gestado en el Hospital Infantil, por tanto el año 2008 se echa a andar el Sistema de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones del hospital en el área de calidad, directamente dependiente de la dirección médica.

En el manual de procedimientos de calidad indica que se recibe, recolecta, analiza, evalúa y se le da seguimiento a las quejas sugerencias y felicitaciones de los usuarios y de los prestadores de servicios.

El objetivo del Sistema de Quejas Sugerencias y Felicitaciones (QSF) es integrar un sistema confiable que permita analizar y verificar en su totalidad, los

comentarios emitidos por los usuarios al respecto de las áreas médicas y administrativas en tiempo y forma.

Con respecto al tratamiento de los comentarios se tienen las siguientes definiciones:

Comentario

Es la expresión escrita de los usuarios del hospital, que llega al área de calidad, que refiere el parecer de pacientes y familiares, sobre uno o varios puntos en particular de los servicios ofrecidos por la institución. Estos comentarios son tomados por el área de calidad como información valiosa, a la cual se le da tratamiento especializado.

Niveles de Interacción

La categorización por niveles de interacción se establece de acuerdo a las características de la información recabada, las áreas de oportunidad que se presentan, las demandas de atención de los usuarios, las necesidades de evaluación y supervisión, así como el recurso humano disponible para su atención.

Definición de nivel de interacción técnico

Son los comentarios que hacen referencia a uno o varios aspectos a destacar de la labor diaria del instituto, y que se refieren a la pericia o habilidad para la aplicación de conocimientos, procedimientos, recursos y técnicas que pueden encontrarse documentadas o estar comúnmente aceptadas por un grupo de expertos, ya sea de manera explícita o tácita, y que son atribuibles por reconocimiento por nombre de los trabajadores, y/o áreas, y/o servicios del instituto.

Definición de nivel de interacción interpersonal

Son los comentarios que hacen referencia a uno o varios aspectos de la labor diaria del instituto relacionados con el contacto que se desarrolla entre el usuario y

el personal de la institución durante el otorgamiento de un servicio, particularizando en las formas, pudiendo ser este contacto superficial o profundo, y que son atribuibles por el reconocimiento por nombre de los trabajadores, y /o áreas, y/o servicios del instituto.

Definición de nivel de interacción de sistema

Son los comentarios que hacen referencia a uno o varios aspectos de la labor diaria del instituto, se refieren al conjunto de programas, operaciones, procedimientos, área y/o servicios relacionados de manera general, es decir, con la totalidad de la institución y atribuibles a personas y/o servicio en específico.

Definición de nivel de interacción general

Son comentarios que no dan lugar a particularidades, su información no se presenta como una oportunidad de cambio específica; o son comentarios referentes a aspectos generales, o faltos de precisión en su expresión, no tienen cabida en la clasificación previamente establecida.

Clasificación

Una vez que los comentarios se categorizan por niveles de interacción, se da lugar a la clasificación de cada uno de estos niveles. La clasificación se da de acuerdo a las siguientes definiciones:

Definición de queja

Una queja es la expresión de insatisfacción de los usuarios dada a conocer al área de calidad, relacionada con el proceso de atención otorgado en la institución, donde se espera una respuesta o resolución explícita o implícita y que puede venir asociada al incumplimiento de un requisito real o percibido.

Definición de felicitación

Una felicitación es una expresión que denota satisfacción, agradecimiento o reconocimiento de los usuarios hacia el personal o servicios prestados, dada a conocer al área de calidad y que se encuentra relacionada con el proceso de atención otorgado. Las felicitaciones pueden venir asociadas al cumplimiento de un requisito real o percibido.

Definición de sugerencia/ Para conocimiento

Una sugerencia es una idea que expresa el usuario, con el ánimo de contribuir a mejorar un servicio, racionalizar el empleo de los recursos, personal e infraestructura disponible en el servicio, área o la institución en general, y puede venir asociada a mejorar la percepción del usuario por el servicio recibido.

Definición de comentario general

Son comentarios que hacen referencia a una queja, felicitación o sugerencia general, que no da lugar a particularizar porque no cuentan con datos del paciente por nombre, número de expediente o servicio tratante, su información no se presenta una oportunidad de cambio específica.

A continuación se describe el procedimiento a seguir para efecto de la obtención y seguimiento de las quejas:

I. Presentación de la queja

En un inicio y antes de la recertificación del hospital en el año 2012, sólo existían cuatro formas para formular una felicitación, queja o sugerencia (QSF):

- a) Expresando su comentario en la encuesta de satisfacción que aplica el área de calidad llamada encuesta al egreso del paciente (EE).
- b) Llenando un formato-buzón directamente en el área de Relaciones Públicas y en Dirección General (queja de voz).

c) Depositando el comentario en cualquiera de los buzones distribuidos en el interior del hospital, destinados para ello.

d) De manera directa en la oficina de calidad (queja de voz) en la que el paciente también llena el formato-buzón.

Antes del proceso de recertificación surgió la necesidad de utilizar las redes sociales y el correo electrónico para recoger las opiniones de los pacientes respecto de los servicios, motivo por el que se incluyó en los formatos de queja de cada buzón físico, los datos de estos sitios como una fuente de información adicional para recoger las quejas.

II. Análisis de contenido

Una vez recolectados los distintos formatos, se procede a analizar su contenido, verificando que los comentarios sean procedentes, es decir, que se encuentre especificada su área o servicio de origen, para su posterior referencia y seguimiento.

Muchos de los comentarios no proceden porque o son anónimos y no aportan ningún dato para rastrear la información, o no mencionan el servicio del que hablan o señalan a más de tres pero su contenido es demasiado vago.

En este paso, al leer los comentarios y separarlos, se detectan las quejas de alto impacto, es decir aquellas que involucren la seguridad del paciente, la seguridad de las instalaciones o conductas inadecuadas que ameriten su resolución inmediata, y rápidamente se contacta con el usuario y/o con el área implicada, ya sea vía telefónica o mediante oficio en el caso de los servicios, y se procede a gestionar su resolución.

III. Clasificación

Se clasifican en quejas, sugerencias, felicitaciones y para conocimiento. Asimismo, se separan provisionalmente aquellas que mencionan nombres, para buscarlos en las plantillas de médicos residentes, adscritos, personal de

relaciones públicas, técnicos etcétera, para después integrarlas al total de comentarios. Esto se hace porque facilita el trabajo de búsqueda y porque mensualmente se publican las felicitaciones en lugares visibles del hospital.

IV. Captura y asignación de folios

Para su identificación se les asigna un folio en dos carpetas distintas, en una los comentarios de la encuesta al egreso (EE), y en otra las del formato-buzón. Todas ellas se concentran semanalmente y separadas en bitácoras electrónicas y en papel.

El formato Buzón concentra los comentarios de voz recibidos en la Dirección General, de Relaciones Públicas, de los buzones distribuidos en el hospital y los que se reciben en la oficina de Calidad, se acomodan en carpetas y se hace un conteo manual, una vez reunidas y capturadas se juntan en electrónico y se desglosan los comentarios por servicios, áreas, direcciones y subdirecciones.

V. Envío

El Área de Calidad envía las QSF a los correos validados de los servicios para su resolución a través de una hoja de seguimiento (Anexo).

VI. Recepción

Las Áreas y Servicios reciben y analizan la información. A partir del momento de la recepción cuentan con un plazo de 5 días hábiles para hacer el seguimiento.

VII. Elaboración de acciones de mejora

Documentan las acciones que se llevaron a cabo para otorgarle seguimiento a las QSF. En todos los casos deben anotarse las acciones con las cuales se corrigen o previenen las desviaciones (memorando, circulares, listas de asistencia, bitácora, etc.) y también las felicitaciones.

VIII. Envío de respuestas

Se informa al Área de Calidad del estado que guardan las QSF, mediante la devolución vía correo electrónico de la hoja de seguimiento.

IX. Reporte estadístico de respuestas

En un principio, cuando arrancó el sistema, las QSF no atendidas se notificaban mediante oficio a la Dirección Médica y Subdirección correspondiente, para que ésta solicitara la entrega de avances. Actualmente estos datos se quedan en la coordinación de calidad y se elabora un informe mensual de atención-recepción.

X. Retroalimentación

La coordinadora de calidad se reúne con el director de planeación varias veces por semana, para exponer los reportes de las quejas de alto impacto o que estén incumpliendo con los estándares de calidad que permitieron obtener la certificación, así como para trabajar con el informe de atención-recepción de las QSF.

La causa por la que cambió el procedimiento para la captación y seguimiento de las quejas, probablemente se debió a que en la pasada administración se tenía una visión más punitiva de las fallas; antes del año 2009 se estableció una relación de trabajo muy cercano entre el área de calidad y la dirección médica, porque se tenía claro que la dirección médica tenía la capacidad de integrar todos los procesos médicos y era el área con autoridad para gestionar todo lo conducente a la atención de los pacientes.

Con la nueva administración la visión de las quejas también cambió y el proceso de recertificación marcó la pauta, ahora se centró en la calidad de la atención y la seguridad del paciente, anteriormente estos procesos se orientaban a la enfermedad, actualmente se enfoca en los pacientes y su seguridad por tanto en todos los procesos de atención clínica y de gestión que implicaba una visión de sistema.

Con los nuevos estándares de certificación de hospitales se fomentó el conocimiento en todo el personal, de que si fallaba un proceso en un área administrativa también afectaba la calidad y la seguridad del paciente y no solamente en las áreas médicas. En el año 2011 la oficina de calidad cambió a la dirección de planeación; había que abarcar todo el universo hospitalario además de la parte médica, así la visión cambió a una óptica de procesos y el modelo de calidad debía incluir la gestión de riesgos, aún hoy se opera de cerca con la dirección médica y con todas las áreas de gobierno del hospital.

También se trabaja con una base electrónica en donde se asientan todos los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Con estas notificaciones se trata de registrar errores en los procedimientos médicos, tal información se reporta en una base de datos confidencial, lo que ha provocado una apertura, aún limitada.

Al principio de esta sección se comentó que sólo se trataban los comentarios emitidos por los pacientes, no obstante en los últimos meses se han recibido quejas de los empleados respecto del trato recibido por los familiares de los niños. Es probable que esto se deba en parte, a que en la primera revisión de la recertificación se difundieron ampliamente los diferentes sitios en que se podía presentar una queja y esto abrió la expresión de toda la comunidad al saber que también se recibían las quejas de los empleados.

Este tipo de quejas ha crecido, los comentarios reportan actos de violencia verbal y de agresiones a los empleados menores del hospital, especialmente en el acceso de pacientes con el personal de vigilancia y relaciones públicas así como en la consulta externa en el área de cajas y enfermería.

No sólo se abrió la expresión sino que el exceso de demanda de servicios ha jugado un papel importante, el número de personal ha crecido poco, en el año 2012 se contaba con 2739 personas y se incrementó a 2893 empleados (154 más) en el año 2013, se incrementó a 2932 en el 2014 y volvió a bajar a 2908 en el 2015, es decir que del 2012 a la fecha sólo hay 169 empleados más. El

equipamiento médico y el personal médico tampoco se han incrementado, y aunque se construyeron dos edificios nuevos y está en proceso la construcción de otro, la demanda está rebasada.



7 CB7 @ G-CB9G

En el primer capítulo se expusieron diferentes formas de abordaje y las bases metodológicas para explicar y poner en contexto el fenómeno de la insatisfacción de la atención médica. Max Weber aportó las herramientas metodológicas para el estudio y la comprensión del sentido de las acciones sociales que explican las expectativas, motivaciones, creencias y valores que subyacen en la relación usuario-prestador de servicios y que nos permitieron interpretar la conducta y significado de esa interrelación asimétrica.

La sociología médica nos ubicó en el contexto social de la salud y la enfermedad, de los determinantes sociales de la salud y de las aportaciones de las ciencias sociales al estudio de la sociología médica con la contribución de Roberto Castro y el análisis crítico de la relación salud-enfermedad. El autor nos llevó a configurar esta relación más allá de los criterios biomédicos y mostró, a través de una síntesis de las investigaciones sociales producidas el siglo pasado y parte del presente, cómo los principales grupos de poder en la sociedad suelen imponer su visión de la realidad y la forma en que se dieron ciertos procesos históricos y sociales para que la medicina moderna alcanzara el estatus de autoridad que hoy sitúa a los clínicos “con el derecho legítimo y exclusivo de curar”.

Donabedian aplicó la propuesta de gestión de la calidad originada en la industria a los servicios de salud, su origen empresarial mantuvo la visión de la calidad apegada al discurso médico predominante. En su definición de atención médica con los dos enfoques principales técnico e interpersonal, se inclinó más por el nivel técnico médico y aceptó que a pesar de que la satisfacción del paciente es el objetivo principal de la atención médica de calidad no existe el interés por buscar datos del manejo interpersonal del paciente y del trato recibido.

En el capítulo dos a través del diagnóstico FODA nos adentramos en el conocimiento de la institución, sus objetivos y sus condiciones actuales para comprender el entorno donde se presentan las quejas y saber quiénes son estos niños, de qué enferman y del personal que los atiende. La gestión y el análisis de

las quejas hicieron posible la descripción de las áreas del hospital más afectadas y que exhiben las deficiencias más visibles.

En el capítulo tres se observó la complejidad de la queja médica y cómo en los testimonios de los pacientes se va hilando la cadena de inconformidades hasta que se manifiesta en la queja misma. Se mostró que la queja es un proceso social que se construye y relaciona con otros procesos sociales como la relación médico-paciente, el ambiente de trabajo de la institución, la burocratización de los servicios, la medicalización de la salud, las condiciones económicas de los pacientes y las fallas del sistema. Al observar la narración de las quejas se evidenció lo que las estadísticas confirmaron, que el maltrato y la mala actitud son una constante en la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica y se debe analizar este fenómeno a partir de una óptica menos técnica y más humana, tendrán que hacerse cambios sustanciales en procesos más complejos, desde el sistema de salud hasta en los planes de estudio de las escuelas de medicina. En lo que compete a los aportes de esta investigación primero fue poner en evidencia la necesidad de un mejor trato, hacer cambios en la atención médica es beneficioso para los clínicos y para todos los prestadores de servicios, la medicina a la defensiva ha provocado que se busquen culpables de los errores técnicos y que las fallas en el trato se soslayen y quieran tratarse siempre como fallas técnicas. De esta forma se ve afectado el mismo personal, que además tiene que lidiar con las carencias organizacionales, administrativas, y de recursos del sistema de salud y hacer todo lo posible para cumplir con la calidad y el buen trato con los pacientes. Otra contribución del presente trabajo fue mostrar la condición de desigualdad en la que se encuentran los usuarios en su búsqueda de atención médica. Sigue prevaleciendo la antigua visión asistencialista en donde el hospital les hace el favor de atenderlos y ellos la piden con el temor de que no los atiendan porque están solicitando un favor, más no el ejercicio de su derecho a la salud. En una acción de maltrato existe una asimetría de poder: médico-paciente, trabajador de la salud-usuario. Ante la ignorancia de sus derechos y la óptica asistencialista el usuario se siente desvalido, las quejas le sirvieron para recuperar parte del poder que perdieron frente a la mala atención,

pero a veces con un costo, el ser señalados como familiares problemáticos y sumar desgaste emocional al ya vivido con la enfermedad de su hijo. La situación de pobreza, poca o nula educación, fragilidad emocional y la enfermedad del niño ponen al paciente y su familia en estado de vulnerabilidad siendo presas fáciles del maltrato.

La hipótesis inicial fue falseada por la investigación ya que no existe una relación directa entre una mala atención por trato o por error médico, y un incremento de las quejas, esta aseveración supone que el quejoso conoce de definiciones médicas o que una inconformidad implique una queja, cuando en realidad es una cadena de irregularidades que el paciente soporta previamente y que una sola experiencia de mala atención no tiene como inmediata consecuencia la formulación de ésta.

Cabe enfatizar que la institución cuenta con recursos muy valiosos: el testimonio escrito de las quejas, oro molido para la investigación, la disposición abierta de escucha, respeto y resolución que se les da a las quejas presentadas en el área de Calidad y el compromiso de gran parte de su personal que hace posible que el hospital funcione diariamente. Buscar hacer investigación con las quejas, si es posible de forma multidisciplinaria, contribuiría a conocer y mejorar la atención a los pacientes y mostraría que un trato más humano mejora la relación entre el que busca su salud y el que le provee del servicio.

Aguirre Gas, Héctor. "Administración de la calidad de la atención médica", vol. 35, núm. 4, *Revista Médica del IMSS*, México, 1995, pp. 257-264.

Anderson, W.T.; Helm, D. T. "El encuentro médico-paciente: un proceso de negociación de la realidad", en: *Jaco, E. G. (ed.). Pacientes, médicos y enfermedades*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, pp.427-446.

Antiga Trujillo, Nedelia; Tenorio Herrera, Guillermo. *La investigación y las metodologías de la ciencia*. México, Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales, 2012, 271 pp.

Castro Pérez, Roberto. *Teoría social y salud*, México, Lugar Editorial, CRIM, UNAM, 2011, 197 pp.

Donabedian, Avedís. *La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1984, 194 pp.

Fajardo Dolci, Germán, "Calidad de la atención, ética médica y medicina defensiva", *Revista CONAMED*, vol. 13, octubre-diciembre, México, 2008, pp. 3-4.

Guajardo Garza, Edmundo. *Administración de la calidad total*. México. Editorial Pax, 1996, pp. 179.

Hernández Torres, Francisco, et al. "La queja médica: elemento para el fortalecimiento de la seguridad de los pacientes". *Revista CONAMED*, vol. 13 abril-junio, México, 2008, pp. 30-38.

Infante Castañeda, Claudia. *Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*, México, Editores de Textos Mexicanos, 2006, 211 pp.

Puentes Rosas, Esteban; Garrido Latorre, Francisco. *Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios de servicios de salud*. Síntesis ejecutiva, México, Secretaría de Salud, 2005, 12 pp.

Ramiro Hernández, Manuel. "Medicina defensiva", Memorias, *Simposio CONAMED 2009. Algunos factores que afectan la atención médica*. CONAMED México, 2010, pp. 139-144.

Rentería-Torres, José. "¡Aaaah! ¡Me duele!", *Revista CONAMED*, vol. 13, abril-junio, México, 2008, pp. 3-4.

Sagols, Lizbeth. "Dilemas éticos de la atención médica. Decisión ética y humanización en la práctica médica", Memorias, *Simposio CONAMED 2009. Algunos factores que afectan la atención médica*. CONAMED. México 2010, pp. 123-128.

Weber, Max. *Economía y Sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica, 1981, pp. 1237.

Vincent, Jean Marie. *La metodología de Max Weber*. Cuadernos Anagrama No.29. Barcelona. Editorial Anagrama, 1972, 75 pp.

8 C 7 I A 9 B H C G'

Concentrado Bioestadístico Anual, años 2012-2014. Dirección General de Planeación. Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico. Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Diagnóstico Situacional del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Doctor José Alberto García Aranda. 2009.

Manual de Procedimientos del Área de Calidad. Hospital Infantil de México Federico Gómez. 2014.

Procedimiento de Recolección, Evaluación y Seguimiento de las Quejas, Sugerencias y Felicitaciones de los Usuarios del Hospital Infantil de México Federico Gómez. 2007.

7-69F; F5: ã

Bronfman, Mario, et al., "Del 'cuánto' al 'por qué'. La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios", vol. 39, núm. 5, *Salud Pública de México*, México, 1997, pp.442-450, [en línea] URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639507> [consulta: 8 de febrero de 2014].

Bronfman, M, et al., 1997. "Haciendo lo que podemos. Los prestadores de servicios frente al problema de la utilización", vol. 39, núm. 6, *Salud Pública de México*, México, 1997, pp. 546-553, [en línea], URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341997000600008> [consulta: 15 de febrero de 2014].

Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, [en línea], URL:

http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/estructura_indicadores.pdf , [consulta: 16 de agosto de 2015].

Dirección General de Calidad y Educación en Salud, *Definición y conceptos fundamentales para la calidad en salud*, México, [en línea], URL: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00E.pdf [consulta. 16 de agosto de 2015].

Organización Mundial de la Salud, "Los determinantes sociales de la salud", [en línea], URL: http://www.who.int/social_determinants/es/ [consulta: 30 de enero de 2014].

Organización Panamericana de la Salud, "Indicadores en Salud", [en línea], URL: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135 [consulta: 1 de agosto de 2015].

Orueta Sánchez, Ramón et al. "Medicalización de la vida (I)", vol. 4, núm. 2, *Revista Clínica de Medicina de Familia*, España, 2011, pp. 150-161, [en línea] URL:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011
[consulta: 12 de abril de 2014].



ANEXOS



Quejas

¿Qué es una queja y cuando expresarla?

Es la manera de hacer saber una inconformidad, un malestar o un desacuerdo, y ésta debe ser expresada cuando no se recibe el servicio adecuado por parte de una institución o empresa que brinda servicios.

Recuerda que todas las opiniones, quejas y/o sugerencias que se manifiesten son tomadas con absoluta discreción, confidencialidad y sin represalias.

En este documento usted podrá verificar el procedimiento para realizar una queja, felicitación o sugerencia de los servicios otorgados por el Instituto.



HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ

Dr. José Alberto García Aranda
DIRECTOR GENERAL

Dr. Jaime Nieto Zermeño
DIRECTOR MÉDICO

Dr. Pedro F. Valencia Mayoral
DIRECTOR DE PLANEACIÓN

Dra. Rebeca Gómez Chico Velasco
DIRECTORA DE ENSEÑANZA

Dra. Miriam G. Herrera Segura
COORDINADORA DE CALIDAD Y LÍDER DEL
COMITÉ DE CERTIFICACIÓN

México 2012



HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



Quejas, Sugerencias
Felicitaciones

¿Cómo realizarlas?

Dr. Márquez 162 Colonia Doctores C.P. 067
México D.F.
Tel. 52 28 99 17 ext. 2015 y 2016
www.himfg.edu.mx

**Tu opinión es lo más importante;
Ayúdanos a mejorar nuestro servicio**

Existen 3 maneras por las cuales puede manifestar una Queja, Sugerencia o Felicitación:

1.- ATENCIÓN PERSONAL, expresándolas verbalmente.

En el área de Calidad, ubicada en el 3er piso del Edificio "Arturo Mundet "; o en Relaciones Públicas, ubicada en la Planta Baja del Edificio Federico Gómez, se recibe al familiar o paciente, que exprese tener alguna Queja, Sugerencia y Felicitación.

En entrevista se pide narren la situación y se les otorga un formato, donde se registrarán todos los acontecimientos suscitados para comenzar con el proceso indicado.



2.- A través de los BUZONES, haciéndolo por escrito.

Dichos buzones se encuentran ubicados en los distintos pisos donde se brinda atención y servicio a los pacientes, en los cuales se cuentan con formatos de llenado.



3.- Enviándolas a través de los diferentes MEDIOS ELECTRÓNICOS con los que contamos.

Vía la Página Electrónica de la Institución, el Correo Electrónico, Facebook o Twitter, pueden ser recibidas cada una de sus Quejas, Sugerencias y Felicitaciones.



calidad-hospitalaria@himfg.edu.mx

calidadhimfg@hotmail.com

facebook

www.facebook.com/HIMFG



[@BEI_HIMFG](https://twitter.com/BEI_HIMFG)



PROCESO DE UNA QUEJA, SUGERENCIA y/o FELICITACIÓN.

Paso 1

Se recibe la queja, sugerencia y /o felicitación, por las vías anteriores.

Paso 2

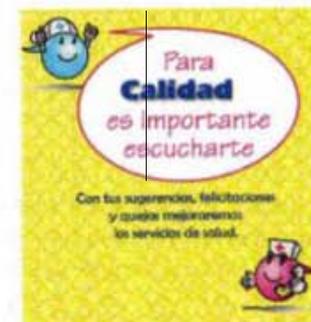
Se realiza la clasificación de acuerdo a los acontecimientos y a las áreas involucradas.

Paso 3

Se hace llegar la información del acontecimiento al área involucrada así como a sus responsables inmediatos, esperando su pronta respuesta.

Paso 4

Se informa la solución que el área proporcionó al paciente y/o familiar, para así darle una respuesta efectiva a los acontecimientos realizados.





Folio

QU
SU
FE

Año (4 dígitos) _____

MP-2011-113-06

ENCUESTA DE CALIDAD AL EGRESO DEL PACIENTE

Domicilio: _____	Teléfono: _____
------------------	-----------------

No de Registro: [][][][][][][][][]	Parentesco con el paciente: _____
Tiene: [][] años Sexo: [] Masc. [] Fem.	Tienes: [][] años Sexo: [] Masc. [] Fem.
Cuanto tiene viniendo al hospital: _____	Ultimo grado de estudios: _____
Servicio de internamiento : _____	De donde vienen: (Estado) _____
Diagnóstico: _____	_____

Tu opinión es muy importante. Responde las preguntas, con la finalidad de contribuir a la mejora de los servicios del hospital. El uso de esta información es CONFIDENCIAL.

Por favor marque con una X la opción que mejor refleja tu opinión:

A. AL MOMENTO DE ENTRAR AL HOSPITAL	No	Si	No Recuerdo
Las instalaciones a la entrada están adecuadas a las necesidades de mi paciente:			
El personal de vigilancia nos dio indicaciones con respeto:			
El personal de Admisión nos dio indicaciones claras para el internamiento:			
El personal de Relaciones Públicas me dio indicaciones claras y el reglamento a seguir durante nuestra estancia en el hospital:			
B. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, CON EL PERSONAL MÉDICO	No	Si	No Recuerdo
El personal médico se presentó e identificó conmigo por su nombre:			
Siempre sabía donde se encontraba y podía localizar al personal médico:			
El personal médico me escuchaba y respondía mis preguntas satisfactoriamente:			
El personal médico atendía oportunamente las necesidades de atención de mi paciente:			
Se me informó de manera regular sobre el progreso y el cuidado de mi paciente:			
C. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	No	Si	No Recuerdo
El personal de enfermería se presentó e identificó conmigo por su nombre:			
Siempre sabía donde se encontraba y podía localizar al personal de enfermería:			
El personal de enfermería me escuchaba y respondía mis preguntas satisfactoriamente:			
El personal de enfermería atendía oportunamente las necesidades de atención de mi paciente:			
D. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, CON EL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL	No	Si	No Recuerdo
El personal de Trabajo Social se presentó e identificó conmigo por su nombre:			
Siempre sabía donde se encontraba y podía localizar al personal de Trabajo Social :			
El personal de Trabajo Social me escuchaba y respondía mis preguntas:			



CUESTIONARIO PARA EL USUARIO DE CONSULTA EXTERNA

Parentesco con el Paciente: _____ No. de registro: _____
 Edad del Paciente: _____ Años. Sexo: [] Masc. [] Fem.
 No. de consultas a las que acuden hoy: _____ Servicio: _____
 De dónde vienen: (Estado) _____ Fecha: _____

Su opinión es muy importante. Responda las preguntas, con la finalidad de contribuir a la mejora de los servicios del hospital. El uso de esta información es CONFIDENCIAL.

Por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleja su opinión:

A. ANTES DE CONSULTA			Sí	No
Estoy conforme con el personal de vigilancia del hospital:				
El personal de cajas es amable:				
El personal de cajas es eficiente en sus labores:				
El personal de cajas cuenta con elementos que me permiten identificarlos:				
B. EN LA SALA DE ESPERA PARA PASAR A CONSULTA			Sí	No
La limpieza en la sala de espera es correcta:				
La limpieza en los baños de la sala me pareció correcta:				
C. AL MOMENTO DE PASAR CON LA ENFERMERA			Sí	No
La enfermera nos saludó y se presentó por su nombre:				
La enfermera fue amable y atenta cuando nos atendió:				
La enfermera me escuchó y respondió mis preguntas:				
D. EN LA CONSULTA MÉDICA			Sí	No
¿El expediente clínico ya estaba en el consultorio?				
¿Los análisis clínicos estaban integrados al expediente?				
¿El médico le permitió hablar sobre el estado de salud del paciente?				
¿El médico le explicó sobre el estado de salud del paciente?				
¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe seguir?				
¿El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?				

E. DESPUÉS DE LA CONSULTA MÉDICA.

La información que le proporcionó el médico, ¿Cómo la considera usted? (Marque con una "X").

- a) Muy clara b) Clara c) Regular d) Confusa e) No recibió información f) No contestó

Con el tiempo que esperó para pasar a consulta. ¿Usted quedó? (Marque con una "X").

- a) Muy satisfecho b) Satisfecho c) Más o menos satisfecho d) Insatisfecho e) Muy Insatisfecho

Desde el momento que ingresó al hospital y hasta este momento,

¿Dónde considera que ha invertido más tiempo? (Marque con una "X")

- En la entrada Cajas (Pagos) Con la enfermera En la sala de espera
 En la consulta médica Recibir nueva cita Otro

F. SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

(Marque con una "X").

Me encuentro satisfecho con la calidad de los cuidados y servicios recibidos en el hospital:

Sí

No

G. SOBRE EL TRATO DIGNO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS.

El trato que recibió usted en esta unidad fue: (Marque con una "X").

- a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo e) Muy malo

¿En qué área del servicio el personal le dió mal trato? (Marque con una "X").

- a) Recepción b) Archivo clínico c) Admisión d) Área médica e) Enfermería f) Trabajo social
g) Laboratorio h) Rayos X i) Farmacia j) Caja k) Relaciones Públicas l) Vigilancia J) Ninguna

Si tiene alguna Sugerencia, Felicitación o Queja le pedimos nos lo haga saber a través de los Buzones ubicados en las diferentes áreas de mayor afluencia de usuarios. También puede dirigirse al Área de Calidad donde con gusto le atenderemos.

El uso de esta información es CONFIDENCIAL.



PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE:



