



**Universidad Nacional Autónoma de México  
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración**

**“Programa Universidad del Paciente como estrategia administrativa para la  
promoción de la salud”**

**T e s i s**

Que para optar por el grado de:

**Maestra en Administración**

Presenta:

**María del Rocío Campos Leonel de Cervantes**

Tutor:

**Dr. Jorge Armando Juárez González  
División de Estudios de Posgrado**

Facultad de Contaduría y Administración

**Ciudad de México, noviembre de 2016.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



## Agradecimientos

Con todo mi amor a Rocío y María José, representan mi vida entera por haber fomentado el deseo de superación, por su apoyo, comprensión y consejos para lograr un sueño.

A Jorge por su comprensión y entrega, me inspira a luchar juntos.

A mi madre y hermanos porque siempre están conmigo en mi corazón.

Mis profesores de la maestría, una huella imborrable en mi memoria.

A mi tutor, Dr. Jorge Armando Juárez González, por su apoyo incondicional, cuidado y tiempo, así como a los sinodales por sus consejos y aportaciones dedicadas para esta investigación.

A la DGCHFR, por brindarme una oportunidad de crecimiento, por sus consejos y su apoyo, en especial a la Ing. María de Lourdes Gutiérrez García, por hacerlo posible al brindarme la oportunidad de continuar con mi desarrollo profesional, por su confianza y por compartirme su conocimiento para alcanzar el objetivo.

Al personal multidisciplinario que me abrieron las puertas y me ofrecieron su confianza y apoyo, una oportunidad de diálogo fraterno.

A mis familiares y amigos que me apoyaron en esta aventura, agradezco su ánimo compañía y amistad.

A mi casa de estudios la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por darme la oportunidad de crecimiento en áreas cognitivas y conductuales para enfrentar los retos de la vida.

A todos ustedes, Gracias.



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 1. IMPORTANCIA DE LOS RECURSOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD .....</b>	<b>11</b>
1.1 Conceptualización de la Promoción de la Salud.....	11
1.2 Dirección y Recursos Humanos .....	16
1.3 Énfasis en el Papel del Paciente/Usuario/Población.....	23
1.4 Costo de la Salud.....	25
1.5 Gasto Público en Salud.....	30
1.6 Enfermedades Crónicas.....	34
1.7 Evaluación Interna y Externa de la Calidad.....	38
1.8 Procesos y Metodología de la Calidad .....	41
1.9 Comunidades de Práctica .....	45
<b>CAPÍTULO 2.ORIGEN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA UNIVERSIDAD DEL PACIENTE .....</b>	<b>55</b>
2.1 El Papel de los Hospitales en la Promoción de la Salud .....	55
2.2 Surgimiento de Hospitales Promotores de Salud y la Universidad del Paciente .....	60
2.3 Universidad del Paciente en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” .....	63
<b>CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>69</b>
3.1 Antecedentes.....	69
3.2 Planteamiento del Problema.....	72
3.3 Preguntas objetivos e hipótesis de nuestra investigación .....	80

3.4 Matriz de Congruencia .....	82
3.5 Limitaciones del estudio.....	83
<b>CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>85</b>
4.1 Enfoque .....	85
4.2 Población de estudio y muestra .....	86
4.3 Instrumentos .....	87
4.4 Procedimiento .....	90
<b>CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>96</b>
5.1 Resultados de la Primera Entrevista.....	97
5.2 Resultados de la Segunda Entrevista.....	105
5.3 Validación de hipótesis .....	108
5.4 Liderazgo .....	118
5.5 Valores.....	119
5.6 Objetivos específicos relacionados con las actitudes.....	120
5.7 Atención Centrada en el Paciente .....	125
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>129</b>
Perfil de egreso del paciente.....	129
Características del curso o enfoque disciplinario .....	129
El papel del Tutor.....	131
Organización del programa .....	131
Sugerencias didácticas .....	132
La evaluación .....	132
<b>CAPITULO 6.CONCLUSIONES.....</b>	<b>136</b>

<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO 1. ENTREVISTA INICIAL .....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXO 2. ENTREVISTA A PROFUNDIDAD .....</b>	<b>153</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>155</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICAS .....</b>	<b>156</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>158</b>



## INTRODUCCIÓN

Las acciones de protección y prevención de las enfermedades y la promoción de la salud son elementos fundamentales que permean de manera horizontal en un modelo de atención actualizado, homologado, más resolutivo e integrador de todos los niveles de prestación de servicios. Por ello, el presente trabajo tiene como finalidad estudiar las áreas que han sido beneficiadas por el programa Universidad del Paciente como promotor de salud para otorgar calidad y seguridad del paciente. Sabemos que la salud es una condición para el desarrollo social y económico de los pueblos, a la vez que un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones, por ello, es imprescindible apoyar la necesidad de implementar mecanismos de comunicación y evaluación, que permitan analizar y buscar soluciones de manera conjunta entre los prestadores de servicios de la salud y los pacientes, a través del conocimiento, análisis de calidad y pertinencia.

Por otro lado, la profesión médica sufre transformaciones debido a la aparición de nuevas competencias para poder hacerle frente a los cambios curriculares y problemas originados por su educación tecnológica, derivado de ello, y como transmisor de su conocimiento a los pacientes, cobra gran relevancia la empatía y la facilidad de comunicación que posea. Por ello, se requiere ampliar el concepto de educación y aceptar que es responsabilidad de toda la sociedad, así como un compromiso compartido. La sociedad exige un cambio profundo que replantee no sólo lo que se enseña, sino también cómo se enseña, dónde se enseña y para qué se enseña.

Una institución hospitalaria opera gracias al esfuerzo y la cooperación de cada uno de sus miembros. En una institución hospitalaria los problemas se resuelven al compartir normas y valores, ya que de otra forma se afecta la productividad. En una institución hospitalaria no hay división del trabajo, todos están involucrados en una sola tarea. En una institución, los cambios de conducta, la capacidad para resolver problemas y el diseñar nuevas opciones surgen cuando el hospital es capaz de resolver problemas. Derivado de ello, en el primer capítulo, se analizará el contexto a través de la conceptualización de la Promoción de la Salud, la Dirección y Recursos Humanos, del énfasis en el papel del paciente/usuario/población, del costo de la salud y del gasto público en Salud. En el segundo capítulo se presentarán los grandes retos que enfrentan

las organizaciones actualmente y que para su resolución requieren de una visión integral. El educar a la comunidad a cuidar su salud representa un desafío, por ello se busca un cambio de paradigma en los hospitales en el que los pacientes aprendan sobre su enfermedad y que al ser transmisores, aumente su calidad de vida para sí mismos y en sus comunidades. Surge así el programa, la Universidad del Paciente, que constituye un referente para el diseño y para la puesta en marcha de acciones que conducen al desarrollo y que impactan positivamente en la evolución de sus miembros y de la comunidad. Prueba de ello es el desarrollo que ha tenido en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Mención importante es que este programa iniciado en el General de México, ha sido implementado en otros cinco hospitales públicos adecuando en cada institución los grupos multidisciplinarios conforme a la misión de cada uno.

Considerando que el hospital tiene como responsabilidad el conservar, promover y mejorar la salud de la población, todas las actividades de atención médica se orientan a reparar la salud, en el menor tiempo posible y al menor costo y aporta los mejores y mayores beneficios para el restablecimiento de la misma, tanto en casos sencillos como en patologías de diversas etiologías. El hospital es una institución de compleja estructura administrativa que labora las 24 horas todos los días del año. Si los hospitales se orientan solamente a ver la calidad científica, pierde el sentido social y lleva a las organizaciones a desviar el sentido humano para lo que han sido diseñados, pero si pierde el sentido científico y humanístico y solamente se orienta a lo administrativo pierde la esencia para lo que ha sido hecho, por ello, se busca un equilibrio entre lo científico, la educación, la investigación y la administración. La institución encamina todo el esfuerzo para poder acercarse a la comunidad y no nada más a la que se acude a ella por necesidad, debiendo ser un hospital referente, un hospital que educa, un hospital que influye en su desarrollo. Por ello en el tercer capítulo se describirá la problemática y se plantearán las preguntas, objetivos e hipótesis de investigación.

El diseño de la investigación del presente trabajo (entrevistas utilizadas) se describe en el cuarto capítulo mientras que los resultados de las entrevistas y la validación de la hipótesis se presentan en el quinto capítulo. Las recomendaciones y conclusiones se presentan al final de la investigación, donde a partir de las características enunciadas se puede señalar que se pone en evidencia la necesidad de la presente

investigación, que es el desarrollar la capacidad de las instituciones de atención hospitalaria para mejorar las actividades de promoción de la salud fomentando el autocuidado y la corresponsabilidad del paciente en su padecimiento crónico, igualmente el identificar la estructura y el proceso del Programa Universidad del Paciente como hospital promotor de salud para otorgar calidad y seguridad al paciente, finalmente, cuáles son sus resultados, explorar la forma en que fue desarrollado, el impacto en sus comunidades y en la atención de padecimientos crónico degenerativos en el hospital.

## **CAPÍTULO 1. IMPORTANCIA DE LOS RECURSOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

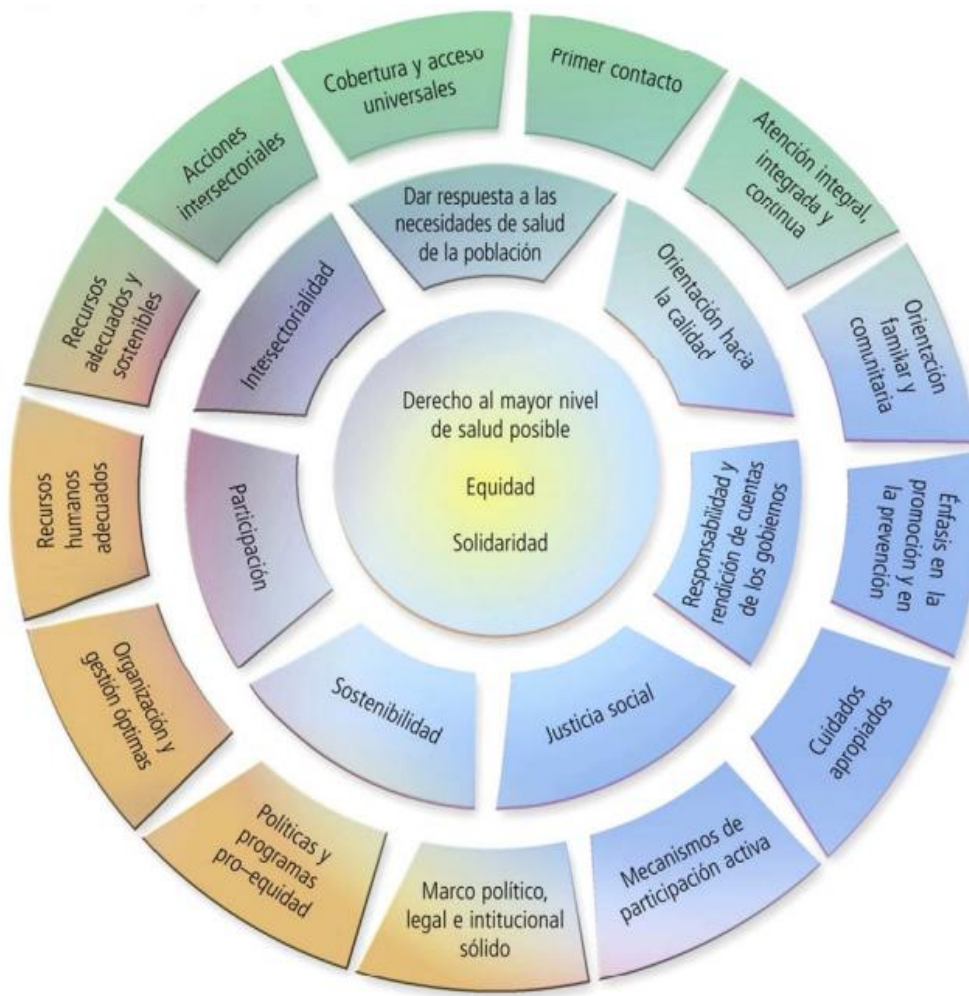
En este capítulo desglosaremos los temas, conceptualización de la Promoción de la salud, que son las comunidades de práctica y su importancia en el programa, la adecuada dirección hospitalaria y el apoyo de los recursos humanos, el costo de la salud y el gasto público, las enfermedades crónicas que prevalecen en la población, el papel del paciente/usuario/población y finalmente la calidad, procesos, metodología y evaluación, que ayudan a determinar el contexto de la Universidad del Paciente.

### **1.1 Conceptualización de la Promoción de la Salud**

A cuatro decenios de la reunión de Alma Ata, URSS, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la Organización Mundial de Salud, OMS, llevada a cabo durante septiembre de 1978, se consideró la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial, proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Por ello se concibe la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y el desarrollo de los sistemas de salud. De acuerdo a Frenk (1995), toma renovada fuerza con el reconocimiento cada vez más creciente de que los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud resultan más equitativos y obtienen mejores resultados en salud.

Los Estados Miembros de la OPS,(OMS,2007) en base a los acuerdos de sus cuerpos directivos, transitan por procesos de renovación de la Atención Primaria en Salud (APS) caracterizados por la transformación y consolidación de sistemas de salud basados en la APS como "...un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema" (Figura No.1)

Figura No. 1 Sistemas de Salud basado en Acciones de Promoción de la Salud. Valores, Principios y Elementos



Fuente: OPS. Organización Panamericana de Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*. Washington D.C. pág. 14.

Esta estrategia llama a los países de la región a:

- a) Completar la implementación de la APS allí donde este proceso haya fallado (la agenda inconclusa).
- b) A fortalecer la APS para afrontar los nuevos desafíos.
- c) A incorporar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano. (IOM, 2001).

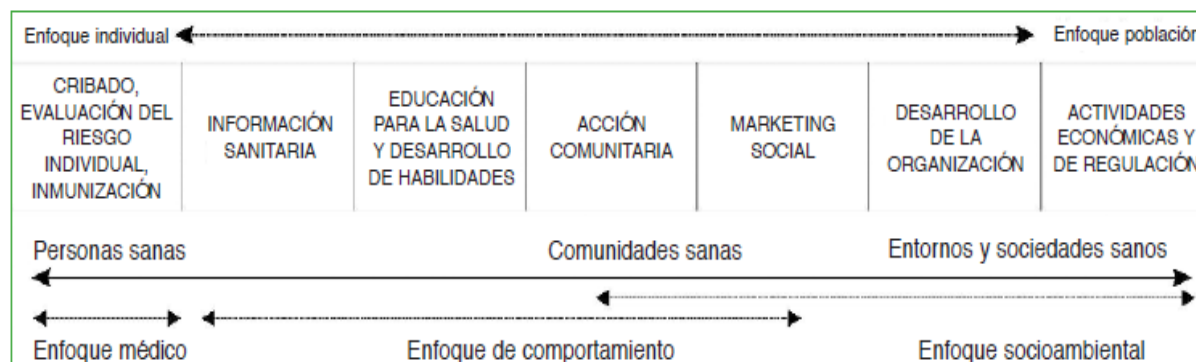
El informe mundial de la salud del año 2008 plantea en ese mismo sentido que la APS es ahora “más necesaria que nunca” y convoca a cuatro conjuntos de reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos, basados en “valores compartidos que gozan de amplio apoyo y en desafíos comunes a un mundo en proceso de globalización” (Bengoa, 2006)

El término Promoción de la Salud se puede confundir a menudo con términos como Prevención de la Enfermedad, Educación para la Salud y Empoderamiento. Recordemos que son las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Se define que la Educación para la Salud “comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”. (Scheffer, 2010). El empoderamiento y la Promoción de la Salud se refieren a un concepto más amplio puesto en relieve en la Carta de Bangkok como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (OMS, 2005).

En la práctica, estos términos se utilizan de forma complementaria o intercambiable, y las medidas para su implantación pueden solaparse, a pesar de que existen grandes diferencias conceptuales en relación con el centro de atención y el impacto de las actividades de promoción de la salud, según se muestra en la siguiente figura: (Figura 2):

Figura No.2. Estrategias para la promoción de la salud



Fuente: Bensberg, M. (2002). *A framework for health promoting Emergency Departments?* Health promotion internacional. Vol. 17 No. 2. Oxford University Press.pag.179-188.

Mientras que el enfoque médico se centra en los factores de riesgo fisiológicos (como la presión arterial alta o el grado de inmunización), el enfoque sobre el comportamiento se centra en los factores del estilo de vida (como por ejemplo el tabaquismo o la falta de ejercicio físico); el enfoque socio ambiental se centra en las condiciones de vida generales (como el bajo nivel educativo o la pobreza). Por tanto, la Promoción de la Salud incluye, a los enfoques médicos orientados a curar a las personas, aunque va mucho más allá. (Bensberg, 2002).

Podemos concluir entonces que las actividades de promoción de la salud, son aquellas medidas concretas, como son el evaluar a pacientes y facilitar información específica para ayudar a reconocer los síntomas de una enfermedad, así como acciones complejas, que ayudan al paciente a desempeñar un papel activo en la gestión de su enfermedad.

La definición más utilizada y referenciada de la “atención centrada en el paciente” es la del IOM (2001): “Provisión de atención sanitaria que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores del paciente, asegurando que guían todas las decisiones clínicas”. Por otra parte, hay propuestas de ampliación del término que incluyen explícitamente a la familia o allegados (“Patient-and Family-centred care”), así como a la población en su conjunto (“People-centred health care”); y por otra, intentos

diversos de explicar más concretamente cuáles son las características de los procesos asistenciales que los identificarían como “centrados en el paciente”. Una revisión de definiciones y principios en torno a la atención centrada en el paciente realizada por la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO), destaca como elemento común a todas las definiciones el respeto por las necesidades, preferencias y valores de los pacientes. (OCDE, 2012).

Para Saturno (2012) la primera objeción del sistema de atención tradicional es la cuestión de si el profesional sanitario acepta y se pliega a todas las peticiones de los pacientes para poder cumplir con esta dimensión de la calidad. En este sentido, conviene destacar que la clave es lograr el compromiso del paciente como participante activo de su propio proceso asistencial, pero cuestionando sus creencias y valores cuando sea necesario para optimizar el tratamiento. No es, por tanto, capitular ante todas las peticiones del paciente; dar información y esperar que el paciente la entienda y utilice por su cuenta; o centrar las actuaciones en la enfermedad, la tecnología o las necesidades de los centros asistenciales. El punto más importante es la comunicación; y el principal, la atención a la persona, no sólo a la enfermedad. Lo que sí parece obvio es que en los sistemas de salud no es frecuente la atención centrada en el paciente, sino que es el paciente el que se adapta al sistema y navega con dificultades entre sus muchas intersecciones, sin contemplar en realidad sus necesidades y expectativas. Y continúa refiriendo Saturno (2012) que desde el punto de vista práctico y metodológico para la gestión de la calidad, la atención centrada en el paciente implica por una parte un rediseño a fondo de sistemas y procesos asistenciales para incorporarla de forma efectiva; y por otra, una revisión y utilización de herramientas de medición válidas y útiles para los fines de su monitorización y mejora continua. A nivel general, el rediseño de los procesos asistenciales se vincula principalmente con problemas estructurales (organizativos) de accesibilidad, coordinación de servicios y continuidad de cuidados, transparencia informativa y participación comunitaria.

A nivel de procesos asistenciales específicos, implica incorporar el respeto a las preferencias, participación del paciente, una información compartida adaptada a las preocupaciones, creencias y expectativas de cada paciente en particular, una deliberación compartida en las decisiones a lo largo de todo el proceso de atención, y lograr en



definitiva lo que se ha llamado un “pensamiento compartido” o forma similar de ver las cosas entre profesionales y pacientes para abordar situaciones y decisiones. (Saturno, 2012).

El reto supera con creces el concepto de “satisfacción del paciente”, que ha pasado a ser sólo uno de los resultados que hay que intentar conseguir al prestar atención sanitaria. El foco es ahora la estructura y procesos que logren atender real y adecuadamente, con respeto y participación, las necesidades y expectativas de pacientes y población. Quizá lo menos desarrollado, y más necesario en la actualidad, son las herramientas y metodologías para facilitar la participación activa del paciente/población en la toma de decisiones y en su propio proceso asistencial. Hay, no obstante, experiencias consolidadas y pioneras en este terreno como el Programa Universidad del Paciente impulsado por el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

## **1.2 Dirección y Recursos Humanos**

Es indudable que el desarrollo de los conocimientos administrativos y la experiencia de los directivos, nos integran el día de hoy todo un arsenal de conocimientos y nos da la visión de punto de partida y guías que nos ayudan a la mejor comprensión de los procesos. La administración ha tenido en su evolución caminos estrechos y también se ha tenido que hacer camino para plantear procesos y desarrollo. (Romero, 2000). La gerencia ha tenido la sabiduría de aprender de estos conocimientos para bien propio y del desarrollo de sus herramientas, lo que le ha dado el ingenio para la creatividad en la propia empresa o institución. (Ruelas, 2003). Koontz y O Donnell (Barquín,2003)) definen la administración como “la dirección de un organismo social y su efectividad en alcanzar sus objetivos, fundada en la habilidad de conducir a sus integrantes” y por su parte, Mooney (Malagón,2000) como “el arte o técnica de dirigir e inspirar a los demás con base en un producto y claro conocimiento de la naturaleza humana”, podemos entender entonces a la gestión como medio integrador de la administración y a la gerencia como el motor que necesitan ambas para desplazarse más rápido de lo que lo vienen haciendo. Se busca el rediseño radical de un proceso para lograr las mejoras dramáticas en velocidad, calidad y servicio; se trata de hacer los procesos esenciales de la empresa y las cosas importantes de la misma, más rápidos y más baratos. (Raffish, 1991)

Refiere Frank (2001) que en el libro “Out of the Crisis” de W. Edward Deming, se proporcionó una orientación para transformar el estilo estático de administrar norteamericano, para los cuales proporcionó 14 puntos que a continuación se mencionan:

- a. Crear constancia de propósitos para la mejora de productos y servicios; más que hacer dinero es mantenerse en el negocio y brindar empleo por medio de la innovación, la investigación, la mejora constante y el mantenimiento.
- b. Adoptar una nueva filosofía; necesitamos una nueva religión en la cual los errores y el negativismo sean inaceptables.
- c. Dejar de confiar en la inspección masiva; la calidad no proviene de la inspección sino de la mejora del proceso. Con instrucción, se pueden reclutar trabajadores para que participen en esta mejora.
- d. Poner fin a la práctica de conceder negocios con base en el precio únicamente; esto conduce a provisiones de mala calidad. En lugar de ello, los compradores deben buscar la mejor calidad en una relación de largo plazo con un solo proveedor para determinado artículo.
- e. Mejorar constantemente y por siempre el sistema de producción y servicios; La mejora no es un esfuerzo de una sola vez. La administración está obligada a buscar constantemente maneras de reducir el desperdicio y mejorar la calidad.
- f. Instituir la capacitación; Los trabajadores no pueden cumplir bien su trabajo porque nadie les dice cómo hacerlo.
- g. Instituir el liderazgo; La tarea del supervisor no es decir a la gente que hacer, ni castigarla, sino dirigirla, lo cual consiste en ayudarla al personal a hacer un mejor trabajo y en aprender por métodos objetivos quién necesita ayuda individual.
- h. Eliminar el temor; las pérdidas económicas a causa del temor son terribles. Para garantizar mejor calidad y más productividad es necesario que la gente se sienta segura.

- i. Derribar las barreras que hay entre las áreas; ya que los trabajadores compiten entre sí o tienen metas que chocan. No laboran como equipo para resolver o prever problemas, y, peor todavía, las metas de un departamento pueden causarle problemas a otro.
- j. Eliminar los lemas, las exhortaciones y las metas de producción para la fuerza laboral; estas cosas nunca le ayudaron a nadie a desempeñar bien su trabajo. Es mejor dejar que los trabajadores formulen sus propios lemas.
- k. Eliminar las cuotas numéricas; solamente tienen en cuenta los números, no calidad ni métodos. Generalmente son una garantía de ineficiencia y alto costo. La persona por conservar el empleo, cumple la cuota a cualquier costo sin tener en cuenta el perjuicio para la empresa.
- l. Remover las barreras que impiden el orgullo de un trabajo bien hecho; La gente desea hacer un buen trabajo y le mortifica no poder hacerlo. Con mucha frecuencia, los supervisores mal orientados, los equipos defectuosos y los materiales imperfectos obstaculizan un buen desempeño. Es preciso remover esas barreras.
- m. Instituir un programa vigoroso de educación y re-capacitación; la administración y la fuerza laboral tendrán que instruirse en los nuevos métodos, entre ellos el trabajo en equipo y las técnicas estadísticas.
- n. Tomar medidas para llevar a cabo la transformación; para llevar a cabo la misión de calidad se necesitará un grupo especial de la alta administración con un plan de acción. Los trabajadores no pueden hacerlo solos, y los administradores tampoco

Y también refiere Clifford (2002) que se identificó lo que llamó “las siete enfermedades mortales” que afectan el proceso de planeación y de reingeniería que son:

- a. Falta de constancia en el propósito; una empresa que carece de constancia en el propósito no tendrá planes a largo plazo para mantenerse en el negocio. La administración es insegura y los empleados también.

- b. Énfasis en las utilidades a corto plazo; buscar un aumento en el dividendo trimestral es algo que mina la calidad y la productividad.
- c. Evaluación según el desempeño, calificación de méritos o revisión anual del desempeño; sus efectos son devastadores. Se destruye el trabajo en equipo y se fomenta la rivalidad. La calificación del desempeño suscita temor y deja al personal amargado, desanimado, derrotado. También promueve la defección en las filas de la administración.
- d. Movilidad de la administración; los administradores que saltan de un lugar a otro nunca llegan a entender las empresas en que trabajan y permanecen allí el tiempo suficiente para profundizar en los cambios a largo plazo que son necesarios para la calidad y la productividad.
- e. Dirigir la empresa basándose únicamente en cifras visibles; las cifras más importantes son desconocidas e imposibles de conocer, por ejemplo, el efecto “multiplicador” de un cliente satisfecho.
- f. Costos excesivos de la atención médica de los empleados, lo cual aumenta los costos finales de bienes y servicios.
- g. Costos excesivos de garantía, agravados por abogados que trabajan sobre la base de honorarios de contingencia.

A la mayoría de las personas se le pide y exige alta calidad, bajo costo y terminar en tiempo sus funciones. Las organizaciones cuentan con una masa crítica de personas que comprendan los catorce puntos, las siete enfermedades mortales y los obstáculos. (Munich, 1986) Esto sin duda podrá ayudar a aumentar la rentabilidad, la satisfacción en clientes, la disminución de costos, aumento de ingresos, mejora de calidad y productividad, aumento de la participación de mercado, aumento de precisión y de la rapidez.

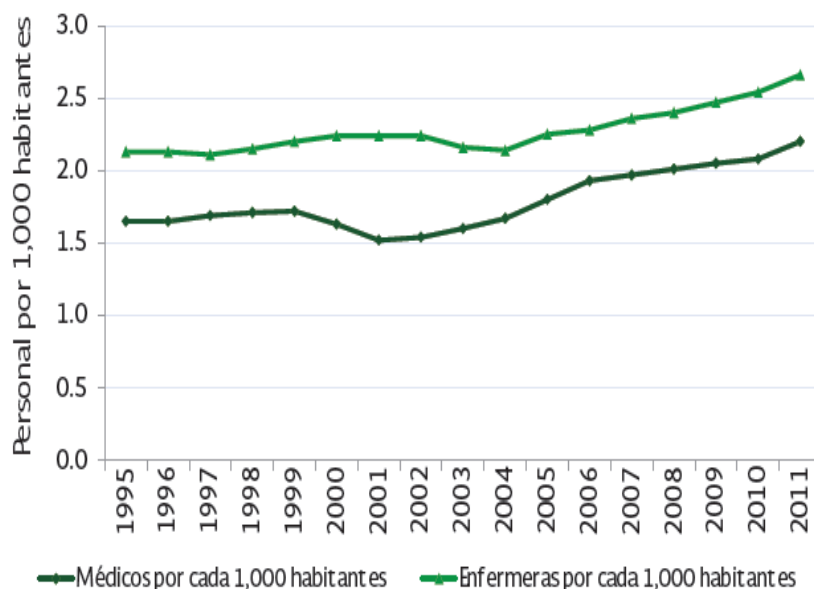
Así entonces, los sistemas de salud y sus subsistemas (clínicas, hospitales, unidades médicas, etcétera) buscarán contar con una administración eficiente, con el

objeto de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande. (Malagon, 2000) El desafío de los sistemas de salud en nuestro tiempo, consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos. (Terry y Franklin, 1985).

En todo país en vías de desarrollo y en el nuestro, es imperativa la meta de resolver los problemas humanos que tiendan al mejor aprovechamiento de los recursos siempre limitados. Para lograrlo, se han implementado diversas políticas y procedimientos acordes con la evolución de los conceptos y las técnicas de la administración. La administración en salud no podía escapar a esa corriente, ya que con ella se propicia un desarrollo adecuado de la operación, a fin de alcanzar resultados óptimos en la prestación de los servicios. (Barquín, 2003).

Los recursos humanos son estratégicos para el buen desempeño de cualquier sistema de salud. El reto es desarrollar una fuerza laboral para la salud que esté disponible, tenga arraigo en las comunidades, sea competente, productiva y responda a las necesidades de la población con prioridad hacia la prevención y promoción de la salud. Hoy el sector público enfrenta diversos retos fundamentales respecto a los recursos humanos, que en realidad son un reflejo de la situación en la infraestructura (OCDE 2012). Primero, si bien en los últimos años se ha observado un crecimiento del personal de salud en contacto con el paciente (Gráfica 1), el número de médicos y enfermeras es bajo en comparación con el promedio de los países de la OCDE. En México el número actual de médicos por 1,000 habitantes es de 2.2 y de enfermeras por 1,000 habitantes de 2.7; mientras que el promedio de la OCDE es de 3.2 médicos por 1,000 habitantes y 8.7 enfermeras por 1,000 habitantes respectivamente (OCDE, 2012). Para llegar a los mismos estándares se debería incrementar 50% la cifra de médicos y más que triplicar la cifra de enfermeras.

Gráfica 1. Personal médico en contacto con pacientes, México 1995-2011



Fuente: OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). Health data 2013. Disponible en línea en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (consultado en agosto de 2015).

En segundo lugar, se observa una concentración geográfica y de horario de atención. Existe una tendencia a que los recursos humanos se concentren en las áreas urbanas, debido a que los incentivos personales y profesionales para establecerse en centros de atención lejanos a las grandes ciudades son escasos o inexistentes. Además, la mayor parte de las plantillas de personal de salud en las diferentes instituciones médicas, se concentra en turnos matutinos, careciendo de atención en turnos vespertinos, nocturnos y fines de semana. En tercer lugar, el perfil de la plantilla de profesionales en las unidades médicas del sector salud y la forma grupal de organizarse no están alineados con las necesidades de salud de la población. Se observa, por un lado, una excesiva especialización del personal médico en áreas inadecuadas respecto del perfil epidemiológico y, por el otro, una carencia de profesionales con las habilidades idóneas para atender

Hoy no existen plazas suficientes en ciertas especialidades como nutrición, salud mental o gerontología, las cuales, son indispensables de acuerdo al perfil de morbilidad que se observa en México, y que de acuerdo a la experiencia internacional, son clave en equipos multidisciplinarios especializados para llevar el control exitoso de pacientes crónicos. A esto se añade que en un sistema centrado en la persona, el perfil de cada

paciente requiere que el personal médico reconozca la interculturalidad de la población, y se apegue al cumplimiento de los derechos humanos y los criterios éticos, además de que cuente con las habilidades interpersonales y de comunicación, aspectos que no siempre están incorporados al conjunto de competencias del personal médico que brinda servicios en las unidades. (SINAIS, 2014)

En lo que respecta al primer nivel de atención, el rol del personal de enfermería no ha sido aprovechado en su totalidad. Aun cuando su formación le permite hacerse cargo de algunas de las necesidades de cuidados de la población y es el personal que está más en contacto con el paciente, continúa fungiendo como auxiliar del personal médico. La experiencia en otros países muestra beneficios positivos en los resultados de salud y tiempos de espera al permitir una mayor participación del personal de enfermería en la prestación de servicios. La situación que se vive en las unidades de salud respecto a los recursos humanos es el resultado de todo un proceso que incluye la planeación, formación, gestión, capacitación y evaluación; en el que concurren las decisiones de las personas, la oferta de programas y su enfoque en los centros educativos y de formación, las estrategias de recursos humanos de los propios prestadores de servicios (limitados además por los propios contratos de trabajo) y las políticas que se establezcan desde el ámbito de la rectoría. (SS, 2013)

Esta multiplicidad de factores restringidos además por cuestiones presupuestales, genera un panorama complejo que llama a establecer esfuerzos de coordinación intersectoriales, interinstitucionales y de los diferentes órdenes de gobierno; pone de manifiesto además la necesidad de fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria y de hacer más eficiente el financiamiento público para los recursos humanos. No obstante, se está consciente de que cambiar el panorama general de la adecuación de los recursos humanos a las nuevas necesidades del país, aun implementando políticas transformadoras que fortalezcan el primer nivel de atención con un modelo más homogéneo, será una realidad en el mediano y largo plazos. (SS, 2013). Y es por ello que en nuestra investigación, planteamos que la Universidad del paciente sea la base para ser un Hospital Promotor de Salud y que sea el modelo para ser implementado en otras unidades médicas.

### 1.3 Énfasis en el Papel del Paciente/Usuario/Población

Tras la Seguridad, parece que la dimensión de la calidad que está en vías de ser foco prioritario para los sistemas de Gestión de la Calidad es la “atención centrada en el paciente”. La idea en sí no es nueva, puesto que es la esencia misma de todas las definiciones de calidad, que la tienen como eje central desde que se empezó a definir la calidad en cualquier ámbito (calidad: “cumplir con las necesidades y expectativas del usuario del producto o servicio a quien vaya dirigido”), pero como dimensión concreta de la calidad, medible y específica, ha ido evolucionando en los últimos años y aún está en cierto modo en proceso de evolución (Saturno, 2012)

En este proceso, se comenzó por enfatizar la “satisfacción”, y su inclusión explícita como dimensión/resultado del cumplimiento de necesidades y expectativas en casi todos los esquemas de medición de la calidad que se manejaban. Esta circunstancia motivó una atención considerable a su comprensión como “constructo” y en la búsqueda de la forma de medirla, generalmente mediante encuestas, para incorporarla a los sistemas de monitoreo para la mejora continua de la calidad. (Saturno, 2012)

El concepto de satisfacción como dimensión de la calidad empezó pronto a complementarse, o más bien a ampliarse, con el de “aceptabilidad de la atención”, a la vez que iba siendo cada vez más evidente la escasa operatividad de las encuestas de satisfacción como tales, si no eran capaces de identificar las causas sobre las que se podría actuar para mejorarla. Cobró entonces fuerza otro tipo de enfoque y encuesta, los “Informes del paciente” (Patients’ reports) que medían no ya el nivel de satisfacción sino los problemas encontrados en la experiencia asistencial desde el punto de vista del paciente. Este paso desde un resultado subjetivo (la satisfacción) a un proceso objetivo (problemas en la experiencia asistencial) ha ido en paralelo a una nueva concepción del punto de vista del paciente como dimensión de la calidad, incorporado con el término “atención centrada en el paciente”, adoptado “oficialmente” por el IOM en su publicación de 2012 y utilizado en casi todo el mundo, hasta llegar a convertirse en eje central de la política sanitaria de la OMS en sitios como algunas provincias canadienses y la Región del Pacífico Occidental y Sudeste asiático, que han instaurado un Programa específico sobre esta materia (Gómez D:O et al, 2011).



Recordemos que la definición más utilizada y referenciada de la “atención centrada en el paciente” es la del IOM (2001): “Provisión de atención sanitaria que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores del paciente, asegurando que guían todas las decisiones clínicas”, pero no es la única. Por una parte, hay propuestas de ampliación del término que incluyen explícitamente a la familia o allegados (“Patient-and Family-centred care”), así como a la población en su conjunto (“People-centred health care”); y por otra, intentos diversos de explicar más concretamente cuáles son las características de los procesos asistenciales que los identificarían como “centrados en el paciente”. (Gómez D: O et al, 2011). Una revisión de definiciones y principios en torno a la atención centrada en el paciente realizada por la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO) (OCDE, 2012), destaca como elemento común a todas las definiciones el respeto por las necesidades, preferencias y valores de los pacientes. La primera objeción del sistema de atención tradicional es la cuestión de si el profesional sanitario acepta y se pliega a todas las peticiones de los pacientes para poder cumplir con esta dimensión de la calidad. En este sentido, conviene destacar que la clave es lograr el compromiso del paciente como participante activo de su propio proceso asistencial, pero cuestionando sus creencias y valores cuando sea necesario para optimizar el tratamiento.

No es, por tanto, capitular ante todas las peticiones del paciente; dar información y esperar que el paciente la entienda y utilice por su cuenta; o centrar las actuaciones en la enfermedad, la tecnología o las necesidades de los centros asistenciales (OMS, 2010). El ingrediente secreto de esta salsa es, obviamente, la comunicación; y el principal, la atención a la persona, no sólo a la enfermedad. También se ha apuntado que un límite claro a la concesión acrítica a las preferencias del paciente sería que éstas resultasen perjudiciales para el resto de pacientes o población, pasando la discusión desde la atención individual a la colectiva, una tensión no siempre resuelta o tenida en cuenta en las definiciones de calidad.

Desde el punto de vista práctico y metodológico para la gestión de la calidad, la atención centrada en el paciente implica por una parte un rediseño a fondo de sistemas y procesos asistenciales para incorporarla de forma efectiva; y por otra, una revisión y utilización de herramientas de medición válidas y útiles para los fines de su monitorización

y mejora continua. A nivel general, el rediseño de los procesos asistenciales se vincula principalmente con problemas estructurales (organizativos) de accesibilidad, coordinación de servicios y continuidad de cuidados, transparencia informativa y participación comunitaria. A nivel de procesos asistenciales específicos, implica incorporar el respeto a las preferencias, participación del paciente, una información compartida adaptada a las preocupaciones, creencias y expectativas de cada paciente en particular, una deliberación compartida en las decisiones a lo largo de todo el proceso de atención, y lograr en definitiva lo que se ha llamado un “pensamiento compartido” o forma similar de ver las cosas entre profesionales y pacientes para abordar situaciones y decisiones. (Saturno, 2012)

El reto supera con creces el concepto de “satisfacción del paciente”, que ha pasado a ser sólo uno de los resultados que hay que intentar conseguir al prestar atención sanitaria. El foco es ahora la estructura y procesos que logren atender real y adecuadamente, con respeto y participación, las necesidades y expectativas de pacientes y población. Quizá lo menos desarrollado, y más necesario en la actualidad, son las herramientas y metodologías para facilitar la participación activa del paciente/población en la toma de decisiones y en su propio proceso asistencial. Conviene subrayar que, aunque incorporar la atención centrada en el paciente a los procesos y sistemas asistenciales tiene sentido y validez en sí mismo (Garrido, 2008), hay también estudios que demuestran su repercusión positiva en la efectividad y eficiencia de la atención, aunque aún no de forma inequívoca debido en parte a las dificultades multifacéticas del concepto en sí (SINAIS, 2014). Finalmente, las implicaciones que esta tendencia está teniendo para los sistemas de monitorización son también de gran relevancia. Se necesitan herramientas e indicadores que incorporen de forma objetiva hasta qué punto hay o no problemas relacionados con la atención al paciente, respetuosa y participativa. Esta información ha de venir sobre todo de los propios pacientes, que son los protagonistas que pueden juzgar e informar lo que está ocurriendo.

#### **1.4 Costo de la Salud**

De acuerdo con Gutiérrez, Guajardo y Álvarez (2012), el costo indirecto por pérdida de productividad debida a muerte prematura en población en edad de trabajar,

derivada de cuatro grupos de enfermedades vinculadas con la obesidad, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y cáncer colon-rectal, se estimó para 2008 en 25,000 millones de pesos y se estima que en el 2017 se ubique entre 73,000 y 101,000 millones de pesos. Se reconoce, sin embargo, que la inequidad responde principalmente a los niveles de pobreza, educación, infraestructura pública y en el hogar, y a otros determinantes sociales (Gómez D. et al. 2011).

Diversos estudios han documentado ampliamente las carencias sociales de grupos importantes de la población del país (CONAPO 2014). Esta situación implica que las políticas de salud, sobre todo para las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, podrán llevarse a cabo coordinadamente con otras políticas sociales y económicas; lo que implica establecer acciones intersectoriales y en conjunto con todos los órdenes de gobierno.(SS,2012). La promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la protección contra los riesgos a la salud en cualquier actividad de la vida son las herramientas con las que cuenta el sector salud para asegurar que la integridad física y mental de una persona sólo se vea amenazada por factores genéticos o por el proceso de envejecimiento.

A través de décadas, el sector salud ha avanzado significativamente en temas de control de riesgos sanitarios y de salud pública. Por un lado, la aplicación de la regulación existente para el control, vigilancia y fomento sanitario del agua, los alimentos, los productos no alimentarios para uso humano, la salud ocupacional y la sanidad internacional, brindan una base para el desarrollo saludable de la población.(SS,2012) No obstante, es fundamental hacer de las acciones de protección, prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud un elemento básico que permee de manera horizontal en un modelo de atención actualizado, homologado y más resolutivo e integrador de todos los niveles de prestación de servicios.

Si las acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de enfermedades son la forma de mantener a la población sana, el acceso efectivo con calidad a servicios médicos (incluyendo prevención secundaria) es la política con que cuenta el Estado para asegurar que una enfermedad no prospere o retrase su desarrollo, una pronta recuperación de la persona enferma, o una rehabilitación adecuada de la

persona lesionada o discapacitada; por ello, el acceso efectivo con calidad es el segundo objetivo que persiguen los sistemas de salud(SS,2012), más sin embargo no se logra en las instituciones de salud, porque el logro de este objetivo implica que los sistemas de salud deberán responder a las necesidades y expectativas de la población; es decir, asegurar la calidad técnica e interpersonal en los servicios de atención.

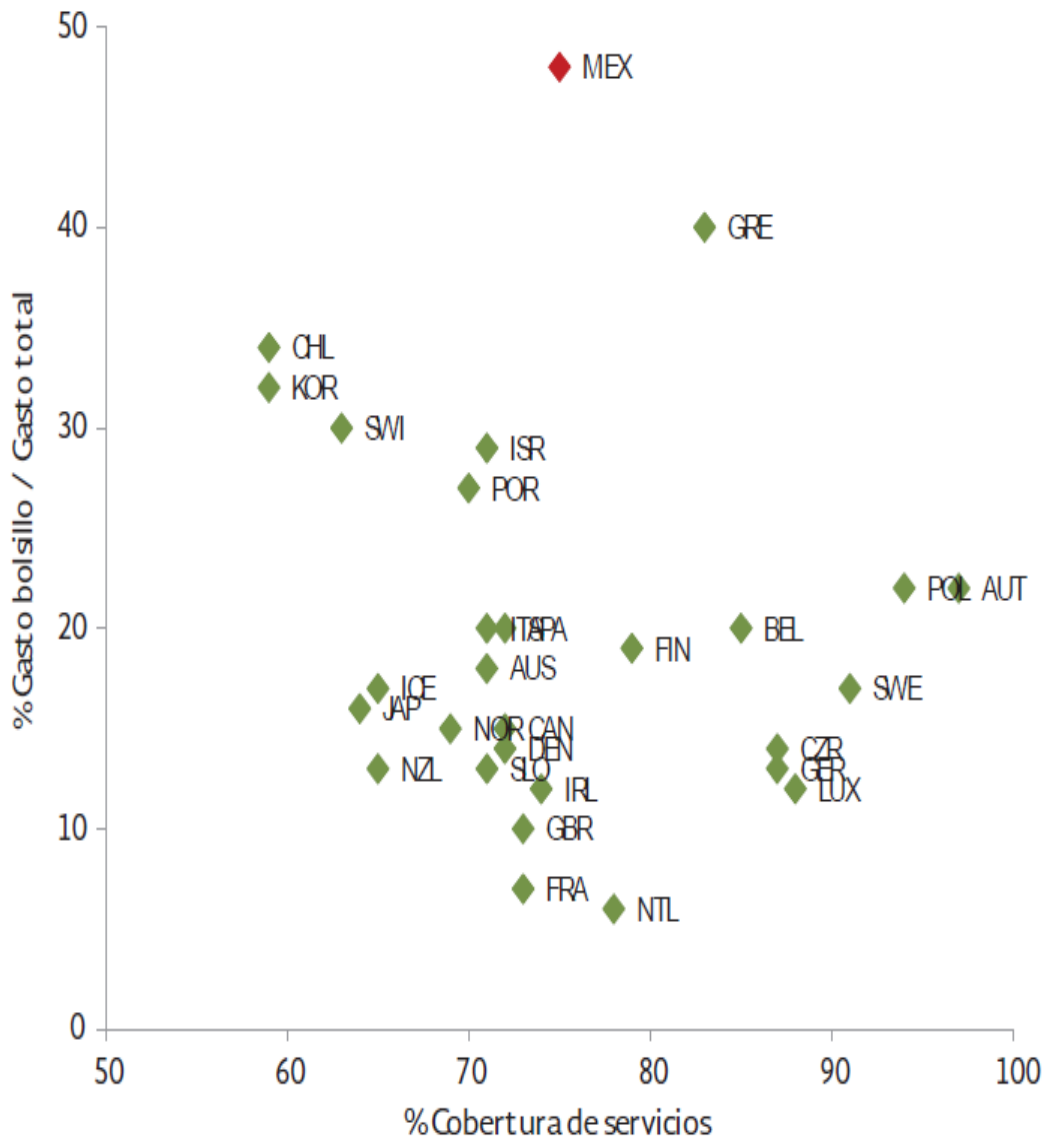
Aun cuando la cobertura de aseguramiento público ha aumentado considerablemente a través de los años, un tema de preocupación fundamental radica en el hecho de que el gasto de bolsillo no ha disminuido a los niveles esperados, manteniéndose cerca del 50%.Esta situación es de hecho un caso de excepción en los países de la OCDE. (2012).

De acuerdo con un estudio desarrollado por este organismo internacional (OCDE 2012), en el que se compara un indicador de cobertura pública de servicios (que incluye cobertura poblacional, beneficios cubiertos, el paquete garantizado, copagos y otras dimensiones que miden la protección que otorgan los programas de aseguramiento público) versus el gasto de bolsillo, México se ubica entre los países que proporcionan la mayor cobertura, pero el gasto de bolsillo es más del doble que el registrado en la mayoría de los países (ver Gráfica 2)

Este excesivo gasto de bolsillo indica que la población decide utilizar servicios privados pues los percibe con mayor calidad o enfrenta problemas de acceso a servicios públicos (OCDE 2012). La ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 revelan que de las personas que se atendieron en las diferentes instituciones la percepción de la calidad en la atención es mayor en el sector privado, a pesar de que ésta ha mejorado en los establecimientos públicos en los últimos años (ver Gráfica 3).

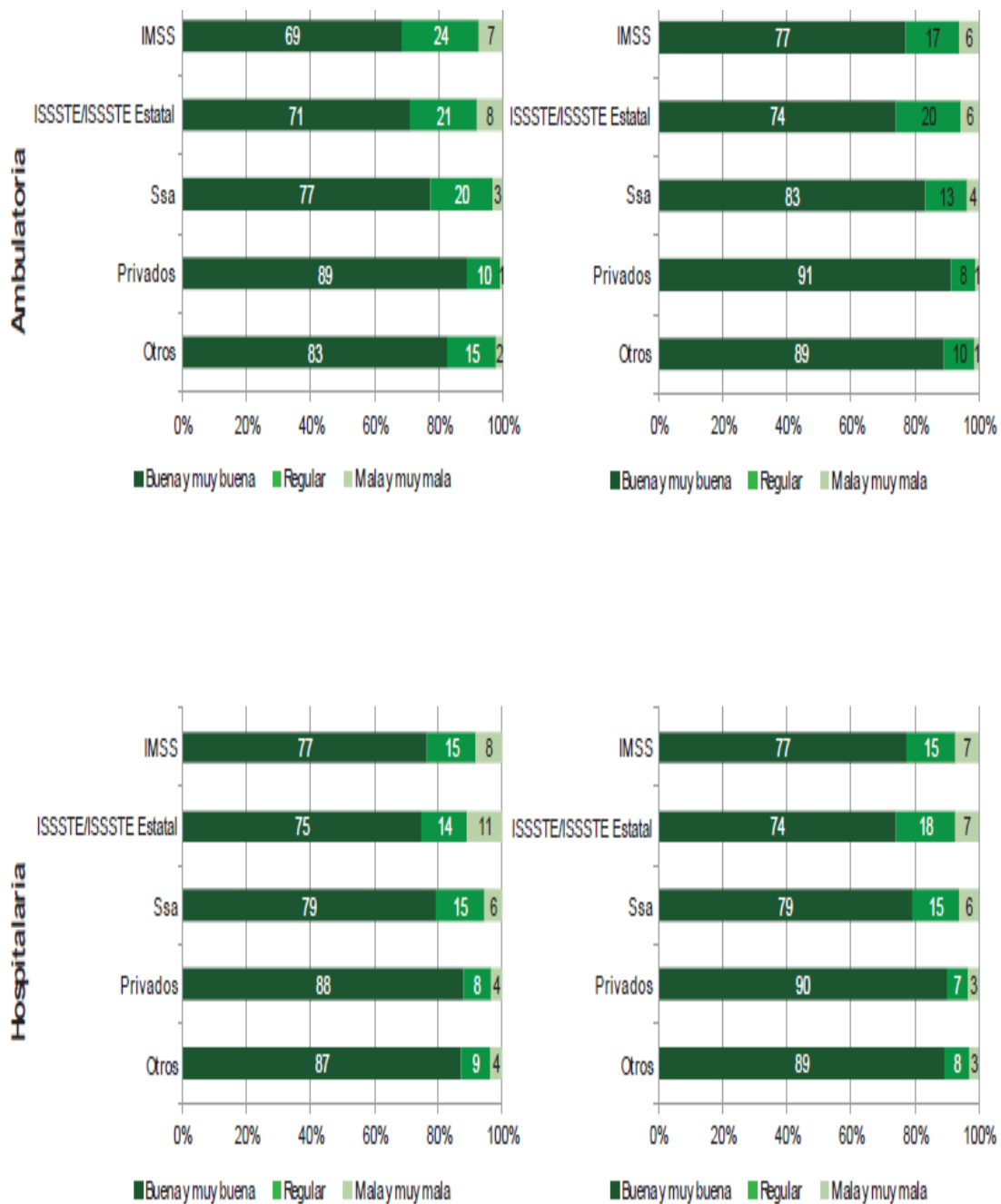
Además, documentan que las personas que se atienden en establecimientos privados lo hacen aun contando con cobertura de aseguramiento público y que el problema principal se encuentra en el primer nivel de atención (Gráfica 4).Resumiendo, el gasto en salud de bolsillo en nuestro país es excesivo, y no se cumple entonces con las políticas de atención médica a la población

Gráfica No. 2 Indicador de cobertura de salud en comparación con el porcentaje de gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud en países de la OCDE.2010.



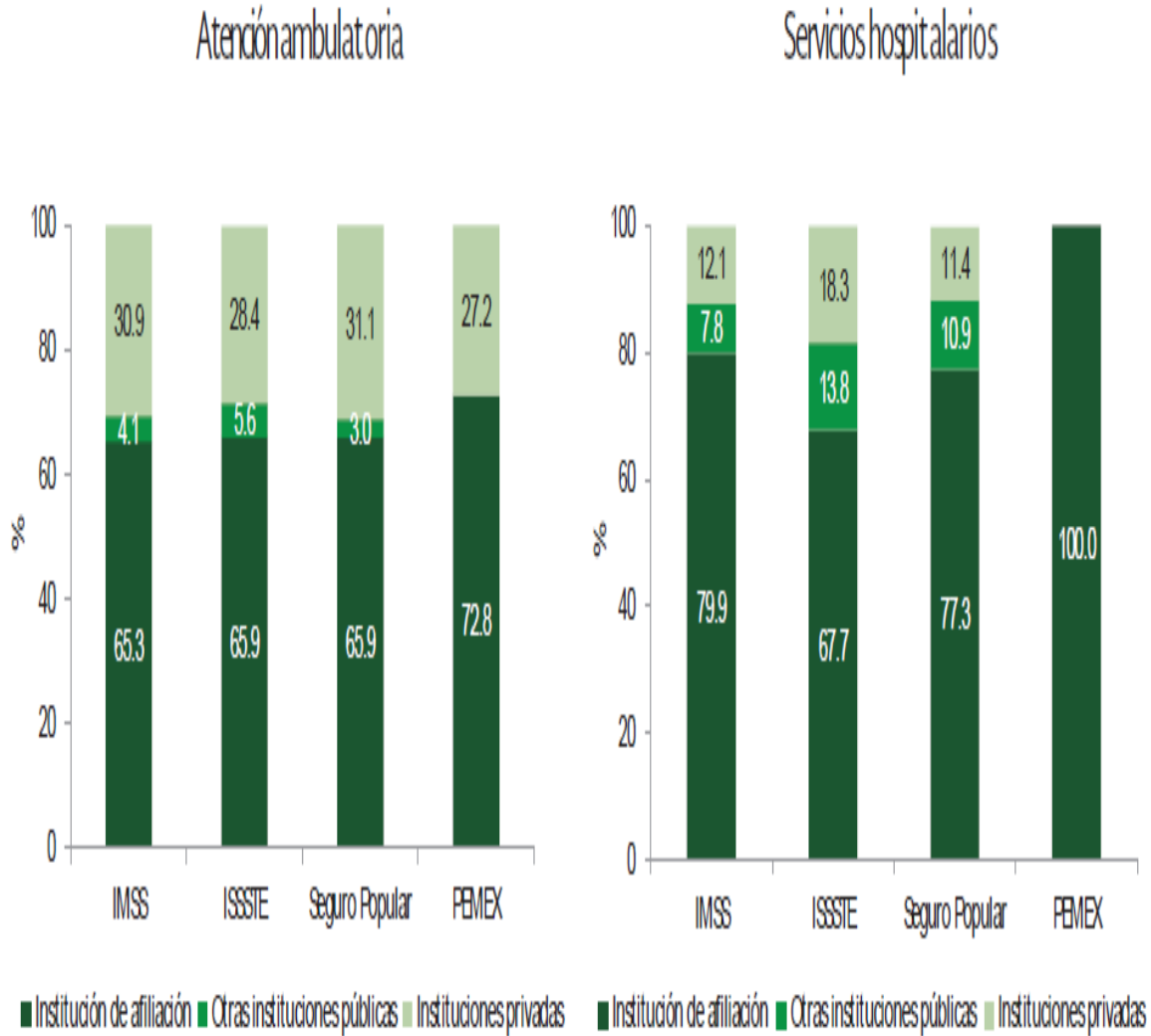
Nota: MEX: México; GRE: Grecia; CHL: Chile; KOR: Corea; SWI: Suiza; ISR: Israel; POR: Portugal; ITA: Italia; SPA: España; AUT: Australia; ICE: Islandia; JAP: Japón; NOR: Noruega; NZL: Nueva Zelanda; SLO: Eslovaquia; CAN: Canadá; DEN: Dinamarca; IRL: Irlanda; GRB: Gran Bretaña; FRA: Francia; NTL: Holanda; FIN: Finlandia; BEL: Bélgica; POL: Polonia; AUS: Austria; GER: Alemania; CZR: República Checa; Lux: Luxemburgo; SWE: Suecia.  
 Fuente SS. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, pag.8 Disponible en línea en: <http://docplayer.es/4226377-Dof-diario-oficial-de-la-federacion.html> (consultado en septiembre 2015).

Gráfica No. 3 Percepción de calidad de los usuarios. México 2006 y 2012



Nota: Para 2006 el rubro de otros agrupa IMSS Oportunidades, DIF, Marina / Defensa, PEMEX, Cruz Roja, Hospital civil y otros. En 2012 este rubro se integra por PEMEX, Defensa.  
 Fuente: SS. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, pag.9. Disponible en línea en: <http://docplayer.es/4226377-Dof-diario-oficial-de-la-federacion.html> (consultado en septiembre 2015).

Gráfica No.4 Utilización de servicios por afiliación, 2012



Fuente: SS. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, pag.9. Disponible en línea en: <http://docplayer.es/4226377-Dof-diario-oficial-de-la-federacion.html> (consultado en septiembre 2015).

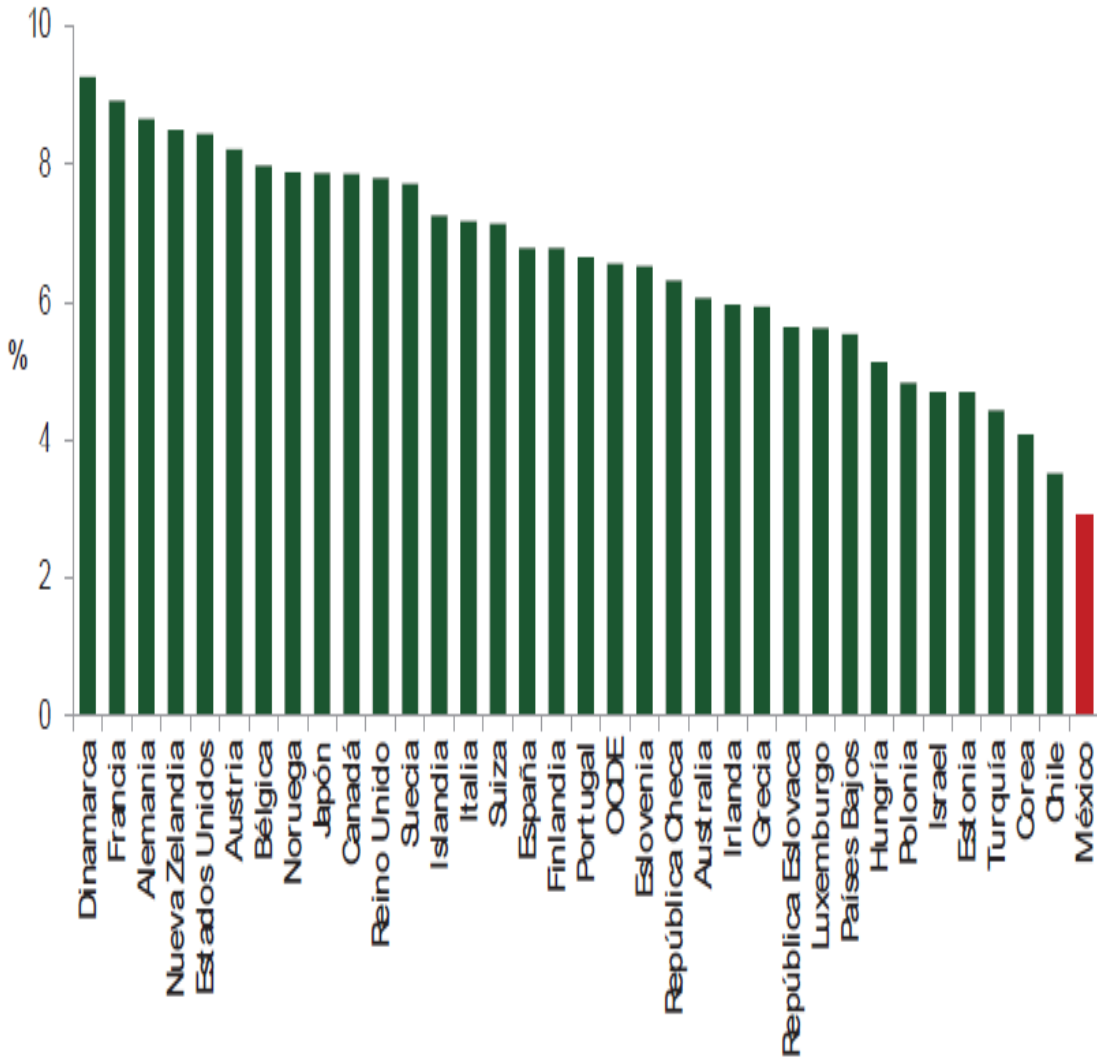
### 1.5 Gasto Público en Salud

El gasto público es la cantidad de recursos financieros, materiales y humanos que el gobierno emplea para el cumplimiento de sus funciones, entre las que se encuentran de manera primordial la de satisfacer los servicios públicos de la sociedad. Así mismo el gasto público es un instrumento importante de la política económica de cualquier país

pues por medio de este, el gobierno influye en los niveles de consumo, inversión, empleo, etc. (Stiglitz, 1988).

En la gráfica no. 5, se observa el gasto total en salud, que es la suma del gasto público y privado en salud .y abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios; en México fue para el 2010- 2014 de 6.1%. (SS, 2012).

Gráfica No.5 Gasto público en salud como porcentaje del PIB para los países de la OCDE, 2011



Fuente: SS. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.pag.12.Disponible en línea en: <http://docplayer.es/4226377-Dof-diario-oficial-de-la-federacion.htm> (consultado en septiembre 2015).



El gasto público en salud ha aumentado de 2.7% con respecto al producto interno bruto en 2004 a 3.1% en 2012. (Emmert, 2011). Este incremento ha reducido dos brechas financieras. Por un lado, el financiamiento per cápita entre la población sin seguridad social respecto a la población con seguridad social pasó de una diferencia de 145% en el año 2004 a una de 51% en 2011. Por el otro, las diferencias en el financiamiento a la población sin seguridad social entre las distintas entidades federativas se han atenuado, aunque todavía no está perfectamente acorde a las necesidades de salud de cada estado. No obstante, por un lado, el gasto público en salud como porcentaje del PIB continúa siendo bajo en comparación con los países de la OCDE y por el otro, diversos estudios han documentado una pérdida de eficiencia en el uso de los recursos (Writter, 2012), planteando un reto de los sistemas de salud.

Tabla No.1 Arquitectura Financiera de los Seguros Públicos de Salud de México

<b>Seguro Público</b>	<b>Aportadores</b>		
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS	Estado (cuota social) 13.9% de un salario mínimo del DF	Patrón (cuota patronal) 13.9% de un salario mínimo del DF 6% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo del DF	Obrero/Empleado(cuota obrera) 13.9% de un salario mínimo del DF 2% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo del DF
Seguro de Salud del ISSSTE	Gobierno Federal (cuota social) 13.9% de un salario mínimo del DF	Dependencias y entidades (cuota patronal) 7.375% del salario base	Empleado ( cuota obrera) 2.75% del salario base
Seguro Popular de Salud(Sistema de Protección Social en Salud)	Estado (cuota social) 3.92% de un salario mínimo del DF	Gobierno Estatal/Gobierno Federal Aportación solidaria federal( 1.5 veces la cuota social) Aportación solidaria estatal (0.5 veces la cuota social)	Individuo (Cuota por individuo proporcional a la condición socioeconómica del individuo, siendo de cero para las personas que se ubican en los deciles I y II)

Fuente: OCDE. (2012): *Health at a glance* 2012. OECD indicators. Paris: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos pag.21.

En la situación actual, la segmentación del sistema público de salud implica la duplicación de funciones y no permite el aprovechamiento de economías de escala en procesos comunes así como la captura de ganancias en eficiencia debido a la competencia o uso de los recursos más baratos y de mayor calidad.(SS,2012). La inexistencia de un sistema nacional confiable de información está generando duplicidades del financiamiento público y desaprovecha la planeación estratégica de los recursos para la salud.

La falta de coordinación para decidir nuevas inversiones entre las diferentes instituciones impide optimizar el uso de la infraestructura y los esfuerzos de intercambio de servicios entre las dependencias públicas de salud que se intentaron en los años pasados tuvieron un alcance limitado a ciertas intervenciones y regiones del país. (SS, 2012)

Tanto en la seguridad social como en el Seguro Popular se han hecho esfuerzos para dar mayor libertad financiera a los prestadores de servicios. (Tabla 1). No obstante, hoy en ambos esquemas se continúa primordialmente con la presupuestación histórica o irreductible, la cual no alinea los incentivos hacia la productividad; la separación de funciones es una asignatura pendiente en la agenda de cambio (OCDE 2012).A futuro, el panorama se observa complicado pues se enfrentará una mayor presión financiera asociada a la mayor prevalencia de enfermedades de alto costo, como las Enfermedades crónico degenerativas. De acuerdo con Gutiérrez, Guajardo y Álvarez (2012) el costo de la atención médica de las Enfermedades crónico degenerativas relacionadas con la obesidad representó 42 mil millones de pesos en 2008 (13% del gasto público en salud de ese año) y casi se duplicará en 2017 si no se aplican intervenciones preventivas efectivas. (US Health services, 2006) La eficiencia en el uso de los recursos requerirá acompañarse, de haber espacio fiscal, de mayor presupuesto público a la salud.

Las evaluaciones externas que se han hecho del Seguro de Protección Social, SPS, indican que son las familias más pobres las que se han afiliado preferentemente a este seguro; la utilización de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios es mayor entre la población afiliada al SPS que entre la población no asegurada, y se ha extendido

la cobertura efectiva de diversas intervenciones, incluidas la vacunación, la atención del parto por personal calificado, la detección del cáncer cérvico uterino y el tratamiento de la hipertensión, entre otras.(Chen,2003,Roine,2001). La evaluación de impacto de este mismo seguro, realizada por un equipo de la Universidad de Harvard y el Instituto Nacional de Salud Pública de México, haciendo uso de un diseño experimental, mostró mejoras en los niveles de protección financiera en las familias que cuentan con el Seguro Popular.(Hersch, 2006)

## **1.6 Enfermedades Crónicas**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, (INEGI, 2013) su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. (Villagómez, 2009) Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. (Garza, 2002) Los determinantes de la epidemia de ECNT tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional. Las ECNT son una prioridad para el gobierno federal. Los decesos son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes. (SS, 2012)

La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia (Figura 3). Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico. (SS, 2012) Esta característica introduce oportunidades para la prevención, el desarrollo de herramientas pronósticos y la creación de modelos fármaco-económicos. Por ejemplo, al conocer las modificaciones de la prevalencia nacional de estas anomalías es posible pronosticar el daño de las ECNT y evaluar el efecto de las acciones preventivas. En consecuencia, la evolución natural de las ECNT permite la institución de programas

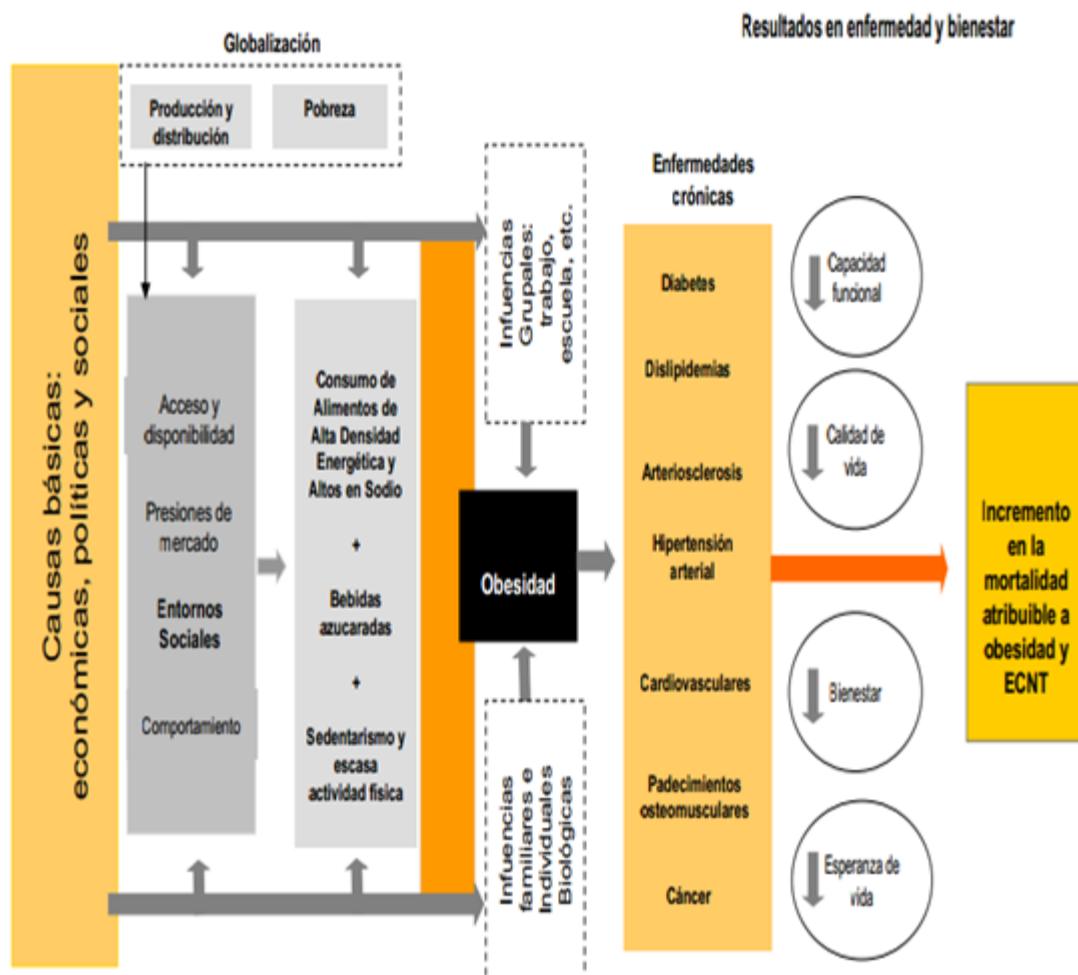
preventivos dirigidos a diferentes estratos de la población, con resultados cuantificables a mediano y largo plazo.

Las variaciones de la prevalencia de la obesidad, el sobrepeso, las dislipidemias, la hipertensión arterial y el síndrome metabólico en el periodo comprendido por las Encuestas Nacionales de Salud (1994-2006) (Córdova, 2008) son alarmantes. El porcentaje de la población con un peso mayor al deseable (índice de masa corporal [IMC] >25 kg/m<sup>2</sup>) aumentó 13% en el periodo de 1994 a 2000 y el cambio fue mayor (33.5%) entre los años 2000 y 2006. La misma tendencia creciente se observó en la prevalencia del “síndrome metabólico”, concepto que identifica los casos con mayor riesgo de desarrollar diabetes o enfermedad cardiovascular a mediano plazo. El porcentaje de los adultos con síndrome metabólico (definido por los criterios del Programa Nacional de Educación en Colesterol) se incrementó 27.8% entre 1994 y 2000 y 39.7% de los casos correspondió a menores de 40 años. Los datos sugieren que la contribución a la mortalidad de las ECNT aumentará a mediano plazo. Una derivación intermedia en la evolución natural de las ECNT es la diabetes de tipo 2, cuya atención es uno de los mayores retos del sistema de salud. El porcentaje de adultos con diabetes (diagnóstico previo establecido por un médico) creció 25% entre cada encuesta nacional (de 4 a 5.8% en el periodo de 1994 a 2000 y de 5.8 a 7% entre 2000 y 2006). (SS, 2012) Se ha proyectado que existirán 11.7 millones de mexicanos con diabetes en 2025. (SS, 2013). La diabetes de tipo 2 es una de las principales causas de incapacidad prematura, ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones no traumáticas. La Comisión Nacional de protección de Seguro Popular nos habla de que es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos.

En la Figura No.3 se observan las causas de la obesidad, sobrepeso y enfermedades crónicas asociadas. El último eslabón de la cadena se evalúa por el efecto de las ECNT sobre la mortalidad. El porcentaje de la mortalidad explicado por los desenlaces relacionados con las ECNT ha mostrado un crecimiento continuo. Como consecuencia, desde 2000, la cardiopatía isquémica y la diabetes son las dos causas de muerte más frecuentes en México. La prevención y el control de las enfermedades crónicas y degenerativas son prioridades para el sector salud. Su crecimiento y letalidad lo justifican. El efecto social de estas anomalías será creciente, ya que afectan a

individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud. Como resultado, contribuyen a la acentuación de la pobreza. Por lo anterior, el gobierno federal opera un conjunto de acciones para confrontar las ECNT. Los objetivos de tales medidas son la prevención de nuevos casos y la disminución de la incidencia de las complicaciones en los casos afectados. La suma de ambas medidas permitirá obtener beneficios a corto, mediano y largo plazo. El tratamiento eficaz de los casos afectados es la alternativa que ofrece la mayor factibilidad para reducir a corto plazo las consecuencias de las ECNT (Knaul, 2010). Sin embargo, la atención de las ECNT es costosa, tardía y poco satisfactoria en muchos casos. (Knaul, 2010, SINAIS, 2010, DGEDSS, 2013).

Figura No.3 Causalidad del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas



Fuente: SS. . (2010) Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Secretaria de .Salud. México. 2010.

El control de la diabetes lo ejemplifica. En los pacientes con diabetes estudiados en la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT 2012), la diferencia de la concentración de glucosa entre los casos tratados y aquellos identificados durante la encuesta fue sólo de 35 mg/dl ( $196 \pm 98$  contra  $231 \pm 115$  mg/dl, respectivamente). La falta de efectividad del tratamiento se explica por factores atribuibles al sistema de salud, al médico y al paciente. Existen diversas guías terapéuticas, si bien pocos médicos las conocen y las aplican. La complejidad de la enfermedad contribuye a la falta de eficacia terapéutica. La normalización de las concentraciones de colesterol, triglicéridos, colesterol-HDL y presión arterial y el uso regular de dosis bajas de ácido acetilsalicílico son parte indispensable del tratamiento. (Gómez D. et al, 2011). A ello hay que agregar la suspensión del tabaquismo y la corrección del exceso de peso. Como resultado, un elevado porcentaje de los casos requiere múltiples fármacos.

Refiere Gómez (2011), que los montos resultantes del tratamiento son altos y su eficacia para prevenir las complicaciones crónicas es insuficiente. La diabetes costó 15118 millones de dólares al país durante 2000. El costo directo de su tratamiento fue de 1974 millones de dólares. Se emplearon 1108 millones en el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Sin embargo, el mayor porcentaje del presupuesto se destinó al pago de las complicaciones crónicas o los costos indirectos debidos a la incapacidad prematura y la mortalidad (Gómez D. et al 2011) Estos datos demuestran que la inversión efectuada en el tratamiento no ha sido eficaz. Es evidente que se requiere una conducta distinta a la vigente para confrontar el reto que representa la diabetes. La misma conclusión puede aplicarse a la atención de la hipertensión arterial y las dislipidemias.

El control de las ECNT se fundamenta en principios distintos en relación con los padecimientos transmisibles. Implica un proceso educativo para entender la enfermedad, cambios significativos y focalizados en las conductas, utilización a largo plazo de múltiples fármacos y evaluaciones frecuentes, además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad. (OMS, 2010) Su aplicación es compleja, tanto para el médico como para el paciente.

Por consiguiente, la estructura y los procedimientos de la mayoría de las instituciones de salud no están preparados para brindar dichos cuidados. Se requieren tiempos mayores de consulta y la participación de diversos profesionales de la salud (médicos, nutriólogos, educadores físicos, psicólogos, entre otros). Aún más, la preparación de los profesionales de la salud no corresponde a la realidad nacional. No se considera la incorporación de la familia al tratamiento, pese a que es clave para modificar el estilo de vida. Tampoco se toman en cuenta dichos programas al indicar las medidas terapéuticas, que son factores críticos que determinan la observancia. (SINAIS, 2014) En consecuencia, el tratamiento no se basa en las necesidades y expectativas del paciente (Garrido, 2008) y resulta insuficiente, tardío y costoso. El paciente no comprende los objetivos del tratamiento y las modificaciones necesarias no se incorporan a su estilo de vida. Asimismo, la participación de los especialistas se limita, en muchos casos, al tratamiento de las complicaciones. A lo anterior se suman también factores culturales que limitan el cumplimiento terapéutico (Garrido, 2008). Todo ello hace que los retos para alcanzar un tratamiento efectivo sean múltiples, aunque las limitantes son identificables y existen soluciones para ellas. Es preciso desarrollar mejores conductas de control; de lo contrario, la mayor parte del presupuesto se destinará aún al pago de las complicaciones e incapacidades prematuras

### **1.7 Evaluación Interna y Externa de la Calidad**

El concepto de atención de calidad ha sido definido por Avedis Donabedian (2001), como “el tipo de qué maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”. El concepto de calidad de la atención médica con base en las expectativas de los pacientes, propuesto por Aguirre Gas, (2002) prescribe “otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”. En este concepto, (Suñol, 2004) incluye cuatro elementos del proceso y dos de los resultados; la estructura es responsabilidad primaria de la institución, teniendo en cuenta que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza. Por su parte, la OMS (2009) señala que “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o

de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos de América (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO, 2000) sugiere simplemente “Hacer las cosas correctas y hacerlas bien”. De manera adicional, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos (IOM, 1990) define la calidad de la atención como “grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”. Así, la calidad se liga a la seguridad del paciente y ésta a su vez se constituye en un componente de la calidad de la atención médica. El movimiento mundial sobre seguridad del paciente alcanzó mayor visibilidad cuando, el IOM publicó un informe denominado “To err is human” (Kohn, 2000), promovido hoy día en la mayoría de los países del mundo por gobiernos, asociaciones médicas y organizaciones relacionadas con la salud. Por ello, desde 2004 la OMS (2009) formuló el programa conocido como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. De esta forma, las organizaciones que promueven la calidad de los servicios de salud en el mundo han propuesto iniciativas para incrementar la seguridad de los pacientes, con el propósito de aminorar la ocurrencia de eventos adversos en las instituciones de salud.

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud. Como características importantes, la calidad debiera ser la misma en todos los niveles de atención y ser un proceso de mejoramiento continuo, ser una cualidad objetivable y mensurable e involucrar a toda la organización. El desafío entonces, es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada institución de modo tal que pueda ser objetivo y comparado, que permita



conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas. Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales.

El tema de la calidad y del acceso puede ser explicado por los niveles, distribución, características y organización de los recursos para la salud. En este rubro se han identificado los siguientes retos. Primero, la disponibilidad de recursos para la salud es baja en México en comparación con los estándares de la OCDE. De acuerdo con datos de la misma organización para 2011, en el país existían 1.7 camas por 1,000 habitantes; cifra que es inferior al promedio de todos los países que componen la organización (que se ubica en 4.8); peor aún, del total de camas 24% pertenecen al sector privado. De esta forma, el número de camas del sector público en el país se calcula en 1.3 camas por 1,000 habitantes (OECD 2012). Segundo, la distribución geográfica de la infraestructura genera concentraciones ineficientes en algunos lugares y deja población sin acceso. Según un estudio de CONEVAL, el 81.6% de la población tiene muy alto grado de acceso geográfico, que se define como localidades con centro de salud y/o unidad de hospitalización ; el 15.6% tienen algún grado de acceso (es la suma de acceso alto, medio, bajo y muy bajo) y son aquellas localidades con acceso a servicios médicos en un radio de 2.5 km; y el 2.8% de la población no cuenta con acceso geográfico que equivale a 3.2 millones y su acceso es a más de 2.5 km de un centro de salud .El tercer reto es el uso de los recursos y la productividad de las unidades de salud del sector público. El equipamiento de dichas unidades con frecuencia no es el adecuado o es nulo y en general los recursos tecnológicos de apoyo de diagnóstico se ubican en el nivel hospitalario. (OECD 2012)

Esta situación trae como consecuencia, además de afectaciones para los pacientes, quienes tienen que estar acudiendo a diferentes unidades médicas, el encarecimiento del servicio. Al mismo tiempo, la infraestructura está subutilizada debido a que se tienen horarios de atención limitados. Finalmente, si las diferencias entre la productividad de las distintas instituciones es un indicador de las ganancias potenciales, nos llama la atención la varianza en los días de estancia por diagnóstico y los servicios

otorgados por personal en contacto con el paciente. De acuerdo con datos de la OCDE la disponibilidad por millón de habitantes de equipos de alta tecnología se encuentra muy por debajo del promedio reportado por los países miembros. Destaca la imagen por resonancia magnética cuya disponibilidad en México es de 2.1 por millón de habitantes mientras que el promedio OCDE es de 13.3 por millón de habitantes (OECD 2012) o las intervenciones innecesarias como las cesáreas, sólo por poner algunos ejemplos.

## **1.8 Procesos y Metodología de la Calidad**

La complejidad creciente de la atención a la salud, los cada vez más evidentes problemas de coordinación entre servicios dentro de las instituciones de salud y de niveles en el sistema de salud, así como los problemas de atención de calidad y continuidad que plantean los cada vez más prevalentes problemas de salud crónicos, han ido poniendo en primera línea la necesidad de diseñar y gestionar procesos de atención de forma integral.

Los servicios estancados, con jerarquías verticales y prácticamente independientes, a través de los cuales tiene que navegar el paciente en una especie de carrera de obstáculos, han de ser sustituidos por sistemas de gestión en los que la principal jerarquía sea horizontal y dependiente de las necesidades de los procesos de atención. Las jerarquías y servicios verticales han de verse y ponerse al servicio de la atención coordinada y sin discontinuidades que exige cada paciente o problema de salud.

El diseño y gestión de procesos inicia dentro de los centros de salud, con el desarrollo de los caminos o clínicas, sobre todo en atención hospitalaria, en los que se visualiza de forma coordinada y secuencial todo tipo de atención y actividades para un determinado tipo de paciente. A la vez, se ha ido arraigando la idea de saber y describir el llamado “mapa de procesos” de las organizaciones para visualizar sus interrelaciones, y en última instancia, diseñarlos y asignar indicadores y responsables (“dueños de los procesos”) para su correcto funcionamiento (CSG, 2014).

Con todo ello se han ido incorporando paulatinamente al acervo metodológico de los sistemas de Gestión de la Calidad, toda una serie de herramientas para el diseño y

gestión de procesos. Aún queda mucho por aprender y aplicar, en este campo, porque es fundamental hacer de las acciones de protección, prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud un elemento básico que permee de manera horizontal en un modelo de atención actualizado, homologado y más resolutivo e integrador de todos los niveles de prestación de servicios. Parece un camino de una sola vía y sin marcha atrás.

Desde su establecimiento en 2004, el programa de la OMS de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, identifica como componente radical de la calidad de la atención, el mejoramiento en la seguridad del paciente; esto exige una labor compleja que afecta a todo el sistema de salud y la intervención de una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, entorno y gestión del riesgo. La calidad de la atención en salud no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema, así como de la promoción de intereses profesionales por parte de los servicios de salud, en las orientaciones a la educación y en el estímulo a la participación tanto de los integrantes del equipo médico como la corresponsabilidad de los usuarios. (SS, 2012)

La atención médica en sus diferentes procesos y especialidades, presenta en su práctica actual un alto grado de complejidad, lo que requiere del análisis e investigación a profundidad de todos los factores que dificultan la toma acertada de decisiones, respecto a los elementos de la atención médica, por parte de los pacientes y familiares, entre ellos: la falta de aceptación de la propia enfermedad, el deterioro personal de las condiciones psicofísicas y los sentimientos de indefensión ante el temor al dolor y la muerte. Dentro de la planeación y reingeniería existe el rediseño de los procesos de trabajo que son indispensables para lograr los objetivos. Primero hay que pensar en hacerlos mejor, más rápido y más baratos. Segundo hacer el trabajo más sencillo, más fácil, menos frustrante, más agradable y con mayores recompensas para todos. Esto sin duda podrá aumentar la calidad de los rendimientos, reducir los costos del proceso y comprimir los tiempos de ciclo.

Una organización que desea implantar las metodologías de calidad para alcanzar su misión y su visión, considera seriamente convertir la calidad en un valor de su cultura. En la época actual la mejor forma de lograrlo es a través de la gestión de calidad total,

centrada en las personas y su desarrollo a través de toda la organización, de manera que sus líderes posean las cualidades de un liderazgo ejemplar que mueva a todos sus integrantes hacia el rumbo deseado, es decir, tienen la aptitud y actitud para que sus seguidores les reconozcan y se comprometan con las políticas y filosofía de su organización, así como en el desarrollo de las competencias que se requieran para su desempeño esperado. (Shojania, 2004)

La OPS (2010) refiere que la gestión de calidad total también implica que se privilegia el trabajo por procesos más que la departamentalización de las funciones, eliminando al máximo posible los desperdicios o actividades que no agregan valor a las acciones y resultados o productos, ello requiere también la utilización de métodos y herramientas que se orientan a la satisfacción de los usuarios o clientes, tanto internos como externos y al logro de los resultados o productos buscados, que en ambos casos, usuarios y resultados siempre tendrán un nivel de exigencia mayor. Los requisitos planteados de la gestión de calidad total se fundamentan, orientan, retroalimentan, ejecutan, evalúan, controlan y en su momento se mejoran mediante indicadores que aportan la información para una toma de decisiones basada en las mejores evidencias disponibles (OPS, 2010).

La Organización Internacional para la Estandarización (ISO, 2015) define a un proceso como: “Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que transforman elementos de entrada en resultados” y la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM por sus siglas en inglés), a su vez, lo define como: “Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñados para generar un resultado específico”. Como vemos los procesos se diseñan para generar resultados, que tendrán el grado de calidad, según si las actividades cumplen o no con los requisitos establecidos. En un contexto de salud, un proceso puede definirse para Miller (2005), como: “Conjunto de actividades de los proveedores de servicios de salud (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios”. Cabe destacar lo siguiente:

- a. Los procesos son el qué se hace para obtener un producto o resultado, mientras que el procedimiento es la redacción o documentación de cómo se hacen las actividades.
- b. Se puede visualizar el conjunto de actividades como una cadena denominada cliente-proveedor, en donde el proveedor es toda persona que aporta o entrega algo necesario para realizar una acción, y el cliente es quien recibe algo para desarrollar otra actividad dentro del proceso (cliente interno) o quien recibe el producto o resultado final del proceso (usuarios y clientes externos).
- c. En el análisis de procesos es fundamental tener claros los requisitos o características que deben tener las salidas del proceso, si se aspira a su control y mejora.

En el ambiente hospitalario existen múltiples procesos para atender a los pacientes y sus familias. De acuerdo con el Instituto para la Mejora de la Calidad de la Atención, de Massachusetts, USA., se pueden clasificar en tres grupos: a) los procesos sustantivos u operativos, que se refieren a las actividades clínicas que garantizan la entrega de una atención de calidad a los pacientes de manera individual (se incluyen las de tipo preventivo, curativo, y de rehabilitación); b) los procesos de apoyo, que se refieren a las actividades para apoyar y mantener la prestación de la atención a todo tipo de pacientes, en todos los servicios del hospital, y c) los procesos de liderazgo o estratégicos, que se refieren a las actividades que los directivos y gerentes mantienen cada día para dirigir la organización, asegurar que los servicios sean eficientes y eficaces y para fomentar la mejora. (Checkland, 1999)

Los equipos de mejora hospitalarios ubican el tipo de procesos en los que se pretende realizar una intervención de mejora para centrar sus esfuerzos en el tipo de resultados que se esperarían y mantener la ubicación del personal involucrado y sus relaciones con otros procesos sinérgicos. En síntesis, los diferentes modelos coinciden con Deming (1989) en cuatro etapas básicas que conforman un ciclo continuo, es decir, los resultados de la última etapa retroalimentan para un nuevo ciclo de mejora. Las etapas básicas son:

- a. planear

- b. hacer o ejecutar
- c. evaluar o estudiar
- d. actuar, estabilizar o estandarizar las mejoras.

En la primera fase se identifica y analiza el problema a resolver, visto como una oportunidad de mejora y se plantean las soluciones; en la segunda fase se desarrolla el plan, se aplican los instrumentos de medición; en la tercera fase se hace una evaluación de los resultados obtenidos, se contrasta el logro de objetivos y metas, y se presentan los resultados a las partes interesadas (ejemplo: directivos con autoridad suficiente) y la fase cuarta implica una serie de toma de decisiones ya sea para ajustar el plan y corregir si no se obtuvieron los resultados esperados, o para hacer sostenible el proceso mejorado, difundir y extender las soluciones aplicables a otras áreas o servicios e iniciar un nuevo ciclo de mejora.

El análisis de procesos se ubica en la etapa de planeación, cuando el equipo de mejora ha seleccionado el tema o problema y éste se ubica dentro de un proceso a cargo del equipo, se considerará entonces la representación gráfica (denominada diagrama de flujo) de las actividades del proceso y su secuencia para generar el resultado o producto, así como los datos o información disponibles sobre los recursos, el proceso y sus resultados para cuantificar la diferencia entre las metas y objetivos y lo alcanzado en el tiempo, de manera que se pueden utilizar diferentes herramientas para determinar las causas del problema y entonces estar en posibilidad de plantear acciones de mejora.

### **1.9 Comunidades de Práctica**

Se define una comunidad de práctica (Wenger, 1998) como personas de la misma disciplina que mejoran sus destrezas al trabajar junto con los expertos y pueden participar en tareas cada vez más complicadas. El camino para convertirse de recién llegado a un experto es llamado el aprendizaje periférico legítimo en donde los aprendices tienen la oportunidad de aprender mediante tareas sencillas hasta que

finalmente dominan las habilidades y se convierten en expertos para asumir la responsabilidad de ser tutor de los aprendices. Visto así las comunidades de práctica pueden ser vistas como un sistema para adquirir habilidades.

Posteriormente (Wenger, 2002) sugiere una definición más amplia y con un enfoque más actual, que las organizaciones pueden manipular y cultivar comunidades de práctica para mejorar su competitividad (Saint-Onge, 2003). La comunidad de práctica se define como "grupos de personas que comparten una preocupación, un conjunto de problemas, o una pasión sobre un tema, y que profundizan sus conocimientos y experiencia en este ámbito mediante la interacción sobre una base continua ". (Wenger, 2002 p. 4) Así, es vista la comunidad como medio para estimular la innovación y solución creativa de problemas. Maragall (2002) menciona que cuando un grupo de personas, reunidas de manera informal, convierten sus saberes personales o sus saber hacer individuales en valores colectivos que se traducen en prácticas renovadas, se dice que se trata de una comunidad de práctica. El fenómeno de las comunidades de práctica está asociado con la aparición de las organizaciones que aprenden. Estas comunidades son, fundamentalmente, ámbitos privilegiados de aprendizaje.

Por su parte, Cob (1994) entiende el aprendizaje como una responsabilidad individual y que la comunidad es el medio por el cual la gente aprende. En las comunidades se proporciona un ambiente seguro para que las personas participen en el aprendizaje a través de la observación y la interacción con expertos y a través de discusiones con sus colegas. Graves (1992) hizo hincapié en la importancia de las relaciones sociales entre los maestros y los alumnos, y los nuevos roles asumidos por todos los participantes de la comunidad .La equiparación de roles entre profesores y los alumnos en una comunidad con frecuencia maximiza la participación de todos, pero también puede crear una sensación de incomodidad y la inseguridad, debido a que se está evaluando al alumno. Por lo tanto se buscará desarrollar en una comunidad de práctica un alto nivel de confianza entre los participantes con el fin de ser funcional. Por ello para Gairín (2006) las comunidades de práctica, que él llama de aprendizaje, son una respuesta a una visión más amplia de la educación, ya que se busca transformar las prácticas pedagógicas y la organización habitual, movilizar los recursos poniéndolos al servicio de la educación y de la formación del personal, y, facilitar la conexión entre la

experiencia cultural y educativa de todo el personal. Gairin (2006) define a una comunidad de práctica como la agrupación de personas que se organiza para construir e involucrarse en un proyecto educativo y cultural propio, y que aprende a través del trabajo cooperativo y solidario, es decir, a través de un modelo de formación más abierto, participativo y flexible que los modelos más tradicionales. Define entonces como aquel grupo de personas que aprende conjuntamente, utilizando herramientas comunes en un mismo entorno. En la comunidad de práctica se utiliza el diálogo como eje, hay mayor interacción y participación, la responsabilidad es compartida, se transforman las prácticas pedagógicas y la organización de las instituciones.

Martínez (2007, p 189) considera que las competencias esenciales de los miembros de una comunidad de práctica “se vinculan al hablar y al escuchar activos desde el punto de vista de la ontología del lenguaje”, en tanto hablar y escuchar posibilitan relaciones eficientes y esenciales en las comunidades de práctica y a partir del uso de acciones lingüísticas como declaraciones y juicios se generan posibilidades de acción. Refiere que el enfoque de competencias (Martínez 2007, p 6) y la perspectiva de su administración en el ámbito de las comunidades de práctica en la sociedad de conocimiento, permite asegurar “la aportación de valor de cada persona a la comunidad”. Hay instituciones en las que existe una cultura de aprendizaje donde todos sus miembros se comprometen en la construcción y adquisición de nuevos conocimientos y habilidades. (Wenger, 2001) Las tradicionales estructuras jerárquicas de organización se reemplazan por el trabajo colaborativo, el liderazgo compartido, la participación y la coordinación; profesores y alumnos se implican conjuntamente en las actividades de aprendizaje mediante un currículo interdisciplinario, rompiendo con la tradicional división del currículum por materias.

Son instituciones que se encuentran integradas en la comunidad en la que se ubican (Senge, 1998). Son sensibles a las preocupaciones y a las necesidades de ésta, realizan actividades en las que se utilizan los recursos comunitarios de todo tipo, poniéndolos (Teixidó, 2007) al servicio de la educación y de la formación y buscando la corresponsabilidad y el compromiso de los agentes sociales y comunitarios. Se establece tres modelos de pertenencia a una comunidad de práctica: compromiso, imaginación y alineación. (Wenger, 2000) El compromiso es “hacer cosas juntos, hablar y producir



artefectos” (p. 227). La imaginación es “la construcción de una imagen de nosotros mismos, de nuestras comunidades, y del mundo, para poder orientarnos, y reflexionar sobre nuestra situación y explorar posibilidades” (p. 227), y la alineación es” asegurarse que nuestras actividades locales están suficientemente alineadas con otros procesos de manera que pueden ser efectivos más allá de nuestro propio compromiso” (p. 228) hay dominio, una capacidad compartida que distingue a miembros de la otra gente, también poseen sus miembros actividades comunes y discusiones, se ayudan y estas relaciones les permiten aprender unos de otros, se desarrolla un repertorio compartido de recursos, experiencias, historias, herramientas, maneras de trabajar y resolver los problemas.

Tabla No. 2 Aspectos implicados en la organización de una comunidad de práctica

<b>Aspectos implicados en la organización de una comunidad de práctica</b>
Concentración en torno a un territorio determinado.
Construir sobre procesos ya iniciados.
Niños y jóvenes como actores y beneficiarios principales.
Procesos participativos en el diseño y en el desarrollo del plan educativo.
Construcción de alianzas y desarrollo de proyectos asociativos.
Orientación hacia el aprendizaje y la innovación pedagógica.
Renovación y revitalización del sistema escolar público.
Prioridad sobre las personas y el desarrollo de los recursos humanos.
Intervención sistemática y articulación de las acciones.
Sistematización, evaluación y difusión de la experiencia.
Construcción de experiencias demostrativas.
Continuidad y sustentabilidad de los esfuerzos.
Procesos y resultados de calidad con una utilización eficiente de los recursos.

Fuente: Martínez. S.A. (2007) .*Competencias de los integrantes de una comunidad de práctica* Tesis Doctoral. Universidad Virtual. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

Para que puedan existir las comunidades de práctica, se dan una serie de condiciones mínimas, (Gairín, 2006) como son, por ejemplo: el situar a las personas en el centro del aprendizaje, permitir un acceso a todos en igualdad de condiciones, realizar trabajo colaborativo en grupo, facilitar la participación abierta y las estructuras horizontales de funcionamiento, avanzar en las innovaciones técnicas necesarias y facilitar herramientas que favorezcan entornos modernos y flexibles, promover cambios

institucionales que faciliten su desarrollo, buscar modelos efectivos para su funcionamiento y finalmente al utilizar el diálogo como eje central del proceso, se logra una mayor interacción y participación. En esencia, la práctica es el conocimiento que la comunidad desarrolla y mantiene cuando los tres elementos funcionen bien juntos una comunidad de práctica madura, sin embargo, no explica sobre la manera de fomentar los tres elementos en la etapa temprana, como refiere la tabla 2.

Wenger (2002) también introdujo el papel de los líderes o campeones y facilitadores Normalmente, el líder/campeón es alguien muy respetado dentro de una organización, y, a menudo tiene una posición de liderazgo. Él o ella son responsables para transmitir la palabra sobre el grupo, el invitar a nuevos miembros, y proporcionar los recursos para las diversas actividades del grupo. El facilitador es responsable del grupo día a día. Esta función la desempeña un alto directivo que entiende la misión general de la organización, es ingenioso, y está bien conectado con los miembros y miembros potenciales de la comunidades de práctica. La participación de un facilitador es quizás quién pueda lograr el éxito o fracaso de la comunidad de práctica (Lathlean, 2002).

Por su parte, una competencia implica un saber hacer (habilidades) con saber (conocimiento), así como la valoración de las consecuencias de ese hacer (valores y actitudes). En otras palabras, la manifestación de una competencia revela la puesta en práctica de conocimientos, habilidades, actitudes y valores para el logro de propósitos en contextos y situaciones diversas, por esta razón se concibe a la competencia como la movilización de conocimientos (Mertens, 2005).

La organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) expresó durante la Conferencia Mundial de Educación en 1998 (OCDE, 2005) en Frankfurt, Alemania y en la de 2000 que: “Existe la necesidad de propiciar el aprendizaje permanente y la construcción de competencias adecuadas para contribuir al desarrollo cultural, social, económico y de la sociedad de la información”. La palabra competencia, (Argudín, 2005) del verbo competir, viene del griego *agon*, *agonistes*, que quiere decir ir al encuentro de otra cosa, encontrarse para responder, rivalizar, enfrentarse para ganar, salir victorioso de las competencias olímpicas que se jugaban en Grecia antigua.

Para la UNESCO (Argudín, 1999), las competencias son el conjunto de comportamientos socio afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un desempeño, una función, una actividad o una tarea. Para Perrenoud en el año 2000 (Frade, 2008) es la capacidad de actuar de manera eficaz en un tipo definido de situación, capacidad que se apoya en conocimientos pero no se reduce a ellos. Para Villa y Poblete (2007, p 27) es “un buen desempeño en contextos diversos y auténticos basado en la integración y activación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores”.

Entre las definiciones con un carácter más cognitivista están las siguientes: La competencia laboral, definida por la POLFORM (OIT), es “la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene no sólo a través de la instrucción, sino también –y en gran medida– mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo” (Ducci, 1997), y añade la autora “ la OIT ha definido el concepto de "Competencia Profesional" como la idoneidad para realizar una tarea o desempeñar un puesto de trabajo eficazmente por poseer las calificaciones requeridas para ello. En este caso, los conceptos competencia y calificación, se asocian fuertemente dado que la calificación se considera una capacidad adquirida para realizar un trabajo o desempeñar un puesto de trabajo”.

EL ECTS nos dice que “sistema centrado en el estudiante que se basa en la carga de trabajo necesaria para la consecución de los objetivos de un programa. Estos objetivos se especifican preferiblemente en términos de los resultados del aprendizaje y de las competencias que se han de adquirir “es una forma de cuantificar los resultados del aprendizaje” “Conjuntos de competencias que expresan lo que el estudiante sabrá, comprenderá o será capaz de hacer tras completar un proceso de aprendizaje, corto o largo”. El Informe SCANS (*Secretary's Commission on Achieving New Skills*, 1992) (Levin, 1998) clasificó dos grandes grupos: uno de base y el otro de competencias transversales.

Competencias básicas:

- a. Habilidades básicas: lectura, redacción, aritmética y matemáticas, expresión y capacidad de escuchar.
- b. Aptitudes analíticas: pensar creativamente, tomar decisiones, solucionar problemas, procesar y organizar elementos visuales y otro tipo de información, saber aprender y razonar.
- c. Cualidades personales: responsabilidad, autoestima, sociabilidad, gestión personal, integridad y honestidad.

Competencias transversales:

- a. Gestión de recursos: tiempo, dinero, materiales y distribución, personal.
- b. Relaciones interpersonales: trabajo en equipo, enseñar a otros, servicio a clientes, desplegar liderazgo, negociar y trabajar con personas diversas.
- c. Gestión de información: buscar y evaluar información, organizar y mantener sistemas de información, interpretar y comunicar, usar computadores.
- d. Comprensión sistémica: comprender interrelaciones complejas, entender sistemas, monitorear y corregir desempeños, mejorar o diseñar sistemas.
- e. Dominio tecnológico: seleccionar tecnologías, aplicarlas en la tarea, dar mantenimiento y reparar equipos.

La competencia laboral en América Latina ha estado vinculada al diseño de políticas del empleo. Para el CONOCER, una norma técnica de competencia laboral usualmente incluye: Lo que una persona es capaz de hacer; La forma en que puede juzgarse si lo que hizo está bien hecho; Las condiciones en que la persona demuestra su competencia; Los tipos de evidencia necesarios y suficientes para asegurar que lo que hizo se realizó de manera consistente, con base en un conocimiento efectivo. Vargas (2001), agrega que

una competencia laboral es lo que la persona sabe hacer y puede hacer, en el campo de lo que quiere hacer. Con esto se considera que las competencias identificadas son las necesarias en la persona para desenvolverse en el campo de trabajo, con el contexto bajo estudio y con características generales o atributos que el puesto demanda que se tengan.

En el enfoque integrado los conocimientos se combinan con las habilidades y con la percepción ética de los resultados del trabajo en el ambiente, (Vargas, 2001) con la capacidad de comunicarse y entender los puntos de vista de sus colegas y clientes, la habilidad para negociar e intercambiar informaciones, etc. La competencia técnica (Vargas, 2001) es el dominio experto de las tareas y contenidos del ámbito de trabajo, así como los conocimientos y destrezas necesarios para ello. La competencia metodológica implica reaccionar aplicando el procedimiento adecuado a las tareas encomendadas y a las irregularidades que se presenten, encontrar soluciones y transferir experiencias a las nuevas situaciones de trabajo. La competencia social colaborar con otras personas en forma comunicativa y constructiva, mostrar un comportamiento orientado al grupo y un entendimiento interpersonal. La competencia participativa es participar en la organización de ambiente de trabajo, tanto el inmediato como el del entorno, es la capacidad de organizar y decidir, así como de aceptar responsabilidades.

Nuestra pregunta ahora interviene con cuáles son las competencias en las Comunidades de Práctica que podemos desarrollar, según Martínez, (2007) existen elementos básicos comunes de las competencias referida a la formación del estudiante en una institución como son el integrar conocimientos, destrezas o habilidades y actitudes o valores, vincular a un contexto una situación dada y por último permitir dar respuesta a situaciones problemáticas facilitando la solución eficaz de situaciones conocidas o inéditas.

Según la taxonomía de Tuning (2003) las competencias son el objeto de los programas educativos, es la combinación dinámica de atributos, relativos al conocimiento y su aplicación, a las actitudes y responsabilidades, que describen los resultados de aprendizaje o cómo los estudiantes serán capaces de desenvolverse al finalizar el proceso educativo y pueden ser de tres tipos, instrumentales, sistémicas e interpersonales. Las instrumentales son las herramientas para el aprendizaje y la

formación como son: análisis- síntesis, organización del tiempo, estrategias de aprendizaje, solución de problemas, toma de decisiones, planificación, manejo TICs, comunicación verbal y escrita en lengua materna y comunicación en una segunda lengua. Dentro de las interpersonales se encuentran: capacidad de crítica, compromiso ético, sensibilidad hacia la diversidad y multiculturalidad, trabajo en equipo, gestión de conflictos y negociación. Las sistémicas, que son aquellas relacionadas con la visión de conjunto y la capacidad de gestionar adecuadamente la totalidad de la actuación se encuentra: habilidades globales de diseño y gestión de proyectos, creatividad, espíritu emprendedor, capacidad innovadora, liderazgo y orientación al logro.

Por último es importante describir algunas unidades de competencia, relaciones, liderazgo y valores/ética. Estas competencias marcaran nuestro programa, así como los elementos que los constituyen. En las tablas 3, 4, 5 se refieren estas relaciones.

Tabla No. 3 Unidad de Competencia: Relaciones

<b>Unidad de competencia: Relaciones (Trabajar en conjunto y compartir el conocimiento en búsqueda constante de la excelencia).</b>
Cuyo elemento de competencia es:
<p>Unirse al esfuerzo de los demás.</p> <p>Compartir la experiencia y conocimiento al trabajar en equipo</p> <p>Buscar proactivamente y de manera innovadora satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés (clientes, inversionistas, personal, proveedores y comunidades)</p> <p>Mejorar continuamente.</p> <p>Adaptarse al cambio.</p> <p>Desarrollar actividades con honestidad, responsabilidad y respeto</p> <p>Construir vínculos perdurables, de confianza y de mutuo beneficio en todas las interacciones.</p> <p>Fomentar la comunicación clara y directa</p>

Fuente: De Isaacs ,2005 Pág.32.

Tabla No. 4 Unidad de Competencia: Liderazgo

<b>Unidad de competencia: Liderazgo (Visualizar el futuro y enfocar los esfuerzos a mejorar el servicio al cliente y alcanzar una mayor competitividad).</b>
Cuyo elemento de competencia es:
Mantener una orientación al servicio efectivo y competitividad. Compartir información e idea de manera continua Tener una visión a futuro Crear valor para los grupos de interés (clientes, inversionistas, personal, proveedores y comunidades) donde se tienen operaciones.

Fuente: De Isaacs, 2005. Pág. 33

Tabla No. 5 Unidad de Competencia: Valores/Ética

<b>Unidad de competencia: Valores (Comportarse honesta, responsable y respetuosamente en todas las interacciones).</b>
Cuyo elemento de competencia es
Desarrollar actividades con honestidad, responsabilidad y respeto. Construir vínculos perdurables, de confianza y de mutuo beneficio en todas las interacciones. Fomentar la comunicación clara y directa

Fuente: De Isaacs, 2005. Pág.34

## **CAPÍTULO 2. ORIGEN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA UNIVERSIDAD DEL PACIENTE**

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo son capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. El análisis de este capítulo, abarca el papel de los hospitales en la promoción de la salud, el surgimiento del Programa Universidad del Paciente en España y los trabajos llevados a cabo para su implementación y desarrollo en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga",

### **2.1 El Papel de los Hospitales en la Promoción de la Salud**

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud.. La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad en salud.. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud el día 21 de noviembre de 1986 (Carta de Ottawa, 1986) emite la Carta de Ottawa, dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como



consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

El sector salud no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal de salud les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deberán adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. (Carta de Ottawa, 1986)

Igualmente la Carta de Ottawa (1986) refiere que la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control sanitario. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la capacitación en salud, así como a la ayuda financiera. La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación en salud y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud. Finalmente, la carta menciona que es esencial proporcionar los medios para que, a

lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

Respecto a la investigación, la carta refiere que se preste mayor atención a la investigación así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación. Según fue definida la Promoción de la Salud en la Carta de Ottawa, (1986) el hospital actúa como promotor de salud al ser un elemento importante de cultura en el contexto local, siendo así, un ejemplo a seguir para otras instituciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido siempre una fuerte defensora de la Promoción de la Salud, por ello en 1992 la Región Europea de OMS crea una red para la actividad de Promoción de la Salud, y se constituye la Red Internacional de Hospitales Promotores de Salud (HPH) (Health Promoting Hospitals) (OMS,2002) La idea inicial es tratar de modificar la actividad hospitalaria, eminentemente asistencial, y

aprovechar el potencial humano y de conocimiento, para abarcar todos los problemas de salud con una perspectiva integral.

Al constituirse la Red Internacional de Hospitales y Servicios Sanitarios Promotores de Salud, se planteó la misión de trabajar para la incorporación de los conceptos, los valores, las estrategias y los estándares o indicadores de Promoción de Salud, la estructura organizativa de los Hospitales y de los Servicios Sanitarios de la Salud. También, se establecieron procesos de consultas con los socios internacionales, como son la Comisión de Asistencia Sanitaria de Inglaterra, el Defensor del Pueblo Griego, el Grupo de Trabajo sobre Hospitales Orientados al Inmigrante y Competentes Culturalmente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Centro de Investigación Innocenti y con las Oficinas Centrales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Existe una gran motivación dentro de la salud pública para ofrecer estrategias de promoción de la salud en el sector de la atención al paciente (Tonnesen, 2005.) Los hospitales consumen entre el 40 y el 70% del presupuesto nacional en salud y habitualmente emplean entre el 1 y el 3% de la población activa (Mckee, 2001). Los hospitales, en tanto que centros de trabajo, se caracterizan por diferentes factores de riesgo de tipo físico, químico, biológico y psicosocial. Además, los hospitales pueden propiciar efectos de largo alcance, ya que influyen en el comportamiento de los pacientes y sus familiares, que son los más predispuestos a aceptar los consejos en materia de salud en situaciones de enfermedad-curación (Ogden, 1996).

El favorecer la corresponsabilidad del paciente, su familia y la comunidad en el cuidado de la salud, se vincula con el reconocimiento de los derechos y responsabilidades del paciente, así como la obligación de las instituciones de salud públicas y privadas (en el ámbito de su responsabilidad) de atender a cada paciente con pleno respeto, con un trato personal digno, sin discriminación alguna y en un ambiente transparente. Por ello, el hacer partícipes a los pacientes de su autocuidado, de la difusión de su enfermedad, que sean los transmisores en su comunidad y que de esta forma sean promotores de salud. (SS, 2012).

En México las experiencias de promoción de la salud se resumen en los programas estratégicos de prevención de enfermedades, programa estratégico de promoción de la salud en inmunizaciones, salud de las personas mayores, paquete básico de salud y componentes educativos en los libros de texto. Los programas se han centrado en atención a la diabetes y la hipertensión en adultos mayores, promoción de la actividad física, la importancia del papel de la comunidad en el mejoramiento y logro de las metas de salud; las estrategias de comunicación para promover el uso adecuado de los servicios de salud y el autocuidado y otras campañas para la prevención de enfermedades. Así mismo, encontramos en nuestro país el desarrollo de “Municipios Saludables” y “Comunidades Saludables”, estrategia que aboga por las políticas públicas saludables capaces de mover la acción intersectorial para crear entornos saludables y de apoyo.

En consideración a lo hasta aquí expuesto, efectuar programas de promoción de la salud en las instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención no significa cambiar las funciones esencialmente curativas, de investigación y enseñanza de estas instituciones, pero sí representa un reto y un cambio de paradigma de la atención a la salud de la población y va más allá de las acciones educativas en salud en la perspectiva biomédica de la salud pública.

Un hospital promotor de la salud es un hospital que busca: (OCDE, 2007)

- a. Incorporar los conceptos, valores y estándares de promoción de la salud en la estructura organizacional y cultural del hospital
- b. Facilitar y estimular la cooperación de intercambios, experiencias y programas entre los hospitales participantes
- c. Ampliar el enfoque del manejo y estructura del hospital para incluir el cuidado de la salud y no solamente el cuidado curativo
- d. Desarrollar ejemplos documentados y evaluados de buena práctica, para el uso de otras instituciones

- e. Identificar áreas de interés común en las cuales se desarrollen programas y evalúen procedimientos. (WHO, European Office for Integrated Health Care Services)

Por último es necesario decir que a promoción y la educación para la salud son dos tipos de intervención cuyo destinatario es el ser humano, y no solo en tanto que ser biológico, sino que tocan también las partes más íntimas de la personalidad, las actitudes, la forma de vida, los deseos y anhelos y la imagen de uno mismo frente a los demás. En consecuencia, la presente investigación tiene como propósito dar respuesta a los retos planteados, más allá de proporcionar meramente servicio clínico y médico, tomar una nueva orientación que lleve a un cambio de actitud y de organización en torno a las necesidades del individuo como un todo.

## **2.2 Surgimiento de Hospitales Promotores de Salud y la Universidad del Paciente**

El movimiento de los Hospitales Promotores de Salud creado en 1992 por la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud comenzó como una estrategia de mejora de la atención de los pacientes, el personal y el entorno, dentro de los sistemas de mejora de la calidad total, utilizando un parámetro nuevo para los hospitales como era la Promoción de la Salud. El nombre Hospitales Promotores de Salud, no parecía encajar con la tarea fundamental de los hospitales, de índole fundamentalmente curativa, no obstante, la idea era utilizar el gran potencial de los mismos para abarcar los problemas de salud desde una perspectiva integral. (OCDE, 2007)

Refiere el Ministerio de Sanidad Española (2007) que inicialmente la Red de Hospitales Promotores de Salud sirvió para evidenciar aquellas actividades que ya se estaban llevando a cabo, concienciar a los hospitales de sus posibilidades en este campo, intercambiar experiencias e introducir nuevas acciones. Las tres grandes áreas en las que se encuadraban las acciones de promoción de la salud eran los pacientes y familiares, el personal del hospital y el medio ambiente. Las actividades concretas variaban desde la mejora de la oferta de comida en la cafetería o en el catering a los pacientes, a cursos de formación para profesionales en el manejo de material de riesgo o posturales, cursos a pacientes y familiares con discapacidades o que habían sufrido un proceso patológico agudo o como organizar los desechos hospitalarios. La red pasó por tres etapas estratégicas: La primera trataba de sensibilizar a los hospitales de su potencial en el

campo de la salud y no solo de la enfermedad, o desde la enfermedad a la salud, y de dar visibilidad a aquellas actividades que ya se estaban llevando a cabo; la segunda crear redes nacionales o regionales en las que existían unas bases políticas y de gestión y unas necesidades comunes y la tercera crear un sistema que permitiera medir las actividades y apoyara la financiación para asegurar la continuidad.

La red europea que comenzó con 20 hospitales cuenta en el momento actual con casi 800 hospitales constituidos en 27 redes nacionales o regionales. La evaluación se encuadra dentro de la última etapa e intenta cubrir una necesidad expresada por los propios hospitales. Es el resultado de un largo proceso de pilotaje de estándares e indicadores llevado a cabo por los propios hospitales voluntariamente, y una amplia consulta entre los representantes de los hospitales y expertos tanto en procesos de calidad como de promoción de la salud. Es simplemente un instrumento de apoyo para aquellos hospitales que deseen evaluar las actividades que realizan en un campo que hasta no hace mucho parecía ajeno a la actividad hospitalaria.

La Universidad de Barcelona crea la Universidad del Paciente (2008), y surge en España, específica y monográficamente dedicada a pacientes, familiares, cuidadores, voluntarios y ciudadanos en general, interesados en temas de salud y sanidad, cuyo fin es el de garantizar igualdad de oportunidades en la educación y acceso a una asistencia de calidad por parte de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. En el mundo contemporáneo cada vez son más altas las exigencias a hombres y mujeres para formarse, participar en la sociedad y resolver problemas de orden práctico. En este contexto es necesario ofrecer una educación al paciente que contribuya al desarrollo de competencias para mejorar la manera de vivir y convivir y enfrentarse a su padecimiento, en una sociedad más compleja, así como la capacidad de actuar en grupos heterogéneos y de manera autónoma. El programa Universidad del Paciente establece la importancia, magnitud, trascendencia y factibilidad del proyecto, así también la evaluación de necesidades y factores sociodemográficos, políticos, económicos y culturales de la población afectada. Aumenta el conocimiento del paciente sobre su enfermedad para que se convierta en educador en salud en su comunidad y favorece la participación activa del paciente en su comunidad y en las asociaciones de pacientes.

La planeación del Programa Universidad del Paciente, se puede concebir como un sistema que comienza por los objetivos establecidos de la planeación táctica, desarrolla planes y procedimientos detallados y proporciona información de retroalimentación para proporcionar medios y condiciones que optimicen y maximicen los resultados. Dentro de la planeación, el programa básicamente se preocupa, por el qué hacer y cómo hacerlo. Se refiere de manera específica a las tareas y operaciones realizadas en el nivel operacional y se orienta hacia la optimización de los resultados.

En el caso de la Universidad de Barcelona, que fomentó la creación de la Universidad del Paciente, desde 1999 el área de información en salud para la ciudadanía se ha especializado en el diseño, adaptación y desarrollo de recursos y productos destinados a mejorar la comprensión de la enfermedad, la navegación en el sistema sanitario-asistencial y el comportamiento en salud. Todo ello a través de un análisis previo de necesidades y de la integración y aplicación de la mejor evidencia científica disponible. Crean tres áreas de atención para ello. (Universidad del Paciente, 2008)

- a. Pacientes y cuidadores: Cuidar de la salud garantiza disfrutar de una vida más larga, con mejor calidad de vida y bienestar psico-emocional. A través de la información se otorgan las recomendaciones e instrumentos y recursos que se necesita para ser una persona saludable y feliz.
- b. Asociaciones de Pacientes: Gestionar adecuadamente una asociación de pacientes repercute directamente en beneficio de los pacientes, enfermedades y condiciones representadas. Se pone a disposición las recomendaciones e instrumentos y recursos que necesita para garantizar un mejor desarrollo y posicionamiento del proyecto asociativo en materia administrativa, financiera y humana.
- c. Profesionales: Cuidar de la salud de los pacientes es una ciencia pero también un arte. Se pone a disposición las recomendaciones e instrumentos y recursos que necesita para garantizar una mayor centralización en la persona.

Por otro lado han surgido otros cursos más como el programa “Tomando control de su salud” (Stanford Patient Education Research Center, 2013) que fue desarrollado por

el centro de investigación para la educación de pacientes de la Universidad de Stanford (Estados Unidos). Se trata de un programa acreditado que ha sido realizado con éxito internacionalmente. Se basa igualmente en las diferentes enfermedades crónicas que tienen en los pacientes una serie de consecuencias comunes que afectan a su estado físico y emocional (dificultades para la toma de decisiones, alteraciones en el estado de ánimo, problemas de comunicación con los profesionales de salud y en el ámbito familiar, laboral o social, falta de adherencia terapéutica, dificultades para incorporar estilos de vida saludables, etc.). Se basa este programa en el conocimiento de que en la población mayor de 60 años se incrementa el riesgo de comorbilidad. Por este motivo, la mayor parte de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que son necesarias desarrollar para el autocuidado de una enfermedad crónica, son también comunes en las diferentes patologías y condiciones clínicas. Es así que el Programa “Paciente Experto” quiere promover el rol del paciente como el principal responsable del autocuidado de su salud y facilitar la adquisición de las competencias necesarias para gestionar los síntomas de la enfermedad, incorporar estilos de vida saludables y conseguir una mejor calidad de vida, siempre en colaboración con los profesionales de la salud. El programa está dirigido a pacientes, cuidadores y familiares de personas afectadas por diferentes enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, artrosis, artritis, fibromialgia, insuficiencia renal, etc.). El número de participantes está limitado a un máximo de 15 personas por programa.

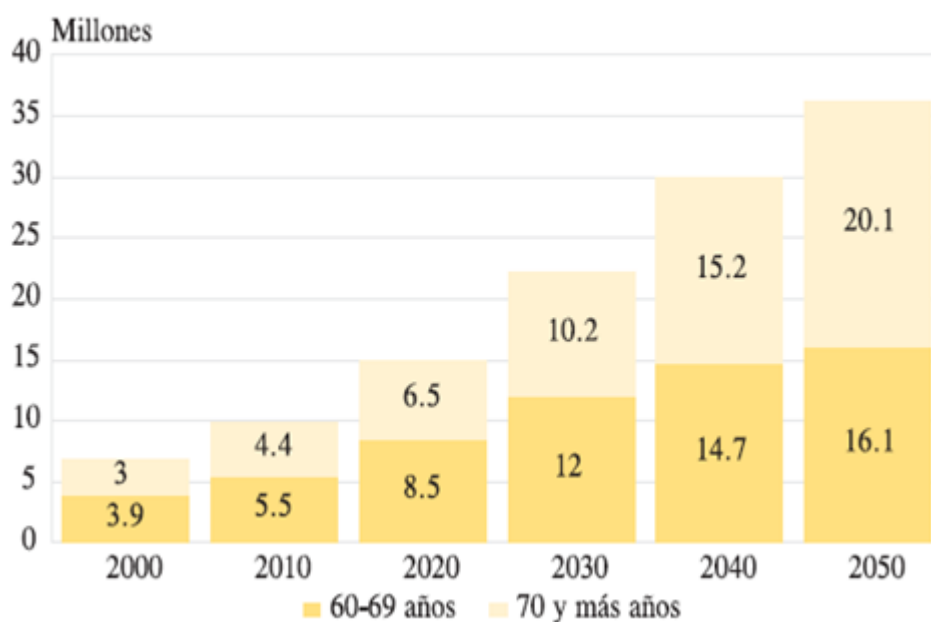
### **2.3 Universidad del Paciente en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”**

El siguiente apartado está estructurado con base en el documento Memorias del Hospital General de México, con el fin de explicar la estructura de la Universidad del Paciente. que busca día a día la calidad y calidez de sus servicios en materia de atención médica, contribuyendo con el Sistema Nacional de Salud Universal con un enfoque preventivo, un modelo de atención homogéneo, de calidad y una mayor coordinación entre las diferentes instituciones de salud. (HGM, 2012). Los elementos fundamentales de la planificación estratégica son los que utiliza el Programa Universidad del Paciente para su desarrollo. La metodología explicada se propuso como un programa de formación dirigido a pacientes utilizando la mejor evidencia científica disponible y la experiencia de



los profesionales enriquecido con la retroalimentación de los pacientes, el aportar la información necesaria para que los pacientes puedan contribuir con el equipo de salud en la toma de decisiones sobre su padecimiento para que sean capaces de replicar la información adquirida en sus comunidades y/o asociaciones de pacientes. Para su planeación, buscó basarse en los cambios demográficos que sufrirá nuestra población en los siguientes años, así como los cambios observados en las principales causas de enfermedades según se muestra en las siguientes figuras.

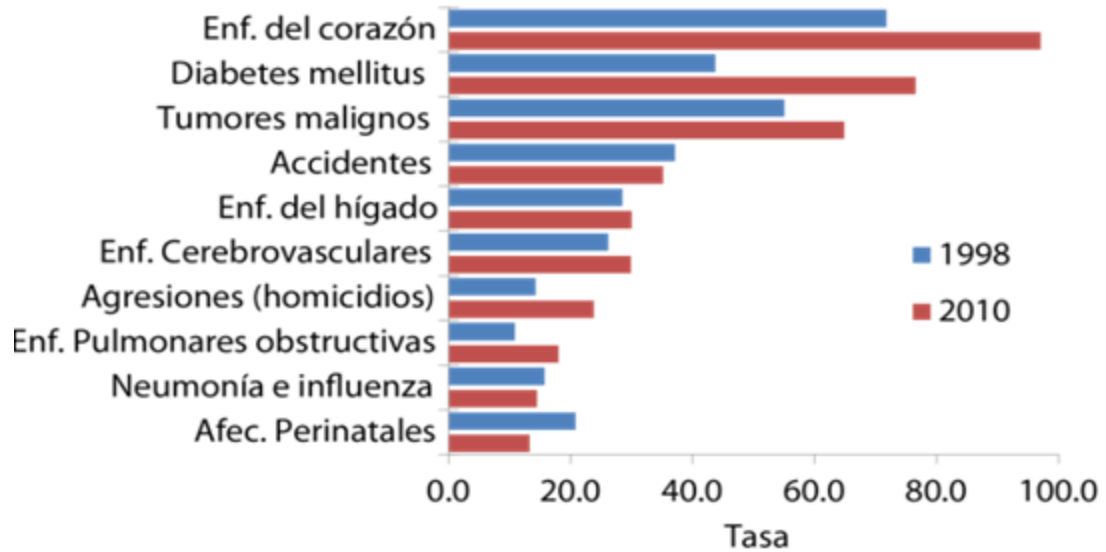
Figura No. 4 Población de adultos mayores (60 años y más) de México, 2000.-2050



Fuente: CONAPO. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 2005-2030. México, D.F. Disponible en línea en: [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=193](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193) (consultado en septiembre de 2015).

Basados en la morbilidad hospitalaria, la Subdirección de Enseñanza del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” crea el Programa Universidad del Paciente, que vincula a la comunidad con los servicios que se ofrecen. El programa Universidad del paciente fue trabajado, seleccionando un área o servicio en la que se desarrollará el proyecto, especificando las alianzas estratégicas o colaboraciones interinstitucionales o extra institucionales. Así mismo se especifica la intervención y el diagnóstico o padecimiento al cual va enfocado el proyecto.

Figura No. 5 Cambios observados en las principales causas de defunciones años 1998 y 2010.



Nota: Tasa por 100000 habitantes

Fuente: SINAIS. Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en línea en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>  
(Consultado el 4 de abril de 2015)

El programa se justifica debido a que conocemos que los medios de comunicación y miembros de la comunidad en general son las principales fuentes de información de la mayoría de los ciudadanos tanto sanos como enfermos, lo que en muchas ocasiones permite la difusión de datos o creencias falsas (o no completamente verdaderas) entre la población, generando y perpetuando ignorancia que tiene impacto a diferentes niveles en la sociedad. Esta información puede llegar a interferir cuando un individuo cursa con cierto padecimiento, de tal forma que en algunos casos no acepta o reconoce las mejores opciones de tratamiento, o bien, percibe la atención médica de un modo distinto al que debiera ser (humanismo, calidad y calidez). En el Hospital General de México, los objetivos mencionados para el Programa Universidad del Paciente son: (Memorias HGM, 2013 p.63.)

- a. Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad para que se convierta en educador en salud en su comunidad.
- b. Mejorar la autonomía del paciente en relación a su salud.

- c. Favorecer participación activa del paciente en su comunidad y en las asociaciones de pacientes.
- d. Promover el cuidado de la salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.
- e. Fomentar la cultura del autocuidado y de la corresponsabilidad en el paciente.

Y como objetivos específicos se encuentran:

- a. Que el paciente conozca aspectos básicos (anatomía, fisiología, tratamiento, rehabilitación) sobre su enfermedad.
- b. Reforzar y reorientar el conocimiento adquirido previamente en relación a su padecimiento crónico.
- c. Otorgar el conocimiento y técnicas adecuadas para que el paciente sea capaz de replicar la información en su comunidad y/o asociación(es) de pacientes a la(s) que pertenezca.

Acerca de la metodología, se propuso un programa de formación dirigido a pacientes utilizando la mejor evidencia científica disponible y la experiencia de los profesionales enriquecido con la retroalimentación de los pacientes, el aportar la información necesaria para que los pacientes puedan contribuir con el equipo de salud en la toma de decisiones sobre su padecimiento para que sean capaces de replicar la información adquirida en sus comunidades y/o asociaciones de pacientes. Las estrategias educativas, material y recursos que se emplearon en el desarrollo del proyecto la población a la que va dirigida, duración y tiempo del programa, responsables, expectativas o alcances, forma de evaluación, evidencias de asistencia, así como la metodología educativa se convierte en la carta descriptiva del programa.

Las tres fases en las que se divide el Programa son:

Fase I. Profesional Tutor: Es un curso de formación dirigido a personal de la salud para adquirir habilidades docentes y comunicativas necesarias para impartir sesiones de formación y educación sanitaria a personas afectadas por enfermedades crónicas.

Fase II. Paciente Especialista: Dirigido a pacientes crónicos, tiene como objetivo la adquisición de competencias relacionadas con el manejo de determinada enfermedad o condición clínica.

Fase III. Paciente tutor: Adquisición por parte de pacientes de competencias docentes y comunicativas con la finalidad de que éstos puedan impartir sesiones de formación a otros pacientes.

De acuerdo a la importancia del padecimiento, se programaron sesiones semanales con duración de 75 – 90 min donde se repasó en forma básica la anatomía implicada, fisiología, fisiopatología, tratamiento, secuelas y opciones futuras de tratamiento y rehabilitación. Se integraron grupos de 12 pacientes con un coordinador cada grupo. Al final del curso se otorgó un reconocimiento institucional por parte de la Dirección de Educación y Capacitación en Salud. En un inicio, el equipo estaba formado por el médico y la enfermera. Pero se vio la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario, formado por personal médico, enfermería y trabajo social del Hospital General de México.

Dentro del personal médico se considera a médicos de base y Consejeros Técnicos en todas las disciplinas involucradas, que cuenten con un perfil para involucrar y estimular a pacientes, familiares y cuidadores a aprender sobre su padecimiento. Así mismo el equipo tuvo alianzas con la Subdirección de Enfermería, Departamento de Enseñanza en Enfermería, y Departamento de Trabajo Social. Para la ejecución del plan de trabajo se realiza un seguimiento y control de resultados, que se representa en el siguiente cuadro de cursos otorgados. (Tabla No. 6) Cabe mencionar que el 53% de los pacientes capacitados cumplieron la fase III del programa.

Tabla No. 6. Cursos desarrollados en el Hospital General de México

<b>Cursos Diagnóstico</b>	<b>por Cursos desarrollados Enero a Noviembre 2013</b>	<b>Pacientes Capacitados 2013</b>
Artritis Reumatoide	1 curso	9 pacientes
Cáncer de Colon	1 curso	6 pacientes
Envejecimiento exitoso	1 curso	19 pacientes
VIH/SIDA	3 cursos	51 pacientes
Salud Mental	1 curso	30 pacientes
Obesidad en el siglo XXI	3 cursos	120 pacientes
Total de Pacientes Capacitados		218 Pacientes

Fuente: Elaboración propia basado en Hospital General de México (2013) *Memorias de una institución*. México. Prensa HGM. México Pág.67.

## CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 3.1 Antecedentes

Se entiende la Promoción de la Salud como el proceso de capacitar a las personas para aumentar el control sobre su salud y para mejorarla, según fue definida en la Carta de Ottawa (1986), es así, que el desarrollo de este concepto, incorpora a los pacientes como sujetos activos en el proceso, con el fin de que logren alcanzar el mayor grado en el control de su salud. El hospital entonces, debería actuar como promotor de salud al ser un elemento importante de cultura en el contexto local, un ejemplo a seguir para otras instituciones. (Navarro, 2008)

Según la Organización Mundial de la Salud, (2009) un sistema de salud funciona adecuadamente si al responder tanto a las necesidades como a las expectativas de la población, cumple los siguientes objetivos:

- a. Mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud
- b. Proveer acceso efectivo con calidad
- c. Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos

Para el logro de estos objetivos los sistemas llevan a cabo cuatro funciones principales:

- a. Rectoría: Un eje rector que sea el que conduzca y favorezca la ejecución del proyecto institucional, que vele por el cumplimiento de las funciones y el oportuno aprovisionamiento de los recursos necesarios, que promueva el proceso continuo de mejoramiento de la calidad y que mantenga los canales de comunicación entre los diferentes servicios.
- b. Financiamiento, que incluye recolección y asignación de fondos por un lado y aseguramiento por el otro.

- c. Generación de recursos, la medida en que contribuyen a alcanzar los objetivos intrínsecos o medulares del sistema de salud. No únicamente recurso económico sino el más importante, el humano.
- d. Prestación de servicios; entendiendo que la generación de recursos es una función que articula la función de financiamiento con la prestación de servicios.

Refiere Navarro (2008) que en México es poco lo que invertimos en la promoción de la salud, ya que la mayor parte del presupuesto es para niveles de atención secundaria y terciaria, que son elevadamente costosas porque los programas de prevención no llegan a toda la población. La institución debería pensar más que es lo que la gente necesita y no lo que la institución ofrece, en otras palabras pensar más en la demanda que en la oferta de servicios. Además, hoy en día la administración hospitalaria requiere de un alto nivel profesional, académico y técnico, con alto sentido de honestidad y educación profesional, porque cada día el paciente exige un servicio de mayor calidad, expedito y a un bajo costo. Podremos decir que las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud han tenido que transformarse y adaptarse a las nuevas condiciones económicas, buscando ser más efectivas, más expeditas, más puntuales y la preparación de los nuevos directivos es de vital importancia para mantener vigente a los hospitales. (Navarro, 2008)

El Directivo es la pieza fundamental en este sistema, es cualquier persona que tiene al mando varias personas y es él el responsable de lo que esas personas hagan; el Directivo busca “tatar” en la piel del empleado la misión y la visión de la organización. El Directivo sabe plantear estrategias de innovación, de minimización de costos, de disminución de la rutina, de mejora de la incertidumbre en el ambiente y de disminución de la resistencia al cambio. (Navarro, 2008).

Es por esto que el funcionamiento de las instituciones privadas y públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, aseguran que la salud pueda estar accesible para cualquier persona, que busquen impactar en la gente, en cambios del estilo de vida que puedan prevenir o diagnosticar enfermedades en las etapas más tempranas, según señala el Programa Nacional de Salud 2013-2018 como los ejes rectores de la política en Salud, siendo sus puntos los siguientes: (SS, 2007)

- a. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- b. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
- c. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
- d. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
- e. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
- f. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

La investigación se ha llevado a cabo en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” , que ha implementado el Programa Universidad del Paciente desde 2013 como un Hospital Promotor de la Salud para otorgar calidad y seguridad del paciente, siguiendo pautas del programa creado en Barcelona, España.

Es a partir de esta investigación que analizaremos el método implementado del Programa Universidad del Paciente en este hospital y se propondrán las adecuaciones necesarias para la implementación en los otros cinco Hospitales Federales de Referencia, que son un conjunto de seis unidades hospitalarias, cuya área de influencia comprende al Distrito Federal y estados conurbados; aunque esencialmente operan como unidades de concentración para todo el territorio nacional. Tienen como objetivo principal la prestación de los servicios de atención médica general y especializada, con capacitación y formación de recursos humanos calificados, así como la participación en actividades de investigación para la salud. En estas tres áreas los Hospitales Federales de Referencia han destacado y han marcado la pauta de la atención a la salud y de la calidad académica en México. La creación de estas unidades es el resultado de las necesidades de atención para la salud, requiriendo del esfuerzo coordinado entre las autoridades y médicos mexicanos distinguidos quienes promovieron su fundación. Existen más de 20



especialidades que ofrecen, entre las que se encuentran endocrinología, dermatología, cirugía plástica, pediatría, endoscopía, ginecología, reumatología, oncología, urología, ortopedia y psiquiatría.

### **3.2 Planteamiento del Problema**

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2008, p.42) aseguran que “plantear el problema no es sino afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación”. Por lo tanto, definir el problema consiste en plantear con consistencia y direccionalidad la situación que se desea investigar. Igualmente señalan, que el planteamiento del problema es una parte fundamental del proceso de investigación, ya que en él se definen los objetivos y las preguntas de la investigación, que constituyen el punto de partida para el proceso; se delimitan las líneas de acción y son la base para los demás planteamientos; la justificación, plantea la razón por la que se lleva a cabo este proceso de investigación; la viabilidad, como elemento que hace cuestionar si realmente es posible realizar el proyecto; y finalmente la explicación del contexto en el que se realiza el proceso de investigación, que ayuda a ubicarlo en tiempo y espacio para poder comprenderlo mejor.

La salud es un derecho humano y no un derecho laboral, y este hecho está plasmado en diversas declaraciones internacionales y locales lo que compromete a los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas a cumplirlo. (Carta de los Derechos Humanos Fundamentales, ONU artículo 25). La salud es imprescindible para el desarrollo de los pueblos y trasciende en las comunidades y las instituciones. Este derecho compromete aún más al estado a buscar no nada más curar, sino orientar sobre la salud pública con actividades claras, fundamentales, contundentes y oportunas para garantizar este derecho. Por ello se han creado las Políticas Generales en Salud en Cobertura, Acceso efectivo, Calidad, Prevención, Medicina asertiva y Fortalecimiento de la medicina de primer contacto e Infraestructura. Además todas las políticas públicas, estrategias y objetivos poseen un enfoque de portafolios en diferentes niveles, el Gubernamental, el Institucional, el Profesional, el Individual, así como el seguimiento a los proyectos y programas de acuerdo a una medición correcta de indicadores sin olvidar contar con un efectivo programa de costos. (Frenk, 1995)

Igualmente, refiere Frenk (1995), que pensando en este fundamento legal y de políticas públicas, en la actualidad las instituciones públicas y privadas, no están alineadas completamente a estos fundamentos, a pesar de que tienen como responsabilidad el conservar, promover y mejorar la salud de la población, en el menor tiempo posible y menor costo, tanto en casos sencillos como complejos. Se requieren Políticas Generales en Salud efectivas para mejorar la cobertura, un acceso efectivo, mejora de la calidad, mayor prevención, medicina asertiva y un gran fortalecimiento de la medicina de primer contacto. El Acto Médico requiere de tres elementos, una buena infraestructura administrativa, muy buena calidad técnica y mucha calidad humana. El Estado enfrenta, además, factores que inciden negativamente en su capacidad para dar plena vigencia al derecho a la protección de la salud que establece el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y uno de ellos es el modelo de atención con que operan las instituciones del sector salud que ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención; en este sentido es fundamental hacer de las acciones de protección, prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud un elemento básico que permee de manera horizontal en un modelo de atención actualizado, homologado y más resolutivo e integrador de todos los niveles de prestación de servicios.

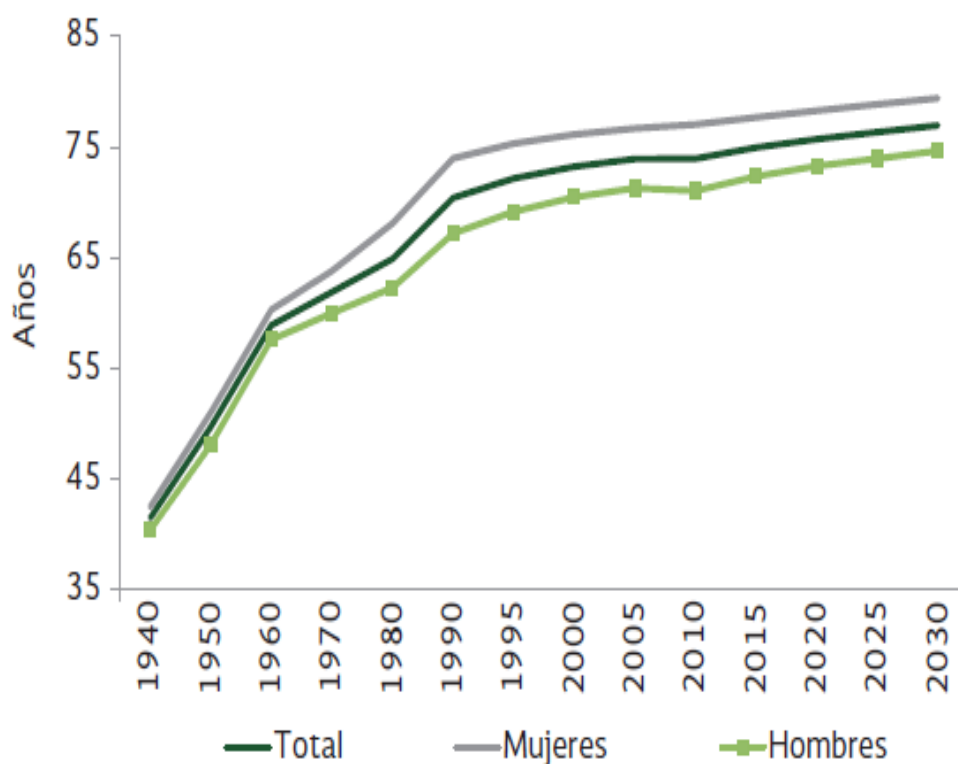
El Plan Sectorial de Salud 2013-2018,(SS,2012) refiere que las estrategias vinculadas no han logrado reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables, se continúa en la búsqueda de un modelo de atención primaria más homologado y resolutivo, la protección financiera que hoy otorga el aseguramiento público no se traduce en mejores resultados de salud, y finalmente, la regulación, el control y el fomento sanitarios no ha reducido los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida, mermando la productividad. El Sistema Nacional de Salud enfrenta importantes desafíos, los cambios producidos en el perfil demográfico han originado un proceso de envejecimiento de la población mexicana. Esta situación en paralelo con la adopción de estilos de vida poco saludables y de riesgo, como la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, el sexo inseguro, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como la falta de educación vial y en salud ocupacional, trazan los desafíos que representa el creciente predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las relacionadas con lesiones de causa externa. Uno de los señalamientos que

se hace es que no bastará el aumento de recursos financieros para elevar la calidad de los servicios de salud, pese a la dedicación, el ejercicio de la compasión que practican los profesionales relacionados con la salud y el esfuerzo diario por curar y cuidar que se realiza en nuestros establecimientos de salud.

Dado el creciente aumento de las enfermedades crónicas en Europa y en el resto del mundo, y el poco seguimiento de los tratamientos, la formación terapéutica se está convirtiendo en un aspecto de una importancia capital (OMS, 2002). Muchos de los tratamientos hospitalarios no pretenden curar, sino que tratan de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para mantener la calidad de vida, los pacientes y sus familiares reciben una formación y están más preparados para el momento del egreso del hospital. Aunque la responsabilidad básica del hospital en relación con la atención al paciente termina al firmar el alta, es importante señalar que desde un punto de vista del sistema sanitario, deberían poder evitarse gran parte de los reingresos o las complicaciones si se preparara mejor a los pacientes y si los siguientes proveedores de atención sanitaria y social tuvieran una implicación mayor.

Los datos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, nos revelan que la esperanza de vida al nacer pasó de 41.5 en 1940 a 74.3 en 2012 (Gráfica 6). En el mismo periodo, se ha producido una reducción importante de la mortalidad en prácticamente todos los grupos de edad (Partida 2005). México tiene un largo camino por recorrer para lograr indicadores de salud similares a los de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), como se muestra en la tabla No. 7. La mayor longevidad, en conjunto con una disminución significativa de la tasa de fecundidad en México se refleja en un envejecimiento poblacional. Esta transición demográfica en paralelo con estilos de vida no saludables, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, el sedentarismo y la ingesta de dietas hipercalórica, se ha traducido en una prevalencia importante de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como se muestra en la tabla No. 8

Gráfica No. 6 Esperanza de vida al nacer, 1940 a 2030



Fuente: SS. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.pag.12.Disponible en línea en: <http://docplayer.es/4226377-Dof-diario-oficial-de-la-federacion.htm> (consultado en septiembre 2015).

Tabla No. 7 Indicadores del estado de salud de la población para México y el conjunto de países que integran la OCDE. 2011

Indicador	México	OCDE
Esperanza de vida al nacimiento(años)ambos sexos	74.2	80.1
Mujeres	77.2	82.8
Hombres	71.2	77.3
Esperanza de vida a los 65 años ambos sexos	17.6	19.3
Mujeres	18.5	20.9
Hombres	16.7	17.6
Bajo peso al nacer (a)	8.6	6.8
Tasa de mortalidad neonatal (b)	8.6	2.8
Tasa de mortalidad infantil (b)	13.7	4.1
Razón de mortalidad materna (c)	43.0	7.3

Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino (d)	12.3	3.7
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte (e)	14.4	7.7

Notas: a) Por 100 nacidos vivos; b) Por 1000 nacidos vivos; c) Por 100000 nacidos vivos; d) Por 100 000 mujeres; e) Por 100 000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con información de INEGI, 2013

Tabla No. 8 Prevalencia de enfermedades Crónicas no transmisibles, México 2012  
(porcentajes)

<b>Prevalencia</b>	<b>Total</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
Diagnóstico previo de diabetes mellitus en adultos	9.2	8.6	9.7
Hipertensión en adultos (a)	31.5	32.3	30.7
Sobrepeso y obesidad en adultos(a)	71.3	69.4	73.0
Sobrepeso y obesidad en adolescentes(b)	34.9	34.1	35.8
Sobrepeso y obesidad en niños(c)	34.4	36.9	29.2

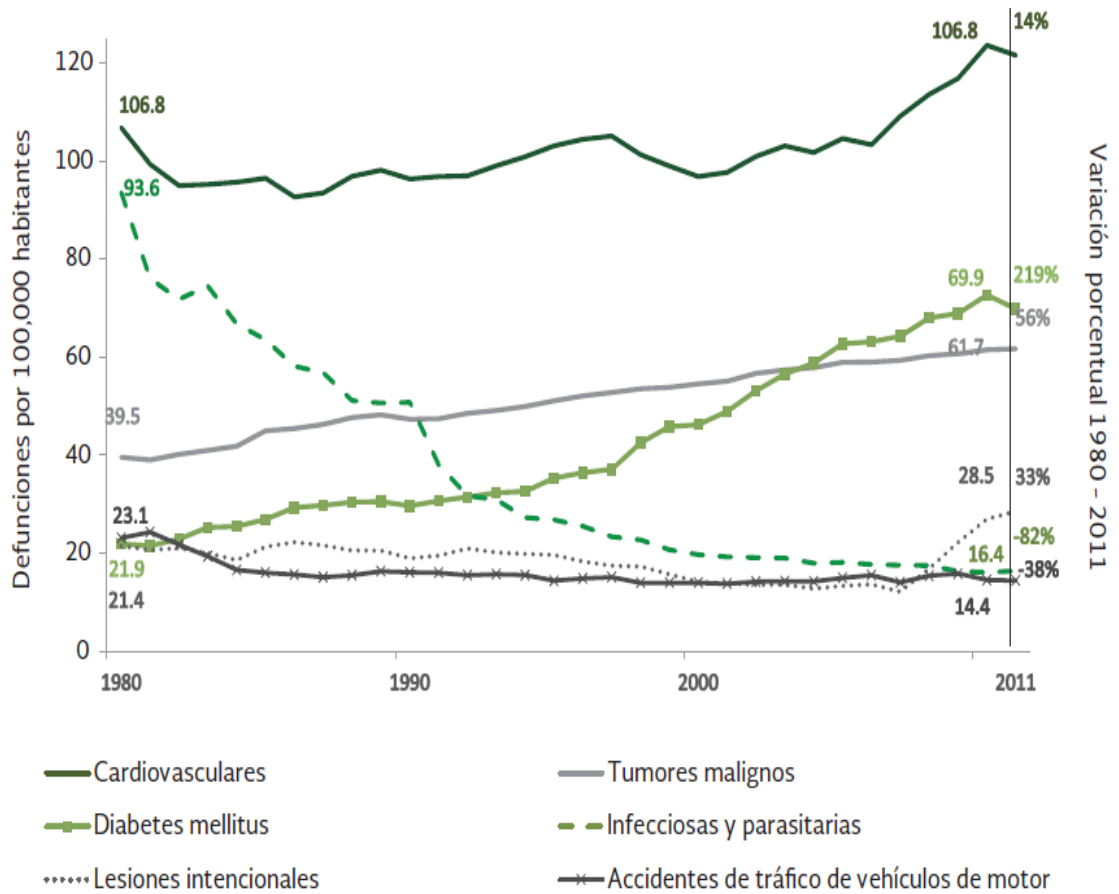
Notas: a) Población de 20 años de edad y más; b) Población de 12 a 19 años de edad; c) Población de 5 a 11 años de edad.

Fuente: Elaboración propia con información de INEGI, 2013

Asimismo, y a consecuencia de que en el Sistema Nacional de Salud se ha privilegiado la atención médica sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades, y por la falta de corresponsabilidad de la población, estas enfermedades se están traduciendo en un incremento de la mortalidad (Gráfica 7), y pueden mermar el desempeño escolar y la productividad laboral (Villagómez, 2009; Garza 2002).

Desde 1974, los esfuerzos de la política de población se dirigieron a impulsar la desaceleración del ritmo del crecimiento demográfico; a promover una distribución territorial de la población acorde con las potencialidades del desarrollo de las diferentes regiones del país; a propiciar la extensión y arraigo de una sólida cultura demográfica mediante procesos educativos, de información y comunicación en población; y a favorecer una mayor participación de la mujer en los procesos de desarrollo económico, social, político y cultural del país, en condiciones de igualdad con el varón (Plan Nacional de desarrollo, 2012). Es así como el país encuentra ahora en una fase avanzada de la transición demográfica que apunta hacia retos muy distintos a los que se presentaron durante el siglo XX.

Gráfica No.7 Principales causas de Defunción México. 1980-2011(Defunciones por 100000 habitantes)



Fuente: SS. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.pag.9.Disponible en línea en: <http://docplayer.es/4226377-Dof-diario-oficial-de-la-federacion.html> (consultado en septiembre 2015).Pág. 4.

Derivado de lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo, creemos que en el siglo XXI, los fenómenos hacia los cuales habrá que orientar a la política de población tienen que ver con el envejecimiento poblacional, el aprovechamiento del bono demográfico derivado del mismo, la dispersión de la población rural, la concentración poblacional en el espacio urbano, la sustentabilidad del medio ambiente, la intensidad y naturaleza del fenómeno migratorio, los rezagos persistentes en algunos sectores de la población, particularmente en materia de salud reproductiva, entre otros. Lo anterior revela la naturaleza dinámica y cambiante de la relación entre los elementos estrictamente demográficos y los factores que propician el desarrollo, mostrando que la política de población no puede ser definida de una vez y para siempre, sino que se

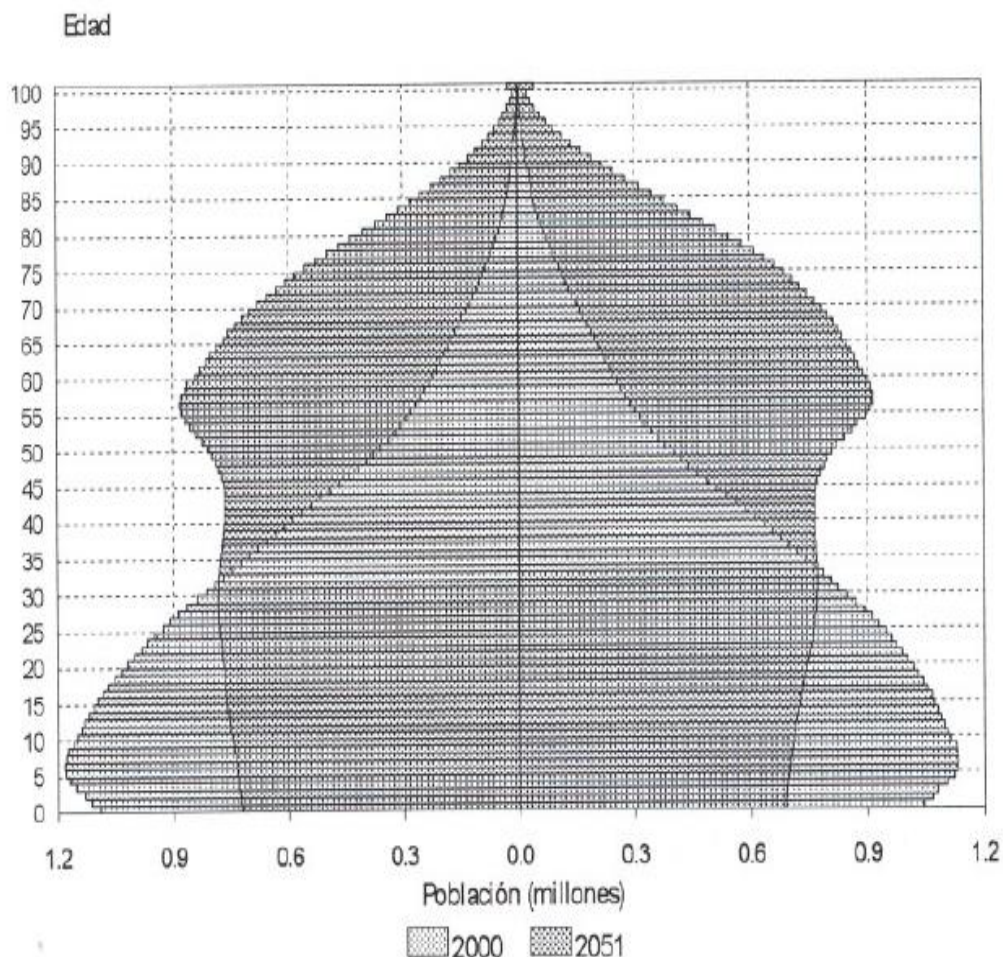
reformula conforme lo haga la dinámica demográfica y se modifiquen e interactúen las necesidades de los diversos grupos que conforman a la sociedad.

El envejecimiento de la población mexicana, iniciado hace ya algunos años, se acelerará significativamente en el presente siglo. Partida (2005) refiere que en 2000, las personas de 60 años o más representaban 6.8 por ciento de la población total del país y se espera serán 28.0 por ciento en 2050. El proceso de envejecimiento se puede ver de manera más precisa mediante el cambio global de la población por sexo y edad, como se muestra en las pirámides de edades superpuestas de la gráfica 8. (Partida, 2005) El envejecimiento de la población se puede ver en el hecho que la pérdida neta de 12.0 millones de niños y jóvenes menores de quince años se ve casi equiparada con la ganancia de 12.3 millones en las primeras diez edades de la senectud (60-69 años); o bien, la reducción de 6.5 millones en las primeras dieciocho edades laborales (15-32 años) se compensa con el incremento de 6.8 millones de las siguientes diecisiete (33-49 años) (SS, 2012) La contribución del cambio de cada fenómeno demográfico al proceso de envejecimiento es más clara si separamos las tendencias (SS, 2006) de la natalidad, la mortalidad y la migración en tres periodos que corresponden aproximadamente a las etapas de la transición demográfica de México: el rápido crecimiento demográfico (hasta 1969); el descenso de la fecundidad (1970-1999) y la convergencia de los fenómenos (2000-2050).

En conclusión, el proceso de envejecimiento actual descansa principalmente en la fecundidad alta del pasado; sin embargo, la reducción de la mortalidad y la incidencia de la migración marcarán la pauta en el futuro distante, principalmente más allá de 2050, es así que el aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. A mitad del siglo pasado, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición. Hoy estas enfermedades concentran menos del 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones

son responsables de poco menos de 75% y 11% de las muertes en el país, respectivamente. (Villalpando, 2010)

Gráfica No. 8 Pirámides de edades a principio de año 2000 y 2051.



Fuente: SS. 2012. Estimaciones con base en las proyecciones de la población México 2005-2030 Secretaría de Salud. (2012). Dirección General de Información en Salud. Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005 - 2030, CONAPO. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2012.

En contraste, la diabetes mellitus no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990, pero hoy es la principal causa de defunción en hombres y mujeres en todo el país y su prevalencia en adultos es de 14.4%, una de las más altas del mundo. Los padecimientos que mayores pérdidas producen en mujeres son la depresión unipolar mayor, la diabetes mellitus, las afecciones originadas en el período perinatal, las anomalías congénitas, las enfermedades isquémicas del corazón, la osteoartritis y las



cataratas. En hombres las afecciones son las originadas por la diabetes mellitus, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, el consumo de alcohol, las agresiones y homicidios, y los accidentes de tránsito. (Barquera, 2010). Y es justo en esta medida donde surge el atender problemas prioritarios de salud, colocando a la promoción de la salud como eje transversal de la atención médica. Y de este planteamiento surgen nuestras preguntas de investigación que se desglosan en el siguiente apartado.

### **3.3 Preguntas objetivos e hipótesis de nuestra investigación**

Derivado de lo anterior, la pregunta de investigación se refiere a ¿Cuáles son las principales aspectos que han sido beneficiadas por el programa Universidad del Paciente en la Institución pública de salud? y como preguntas secundarias ¿Cuáles son los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo?, ¿Cuáles son los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto financiero? Y ¿Cuáles son los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto de recursos humanos?

Surgen así nuestras hipótesis en la investigación, siendo la principal:

Los aspectos que han sido beneficiados por el programa Universidad del Paciente son:

- Aspecto Administrativa
- Aspecto Financiera
- Aspecto de Recursos Humanos

Y como hipótesis secundarias:

- a. Los principales resultados que ha generado el programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo son:
  - Identificación de la misión y visión del programa Universidad del Paciente
  - La identificación del modelo de gestión “Atención centrada en el paciente”
  - La comunicación que facilita el trabajo en equipo y el compromiso del equipo multidisciplinario

- b. Los principales resultados que ha generado el programa Universidad del Paciente en el aspecto financiero son:
- El aprender a cuidar los recursos materiales y financieros.
  - Al involucrarse en los procesos del programa se vigila el buen uso de los insumos
- c. Los principales resultados que ha generado el programa Universidad del Paciente en el aspecto de recursos humanos son:
- El personal se siente satisfecho con su desempeño y función laboral.
  - El personal recibe retroalimentación positiva por su desarrollo profesional.
  - La mejora de relación médico-paciente
- Surge así esta investigación para dar respuesta a estas preguntas.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Estudiar los aspectos que han sido beneficiadas por el programa Universidad del Paciente en la Institución.

### **Objetivos Específicos**

Estudiar los principales resultados que ha generado el programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo.

Estudiar los principales resultados que ha generado el programa Universidad del Paciente en el aspecto financiero.

Estudiar los principales resultados que ha generado el programa Universidad del Paciente en el aspecto de recursos humanos.

### 3.4 Matriz de Congruencia

<b>PREGUNTA PRINCIPAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPOTESIS PRINCIPAL</b>
¿Cuáles son los principales aspectos que han sido beneficiadas por el programa Universidad del Paciente en la Institución pública de salud?	Estudiar los aspectos que han sido beneficiadas por el programa Universidad del Paciente en la Institución pública de salud.	Los aspectos que han sido beneficiadas por el programa Universidad del Paciente en la institución pública de salud son : Aspecto Administrativa Aspecto Financiera Aspecto de Recursos Humanos
<b>PREGUNTAS SECUNDARIAS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPOTESIS SECUNDARIAS</b>
¿Cuáles son los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo?	Estudiar los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo	Los principales resultados que ha generado el programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo son: Identificación de la misión y visión del programa Universidad del Paciente La identificación del modelo de gestión “Atención centrada en el paciente” La comunicación que facilita el trabajo en equipo y el compromiso del equipo multidisciplinario
¿Cuáles son los principales resultados que está generando el programa Universidad del	Estudiar los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto financiero	Los principales resultados que ha generado el programa Universidad del Paciente en el aspecto financiero son: El aprender a cuidar los recursos materiales y financieros.

Paciente en el aspecto financiero?		Al involucrarse en los procesos del programa se vigila el buen uso de los insumos
¿Cuáles son los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto de recursos humanos?	Estudiar los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto de recursos humanos	Los principales resultados que ha generado el programa Universidad del Paciente en el aspecto de recursos humanos son:  El personal se siente satisfecho con su desempeño y función laboral.  El personal recibe retroalimentación positiva por su desarrollo profesional.  La mejora de la relación médico-paciente

### 3.5 Limitaciones del estudio

Por parte de la investigadora, para la realización de las entrevistas se evitaron los errores en las preguntas, por ejemplo, cuáles son las mejoras, o cuál es el programa ideal, que pudieran ofrecer resultados no válidos. La calidad del programa Universidad del Paciente, dependerá principalmente de la suma de los estilos personales de todos los colaboradores siempre que conozcan, comprendan, interioricen y vivan la misma misión y valores, cada cual según su idiosincrasia y personalidad. (Frenk, 1997)

Un hospital no es fácil de administrar, sobre todo por los aspectos relacionados a la falta de presupuesto y a la de falta de autonomía, como son el currículo, la contratación del personal médico y paramédico, el sindicato, los recursos o adquisición de los materiales. Con todo, estas son limitantes para la investigación que se prepara en todos aspectos. Es importante mencionar, que el Programa Universidad del Paciente está enfocado a enfermedades crónicas degenerativas, no se incluye enfermedades infectocontagiosas para su desarrollo.

Respecto a las entrevistas, se realizaron a personal directamente involucrado con el Programa Universidad del paciente. En un principio conformado únicamente por el

médico y la enfermera. Pero posteriormente se vio la necesidad de involucrar a una nutrióloga, psicóloga, y trabajadora social. La capacidad de los líderes para mantener el equipo formado y facilitar su participación, esto es el Director General y el Subdirector Médico, fueron quienes hicieron posible la continuidad del Programa, sin omitir que la permanencia y asistencia de los pacientes y el compromiso de ambas partes, médicos y enfermeras es una gran inquietud para cada curso.

Finalmente, se presentaron durante la investigación otras limitantes que se describen a continuación, pero que se lograron resolver de la mejor forma. Como primer punto, se pueden mencionar el tiempo otorgado de las personas involucradas, así como las citas acordadas sin entrevistas. La paciencia y la tolerancia al trabajo diario fue el medio en que se logró acordar las entrevistas. Siempre tratados con amabilidad y cortesía pese a la postergación de la entrevista, una palabra amable volvió a abrir las puertas de cada entrevista. Las oficinas de los entrevistados favorecieron el acercamiento ya que fueron, dentro de cada institución, amplias, en la mayoría de los casos con mobiliario sencillo, confortables y aislados del ruido y frío, favoreciendo el diálogo. De parte de cada participante, la entrevista transcurrió con disposición y conocimiento, contestando con paciencia una y otra pregunta, y al regresar para la segunda entrevista, que fue abierta, estas fueron más cercanas, logrando ser empáticas y favoreciendo el diálogo y la reflexión.

Dentro de las sugerencias, y como aspecto importante, el escribirles una nota de agradecimiento posterior a las entrevistas a cada participante originó despertar en los participantes el interés por los resultados de la investigación y el compromiso por parte de ellos de actualizarse en su proceso de formación para mantener y superar los retos. Y por parte de los investigadores, siempre mostrarse afables con una actitud abierta, sencilla y respetuosa a los diversos servicios.

## CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1 Enfoque

La metodología se entiende como el logos del método, (Checkland, 1999) no solamente se define como la ciencia del método sino también como el conjunto de métodos usados en una actividad particular. La metodología tiene un nivel meta con respecto al método; no se puede hablar de una metodología, la palabra se refiere al cuerpo entero de conocimiento acerca del método. En este capítulo se describe la metodología utilizada para la investigación desarrollada, incluyendo cómo se determina el método para la recolección de datos, la selección de la muestra, el diseño de los instrumentos. La metodología del estudio es cualitativa. El estudio tendrá un enfoque de tipo cualitativo.

Según Hernández et al. (2008) se busca comprender un fenómeno de estudio en su ambiente usual; y su alcance será descriptivo- interpretativo porque se analizó cómo fue y cómo se manifestó el fenómeno de estudio y sus componentes. Se realizará la descripción de eventos, situaciones, interacciones, percepciones, experiencias, y conductas de manera colectiva; la finalidad de su recolección es responder a las preguntas de investigación planteadas y dar mayor claridad y seguridad en el entorno natural de acción. Los datos se recaban de modo informal en los primeros contactos con la investigadora, y al ir avanzando muchas de las primeras impresiones se perfeccionaron. Se observaron las diferencias sutiles, la secuencia de los acontecimientos en su contexto y la globalidad de las situaciones personales. La investigación cualitativa se dirige a desarrollar y maximizar las habilidades observables y analíticas del investigador utilizándolas en situaciones que le proveen retroalimentación de su eficacia (Erlandson, 2001).

El diseño inicial es muy valioso como guía de la recolección de datos y análisis de los mismos (Erlandson, 2001). Los elementos del diseño de la investigación que se abordan son: el contexto de la investigación, la muestra y tamaño, la técnica e instrumentos de recolección de información, el procedimiento, así como, y finalmente, el

análisis e interpretación de la información que se recaba a través de las diferentes técnicas cualitativas de esta investigación.

#### **4.2 Población de estudio y muestra**

La población en una investigación “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández et al., 2008). Es muy importante, saber delimitar el tipo y el número de población a la que se investigará, para poder así definir cuáles serán los parámetros de muestra a estudiar.

Por otra parte, la muestra es un pequeño grupo de individuos que pertenecen ya a una población seleccionada. La muestra de una población es aquella en la que un subgrupo es seleccionado para facilitar el estudio del caso (Hernández et al., 2008). Por ello, las características esenciales de la muestra (Martínez, 2007) son que tengan actividad en programas de capacitación, trabajo directo con pacientes que cursan con enfermedades crónico degenerativas y que actualmente sean miembros activos en al menos una comunidad de práctica en cualquier etapa de desarrollo de la misma y que describa las acciones que realiza actualmente en la comunidad y el producto de éstas. Los participantes en la investigación, el Director (entrevista 1), jefe de servicio, (entrevista 2), Médico adscrito (entrevista 3), jefa de enfermería (entrevista 4), trabajo social (entrevista 5), psicología (entrevista 6), y nutrición (entrevista 7), quienes se eligieron debido a que tienen responsabilidad en los grupos de pacientes creados, han reunido y mantenido la cohesión de grupo y han favorecido las acciones de los pacientes para salir a su comunidad. Además, mostraron su afabilidad para las entrevistas y su ayuda y cooperación en todo momento. La mayoría de los entrevistados son y han sido docentes por varios años y han ocupado el puesto directivo después de largo trabajo en la institución hospitalaria. Algunos tienen ya varios años en los puestos directivos y otros son de reciente ingreso.

Por parte de los pacientes (entrevista 8,9 y 10) se seleccionaron tres de ellos con padecimientos crónicos degenerativos diferentes: diabetes mellitus, cáncer e hipertensión arterial, que han formado parte de una comunidad de práctica y que permanecen

involucrados en el programa dando testimonio de su aprendizaje, esto es alcanzaron la fase III.

### 4.3 Instrumentos

El instrumento para recopilar la información es nuestra primera interrogante. Se trabajó a través de la entrevista inicial semiestructurada, y entrevista a profundidad. Estos aspectos se correlacionan con los objetivos de la investigación en la tabla 9.

Tabla No.9 Correspondencia objetivos de la investigación y técnicas de recolección de datos con su respectivo objetivo particular

<b>Objetivo de la investigación</b>	<b>Técnica de recolección de datos</b>	<b>Instrumentos aplicados</b>
Estudiar los aspectos que han sido beneficiadas por el programa Universidad del Paciente en la Institución	Entrevista inicial	Entrevista inicial: Recolectar información inicial sobre el programa Universidad del Paciente y sus características distintivas.
Estudiar los aspectos que han afectado el programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo.  Estudiar los aspectos que ha afectado el programa Universidad del Paciente en el aspecto financiero.	Entrevistas iniciales	Entrevista inicial: Recolectar información inicial sobre los aspectos administrativos y financieros y sus características distintivas.  Entrevistas iniciales. Recolectar información inicial sobre la promoción de la salud y poder convertirse en miembros de comunidades de práctica.



<p>Estudiar los aspectos que han afectado el programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo.</p> <p>Estudiar los aspectos que han afectado el programa Universidad del Paciente en el aspecto de recursos humanos.</p>	<p>Entrevistas a profundidad</p>	<p>Validar la información recopilada en la entrevista inicial con relación a la identificación y definición del conocimiento adquirido del equipo multidisciplinario y del paciente en relación a su padecimiento crónico</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia basada en Martínez. S.A. (2007) .*Competencias de los integrantes de una comunidad de práctica* Tesis Doctoral. Universidad Virtual. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

La entrevista también se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Falivene, 2004). El instrumento de medición utilizado durante la primera entrevista, es el resultado de un largo proceso de creación de la Red de Hospitales Promotores de Salud y de apoyo a los hospitales, su gran ventaja es que está basado en las necesidades hospitalarias, y permite un análisis individual de la propia actividad facilitando el benchmarking entre hospitales. El Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) decidió publicar la edición española del cuestionario con el objetivo de avanzar en la constitución de una Red Nacional de Hospitales Promotores de la Salud que pueda incorporarse a esta Red Internacional. La herramienta abarca los temas siguientes: la política de gestión de los hospitales, la evaluación de los pacientes respecto a los factores de riesgo y a las necesidades sanitarias, la información y la participación de los pacientes en la promoción de la salud, la promoción de un lugar de trabajo saludable y la continuidad y la colaboración del hospital con otros proveedores de atención sanitaria, social e informal.

Y es así como se constituye una herramienta autónoma para evaluar, controlar y mejorar las actividades de promoción de la salud en los hospitales. Se basa en dos

enfoques complementarios en relación con la evaluación de la calidad: los estándares, que expresan afirmaciones avaladas profesionalmente sobre las estructuras o los procesos de la atención sanitaria que deberían aplicarse, y los indicadores, que ofrecen procesos y resultados para la atención sanitaria y que actúan como una herramienta cuantitativa que permite evaluar las variaciones en el rendimiento con el paso del tiempo o entre distintas instituciones. De forma más detallada, el documento facilita: (El Ministerio de Sanidad y Consumo 2007)

- a. Evaluación de las actividades de promoción de la salud en los hospitales
- b. Desarrollo de la capacidad de las instituciones de atención sanitaria para mejorar las actividades de promoción de la salud
- c. Formulación de recomendaciones para mejorar las actividades de promoción de la salud en los hospitales
- d. Implicación de todos los profesionales y todos los pacientes en aras de mejorar las actividades de promoción de la salud
- e. Mejora de la coordinación de la atención con otros proveedores
- f. Mejora de la salud y la seguridad del personal y de los pacientes
- g. Ayuda a la modernización y al cambio de la práctica de la asistencia sanitaria y la prestación de servicios para que sean más eficientes y efectivos.

Las definiciones de trabajo responden a la voluntad de contribuir a uniformizar la recopilación de datos tanto en los diferentes niveles del hospital como entre los diferentes hospitales y países. Si para realizar comparaciones se requieren indicadores, las definiciones de trabajo (y los datos que vehiculan) tienen necesariamente un buen nivel de estandarización. Las definiciones claras y los procedimientos homogéneos para la recopilación de datos son importantes sólo a efectos de mejorar la fiabilidad y la validez de los indicadores en el análisis longitudinal. También debemos buscar fomentar la

reflexión acerca de las prácticas actuales y dar pie a actividades de mejora de la calidad basadas en los resultados de la autoevaluación. (El Ministerio de Sanidad y Consumo 2007)

Finalmente el cuestionario final es tomado de “La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación” del Área de Promoción de la Salud de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y trabaja la política de gestión y para mejorar los resultados de la promoción de la salud, si dicha política va dirigida a pacientes, familiares y personal; y tiene como objetivo el describir el marco de las actividades de la institución en lo relativo a la promoción de la salud como parte del sistema de gestión de calidad de la institución.

#### **4.4 Procedimiento**

El procedimiento seguido para la recolección de datos se basó en lo que señalan Hernández et al., (2008):

- a) selección del método de recolección de datos que resulte valido y confiable para la naturaleza de investigación que se está realizando;
- b) aplicación del instrumento para recolectar datos (audio grabación para las entrevistas);
- c) presentación de los resultados de los registros y evidencias.

Acerca de las fuentes de información y considerando que la recolección de datos ocurre en el ambiente natural y cotidiano de los sujetos y que implica dos etapas: la inmersión inicial en el campo y la recolección de los datos para el análisis (Hernández et al., 2008), se aplican los instrumentos de acuerdo a los lineamientos descritos a continuación:

- a. Análisis de la situación particular del escenario en conjunto con las exigencias propias de la investigación.

- b. Indagación acerca de las características de cada uno de los instrumentos propuestos previamente.
- c. Selección de instrumentos.
- d. Elaboración de formatos definitivos.
- e. Solicitar permiso para la aplicación de entrevistas
- f. Aplicación de instrumentos para la recopilación de datos.
- g. Organización y registro de datos y evidencias.
- h. Presentación de los datos arrojados por los instrumentos.
- i. Reporte de resultados.
- j. Conclusiones.

La investigación-evaluativa (Pérez, 2008 y Martínez, 2007) se realiza conforme a la gestión del proceso directivo, la gestión del conocimiento y normas de calidad, la gestión de la administración, y, la gestión comunitaria y familiar. Con las técnicas definidas, ahora nos interesa el cómo se realizó, esto es las técnicas de recolección de datos, para lo cual se inicia corroborando el entrevistado que nos interesa, nuestra planeación consiste en (Sierra, 1998):

- a. Las entrevistas duraron en promedio de 20 minutos hasta 30 minutos, permitiendo el establecer confianza a través de los diferentes temas.
- b. Se contactó (Se indicó el propósito de la entrevista, asegurándole confidencialidad para lograr su participación, la cita fue en un lugar adecuado, generalmente privado y confortable). Pudo hacerse vía telefónica y/o por carta.

- c. Se aplicó una entrevista (guía). Las preguntas fueron comprensibles y vinculadas con el planteamiento. Se confirmó la cita un día antes y se acudió puntualmente a la entrevista.
- d. En las entrevistas se utilizan diferentes herramientas para obtener y registrar la información, se utilizó en esta investigación la grabación de audio. Además de la guía se entrega un formato de consentimiento para la entrevista (datos del entrevistado, frase que otorga su permiso, fecha).
- e. Durante la entrevista se escuchó activamente, se mantuvo la conversación y no se transmite tensión (Sáenz, 2007); ser paciente, respetar silencios, tener un interés genuino; asegurarse de que la entrevistada o entrevistado terminó de contestar una pregunta, antes de pasar a la siguiente; dejar que fluya la conversación, captar aspectos verbales y no verbales; demostrar aprecio por cada respuesta.
- f. Al final se preguntó al entrevistado o entrevistada si tenía algo que agregar o alguna duda y se explicó lo que se va a hacer con los datos recolectados. Después de la entrevista se elaboró un resumen y se colocó al entrevistado en su contexto, se revisaron las anotaciones y se envió una carta de agradecimiento. Se prosiguió con el análisis de la entrevista

Como temas clave se buscaron el trabajo actual en la promoción de la salud, la función actual relacionada con comunidades de práctica o con las comunidades que actualmente participa, por último el proceso de transcripción de la información grabada en cada entrevista, lectura, revisión y análisis de los datos.

La correcta estructuración y aplicación de los instrumentos de recolección de datos aseguraron la validez y confiabilidad cuando se realiza una investigación de esta naturaleza. Para realizar las entrevistas, se elaboró una guía de entrevista, que indicó los temas a trabajar (anexo 1,2). Así mismo se presenta la descripción general del procedimiento que se siguió para recopilar los datos que se sintetiza en la Tabla 10.

Tabla No.10. Procedimiento de recopilación de datos

Actividad	Resultado a lograr
1. Realizar entrevista Inicial	Expertos seleccionados para participar en la investigación
2. Realizar entrevistas a Profundidad	Información inicial sobre el fenómeno y características distintivas del Programa Universidad del paciente
3. Análisis de la información (resultados) análisis, interpretación y Conclusiones.	Nuevos expertos a entrevistar. Buscar y Validar las hipótesis con la entrevista inicial. Resultados, Análisis, Interpretación, Conclusiones Propuestas

Fuente: De Martínez. S.A. (2007) .Competencias de los integrantes de una comunidad de práctica Tesis Doctoral. Universidad Virtual. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

Después de cada entrevista se tomó nota lo antes posible de las observaciones realizadas por la investigadora, se hizo la transcripción de la grabación y finalmente la síntesis de los elementos alrededor de los temas clave que fueron comentados durante la entrevista. En la entrevista a profundidad se profundizó la información recopilada respecto a la identificación y definición de las competencias y su relación con las comunidades de práctica. El cronograma que se aplicó es:

Primera etapa: aplicación de entrevistas

Segunda etapa: elaboración de reportes y transcripciones

Tercera etapa: análisis de resultados y conclusiones

La entrevista dirigida constó del registro de las responsabilidades en materia de promoción de la salud, la misión y los objetivos fijados por el hospital que incluyen la promoción de la salud, los planes que actualmente aplica el hospital en materia de calidad y gestión incluyen la promoción de la salud (PS) para pacientes, personal y la comunidad, si el hospital asigna personal y funciones a la coordinación de la PS, si la institución destina recursos a la implantación de la promoción de la salud, y si existe un programa en vigor para evaluar la calidad de las actividades de promoción de la salud. Igualmente se cuestiona del registro, esto es si la institución dispone de procedimientos para que todos los pacientes puedan valorar sus propias necesidades en el ámbito de actividades de promoción de la salud, si la valoración de la necesidad de promoción de la salud de un

paciente se realiza en el primer contacto con el hospital, si la evaluación de las necesidades del paciente recoge la información facilitada por terceros y garantiza el respeto a su entorno social y cultural.

Por último si la información facilitada al paciente figura en el historial del paciente, si se lleva a cabo la evaluación de la satisfacción de los pacientes con la información que reciben, y se incorporan sus resultados al sistema de gestión de la calidad, si la institución garantiza que todos los pacientes, personal y visitantes tengan acceso a información general acerca de los factores que inciden en la salud, si la institución vela por la disponibilidad y la implantación de actividades y procedimientos de promoción de la salud en las consultas externas y tras las altas de los pacientes. Para los pacientes sus experiencias del curso, su aprendizaje, su cambio de paradigma y si se sienten motivados a continuar con el programa Universidad de Paciente y a ser facilitadores de la nueva información. A partir de la información proporcionada se realizó la transcripción y se analizaron las entrevistas conforme al procedimiento de lectura reiterada de las mismas, se identificaron y se dio seguimiento a temas, interpretaciones e ideas, se identificaron temas emergentes. Asimismo, se hizo una codificación en la que se desarrollan categorías con base a los datos obtenidos.

La captura y análisis de datos, es justamente a través de los códigos no verbales durante el desarrollo de la conversación, que la entrevista pone en juego un amplio número de procesos cognoscitivos (Zavala, 2008) tales como, por ejemplo, la observación, la memoria, la inferencia lógica, la adquisición de conceptos, la categorización y el sentido de la reciprocidad. El entrevistador tuvo que categorizar constantemente, revisar y evaluar lo que dijo el que responde, buscar la relación entre las respuestas que se dan al principio y al final de la entrevista, y formular las preguntas subsiguientes de acuerdo con ellas. El que responde, por supuesto, hace lo mismo, formula las respuestas conforme a su interpretación de las intenciones del entrevistador y sus reacciones a respuestas anteriores, las tablas individuales, la entrevista en profundidad capta con toda la intención el vocabulario y las modalidades expresivas, así como los discursos arquetípicos necesarios para una correcta elaboración del código de preguntas y posibles respuestas que estructuran el cuestionario.

Recordar que las aportaciones durante la entrevistas se limitaron a solicitar a los entrevistados que lo expliquen de otra manera, que extiendan sus ideas, que elaboran más sobre algo que comentaron, a que reflexionen en voz alta. El objetivo en esta actividad indagar las concepciones en el tema de investigación. Para ello, se analizaron los resultados de esta implementación tratando de identificar tipos de respuestas. Una vez que se tuvo una lista, se agrupó las ideas en categorías y nombramos esas categorías. Estas categorías son características que comparten esas ideas. Se identificó las que aparecen con mayor frecuencia, se analizó si las categorías con poca frecuencia se pueden agrupar en alguna otra categoría o si entre ellas forman una categoría. Se revisó si estas categorías se pueden agrupar en temas, estos temas representan los razonamientos (concepciones) de los participantes. Se escuchó/vio nuevamente las entrevistas identificando los temas/categorías. Se escribió una descripción de los temas o categorías en la que se resalten las características de ese tema o categoría, se seleccionó fragmentos de las entrevistas que representen ese tema o categoría. Los datos así obtenidos se asentaron en matrices y cuadros sobre la base de los datos y las categorías encontradas, que son el producto de la reflexión y juicios del investigador y por ello resulta fundamental este proceso. Posteriormente en los resultados se presentaron extractos breves de las entrevistas, del diálogo del investigador con el personal sanitario que apoye el análisis de las concepciones del personal con respecto al tema de investigación. Por último en las conclusiones se realizó la reflexión de las entrevistas como medio de evaluación cualitativa de las concepciones del personal.

Es así, como en este capítulo, se describe el método, la justificación, los instrumentos que se usan, las preguntas de la entrevista, la técnica de recolección de datos, y las recomendaciones para aplicar los instrumentos. Por último el cómo se analiza la información de esta investigación.



## CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el caso de las entrevistas realizadas, éstas permitieron, recabar información que fue organizada y estandarizada. Luego fue categorizada, se identificaron los elementos y afirmaciones repetitivas de los sujetos entrevistados, al responder cada uno de los cuestionamientos. La información resultante, permitió hacer inferencias directamente relacionadas con los conceptos, principios y teorías que proporcionan soporte a este trabajo.

Se realizaron las siete entrevistas a director(entrevista 1), jefe de servicio (entrevista 2), médico adscrito (entrevista 3), enfermería (entrevista 4), servicio social (entrevista 5), psicología( entrevista 6), nutrición(entrevista 7), algunos de ellos con más de veinte años de antigüedad y otros con tan sólo un año, así como tres entrevistas(entrevistas 8, 9 y 10) a pacientes. Todas y cada una de las sesiones fueron en las oficinas propias de la institución hospitalaria, la mayoría en tiempo y forma concertados por agenda, vía telefónica y por correo electrónico. Es importante mencionar el ambiente relajado y de confianza creado ya que se llevaron a cabo en calma, con gran cordialidad y aportando lo mejor de cada uno a los cuestionamientos hechos. Durante las entrevistas se utilizó la grabación, se tomaron notas rápidas y concisas, e inmediatamente fueron transcritas cada una de ellas, recordando impresiones y momentos importantes para la investigación. A continuación se abordan los resultados.

La entrevista dirigida a director consta del registro de las responsabilidades en materia de promoción de la salud, la misión y los objetivos fijados por el hospital que incluyen la promoción de la salud, los planes que actualmente aplica el hospital en materia de calidad y gestión incluyen la promoción de la salud (PS) para pacientes, personal y la comunidad, si el hospital asigna personal y funciones a la coordinación de la PS, si la institución destina recursos a la implantación de la promoción de la salud, y si existe un programa en vigor para evaluar la calidad de las actividades de promoción de la salud.

Para los jefes de servicio consta del registro de si la institución dispone de procedimientos para que todos los pacientes puedan valorar sus propias necesidades en el ámbito de actividades de promoción de la salud, si la evaluación de las necesidades del

paciente garantiza el respeto a su entorno social y cultural, su participación en el Programa de Universidad del Paciente y sus experiencias.

Para enfermería, trabajo social, psicología y nutrición el registro consta de si la información facilitada al paciente figura en el historial del paciente, si se lleva a cabo la evaluación de la satisfacción de los pacientes con la información que reciben, y se incorporan sus resultados al sistema de gestión de la calidad, si la institución garantiza que todos los pacientes, personal y visitantes tengan acceso a información general acerca de los factores que inciden en la salud, si la institución vela por la disponibilidad y la implantación de actividades y procedimientos de promoción de la salud en las consultas externas y tras las altas de los pacientes, y uno de ellos nuestra investigación, la Universidad del Paciente, sus experiencias como promotores de salud en este programa.

Para los pacientes sus experiencias del curso, su aprendizaje, su cambio de paradigma y si se sienten motivados a continuar con el programa Universidad de Paciente y a ser facilitadores de la nueva información.

### **5.1 Resultados de la Primera Entrevista**

Respecto a la primera entrevista, nuestros resultados se muestran a continuación: en el 100% de los entrevistados, sí conoce la misión y objetivos de la institución, existe un personal dedicado a la promoción de la salud y tiene claras sus funciones, los servicios o departamentos clínicos tienen programas de promoción a la salud, y se cuenta con recursos, espacios y equipos para ello. Por lo que toca al paciente, se identifican los factores diversos del paciente y las necesidades de promoción dentro de los grupos de pacientes. La evaluación del paciente se encuentra en el expediente clínico e incluye el entorno social y cultural. Respecto a la información que se brinda al paciente, se anota en el expediente el qué, a quién y cómo se brindó, así como otro tipo general sobre la salud (ejercicio, dietas, etc.) y finalmente información de enfermedades de alto riesgo.

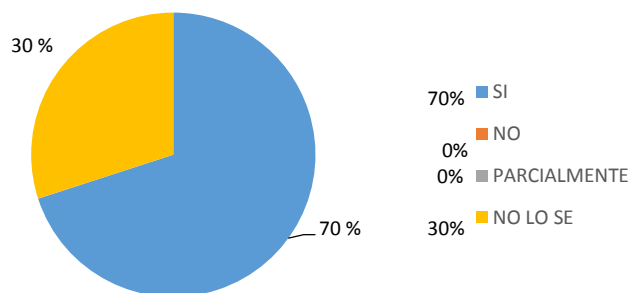
Respecto a aquellas con resultados variables las gráficas nos hablan al respecto los siguientes resultados de la primera entrevista.

### **Registros de la dirección con proyectos en promoción de la salud.**

Los registros del órgano de dirección certifican que en el último año ha existido la voluntad de participar en el proyecto de hospitales promotores de salud de la OMS.

Gráfica No. 9 Registros de la dirección con proyectos en promoción de la salud

Gráfica No. 9 Registros de la dirección tienen proyectos de Promoción de la salud



Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

La gráfica No. 9 muestra que el 70% considera que la alta dirección ha expresado que se desea participar en el proyecto de hospitales promotores de salud, en juntas, reuniones semanales y congresos, con ello se confirma que es un factor que ha afectado el programa Universidad del paciente en el aspecto administrativo formando parte de la identificación del modelo de gestión “Atención centrada en el paciente” y su deseo de innovar en la promoción de la salud.

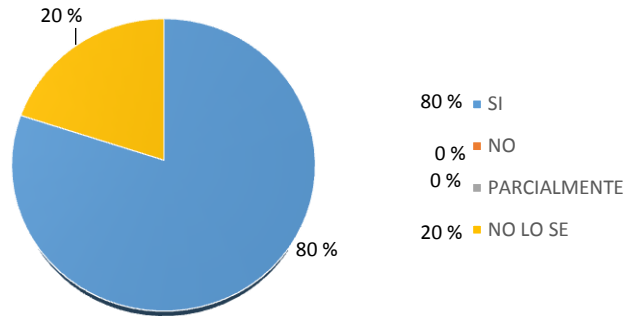
### **Promoción de la salud en pacientes, personal y en la comunidad**

Los planes que actualmente aplica el hospital en materia de calidad y gestión incluyen la promoción de la salud para pacientes, personal y la comunidad.

La gráfica No.10 muestra que el 80% considera que se aplican planes de promoción de la salud para pacientes, personal y la comunidad, y que son cercanos a las necesidades de los pacientes, considerando así como un factor que ha afectado el programa Universidad del paciente en el aspecto administrativo formando parte de la identificación del modelo de gestión “Atención centrada en el paciente” y el interés en la difusión de los planes de promoción.

Gráfica No. 10 Promoción de la salud en pacientes, personal y en la comunidad.

Gráfica No. 10 Promoción de la salud en pacientes, personal y comunidad



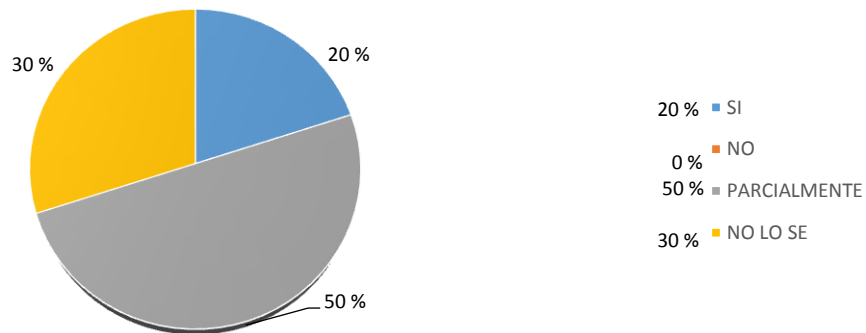
Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

### Existencia de un presupuesto identificable para servicios y materiales relacionados con la promoción de la salud

Existe un presupuesto identificable para servicios y materiales relacionados con la promoción de la salud.

Gráfica No. 11 Existencia de un presupuesto identificable para servicios y materiales relacionados con la promoción de la salud

Gráfica No. 11 Existencia de presupuesto



Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

La gráfica No. 11 muestra que el 20% identifica y conoce el presupuesto utilizado para servicios y materiales relacionados con la promoción de la salud, ello implica que lo utiliza y que se procura la transparencia en el manejo de los recursos, para que el Programa Universidad del Paciente sea considerado como un programa confiable.

Igualmente el 30 % desconoce la existencia de un presupuesto, y sin recursos se produce el efecto de desmotivación para su desarrollo. Por último un 50% conoce parcialmente la existencia de presupuesto porque de cierta forma ha recibido los beneficios económicos del programa mediante elaboración de trípticos, carteles, etc.

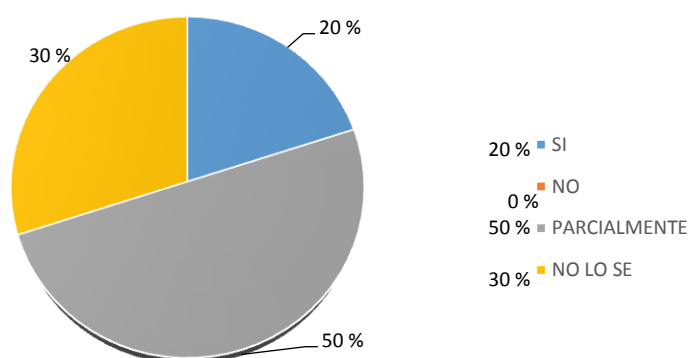
### **Existe un programa en vigor para evaluar la calidad de las actividades de promoción de la salud.**

La pregunta es sobre la existencia de un programa en vigor para evaluar la calidad de las actividades de promoción de la salud.

La gráfica No. 12, muestra que el 50% parcialmente conoce la existencia de un programa para evaluar la calidad de las actividades de promoción que puede ser por quejas y/o sugerencias vertidas y además el 30% ratifica que no existe el programa ya que no se les habló de ello durante la preparación y al final del curso y es así como se considera que es un factor que ha afectado el programa Universidad del paciente en el aspecto administrativo respecto a las hipótesis.

Gráfica No. 12 Existe un programa en vigor para evaluar la calidad de las actividades de promoción de la salud.

Gráfica No. 12 Evaluar actividades de Promoción de la salud



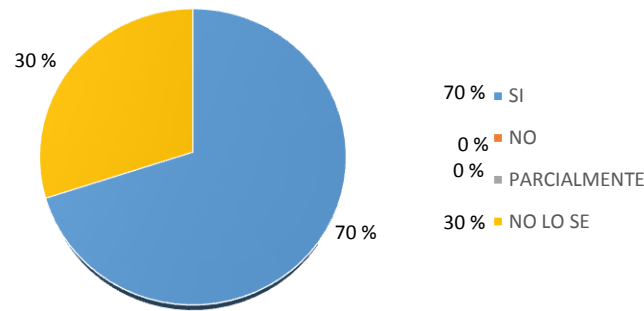
Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

**Las pautas y los procedimientos de la Promoción de la salud se han revisado en el último año.**

En la gráfica no. 13, el 70 % considera que si se han revisado las pautas y los procedimientos de la Promoción de la Salud, considerándolo como un factor que ha afectado el Programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo.

Gráfica No. 13 Las pautas y los procedimientos de la Promoción de la salud se han revisado en el último año.

Gráfica No. 13 Revisión de procedimientos de Promoción de la salud



Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

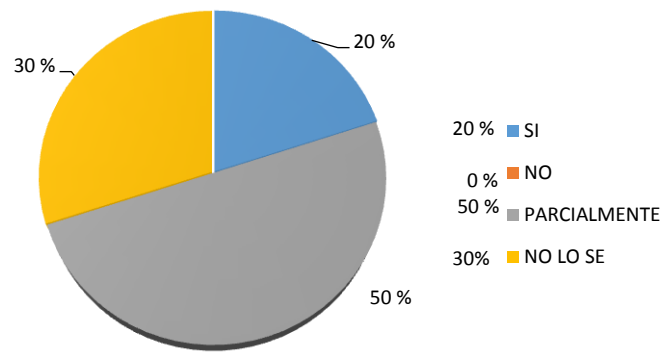
**Existen pautas y procedimientos para volver a valorar las necesidades en el momento de recibir el alta o al final de una intervención concreta o el seguimiento en consulta externa.**

La gráfica no. 14, reporta que el 50 % responde que conoce parcialmente la existencia de pautas y procedimientos para volver a valorar las necesidades en el momento de recibir el alta o al final de una intervención concreta o el seguimiento en consulta externa; el 30 % lo desconoce totalmente.

Se infiere entonces que se afecta la identificación del modelo de gestión “Atención centrada en el paciente” y la mejor efectividad y eficiencia de los recursos, ya que el paciente no recibe indicaciones claras, precisas y educación sobre su padecimiento y además actúa negativamente sobre el factor de relación médico paciente, disminuye la comunicación y existen errores en la mejoría del paciente.

Gráfica No. 14 Existen pautas y procedimientos para volver a valorar las necesidades en el momento de recibir el alta o al final de una intervención concreta o el seguimiento en consulta externa.

Gráfica No. 14 Valoración de las necesidades en el momento de recibir el alta

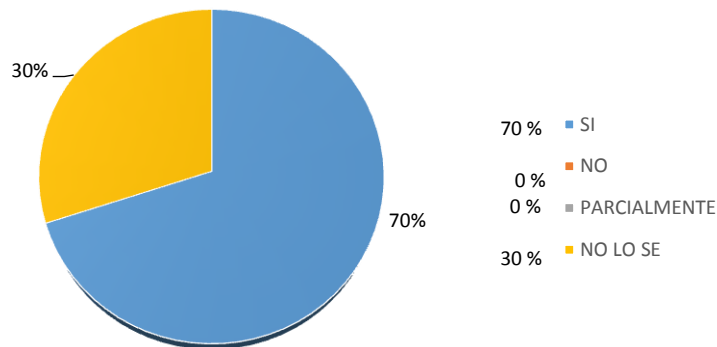


Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

**Se lleva a cabo la evaluación de la satisfacción de los pacientes con la información que reciben, y se incorporan sus resultados al sistema de gestión de la calidad.**

Gráfica No. 15 Se lleva a cabo la evaluación de la satisfacción de los pacientes con la información que reciben, y se incorporan sus resultados al sistema de gestión de la calidad.

Gráfica No. 15 Evaluación de la satisfacción



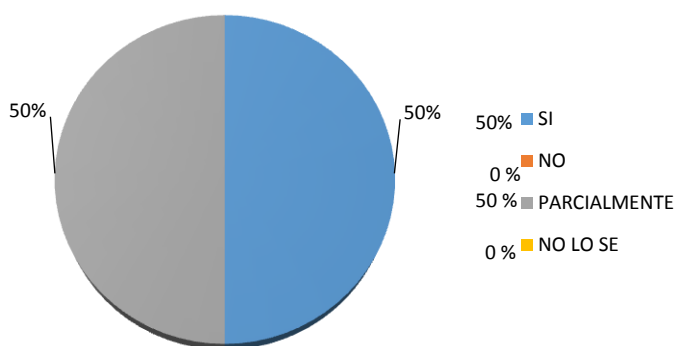
Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

En la gráfica no. 15, el 70% respondió que se siente satisfecho con la información que reciben de su padecimiento durante su internamiento, que se considera como factor que ha afectado el Programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo. Es importante hacer notar que ello ocurre durante su etapa de internamiento, no así durante la consulta externa.

### **La institución pone al alcance de los interesados información sobre organizaciones de pacientes.**

Gráfica No. 16 La institución pone al alcance de los interesados información sobre organizaciones de pacientes.

Gráfica No. 16 Información sobre organizaciones de pacientes



Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

Respecto a si se da información sobre organizaciones de pacientes a los interesados el 50% responde afirmativamente y ello se considera como un factor que afecta el aspecto administrativo del programa Universidad del Paciente.

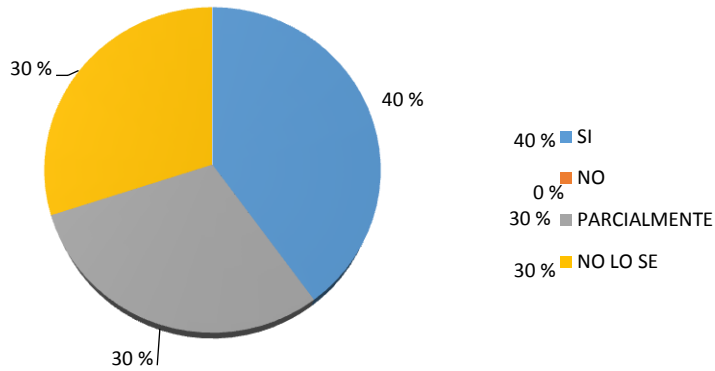
### **El historial del paciente recoge información del médico y de otras fuentes relevantes.**

Un 60% de las respuestas nos indica que el historial clínico no recoge información del médico y se puede inferir que la relación médico-paciente no es permanente, afectando el programa dentro del aspecto de recursos humanos, según muestra la gráfica No. 17.



Gráfica No. 17 El historial del paciente recoge información del médico y de otras fuentes relevantes.

Gráfica No. 17 El historial del paciente recoge información del médico y de otras fuentes relevantes

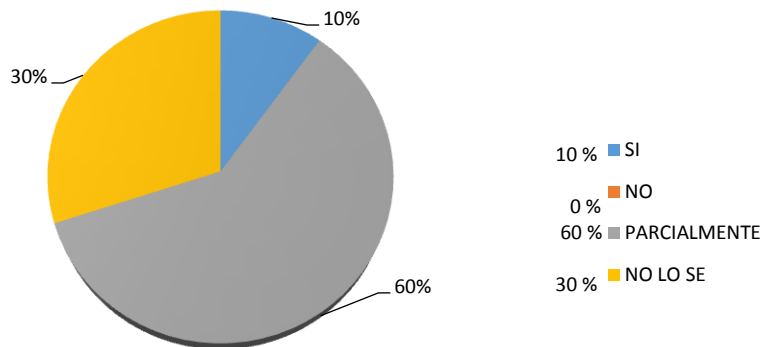


Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

**Existe documentación de la Promoción de la Salud en archivos.**

Gráfica No. 18 Existe documentación de la Promoción de la Salud en archivos.

Gráfica no. 18 Documentación de la Promoción de la salud en archivos



Fuente: Elaboración propia basada en respuestas a la entrevista inicial

Tan solo el 10 % de los expedientes clínicos contiene documentación de promoción de la salud en archivos, factor que afecta el aspecto administrativo sobre la importancia de favorecerla. El 60 % responde que parcialmente se anexa documentación de la promoción en el expediente, como puede ser pláticas introductorias en hospitalización que brinda el servicio de enfermería

## 5.2 Resultados de la Segunda Entrevista.

Respecto a la segunda entrevista, al ser de tipo abierta permitió obtener respuestas muy amplias que se describen a continuación:

a. La Identificación de la misión y visión del programa Universidad del Paciente, la identificación del modelo de gestión “Atención centrada en el paciente” y la comunicación que facilita el trabajo en equipo y el compromiso del equipo multidisciplinario en los siguientes puntos:

- Las personas se sitúan en el centro de aprendizaje social que se basa en las interacciones humanas alrededor de lo que hace la comunidad y el trabajo que desarrolla alrededor del área en el que se enfoca la comunidad según se refiere continuación:

“El curso de formación de instructores y durante las clases son convenientes en cuanto a la revisión del calendario, del proyecto educativo, de temas que son de gran prioridad y son interesantes por el intercambio de puntos de vista y opiniones.” (Entrevista 1)

- Todos los integrantes tienen igualdad de condiciones, donde cada integrante de la comunidad tiene voz y voto, según se cita a continuación:

“Cuando se inició nos vimos en la necesidad de volver a seleccionar a los pacientes. En el primer curso no existía disponibilidad del paciente para el proyecto. Debimos buscar cómo motivarlo y acercarlo a la idea que teníamos. Y sobre todo hacer empatía con ellos. El truco es el cómo ganárselos”. (Entrevista 4)

“Hay, también, una consideración hacia los que tenemos menos años trabajando aquí. Eso es una muestra de deferencia a esa experiencia”. (Entrevista 4)

“La jefatura de enseñanza dicta de una manera, las pautas que se han dado, debido a los años de experiencia y los pacientes están muy interesados en el proyecto.” (Entrevista 5)

“Comenzamos con el grupo de enfermería y el grupo médico, pero nos dimos cuenta que necesitamos un equipo multidisciplinario, donde entre la trabajadora social, una nutrióloga, y muy importante un psicólogo que hable y este cercano al grupo, que motive, que se sientan los pacientes con la necesidad de acudir al proyecto.” (Entrevista 4)

b. El aprender a cuidar los recursos materiales y financieros, y al involucrarse en los procesos del programa se vigila el buen uso de los insumos en los siguientes puntos:

- Los integrantes realizan trabajo colaborativo, que implica voluntad y compromiso y responsabilidad con los recursos, valores, la práctica, etc. según se refiere a continuación:

“Si, existe la promoción de salud, nuestros recursos son pocos, pero es importante la promoción de salud dentro de las reuniones de trabajo, los cursos y las entrevistas con los pacientes”. (Entrevista 7)

“Desarrollamos la manera de motivar con lo que se cuenta, al paciente para que se involucre, para darle la orientación del programa Universidad del Paciente con otros temas”. (Entrevista 6)

- Hay facilidades para la participación abierta y las estructuras horizontales de funcionamiento, que permiten una comunicación frecuente, sistemática y amplia, según se refiere:

“Hemos logrado un ambiente de mucha confianza, de una comunicación abierta. Apreciamos mucho el momento que compartimos juntos y creamos un buen ambiente de trabajo y eficiente”. (Entrevista 2)

“Creemos en este esfuerzo, la administración hospitalaria debe cambiar, debe permear de manera horizontal, porque así se atiende mejor al paciente, nos homologamos y podemos dar soluciones a los problemas que se presentan sin necesidad de consultarlos con el superior. Ello nos permite lograr mejor integración entre el equipo, en forma abierta.” (Entrevista 2)

- Los integrantes promueven cambios institucionales que facilitan su desarrollo, buscando la formación de comunidad.

“Es fundamental prevenir las enfermedades y hacer de la promoción de la salud un elemento básico. Así la atención médica se irá actualizando, homologando y será resolutive.” (Entrevista 1)

“(Como médico)...Doy experiencias vividas y cómo se resuelven los casos. Todos (el personal sanitario) tienen buena voluntad y deseo de llevar a cabo los objetivos del Programa, cada quien aporta lo que tiene”. (Entrevista 3)

- c. El personal se siente satisfecho con su desempeño y función laboral, el personal recibe retroalimentación positiva por su desarrollo profesional, y se busca la mejora de relación médico-paciente en los siguientes puntos:

- Los integrantes buscan modelos efectivos para su funcionamiento a través del conjunto de personas que interactúan con un sentido y un significado compartidos, como se observa a continuación:

“..En una revisión de la misión y visión de la institución, nos lleva a actualizar los contenidos frente a los retos de nuestros pacientes.” (Entrevista 1)

“Otro punto es la sistematización del trabajo en equipo, con actividades que van de lo general a lo particular, y cada uno va participando con lo que tiene y quiere participar, en un nivel de confianza, de apertura de comunicación y de participación.” (Entrevista 6)

- Las personas utilizan el diálogo sencillo y cordial como eje central logrando una mayor interacción y participación, según se cita:

“(En los cursos)... se regeneran fuerzas como equipo de trabajo y se aprecia en la justa dimensión las experiencias que cada uno va llevando a este espacio”. (Entrevista 3)

Y también:

“No te das cuenta de que los pacientes no entienden el vocabulario médico y es con el grupo multidisciplinario donde llegas a utilizar el nivel adecuado para explicar las cosas fácilmente a los pacientes.” (Entrevista 4)

“Es de mucha utilidad, es muy importante el Programa Universidad del Paciente. Se puede compartir las experiencias que tienes como nutrióloga, aprendes experiencias educativas y más si se trata de un modelo propio de la institución es fundamental.” (Entrevista 7)

“Nos da la oportunidad de ir conformando más seguros los pasos que vamos a dar con la enfermedad y la importancia en la colonia.” (Entrevista 9)

“Espero que nos digan en que tenemos que trabajar y en que vamos bien, me siento muy a gusto en cuanto a la confianza de poder compartir estas experiencias.” (Entrevista 9)

“He estado ya en dos cursos, siempre nos ayudan y yo debo poner toda mi atención en las clases. Aquí vengo a aprender cómo vivir mejor.” (Entrevista 10)

“No tenemos que quedar bien con nadie, este Programa nos sale de nuestro deseo de ayuda al paciente, a otorgar mejor calidad de vida.” (Entrevista 6)

Cabe mencionar que durante la investigación surgieron resultados que no se habían considerado dentro de ella, como son el liderazgo, los valores y las actitudes, que se desglosan para validar la hipótesis principal.

### **5.3 Validación de hipótesis**

De la aplicación de cuestionarios formulados para esta investigación, **la primera hipótesis secundaria**, que son los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto administrativo:

- Identificación de la misión y visión del programa Universidad del Paciente
- La identificación del modelo de gestión “Atención centrada en el paciente”
- La comunicación que facilita el trabajo en equipo y el compromiso del equipo multidisciplinario

Se plantearon las siguientes preguntas del cuestionario del anexo 1:

- a) ¿Los registros del órgano de dirección certifican que en el último año ha existido la voluntad de participar en el proyecto de hospitales promotores de salud de la OMS?
- b) ¿Los planes que actualmente aplica el hospital en materia de calidad y gestión incluyen la promoción de la salud (PS) para pacientes, personal y la comunidad?
- c) ¿El hospital asigna personal y funciones a la coordinación de la PS?
- d) ¿Existen pautas acerca de cómo identificar el tabaquismo, el consumo de alcohol, el estado nutricional y el estado psicológico, social y económico?
- e) ¿Se aplican pautas sobre cómo identificar las necesidades de promoción de la salud para grupos de pacientes (por ejemplo, pacientes asmáticos, diabéticos, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, cirugía, rehabilitación, etc.)?
- f) ¿La evaluación está documentada en el historial del paciente en el momento del ingreso, o en consulta externa?
- g) ¿Existen pautas y procedimientos para volver a valorar las necesidades en el momento de recibir el alta o al final de una intervención concreta o el seguimiento en consulta externa?
- h) ¿El historial del paciente recoge información del médico de procedencia o de otras fuentes relevantes?
- i) ¿El historial del paciente recoge el entorno social y cultural del mismo según cada caso?
- j) ¿La información facilitada al paciente figura en el historial del paciente?
- k) ¿Se lleva a cabo la evaluación de la satisfacción de los pacientes con la información que reciben, y se incorporan sus resultados al sistema de gestión de la calidad?
- l) ¿Los pacientes (sus familias) reciben indicaciones sencillas para realizar un seguimiento en las consultas externas, la derivación o el alta?

Respecto al cuestionario 2 (anexo 2), la tabla14, refiere las variables del programa Universidad del Paciente respecto a la hipótesis que ha afectado el programa en el aspecto administrativo. Describe la comprensión, simpatía, el brindar apoyo, solucionar los problemas y resolver situaciones concretas, poseer amor al trabajo, servicio en cualquier aspecto, ser auténtico, aceptar fallas, reconocer errores, ser tolerante y quejarse lo menos posible.

Tabla No. 14 Identificación y construcción de las variables del Programa Universidad del Paciente respecto a los factores en el aspecto administrativo.

Competencia	Descripción
Aspecto administrativo	<p>Se posee comprensión, simpatía, se da apoyo, solución de problemas, tal como se refiere a continuación:” He aprendido el poder valorar, el poder ceder en algunas circunstancias que en otras instancias no hubiera podido. Pero aquí al conocer la profundidad de lo que está en juego tienes que ceder, pero también tienes que aportar, entonces es una situación muy ventajosa.”</p> <p>Resolver situaciones concretas,” yo doy un servicio”, ”El médico tiene una base académica combinada con la base humanista, convencido de lo que va a representar, congruente con la vida, entregarse a lo que se quiere hacer, llegar a esas metas, buscar las herramientas, compromiso consigo mismo, bajarse al nivel del paciente, porque si no lo haces no te entiende ”.</p> <p>Se toman decisiones a través de: “Se necesita diálogo y sentido del humor”, “Se necesita mucha inteligencia, ser inquieto, asertivo, disposición a la escucha”, “Es muy importante hablar y dar a conocer cuando uno siente que las cosas no marchan correctamente, por ejemplo..... cuando das demasiada teoría no te funciona, hay que hacérselos fácil y que lo comprendan los pacientes.”</p> <p>Se posee amor al trabajo, servicio en cualquier aspecto, ser auténtico,</p>

	<p>aceptar fallas, reconocer errores, tolerancia, como se cita a continuación: “El trabajo del equipo multidisciplinario es muy importante, manejamos pacientes, entonces tenemos que recibirlo con el corazón abierto, con una competencia de entrega, de capacidad de escucha atenta, porque es nuestro paciente, porque es una persona”, “Se tiene una disposición permanente”, “Se necesita mucha inteligencia, ser inquieto, asertivo, disposición a la escucha”</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia basada en resultados de entrevistas

Las variables se sustentan, finalmente, en un médico asesor, que posee compromisos con la institución, hace énfasis en el desempeño adecuado de todos y cada uno de sus integrantes, en un clima de colaboración y comunicación con el equipo multidisciplinario, el paciente y su comunidad. Por otra parte, su finalidad, es revisar el desempeño del curso, y, durante el proceso previene y corrige al compartir su responsabilidad con su consejo directivo.

Las habilidades encontradas en cuatro de las siete entrevistas al personal sanitario son aquellas orientadas al servicio y son:

- a. Se formula un curso de acción y logran el compromiso de su equipo, esto es, planean.
- b. Se define la asignación de recursos para asegurar la eficiencia y eficacia de los cursos, esto es, organizan.
- c. Se ponen en marcha los planes de acción y actúan flexibles ante eventualidades sin perder de vista el objetivo final, esto es, se implementa.
- d. Se establece un sistema de retroalimentación que permite al médico asesor y al equipo multidisciplinario saber cómo van las diversas acciones, esto es, existe seguimiento.
- e. Se crea un ambiente que permite al equipo multidisciplinario ser creativos, innovadores y responsables de sí mismos, esto es, hay motivación.



- f. Se busca el apoyo para las acciones que ellos emprenden y dan apoyo a las que emprenden su equipo multidisciplinario.
- g. Entienden y conocen las necesidades de sus pacientes, identifican y aportan los elementos necesarios para que todos puedan remover las barreras que obstaculicen su éxito, esto es, dan servicio.

En este punto es muy importante la comunicación abierta, de apoyo, sin juicios, centrado en soluciones y en los demás, auténtica, igualitaria y de mente abierta. El estilo de comunicación enfocada a las relaciones, donde se desarrollan lazos amistosos y se obtienen respuestas positivas. Así se contribuye a facilitar el establecimiento de confianza; es personal sanitario más abierto y animan el fortalecimiento de lazos de unión en base a un mutuo compromiso. A continuación se transcribe una respuesta que nos da a conocer la importancia de la comunicación y el tipo que se da:

“Para facilitar el diálogo hay que tener una intencionalidad de aprender del otro y que tu pongas tus experiencias o comunicarlas, pero, no para que el otro las siga sino para que las cuestione y del diálogo sacar una o dos conclusiones y hacer de mayor calidad nuestro trabajo con los pacientes”. (Entrevista 5)

“El trabajo médico es muy importante, manejamos pacientes, no nos importa de dónde viene, ni quien es,... recibirlo con una competencia de entrega, de capacidad de escucha atenta, porque es nuestro paciente, porque es una persona.” (Entrevista 2)

“Debemos comunicarnos como personas,... por más sencilla que sea nuestro paciente, entonces te dice su padecimiento, sus inquietudes, de donde viene y sus cargas emocionales.” (Entrevista 6)

**Se concluye que lo anterior representa una evidencia significativa y por lo tanto la hipótesis se considera aceptada.**

Respecto a la **segunda hipótesis secundaria**, los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto financiero que comprende:

- El aprender a cuidar los recursos materiales y financieros.
- Al involucrarse en los procesos del programa se vigila el buen uso de los insumos

Se plantearon las siguientes preguntas del cuestionario del anexo 1:

- a) ¿Existe un presupuesto identificable para servicios y materiales relacionados con la PS?
- b) ¿Los departamentos clínicos tienen a su alcance procedimientos operativos, como pautas de práctica clínica o vías que incorporen acciones de PS?
- c) ¿Las pautas y los procedimientos se han revisado en el último año?
- d) ¿Es posible identificar las estructuras e instalaciones específicas necesarias para la promoción de la salud (en términos de recursos, espacio y equipos, por ejemplo)?
- e) ¿Documentación y evaluación de las actividades de promoción de la salud se encuentra en los archivos?
- f) ¿La institución pone información general sobre la salud al alcance de los interesados?
- g) ¿La institución pone al alcance de los interesados información sobre organizaciones de pacientes?

Respecto al cuestionario (anexo 2), se describe en la tabla no. 15, el mejorar la efectividad y la eficiencia de los recursos, el deseo de cambios de las políticas que van encaminadas a la atención y no a la prevención de las enfermedades, de poseer creatividad, espíritu emprendedor y ofrecer apoyo, promover actividades y estrategias de enseñanza–aprendizaje, mantener un diálogo respetuoso y oportuno, y que los pacientes participen en el mejoramiento de la calidad de vida, con base en la búsqueda de soluciones a su padecimiento y en la toma de decisiones en beneficio de su salud y ambiente.

Tabla No.15 Identificación y construcción de las variables en una comunidad de práctica respecto a los factores financieros

Competencia	Descripción
Aspecto financiero	<p>Se posee creatividad, espíritu emprendedor y apoyo, se busca lograr efectividad y eficiencia de los recursos ya que se promueve actividades de enseñanza-aprendizaje para interpretar y explicar procesos anatomopatológicos tal como refiere: “Planeo, organizo, implemento, a veces son difíciles los momentos, se tienen que cambiar las políticas para buscar más la promoción de salud en los hospitales”, “Reconocer las áreas de oportunidad y adoptar la estrategia de enseñanza adecuada para ello, el paciente aprende a cuidarse y disminuyen los problemas subsecuentes de los padecimientos”, “Velar el aprendizaje de los grupos y el mejoramiento personal de los grupos, tratar de ganar la confianza de los pacientes, ser un lazo de comunicación entre el equipo multidisciplinario y los pacientes”, “Se apoya a los pacientes a través de la comunicación, se ha disminuido la consulta subsecuente por padecimientos trabajados en el programa Universidad del Paciente, se atienden en casa después de los cursos”, “Cumplo con mis responsabilidades y con el compromiso de cuidar los recursos en la institución”. “Nos explican la enfermedad para tomar decisiones entre todos, buscando que nos mejoremos, el médico es muy bueno y explica todo lo que pregunto”.</p> <p>La asignación de un tutor como responsable del programa, que presenta los objetivos, cuida y vigila los recursos, formula la visión propia así como las políticas y las estrategias del Programa Universidad del Paciente, se dan órdenes directas, se delega con claridad las responsabilidades, y se posee capacidad innovadora, tal como se refiere: “Es un espacio en donde de manera grupal nos apoyamos, aprendemos a partir de la experiencia de cada uno pero sobre todo unificamos criterios y asignamos un tutor como responsable.”</p>

	<p>Se busca como fin la pertinencia, el diálogo y el respeto a los materiales que se crean y se vigila se mantengan de la mejor forma posible, la integración de pacientes y del equipo multidisciplinario dentro de la institución, tal como se cita: “Las reuniones con los pacientes nos hacen más dinámicos, mejores profesionistas , cuidamos todo lo que tenemos”, “El tiempo es un obstáculo que se enfrenta en las reuniones y ello nos lleva a tomar decisiones apresuradas, debemos tener mejor planeación del tiempo en las clases y por ello vigilar que es lo que necesitamos”</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia basada en resultados de entrevista

**Se concluye que lo anterior representa una evidencia significativa y por lo tanto la hipótesis se puede considerar aceptada.**

Por último, **la tercera hipótesis secundaria**, los principales resultados que está generando el programa Universidad del Paciente en el aspecto de recursos humanos son:

- El personal se siente satisfecho con su desempeño y función laboral.
- El personal recibe retroalimentación positiva por su desarrollo profesional.
- La mejora de relación médico-paciente

Se plantearon las siguientes preguntas del cuestionario del anexo 1:

- a. ¿Existe un programa en vigor para evaluar la calidad de las actividades de promoción de la salud?
- b. ¿La institución pone al alcance de los interesados información detallada sobre enfermedades de riesgo o alto riesgo?

Respecto al cuestionario 2 (anexo2) la tabla 16 se refiere a las variables del Programa Universidad del Paciente en una comunidad de práctica respecto a las relaciones. Se describe la mejora de la relación médico-paciente, el surgimiento de un tutor como responsable del programa, el compartir la experiencia y el conocimiento al trabajar en equipo, la importancia de sentirse motivado por las reuniones aprendiendo a tener tolerancia y respetando la forma de pensar y de ser de los integrantes, el aprender a

unirse al esfuerzo de los demás buscando satisfacer las necesidades y expectativas de la institución, a crear una relación cordial y leal, donde los integrantes se adapten al cambio y posean sensibilidad hacia la diversidad y multiculturalidad, y finalmente, cuando es necesario, aprender a realizar negociación y planeación.

Tabla No. 16 Identificación y construcción de las competencias en una comunidad de práctica respecto a las relaciones

Variable	Descripción
Recursos humanos	<p>Compartir la experiencia y conocimiento al trabajar en equipo como se cita: “Los participantes aprendemos los unos a los otros, entre sí.” “Se aprende de los otros pacientes, de su experiencia.” “Motivación, es lo que me proporcionan las reuniones y me animo a venir cada clase”</p> <p>Se aprende la tolerancia como se cita: “a respetar la forma de pensar y de ser”.</p> <p>Se aprende a unirse al esfuerzo de los demás como se cita: “Las relaciones son significativas” “Se regeneran las fuerzas para continuar nuestro trabajo”</p> <p>Se busca proactivamente y de manera innovadora satisfacer las necesidades y expectativas del Programa Universidad del Paciente y de la institución, como se refiere: “Procuró coincidir en una misma manera de llevar a cabo los lineamientos del Programa Universidad del Paciente, que exista coherencia entre los médicos, enfermeras, nutrición, psicóloga, trabajo social”</p> <p>Existe relación cordial, lealtad, amistad, como se refiere: “Para facilitar el dialogo hay que tener una intencionalidad de aprender del otro y que tu pongas tus experiencias o comunicarlás, pero no para que el otro las siga sino para que las cuestione y del dialogo sacar una o dos conclusiones y hacer de mayor calidad nuestro trabajo para otros que también tienen la misma enfermedad” , “El tiempo es muy importante y</p>

	<p>se le da el espacio a la persona para expresarse, expresar sus experiencias, como le fue en la semana, como le fue con sus medicamentos y cómo se siente. Es muy importante escucharlos.”, “Hay respeto, tiempo de escucha, paciencia, a veces los pacientes tienen prisa para su atención pero están tranquilos cuando están en contacto con los otros pacientes y se comunican sus logros y avances en su tratamiento”.</p> <p>Comprenden que el conocimiento es como materia y como estructura, el enfrentarse a ciertas situaciones y el cómo lo han resuelto les enriquece a los pacientes, tal y como se refiere: “Lo más relevante es buscar el bien común”, “Siempre mantener comunicación abierta y clara” y “El paciente conoce y valora sus características y potencialidades como ser humano; sabe trabajar en equipo; reconocer, respetar y apreciar la diversidad de capacidades en los otros, y emprender proyectos personales o colectivos.”</p> <p>Los integrantes del equipo multidisciplinario se adaptan al cambio, poseen sensibilidad hacia la diversidad y multiculturalidad, tal como se refiere: “Se puede compartir las experiencias educativas y formativas y más si se trata de un modelo propio de la institución. Nos da la oportunidad de ir conformando más seguros los pasos que vamos a dar.” Se realiza negociación y planeación, tal como refiere: “Desarrollar actividades con honestidad, responsabilidad y respeto”, “Construir vínculos perdurables, de confianza y de mutuo beneficio en todas las interacciones”, “Procuramos fomentar la comunicación clara y directa.”</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia basada en resultados de entrevistas

**Se concluye que lo anterior representa una evidencia significativa y por lo tanto la hipótesis se puede considerar aceptada.**

Respecto a la **hipótesis principal**, los aspectos que han sido beneficiadas por el programa Universidad del paciente se presenta a continuación los aspectos administrativos, financieros y de recursos humanos.

## 5.4 Liderazgo

Surge dentro de los aspectos el liderazgo como resultado del programa. Se describe cómo el grupo multidisciplinario crea valor para los grupos de interés donde se tienen operaciones, cómo se comparte la información, cómo se tiene una visión a futuro, y finalmente cómo se mantiene una orientación al servicio efectivo y de calidad para la atención del paciente. La tabla 11, se refiere a las variables en el programa Universidad del Paciente, respecto al liderazgo.

Tabla No.11 Identificación y construcción de las variables en el programa Universidad del Paciente respecto al liderazgo

Variable	Descripción
Liderazgo	<p>El grupo multidisciplinario crean valor para los grupos de interés donde se tienen operaciones: “Me gusta lo que hago es lo que me hace líder”.</p> <p>“Para el desarrollo de una práctica docente estimulante, hay que escuchar las ideas y argumentos de los pacientes, proponer alternativas de interpretación, fomentar el trabajo en equipo y buscar en todo momento las reflexiones individuales y colectivas”. Se comparte información e ideas de manera continua, como se refiere: “Todos los médicos, enfermeras, nutrióloga, trabajo social y psicóloga están involucrados porque compartimos el liderazgo institucional”.</p> <p>Se tiene una visión a futuro, como se cita: “Llevo un curso del Programa Universidad del Paciente y estoy cercano a los pacientes y sé que es lo mejor para ellos”.</p> <p>Se procura mantener una orientación al servicio efectivo de las necesidades del paciente: “Existe el liderazgo jerárquico, que es el puesto, pero el verdadero liderazgo es el moral, el compartido”</p> <p>“El liderazgo es lo que tu transmites con tu formación y tus actitudes”,</p>

	<p>“No se acepta liderazgo vertical. Tiene uno que dar el paso, y trabajar en liderazgo horizontal, pero se tiene que explicar con el equipo multidisciplinario y hablarlo, (todos vamos a dirigir esta barca, yo no soy el único que lo va a hacer) respetar a mis compañeros cuando trabajan en cursos pero saber qué y cómo lo trabajan, y tener control del tiempo y del espacio”.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia basada en resultados de entrevistas.

## 5.5 Valores

Igualmente surgen los valores como aspectos que han sido beneficiados. La tabla 12 se refiere a las variables en el Programa Universidad del paciente, respecto a los valores en donde se describe el desarrollar las actividades con honestidad, respeto y responsabilidad, fomentando la comunicación clara y directa, poseer capacidad de crítica/autocrítica, lo más relevante, es buscar el bien común.

Tabla No.12 Identificación y construcción de las variables en el programa Universidad del Paciente respecto a los valores

Competencia	Descripción
Valores	<p>Desarrollar actividades con honestidad, responsabilidad y respeto, como se refiere: “Pregonar siempre con el ejemplo”.</p> <p>Fomentar la comunicación clara y directa, poseer capacidad de crítica/autocrítica y hablar con los pacientes manteniendo un diálogo respetuoso oportuno, tal como se refiere: “Debemos comunicarnos como personas, cuando se abre el corazón se siente y entonces el paciente te dice sus problemas, sus sufrimientos su futuro con el padecimiento, sus problemas emocionales sus dolores y si uno tiene únicamente en la mente sacar el trabajo de forma administrativa no lograrás nada con tus pacientes, tiene uno que abrir su corazón”.</p> <p>Lo más relevante es buscar el bien común, tal como se refiere: “Si hay credibilidad, entusiasmo, y hay mucha calidad humana cuando trabajas</p>



	<p>con los grupos de pacientes”, ”Se necesita dos cosas, humildad y no demostrarles indiferencia, porque si yo busco el poder no voy a ser buena tutor y no lograré el servicio en los pacientes se desea buscar en la comunidad una unión que es el bien común , lo que yo puedo socializar, y que me dé el otro, y luego la integración, todos formamos una comunidad de compartir nuestro padecimiento”, ”Valores que no se deben tener son el egoísmo, individualismo, competitividad a ver quién sabe más, quien aplasta al otro, individualismo sobre todo”.</p> <p>Se construye en los cursos entre los pacientes y el grupo multidisciplinario vínculos perdurables, de confianza y de mutuo beneficio en todas las interacciones, tal como se refiere: “Se requiere más lazos de afecto y de reconocimiento a los pacientes y al grupo multidisciplinario.”, “El servicio y el amor son las que abren la puerta de todo. La mediación es muy importante, la paciencia, la esperanza de que nada es irreversible”.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia basada en resultados de entrevistas

## 5.6 Objetivos específicos relacionados con las actitudes

Respondiendo a los objetivos se presentan los siguientes resultados donde se presenta una vinculación de las actitudes y los comportamientos sociales, resultantes de las entrevistas. En la tabla 13 se aprecia esta relación.

Tabla No.13 Identificación de los Objetivos específicos relacionados con las actitudes que la persona tiene frente a la acción.

<b>Elemento relacionado</b>	<b>Actitudes que la persona tiene frente a la acción</b>
Identificación en el aspecto administrativo	<p>Ayudar a los pacientes a reconocer la importancia del trabajo y del esfuerzo.</p> <p>Cumplir promesas.</p> <p>Ser leal a la institución y a mí mismo.</p> <p>Confiar en el equipo que labora contigo.</p>

	<p>Conocer los límites propios.</p> <p>Ser congruente. Ser humilde. Ser inteligente.</p> <p>Ser puntual y formal en las citas y acuerdos.</p> <p>Resolver problemas en forma oportuna y acertada.</p> <p>Escuchar atentamente.</p> <p>Platicar con los pacientes y resto del equipo multidisciplinario.</p> <p>Crear y mantener la red de relaciones afectivas.</p> <p>Ser decisivo. Comunicar en forma asertiva.</p>
Identificación en el aspecto financiero	<p>Ser paciente.</p> <p>Ser cuidadoso con los recursos</p> <p>Aprender a vigilar los insumos</p> <p>Aprender a delegar el poder y la responsabilidad.</p> <p>Hablar sin miedo. Ser íntegro.</p> <p>Poseer visión, pasión, confianza, curiosidad, y osadía.</p> <p>Reforzar los manuales de procedimientos de mi servicio</p> <p>Reforzar el conocimiento adquirido del paciente previamente en relación a su padecimiento crónico.</p> <p>Realizar <i>coaching</i> con pacientes y con el equipo multidisciplinario.</p> <p>Aprender a decir “No”.</p> <p>Promover y asumir el cuidado de la salud y del ambiente, como condiciones que favorecen un estilo de vida activo y saludable.</p>
Aspecto de recursos humanos	<p>Ser servicial.</p> <p>Ser sociable, escuchar con atención.</p> <p>Mantener los aspectos de la realidad tal y como son.</p> <p>No ser conformista ni mediocre</p> <p>Aprender a ceder.</p> <p>Supervisar de cerca.</p> <p>Orientar al paciente.</p>
Limitaciones	<p>Ser pesimista. Ser irresponsable. Ser desleal</p> <p>No saber distinguir entre los hechos y las opiniones.</p> <p>Ser egocéntrico. Ser ansioso. Ser impulsivo.</p>

	Ser soberbio. Ser rebelde. Ser egoísta.
--	-----------------------------------------

Fuente: Elaboración propia basada en resultados de entrevistas

Así, el equipo multidisciplinario y el paciente mejoran las condiciones de vida, se enriquece la experiencia al escuchar y dar consejos, realiza proyectos donde se aporta lo mejor de sí y es posible llegar más lejos gracias a la suma de esfuerzos, tal como se cita en la siguiente entrevista:

“Debemos tener.....Convicción antes de función, lograr estar convencido como psicóloga de nuestro papel, de nuestros motivos, de nuestro testimonio. El mensaje que se emite a la comunidad, esta antes que las funciones laborales o institucionales..... El Pensamiento antes de acción. Poder buscar congruencia entre un ideal y una realidad.”  
(Entrevista 6)

El equipo multidisciplinario procura cultivar la inteligencia hasta alcanzar la comprensión y el ejercicio de la voluntad de los pacientes para optar por la responsabilidad de realizar un trabajo bien hecho. En el proceso de mejora personal no basta desarrollar competencias, hay que elegir las más adecuadas de acuerdo al fin perseguido, como se refiere en las entrevistas:

“Sí, soy enfermera y me asumo como líder educativo. Un líder educativo es aquel que promueve su propio desarrollo como el de los demás. Se busca promover la libertad, la conciencia el compromiso comunitario, la búsqueda de lo trascendente, la responsabilidad, la conciencia, el compromiso social del paciente con la institución y con él mismo.” (Entrevista 4)

“En la forma que uno estimule la búsqueda del conocimiento y el involucramiento en la participación de los pacientes, es la manera en que se les hace saber que existe otra forma de vida, otra actitud frente a los retos y los problemas. Que puedan entender que hay cansancio pero nunca indolencia, nunca incomprensión, y finalmente, llevar al paciente a una actividad permanente. Esto es una disciplina de vida, hasta para uno.”  
(Entrevista 3)

Para sustentar la conducta ética el equipo multidisciplinario utiliza la confianza, que perfecciona a la inteligencia y al respeto. También se tiene prudencia, paciencia, fortaleza, humildad y justicia. Cabe decir que las actitudes-valores perfeccionan alguna facultad y benefician la relación de los seres humanos, tal como se observa esta respuesta:

“Es un espíritu y es una actitud de sonreír, dar alegría y de cariño, y no solamente de que cumples con tu deber.

Y así se forma un ambiente de compañeros, de amigos, de familia.” (Entrevista 7)

Desde la dirección, se planea la formación y perfeccionamiento de los profesores en relación con las virtudes humanas. Esto se realiza mediante curso de formación de instructores que son reuniones de trabajo sobre las estrategias de enseñanza-aprendizaje, técnicas y material de evaluación y entrevistas personales de orientación, pero sobre todo el ejemplo de cada uno de los participantes del equipo multidisciplinario, es un aspecto crucial para motivar el desarrollo de las virtudes humanas en los pacientes, tal como refiere la entrevista siguiente:

“En los docentes (equipo multidisciplinario) debemos verificar el desarrollo de sus actividades y orientar las capacitaciones de formación docente. En los pacientes promover la disciplina convenida a través de sus convicciones, en el sentido que el paciente sepa qué es lo que se espera de él, sabiendo que lo puede lograr y reconociendo lo que es capaz. Crear un espacio de convivencia integrada entre toda la comunidad que permita desarrollar un espacio adecuado, generadores de esa formación del carácter, de libertad de pensamiento y de acción y sobre todo con el sentido de identidad y pertenencia a la institución”. (Entrevista 2)

Los líderes utilizan poder. El poder es la capacidad de convertir intenciones en realidades y sostenerlas. Los líderes educativos (equipo multidisciplinario) usan el poder sabiamente para comprometer a las personas a actuar, convertir a los seguidores en líderes y convertir a los líderes en agentes de cambio.

El líder es el responsable directo de la efectividad institucional, es el encargado de crear las condiciones para que exista un buen clima organizacional que favorezca la productividad y competitividad, para esto, es necesario que el Director del programa, analice lo que sucede en el aula con los pacientes, con una visión a futuro sin perder de vista el objetivo institucional. El líder dedica gran parte de su tiempo, de sus estrategias, de su mente a visualizar su organización partiendo de los hechos reales, a lo que espera de ella y mueve a su gente hacia dicho proyecto, como se observa en la siguiente respuesta:

“Sí, soy médico y me asumo como líder educativo. Un líder educativo es aquel que promueve su propio desarrollo como el de los demás, que promueva el compromiso comunitario, la responsabilidad, la conciencia de la enfermedad en el paciente y el compromiso social.” (Entrevista 3)

Un líder educativo tiene visión, pasión, integridad, confianza, curiosidad, y osadía, vitalidad física y resistencia, inteligencia y buen juicio en sus actuaciones; pero lo más importante es la humildad, según se refiere a continuación en esta respuesta:

“Soy una persona inquieta, inteligente, muy sensible, en constante búsqueda de cómo hacer que el paciente se enfrente a la enfermedad y sepa mejorar su vida. Como profesional, la disposición a la escucha, ser confiable, asertiva en los diagnósticos y la búsqueda de la sencillez, naturalidad y espontaneidad con el paciente es muy importante”. (Entrevista 4)

“En este programa, no existe el liderazgo vertical. Tiene uno que dar el paso, pasar al horizontal, pero se tiene que explicar, hablarlo, (todos vamos a dirigir esta barca, yo no soy la única que lo va a hacer) respetar a mis compañeros cuando trabajan en el programa y tener control del tiempo y del espacio. Porque si no ellos (los pacientes) te llevan a su ritmo. El liderazgo lo formamos todos. Se deben poner criterios y parámetros de los límites de las clases de cada participante del grupo multidisciplinario y obvio conocer hasta donde es tu límite. También tener claro el objetivo y el plan de acción, porque sin función del objetivo y de las líneas de acción que se han forjado te pierdes y das de vueltas y no avanzas en el programa”. (Entrevista 5)

Ser mejor persona es el constante resultado de quien atiende su conducta, su padecimiento, de vivir con alegría, con optimismo, con tranquilidad, afrontando cualquier situación con actitudes positivas, sensatas, determinantes y tolerantes, buscando la justicia y la adecuada comunicación, como se refiere a continuación:

“El equipo multidisciplinario debe tener una base académica combinada con la base humanista, convencido de lo que va a representar congruente con la enfermedad que trabaja, enseñando mejorar la vida del paciente. Entregarse a lo que quieres hacer, llegar a esas metas, buscar las herramientas, es un compromiso contigo.” (Entrevista 2)

### **5.7 Atención Centrada en el Paciente**

Las competencias en común que presenta el equipo multidisciplinario como resultado de las entrevistas se citan a continuación:

- a) Responder a las necesidades de los pacientes, innovar el cómo se va a enseñar, y establecer nuevos objetivos, contenidos y metodologías. (Competencia diagnóstica)
- b) Reconocer las necesidades educativas de los pacientes, sus formas de aprender, sus requerimientos personales y su psicología. (Competencia empática)
- c) Desarrollar su propia meta cognición para evaluar el proceso educativo que se da en los pacientes. (Competencias cognitiva)
- d) Establecer una comunicación con los pacientes que permite conocerlos, ubicarlos y distinguirlos. (Competencia comunicativa)
- e) Promover sistemas de enseñanza que respondan a las necesidades de los pacientes (competencia lógica)
- f) Tomar decisiones sobre el tipo de programa ético, de desarrollo humano y valores para los pacientes. (Competencia ética)

- g) Establecer un liderazgo basado en la medición de la influencia de sus funciones en la historia del hospital.

Respecto a la toma de decisiones, generalmente se realiza en forma analítica más que intuitiva. El equipo multidisciplinario busca tener la información bien organizada y utilizar procesos sistemáticos para realizar su trabajo. Amplían el número de opciones para resolver un problema y llegan a una solución después de considerar una serie de opiniones y es hasta entonces cuando se deciden por un curso de acción.

El estilo de curso se enfoca a una estrategia de servicio, dándole al paciente un servicio que verdaderamente satisfaga sus necesidades. La estructura en la promoción busca ser de manera horizontal, actualizada y resolutive, tal como se respondió durante la entrevista que se cita a continuación:

“Se necesitan dos cosas, humildad y el poder; Estar en una comunidad es servicio, y es poder para dar respuesta e integrar al equipo buscando el bien común. Es fundamental hacer de la prevención de las enfermedades lo que más se trabaje, y de manera que todo el hospital lo lleve a cabo para tener mejor atención y calidad de vida del paciente, debemos ser resolutivos con los pacientes para su beneficio.” (Entrevista 2)

“Somos un equipo, tenemos que ayudarnos unos a otros. He aprendido la tolerancia, he aprendido a respetar la forma de pensar y de ser”. (Entrevista 5)

“Porque se construyen cada día más y más hospitales, si las políticas fueran hacia la promoción de salud no necesitaríamos construirlos, tenemos que actualizarnos y atacar los problemas de salud desde casa y la comunidad donde habitan nuestros pacientes”. (Entrevista 2)

“He aprendido la importancia del trabajo en equipo, he aprendido de los otros pacientes para seguirme cuidando y también a hablarle a la familia y a mis vecinas de lo que es la Diabetes.” (Entrevista 9)

El equipo multidisciplinario se orienta al servicio, conocedor de la situación del paciente, forma de pensar y requerimientos, tal como se refiere a continuación:

“Cuando llego al curso me convierto, y procuro ser alegre, positiva. Siempre que platico me doy ánimo y lo transmito a los demás” (Entrevista 10)

“Debemos tener generosidad para decir a que no y facilidad para decir a que sí., respecto a nuestros tratamientos”. (Entrevista 7)

“He aprendido mucho sobre mi enfermedad pero lo mejor ha sido saber cómo cuidarme y evitar que otros se enfermen.” (Entrevista 10).

“Los médicos y enfermeras en el curso nos tienen mucha paciencia, nos dan esperanza, saben que necesitamos para vivir más y mejor”. (Entrevista 9)

Las características mencionadas, durante las entrevistas, que posee cualquier estilo de dirección son: el director conoce a fondo su trabajo, da órdenes directas, establece estándares estrictos de desempeño de su equipo multidisciplinario, presenta objetivos, formula la visión propia así como sus políticas y sus estrategias, escucha a la comunidad atentamente, delega las responsabilidades con claridad, brinda retroalimentación, simpatiza con los demás, identifica conflictos interpersonales y se avoca a resolverlos; se muestra interesado por los el equipo y sus pacientes; promueve actividades sociales entre los pacientes, pregona con el ejemplo, modelando un comportamiento que desea en el resto de la comunidad; busca la excelencia y la mejoría en los objetivos de la institución; apoya a la comunidad, especialmente al equipo multidisciplinario para alcanzar su desarrollo profesional; sabe manejar conflictos y posee conocimientos sobre la dinámica y la conducción de grupos. Y podemos concluir que:

“Si la persona no crece por medio de sus fortalezas, la institución no crece. Se debe tener amor y cariño por veinticuatro horas, desear en nuestro corazón dar servicio.” (Entrevista 1)

El equipo multidisciplinario comparte la realidad con los demás, estableciendo lazos y reconociendo sus peculiaridades. El médico coordinador del equipo multidisciplinario se



origina gracias a que su inteligencia puede, al conocerse, apropiarse de la realidad a su alcance. La autonomía y la vinculación consisten en tener responsabilidad individual y social. La vida social es característica del ser humano, en ella los límites personales se equilibran con la ayuda de nuestros semejantes y los logros de los demás son triunfos compartidos. El desarrollo de las actitudes es un proceso de formación y capacita a la persona para evaluar la realidad. Son, las actitudes, motivaciones que la persona tiene frente a la acción.

**Se concluye que lo anterior representa una evidencia significativa y por lo tanto la hipótesis se considera aceptada.**

## **RECOMENDACIONES**

Después de esta investigación, el resultado obtenido de las entrevistas nos refiere el mantener un diálogo auténtico, igualitario y de mente abierta que permita abrir puertas y posibilidades a mediano y a largo plazo.

Como se refirió en las entrevistas cuando la comunicación se pierde en sentido horizontal o vertical se presentan incomodidades y molestias entre los pacientes y equipo multidisciplinario que pueden llegar a causar grandes problemas a la institución porque cada uno de sus integrantes escucha y entiende lo que cada uno desea oír y el Programa entonces no logra sus metas. El análisis de las capacidades, recursos y límites personales del equipo multidisciplinario son importantes para el desempeño de sus actitudes, ya que el ejemplo que dé es lo que será valorado por el resto de la comunidad.” Se predica con el ejemplo”, “no hagas a los otros lo que no quieres que te hagan a ti” son proverbios populares que tienen gran trascendencia en lo que es ser, en toda la extensión de la palabra, un buen equipo.

### **Perfil de egreso del paciente**

Acerca del perfil de egreso, se sugiere aportar al paciente un conjunto de rasgos que deberán mostrar al término del programa, como garantía de que podrán desenvolverse satisfactoriamente, siendo transmisores del conocimiento de su padecimiento. Dichos rasgos se sugiere, sean el resultado de una formación que destaca la necesidad de desarrollar competencias para la vida, que además de conocimientos y habilidades incluyen actitudes y valores para enfrentar con éxito diversas tareas.

### **Características del curso o enfoque disciplinario**

Se propone por parte del tutor el saber identificar las competencias clave (Perrenoud, 1999), en torno a las cuales organizar los aprendizajes y en función de las cuales guiar el trabajo en clase y fijar las prioridades. Lo importante es darles regularmente derecho de ciudadanía en la clase, interesarse por ellos, tratar de comprender sus raíces y su forma de coherencia.

Por esta razón, se sugiere abrirse un espacio para la palabra, no censurar de forma inmediata las analogías falaces, las explicaciones animistas o antropomórficas, los razonamientos espontáneos, con el pretexto de que conducen a conclusiones erróneas.

Se propone entonces, trabajar a partir de las concepciones de los pacientes, entrar en diálogo con éstas, hacerlas evolucionar para acercarles conocimientos cultos que enseñar. (Balcázar, 2005) Así pues la competencia del profesor es esencialmente didáctica. Le ayuda a apoyarse en las representaciones previas de los pacientes, sin cerrarse en ellas, a encontrar un punto de entrada en el sistema cognitivo de los pacientes, un modo de desestabilizarlos lo suficiente para conducirlos a restablecer el equilibrio incorporando elementos nuevos a las representaciones existentes, si es preciso reorganizándolas.

Así mismo se propone practicar un método de proyecto y elaborar los dispositivos o gatillos fundamentados en hipótesis relativas al aprendizaje y en relación con el conocimiento, el proyecto, la acción, la cooperación, el error, la incertidumbre, el éxito y el fracaso, el obstáculo y el tiempo. El dispositivo es el gatillo para iniciar que se movilicen y hacerlos aprender a los pacientes.

Para que cada paciente progrese hacia los objetivos previstos, conviene ponerlo muy a menudo en una situación de aprendizaje óptima para él. Hay que organizar el trabajo en clase de distinta forma, facilitar la comunicación, crear nuevos espacios / tiempos de formación, jugar a una escala más amplia con las agrupaciones, las tareas, los dispositivos didácticos, las interacciones, las regulaciones, la enseñanza mutua y las tecnologías de la formación (Perrenoud, 2010).

Para hacer frente a la heterogeneidad en el mismo grupo se propone el trabajo por planificaciones semanales, la atribución de tareas auto correctivas y el recurso de programas interactivos son soluciones valiosas. Organizar el espacio en talleres o en «rincones» entre los cuales circulan los pacientes es otra forma de hacer frente a las diferencias. La diferenciación exige métodos complementarios, por lo tanto, una forma de inventiva didáctica y organizativa, basada en un pensamiento arquitectural y sistémico. No basta con asignar a los alumnos el trabajo de verdaderas tareas colectivas, que los hagan

dependientes los unos de los otros. Cuando los profesores trabajan en equipo, se vuelven capaces de desarrollar estas actitudes y esta cultura a lo largo de los estudios, lo que dispensa a cada uno de construirla a partir de cero, cada vez que recibe alumnos-pacientes nuevos.

### **El papel del Tutor**

Respecto al tutor y su equipo es deseable que sea conformado en forma multidisciplinaria, esto es constituido por psicólogo, nutriólogo, enfermera, trabajadora social, donde el médico jefe del servicio sea el responsable directo del programa o bien o cualquier otro profesional necesario para el padecimiento.

El médico formando el equipo e integrando a los pacientes en el grupo, es quien planeará, coordinará y acompañará los procesos didácticos que atienden características, intereses y necesidades desde la diversidad. Para ello, se sugiere manejar los contenidos curriculares; y adquirir una idea clara de los conocimientos, habilidades y actitudes que fomentará. La enfermera realizando el seguimiento del paciente, realizando el diagnóstico según situación individual y familiar y planificar la asistencia. La nutrióloga participando en el proceso de planificación alimentaria nutricional ideal para cada padecimiento, así como conduciendo los registros para evaluación y desarrollo de la consulta nutricional. El área psicológica analizará y manejará conflictos individuales y familiares y facilitará la interacción del grupo. Trabajo social, por su parte posee un alto grado de conocimiento de la propia comunidad, por ello participa en todas las actividades programadas, y apoya el que sea el paciente el transmisor de su enfermedad.

### **Organización del programa**

Se sugiere orientar y centrar el estudio en nociones específicas de los ámbitos de la vida y las interacciones, vinculando con las habilidades y actitudes predominantes de los pacientes y con los últimos conocimientos científicos sobre la salud, el ambiente y la tecnología. Finalmente, se sugiere que los programas se organicen en torno a los padecimientos crónicos que se trabajan según la morbilidad hospitalaria de cada hospital.

## **Sugerencias didácticas**

Con base en estos apartados, es conveniente que el tutor diseñe situaciones de aprendizaje en las que los alumnos perciban, pregunten, registren, comparen, predigan, expliquen e intercambien opiniones sobre los cambios en el cuerpo debido a la enfermedad, de igual forma, que apoye y oriente a los pacientes en el desarrollo de sus proyectos para fortalecer la autonomía, y que genere un ambiente de confianza y respeto en el que se promueva el trabajo colaborativo.

## **La evaluación**

La evaluación con carácter formativo proporciona al tutor del programa elementos para mejorar los procesos de enseñanza y de aprendizaje, y a los pacientes, a su vez, los orienta y apoya en el proceso de aprendizaje que están siguiendo, basado en la reflexión sistemática respecto a sus avances y dificultades. Se sugiere tomar en cuenta las actividades realizadas, la capacidad de utilizar lo aprendido al enfrentar situaciones y explicar hechos, la progresiva participación en las tareas utilizando una lista de cotejo, donde las habilidades pueden variar a necesidad del tutor.

Evaluar el dominio de los conceptos por parte de los pacientes implica reconocer en qué medida han sido comprendidos y resultan útiles para explicar situaciones, procesos o fenómenos. Para evaluar los procedimientos empleados por los alumnos en la resolución de situaciones diversas, en términos de habilidades adquiridas durante el desarrollo del curso, se sugiere identificar hasta qué punto los pacientes reflexionan y son capaces de utilizarlas de manera consciente en las diferentes circunstancias o en nuevas tareas.

Respecto a la evaluación de las actitudes, el propósito recomendable es conocer la disposición que muestran los pacientes para valorar la coherencia entre las intenciones expresadas y sus comportamientos, así como conocer su nivel de reflexión en torno a los posibles cambios de su propia actuación en circunstancias similares.

Fue una ardua investigación por la gran cantidad de información, por ser material humano, por lo sensible del tema que es abrir mente y sentimientos a los demás, ofreciendo causas y motivos de acciones en las diversas instituciones. Sin embargo la confianza que se dio para las entrevistas fue importante. Dentro de las dificultades podemos mencionar algunas citas que llegado el momento se cancelaban, debido a problemas internos de la institución que requerían la presencia de cada integrante, pero que finalmente se pudieron lograr. Por último, el analizar la información recabada, el darle categorías y lograr entender su complejidad fue la parte más laboriosa.

Esta investigación es importante para los futuros equipos multidisciplinarios porque a través de ella se contribuye a fortalecer los lazos de trabajo, de cooperación y de amistad, se impulsa a cada integrante del equipo multidisciplinario a desarrollar todo su potencial para obtener mejores resultados y buscar así la excelencia del trabajo. Al conocerse entre ellos y mantener pleno contacto unos con otros comparten sus experiencias, sus problemas, sus éxitos y sus dudas. Es una aportación factible para todo aquel equipo multidisciplinario que desea educar a otros.

Sirva la investigación presente para recomendarles que permanezcan en formación continua, a través de cursos, pláticas, seminarios, que se formen comunidades de práctica de pacientes, donde cada uno aporte lo mejor de sí, para que puedan crecer más en su persona, aprendiendo de los otros, porque ello hará forjar mejores programas dentro de la institución. También enriquecerá el trabajo de los nuevos equipos multidisciplinarios al aportarles, esta investigación puntos que necesitarán en su desempeño, en su formación, al conocer a través de otros su experiencia laboral, los desafíos a enfrentarse y los probables aciertos en su desempeño y también el poseer los conocimientos que han dado pie a esta investigación.

En un futuro sirva esta investigación para que se atiendan las necesidades y los intereses de las instituciones de salud en la promoción de estos programas de gran impacto que favorecen la calidad y seguridad del paciente. Las anteriores consideraciones obedecen al deseo de reflexionar sobre la forma en que la educación en salud puede lograr ciudadanos responsables y honestos que nuestro país necesita.

Las investigaciones futuras que puedan llevarse a cabo con base en los resultados de la presente investigación, pueden ser dirigidas a mejorar la calidad educativa de las diversas instituciones, ya que se puede determinar las acciones de los equipos multidisciplinares más fácilmente al conocer el control y la gestión de su papel en el programa, al conocer el estilo de liderazgo y el manejo de conflictos, llevar a cabo una adecuada toma de decisiones y una conducción de grupos de éxito. Pueden crearse entonces, talleres, seminarios, ciclos de conferencias y cursos de capacitación para los nuevos equipos multidisciplinares mejorando la calidad educativa. Finalmente se permitirá determinar las acciones de los responsables de los equipos multidisciplinares y sus consecuencias en el desarrollo de las instituciones hospitalarias que dirigen.

México necesita cada vez más dirigentes preparados para obtener resultados. México busca crecer con solidez, y, para ello necesitamos una fuerza en cada ciudadano, que dé formación e información de excelencia a cada uno de sus pacientes y resto de la comunidad hospitalaria.

La investigación nos permitió identificar la estructura y el proceso del programa Universidad del paciente como hospital promotor de salud para otorgar calidad y seguridad al paciente y sustentar que las instituciones hospitalarias y el personal de salud posee conocimientos que sustentan sus prácticas, igualmente se fomenta que frente a las condiciones cambiantes se adapten a este tipo de programa innovador.

Respecto a las hipótesis iniciales podemos concluir que eran reales pero incompletas, ya que el personal multidisciplinario nos sorprendió con la riqueza de sus respuestas respecto a generar una comunidad de práctica para elevar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y en colaborar en el caso del paciente en la formación y transmisión del nuevo conocimiento al poseer liderazgo, valores, diálogo permanente e inteligencia emocional

Respecto a descubrir si se realiza trabajo colaborativo en el equipo multidisciplinario, se puede concluir que las personas se sitúan en el centro de aprendizaje social que se basa en las interacciones humanas alrededor de lo que hace la comunidad y el trabajo que desarrolla alrededor del área en el que se enfoca la

comunidad, que implica voluntad y compromiso en las creencias, los valores y la práctica; existe el deseo de trabajar bajo la misión de cada institución, cada persona tiene voz y voto que promueven cambios institucionales que facilitan su desarrollo, buscando la formación de comunidad.

Se descubrió lo confirmado por Gairín (2006) ya que se encontraron los puntos para la formación de una comunidad de práctica más importantes como es el permitir un acceso a todos en igualdad de condiciones, el realizar trabajo colaborativo en grupo, el facilitar la participación abierta y las estructuras horizontales y, finalmente, el buscar modelos efectivos para su funcionamiento.

Pero aún más importante es que se utiliza el diálogo como eje central, logrando una mayor interacción y participación que permite una comunicación frecuente, sistemática y amplia. Se concluye al analizar los resultados, lo importante que es la competencia de la comunicación, el mantenerla abierta, sin prejuicios, buscando soluciones, desarrollando lazos amistosos y estableciendo confianza con el resto de la comunidad en la institución hospitalaria.



## **CAPITULO 6.CONCLUSIONES**

Con respecto al objetivo, estudiar los aspectos que han sido beneficiadas por el programa Universidad del Paciente en la Institución, se descubre que los aspectos, administrativo, financiero y de recursos humanos han sido beneficiadas .Igualmente se descubrieron otros aspectos que surgieron y que no habían sido contempladas en la hipótesis inicial como las de Gobierno y Dirección, Comunicación e Información así como Enseñanza.

En el aspecto administrativo se descubrieron las competencias de relaciones, de liderazgo, de diseño y gestión de proyectos, de valores y de inteligencia emocional que son muy importantes para determinar las características del grupo multidisciplinario. Se concluye en esta investigación que la competencia más importante es la ética, fundada en los valores, ya que el equipo multidisciplinario son hombres y/o mujeres que prestan un servicio con honestidad y rectitud, que aprenden a ser tolerantes, que se unen al esfuerzo de los demás, buscando una relación cordial, de lealtad y de amistad, comparten la experiencia y conocimiento al trabajar en equipo, fomentan la comunicación clara y directa, poseen capacidad de crítica/autocrítica y hablan con la gente, manteniendo un diálogo respetuoso y oportuno. No menos importantes son las competencias empática y comunicativa, porque se busca proactivamente y de manera innovadora satisfacer las necesidades y expectativas de la institución, se ayuda a establecer un diálogo para conocer y distinguir a los pacientes, conocer sus necesidades, su estilo de aprender, sus miedos, sus fracasos y éxitos. Y de esta misma forma, establecer la comunicación con el resto de los integrantes de la comunidad hospitalaria y de los familiares de los pacientes.

Respecto a los factores que han afectado el programa Universidad del Paciente en el aspecto de recursos humanos se concluye que la asignación de un tutor como responsable del programa, el surgimiento de líderes, y la mejora de relación médico-paciente es como los participantes crean valor para los grupos de interés donde se tienen operaciones, se comparte información e ideas de manera continua, se tiene una visión a futuro, se procura mantener una orientación al servicio efectivo y de competitividad, se posee creatividad y espíritu emprendedor, se formula la visión propia así como sus

políticas y sus estrategias, se dan órdenes directas, se delegan con claridad las responsabilidades, y se posee capacidad innovadora. Para esta investigación todo ello forma parte de lo que es ser un líder educativo. Respecto al factor que ha afectado el programa Universidad del Paciente en el aspecto financiero, se distinguieron en esta investigación el aprendizaje y la formación, como punto muy importante para la planificación y la solución de los problemas, que nos lleva a la mejor efectividad y eficiencia de los recursos. Además del trabajo en equipo y la negociación y aquellas competencias relacionadas con la visión de conjunto y la capacidad de gestionar adecuadamente la totalidad de la actuación.

Acerca del conocimiento de la efectividad y eficiencia de recursos, el saber lo que es relativamente mejor, que se basa en la evaluación realizada de la institución, en el saber dónde estamos y a dónde vamos, en la escucha con atención a cada integrante de la comunidad, y en proponerse cada día superar las limitaciones propias que pueden romper el trabajo de construir la institución, se consideró uno de los puntos más importantes para la investigación. Se puede concluir que se lograron los objetivos y se obtuvieron resultados totales y parciales después de esta investigación ya que los conocimientos que sustentan las prácticas del personal de salud se hallan, como otras prácticas sociales, entrelazadas por condiciones políticas, económicas e históricas.

Para concluir el equipo multidisciplinario que participa en el programa implica primeramente, una tarea que se despliega y tiene lugar en ambientes específicos, porque reconoce la tarea de enseñar y aprender, así como la formación de ciudadanos y la construcción de lazos sociales complejos: segundo, porque cada integrante del equipo multidisciplinario y la institución que representa a modo particular, se entrelazan con el contexto social e histórico y con las políticas educativas del momento, tercero, son multidimensionales, porque a través de las diferentes dimensiones que posee el equipo multidisciplinario, se analiza el cómo articular la organización, el currículo y la gestión directiva; y cuarto, multiculturales, porque va más allá de ofrecer la cultura propia de la institución, surgiendo entonces la convivencia de culturas y códigos sociales diferentes, y, más importante, la diversidad entre los integrantes de la institución..

Finalmente el presente estudio nos permite pensar en lo que se puede analizar en las investigaciones futuras, como es la participación del paciente en todo aquello que involucre a la institución, desde la toma de decisiones hasta el aspecto mínimo, pero que puede ser un tema muy amplio para futuros estudios.

## REFERENCIAS

- Aguirre-Gas, H. (2002). *Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Noriega Editores, 3a. edición.
- Aguirre-Gas, H. (2002). *Calidad de la atención médica*, México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Noriega Editores, 3ª. ed.
- Argudín, Y. (2005). *Educación basada en competencias*. México Trillas.
- Argudín, Y. (1999). *El trabajo en grupo del profesorado*. Barcelona, Praxis.
- Balcázar, F. (2005). La investigación-acción psicología comunitaria. Principios y retos *Apuntes de Psicología* vol.21, número 3 pp. 419-435
- Barquera, S.; Campos-Nonato, I.; Hernández-Barrera L et al. (2010). Hypertension in Mexican adults: results from the National health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública Mex*; 52 (supplement 1):S63-71.
- Barquín, M. (2003). *Dirección de Hospitales*. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 7ª Edición. México, D.F.
- Bengoa, R.;Key, P.;Leatherman, S.;Massoud, R.;Saturno, P. (2006). *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*, Ginebra, Suiza, OMS,
- Bensberg, M. (2002). *A framework for health promoting Emergency Departments?* Health promotion international. Vol 17 No. 2. Oxford University Press.pag.179-188
- Checkland, P.; Scholes, J. (1999). *Soft Systems Methodology in Action*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Checkland, P. (1999). *Pensamiento de Sistemas, Práctica de Sistemas*, México.Limusa.
- Chen, J.; Rathore, S.S.; Radford, M.J.; Krumholz, H.M.; (2003). "JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction", *Health Affairs*, 22(2):243-54.
- Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA. (2008) Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Mex* 2008; 50:419-42.
- Deming. E. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad: la salida de la crisis*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1989
- Donabedian, A. (2001). "Los siete pilares de la calidad", Revista *Calidad Asistencia*: S96-S100.

- Ducci, M.A. (1997). *El Enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional: formación basada en competencia laboral*. Montevideo: CINTERFOR/ OIT
- DGEDSS (2013). Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud. *Unidades de primer nivel de atención en los SESA. Reporte situacional 2013*. México: DGED, Secretaría de Salud.
- Erlandson, J. M. (2001). The archaeology of aquatic adaptations: paradigms for a new millennium. *Journal of Archaeological Research* 9:287-349.
- Falivene, G. y Silva, G. (2004). Formación directiva para la creación de una cultura del conocimiento y de la calidad en las organizaciones públicas. Ponencia presentada en el Iº Congreso de Gestión de la Calidad de la Ciudad de Buenos Aires "Mejor calidad de vida para todos". Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Septiembre de 2004. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, 2 – 5 Nov. 2004
- Frade, R.L. (2008) .*Desarrollo de competencias en educación: desde preescolar hasta el bachillerato*. México. Inteligencia educativa.
- Frank, R. (2001). *Microeconomía y conducta*. 4a ed. México: Mc Graw-Hill.
- Frenk, J. (1995). La transición de la atención a la salud. Capítulo 11. Fundación Mexicana para la Salud. *Innovaciones de los sistemas de salud. Una perspectiva internacional*. México: Panamericana. PP.229
- Frenk, J. (1997). *Reformar sin deformar: la necesidad de una visión interior en la transformación del sistema de salud mexicano*. In: Frenk J. ed. Observatorio de la salud: necesidades, servicios y políticas. México. Fundación Mexicana para la Salud 1997.
- Gairín, S. J. (2006). Las comunidades virtuales de aprendizaje. *Educación* Vol. 37,2006, pp.41-64. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona España.
- Gairín S. J. (2006). Las comunidades virtuales de aprendizaje. *Monográficos Escuela*, 18, p. 8-10.
- Garrido, L. R.G. (2008). *Comunidades de Práctica: Elementos de una Escuela Primaria Privada que Favorecen su Funcionamiento* Tesis Maestría. Universidad Virtual. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.2008.
- Garrido-Latorre F.; Hernández-Llamas H.; Gómez-Dantés O. (2008). Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. *Salud Pública Mex*; 50(suplemento 1): p p.429-436.
- Garza, G. (2002). Evolución de las ciudades mexicanas en el siglo XX. *Revista de Información y Análisis*; Volúmen19. p.p: 7-16
- Gómez, D.O.; Sesma, S.; Becerril, V.; Knaul, F.; Arreola, H.; Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública Mex*; 53 supl. 2: pp. 220-232

- Graves, L.N. (1992). Cooperative learning communities: Context for a new vision of education and society. *Journal of Education* 1992, Volúmen174:pp. 57-79.
- Gutiérrez-Delgado, C.; Guajardo-Barrón, V.; Álvarez Del Río, F. (2012). Costo de la obesidad: Las fallas del mercado y las políticas públicas de prevención y control de la obesidad en México. Capítulo 11. En: Rivera Dommarco JA, Hernández Avila M, Aguilar Salinas C, Vadillo Ortega F, Murayama Rendón C. *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. UNAM. 2012
- Hernández, R.; Fernández, C.;Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. Ed. McGraw-Hill. México,p.p.; 64
- Hersch W.R.; Hickam, D.H.; Severance, S.M.;Dana, T.L.; Krages, K.P.; Helfand, M. (2006). "Diagnosis, access and outcomes: update of a systematic review of telemedicine services", *J Telemed Telecare*, 12 (suppl 2):3-31.
- Hospital General de México. (2013). *Memorias de una institución*. México. Prensa HGM.
- Isaacs, D. (2005) .*Ocho cuestiones esenciales en la dirección de centros educativos*. México. Ediciones Ruz.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. (2013). *Base de datos de las defunciones 2013*. México, INEGI/SSA
- IOM. Instituto de Medicina, (2001). Crossing the quality chasm. A new health system for the 21<sup>st</sup> century, Washington, D.C.National Academy Press, 2001.
- IOM. Instituto de Medicina, (1990). Medicare: Una estrategia para el aseguramiento de la calidad. Vol. I, Washington, D. C., National Academy Press, 1990.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 2000. *Accreditation Standards*; Standards Intents, Oakbrook Terrace, 2000.
- Kohn, L.T.; Corrigan, J.M.; Donaldson, M.S. (2000). To err is human: Building a safer Health System, Washington, D. C., and Institute of Medicine-National Academy of Sciences.
- Knaul, F.M.; Arreola-Ornelas, H.; Méndez, O.; Lafontaine, L.; Wong, R. (2010). Prevalencia de gasto catastrófico y empobrecedor por motivos de salud en México. México, D.F.: *Fundación Mexicana para la Salud*, Documento de Trabajo
- Knaul, F.M.; Arreola-Ornelas, H.; Méndez, O.; Lafontaine, L.; Wong, R. (2010). Gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. Las remesas como un mecanismo de protección financiera. Un análisis de pareo por puntaje de propensión. México, D.F.: *Fundación Mexicana para la Salud*, Documento de Trabajo
- Lathlean, J.; Le May, A. (2002).Communities of practice: an opportunity for interagency working. *Journal of Clinical Nursing*, 11:394-398.

- Levin, H. (1998). Los Estándares de desempeño educacional y la Economía. *Educational Researcher*, vol. 27, no. 4, mayo de 1998, pp. 4 -10
- Maragall, M.E. (2002). Las comunidades de práctica como experiencia formativa para la mejora de las administraciones públicas VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002
- Martínez, S.A. (2007). *Competencias de los integrantes de una comunidad de práctica* Tesis Doctoral. Universidad Virtual. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
- Mertens, L. (2005). *Formación, productividad y competencia laboral en las organizaciones: conceptos, metodologías y experiencias*. Montevideo. Cinterfor. 2005. 179 p (Trazos de la Formación 15)
- Miller, M.R.; Pronovost, P.; Domithan, M. et al. (2005). "Relationship between performance measurement and accreditation: Implications for quality of care and patient safety", *Am J Med Qual*, 20(5):239-52.
- Malagón-Londoño, G.; Galán-Morera, R.; Pontón-Laverde, G. (2000). *Administración Hospitalaria*. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia.
- Mckee, M.; Healy, J. (2001). *Hospitals in a changing Europe*. Oxford: Open University Press.
- Moïse, P.E. (2011). Pharmaceutical pricing and reimbursements policies in Mexico. Paris: OECD, 2007. Artículo de revisión S232 *Salud pública de México* / vol. 53, suplemento 2 de 2011 Gómez-Dantés O y col.
- Munich, G.; García, M. (1986). *Fundamentos de Administración*. Editorial Trillas. México.
- Navarro-Reynoso, F.P. (2005). *Organización de equipos en medicina, ¿Un reto para el médico?* *Emprendedores Rev. Facultad de Contaduría y Admón. UNAM*; 15-20.
- Navarro-Reynoso, F.P.; Navarro-Murillo, P. (2008). *Hacia una nueva dirección de hospitales*. México: Trillas.
- OCDE. (2005) .Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos .*Breve nota sobre México*. Panorama de la Educación 2005.
- OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2012,). *Health at a glance 2012*. OECD indicators. Paris.
- OMS. (2009). World Health Organization. *World Health Statistics 2009*. Ginebra: WHO, 2009.
- OMS. (2002). LV Asamblea Mundial de la Salud, Punto 13.9 del orden del día provisional ("Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente"), Ginebra, Suiza; 23-03-

- OMS. (2007). *Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Proyecto de Elaboración de una Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, Ginebra, Suiza; 8-06-2007.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A Textbook*. Oxford: Open University Press. 285-7.
- OPS. Organización Panamericana de Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*. Washington D.C. pp. 14
- Partida, V. (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. En: Consejo Nacional de Población. *La situación demográfica de México 2004*. México, CONAPO. pp 23-29.
- Perrenoud, Ph. (1999). *Construir competencias desde la escuela*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones (trad. en español de Construire des compétences dès l'école. Paris: ESF, 1997).
- Perrenoud, Ph. (2010). *Los ciclos de aprendizaje. Un camino para combatir el fracaso escolar*. Bogotá: Magisterio Editorial (trad. en español de Les cycles d'apprentissage. Une autre organisation du travail pour combattre l'échec scolaire. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec).
- Raffish, N. Turney, P.B.B. (1991). Glossary of activity-based management *Cost Management* 1991; pp. 53-63.
- Roine, R.; Ohinmaa, A.; Hailey, D. (2001). "Assessing telemedicine: a systematic review of the literature", *CMAJ* 165(6):pp.765-71.
- Romero Betancourt, S. (2000). *Principios fundamentales de administración de empresas*. Limusa. México.
- Ruelas, E. (2003). La comunicación en la calidad de la gestión médica. Clínicas del Hospital General de México. Symposium CONAMED. México: Piensa; 2003. p. 13-22.
- Scheffer, R.M. (2010). Pay for Performance (P4P) Programs in health services: What is the evidence? *World Health Report* (2010), Ginebra, OMS, Documento oficial número. 31, 2010.
- Senge, P. (1998). *La quinta disciplina en la práctica: Cómo construir una organización inteligente*; Traducción por Carlos Gardini. Granica 593 p.
- Sierra, F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En L.J. Galindo (Ed.). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México



- Secretaría de Salud. (2006). Dirección General de Información en Salud. *Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005 - 2030*, CONAPO. México, Secretaría de Salud 2006.
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, Secretaría de Salud, 2007:25.
- Secretaría de Salud. (2012) .Dirección General de Información en Salud. *Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005 - 2030*, CONAPO. México, Secretaría de Salud, 2012.
- Secretaría de Salud. (2013). *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2013*.México, Sistema de Protección Social en Salud, 2013
- Secretaría de Salud. (2014). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. México 2014.
- Stiglitz, Joseph: (1988). *La Economía del Sector Público*. Antoni Bosch, Editor, Barcelona,
- Terry y Franklin, (1985). *Principios de Administración*. Editorial CECSA. México, 1985.
- Tuning Project (2003). *Educational structures in Europe Informe final fase uno* Universidad de Deusto y Universidad de Groningen. Bilbao España.
- Teixidó, S.J. (2007). El acceso a la dirección escolar de la LODE a LOE. *Participación Educativa*, 7, 13-26
- Suñol, R.; Bañeros, J. (2004). "Calidad asistencial", en J. Rodés y J. Guardia, *Medicina Interna*, 2004 tomo II; 8(26):3404-10, Barcelona, Edit. Masson
- Vargas, F.; Casanova, F.; Montanaro, L. (2001). *El enfoque de competencia Laboral*. Cinterfor, 2001. 130p. (Recursos didácticos)
- Villa, A. y Poblete, M. (2007). (Dir.). *Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la Evaluación de las competencias genéricas*. Bilbao. Mensajero/ICE de la Universidad de Deusto.
- Villagómez-Ornelas, P. (2009). Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General De Población de 1974. En: Consejo Nacional de Población. *La situación demográfica de México 2009*. México, D.F.CONAPO, 2009:14.
- Villalpando, S.; De la Cruz, V.; Rojas R et al. (2010). Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population. *Salud Pública Mex* 2010; 52(supplement 1):S19-26.
- Wenger, E. (2001). *Comunidades en práctica: aprendizaje, significado e Identidad*. Distrito Federal, México: Paidós

- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge, U.K.; New York, N.Y. Cambridge University Press
- Wenger, E. (2000). *Communities of Practice and Social Learning Systems*. *Organization*, 7(2), 225-246.
- Wenger, E.; McDermott, R.; and Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press
- Werner, R.L.; Kolstad, J.T.; Stuart, E.A.; Polsky, D. (2011). "The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement", *Health Aff*, 2011, 30:690-8.

### **Páginas web**

- Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005. Consultado el 5 de septiembre de 2015 en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)
- Carta de Ottawa (1986) para la promoción de la salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf) (Consultado en abril 2015)
- Clifford A. C.; Hargreaves, A.W.; Horowitz, M.J.; Sorensen, J.E. (2002). *Administración de Hospitales. Fundamentos y evaluación del servicio hospitalario*. Editorial Trillas. México, Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1) (Consultado el 5 de septiembre de 2015).
- CONAPO. Consejo Nacional de Población. 2015. *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*. En: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores\\_sociodemograficos](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_sociodemograficos) (Consultado el 5 de septiembre de 2015).
- CONAPO. Consejo Nacional de Población. 2008. *Proyecciones de la población de México 2005-2030*. México, Disponible en línea en: [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=193](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193). (consultado en septiembre de 2015).
- CSG. Consejo de Salubridad General. Consultado el 4 de octubre de 2015 en: <http://www.csg.salud.gob.mx>
- ENSANUT. (2012). *Encuesta nacional de Salud y Nutrición*. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> (Consultado el 5 diciembre de 2015)
- Emmert, M.; Eijkenaar, F.; Kemter, H.; Esslinger, A.S.; Schöffski, O. (2011). "Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review", *Eur J Health Econ*, Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-011-0329-8>. (Consultado en mayo de 2015)

- Health Promotion Glossary. (1998). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Disponible en [www.who.int/hpr/nph/docs](http://www.who.int/hpr/nph/docs)(Consultado en septiembre ,2014)
- ISO. (2015). Process measurement control functions and instrumentation. (Disponible en : [http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue\\_tc/catalogue\\_detail.htm?csnumber=8869](http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=8869) (consultado en octubre de 2015)
- Ministerio de Sanidad Española (2007). La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formatos de autoevaluación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España. Disponible en . <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/hospitalesSalud/docs/PromoSaludHospitales.pdf> .( Consultado en abril de 2015).
- OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Datos en salud. Disponible en: [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT). (consultado en agosto de 2015)
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). Health data 2013. Disponible en línea en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (consultado en agosto de 2015)
- OMS. (2010). World Health Organization. *National Health Accounts* y Alma Ata (NHA).OMS Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>. (Consultado el 15 de junio de 2015)
- OMS. (2009).Organización Mundial de la Salud *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para La Seguridad del Paciente*. Versión 1.1 Informe técnico definitivo, enero de 2009.Documento disponible en [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf). (Consultado el 27-06-2015)
- ONU. (1948). Carta de los Derechos Fundamentales. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (Consultado en octubre ,2016)
- OPS. (2010).Metodología de gestión productiva de los servicios de salud. Disponible en : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MET\\_GEST\\_PSS\\_INTRO\\_GENERL\\_2010SPA.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MET_GEST_PSS_INTRO_GENERL_2010SPA.pdf) (Consultado en mayo 2015)
- Saturno P. (2012). Tendencias actuales en los sistemas de gestión de calidad. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. Secretaria de Salud .2012.México.pag. 225. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01A.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01A.pdf) (consultado en junio 2015)
- Shojania, K. McDonald.K. Wachter R.Owens O. (2004). Closing the quality gap: A critical and of quality improvement strategies. Vol. 1, AHRQ. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/qualgap1/qualgap1.pdf>. (Consultado en agosto de 2015).

- SINAIS. (2010) Sistema Nacional de Información en Salud. Disponible en: [www.sinais.salud.gob.mx/](http://www.sinais.salud.gob.mx/) (Consultado el 4 de abril de 2015)
- SINAIS. Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos físicos y materiales. Disponible en: [www.sinais.salud.gob.mx/](http://www.sinais.salud.gob.mx/)(Consultado en abril de 2015)
- SINAIS. (2014). Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos humanos. Disponible en: [www.sinais.salud.gob.mx/recursos\\_humanos/index.html](http://www.sinais.salud.gob.mx/recursos_humanos/index.html). (Consultado en abril 2015)
- S.S. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Disponible en: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf> (consultado en julio 2015).
- S.S. (2012) Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Disponible en : [http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro\\_01.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf) (Consultado en agosto 2015)
- SS. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.pag.8,9. Disponible en: <http://docplayer.es/4226377-Dof-diario-oficial-de-la-federacion.html> (consultado en septiembre 2015).
- Stanford Patient Education Research Center (2013) Tomando Control de su Salud: Una guía para el manejo de las enfermedades del corazón, diabetes, asma, bronquitis, enfisema y otros problemas crónicos, 4rd Edition (Taking Control of Your Health: A guide for the self-management of heart disease, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and other chronic problems.. Bull Publishing, 2013.Tomando Control de su salud. Disponible en: [http://patienteducation.stanford.edu/programs\\_spanish/tomando.html](http://patienteducation.stanford.edu/programs_spanish/tomando.html) (Consultado en septiembre 2015)
- Tonnesen, H.; Fugleholm, A. M.; Jorgensen, S. J. (2005). Evidence for health promotion in Hospitals. En: Groene, O., y García-Barbero, M. (ed.): Health promotion in hospitals. *Evidence and quality management*. Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005 Disponible en :<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, pp 22 (consultado en a 4
- Universidad del Paciente. (2008) Fundación y objetivos .Disponible en <http://www.universidadpacientes.org/> (Consultado en mayo 2014)

## ANEXO 1. ENTREVISTA INICIAL

La aplicación de esta entrevista es únicamente con fines académicos, es una herramienta de apoyo para una tesis que se elabora sobre el programa Universidad del Paciente como promotor de salud en hospitales públicos

1. La institución identifica las responsabilidades en materia de promoción de la salud. La misión y los objetivos fijados por el hospital incluyen la promoción de la salud [Evidencia: calendario de actuación].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

2. Los registros del órgano de dirección certifican que en el último año ha existido la voluntad de participar en el proyecto de hospitales promotores de salud de la OMS [Evidencia: fecha de la decisión por ejemplo]

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

3. Los planes que actualmente aplica el hospital en materia de calidad y gestión incluyen la promoción de la salud (PS) para pacientes, personal y la comunidad [Evidencia: la promoción de la salud aparece explícitamente en el plan de actuación, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

4. El hospital asigna personal y funciones a la coordinación de la PS [Evidencia: personal designado para la coordinación de la PS, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

5. Existe un presupuesto identificable para servicios y materiales relacionados con la PS.[Evidencia: presupuesto o recursos humanos, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

6. Los departamentos clínicos tienen a su alcance procedimientos operativos, como pautas de práctica clínica o vías que incorporen acciones de PS [Evidencia: pautas para comprobaciones, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

7. Es posible identificar las estructuras e instalaciones específicas necesarias para la promoción de la salud (en términos de recursos, espacio y equipos, por ejemplo) [Evidencia: disponibilidad de equipos para atender pacientes, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

8. Existe un programa en vigor para evaluar la calidad de las actividades de promoción de la salud [Evidencia: existencia de un calendario para los estudios].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

9. Existen pautas acerca de cómo identificar el tabaquismo, el consumo de alcohol, el estado nutricional y el estado psicológico, social y económico [Evidencia: comprobación de disponibilidad de estas pautas].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

10. Las pautas y los procedimientos se han revisado en el último año [Evidencia: comprobación de la fecha y la persona responsable de revisar las pautas, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

11. Se aplican pautas sobre cómo identificar las necesidades de promoción de la salud para grupos de pacientes (por ejemplo, pacientes asmáticos, diabéticos, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, cirugía, rehabilitación, etc.) [Evidencia: grupos de pacientes que reciben un tratamiento específico en el departamento clínico, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

12. La evaluación está documentada en el historial del paciente en el momento del ingreso, o en consulta externa. (Evidencia: evaluación contrastada en la auditoría realizada a los historiales de los pacientes, por ejemplo).

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

13. Existen pautas y procedimientos para volver a valorar las necesidades en el momento de recibir el alta o al final de una intervención concreta o el seguimiento en consulta externa [Evidencia: disponibilidad de estas pautas, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

14. El historial del paciente recoge información del médico de procedencia o de otras fuentes relevantes [Evidencia: presencia de dicha información en los historiales de todos los pacientes derivados por un médico].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

15. El historial del paciente recoge el entorno social y cultural del mismo según cada caso [Evidencia: religión que exige una dieta concreta u otras atenciones específicas o bien condiciones sociales que puedan indicar que el paciente se halla en situación de riesgo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

16. La información facilitada al paciente figura en el historial del paciente [Evidencia: revisión aleatoria de historiales de entre todos los pacientes, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

17. Documentación y evaluación de las actividades de promoción de la salud en los archivos [Evidencia: auditoría de los historiales de pacientes, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

18. Se lleva a cabo la evaluación de la satisfacción de los pacientes con la información que reciben, y se incorporan sus resultados al sistema de gestión de la calidad [Evidencia: diferentes métodos de evaluación, como el estudio, las entrevistas a grupos determinados o los cuestionarios, por ejemplo. Calendario].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

19. La institución pone información general sobre la salud al alcance de los interesados [Evidencia: disponibilidad de información impresa o electrónica o punto de información especial, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

20. La institución pone al alcance de los interesados información detallada sobre enfermedades de riesgo o alto riesgo [Evidencia: disponibilidad de información impresa o electrónica o punto de información especial, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

21. La institución pone al alcance de los interesados información sobre organizaciones de pacientes [Evidencia: el centro proporciona una dirección de contacto, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

22. Los pacientes (y, si procede, sus familias) reciben indicaciones sencillas para realizar un seguimiento en las consultas externas, la derivación o el alta [Evidencia: evaluación de pacientes incluida en los estudios sobre los pacientes, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



Observaciones \_\_\_\_\_

23. Los pacientes (y, si procede, sus familias) reciben indicaciones sencillas para realizar un seguimiento en las consultas externas, la derivación o el alta [Evidencia: evaluación de pacientes incluida en los estudios sobre los pacientes, por ejemplo].

Sí \_\_\_\_\_ Parcialmente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

(Adaptada de Vargas ,2001) Guía de entrevista

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar (ciudad y sitio específico): \_\_\_\_\_

Entrevistado (a) nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_, género \_\_\_\_\_

Objetivos:

Describir el marco de las actividades de la institución en lo relativo a la promoción de la salud como parte del sistema de gestión de calidad de la institución:

Optimizar el tratamiento de los pacientes, mejorar el diagnóstico y fomentar la salud y el bienestar de los pacientes.

Garantizar que el paciente esté informado de las actividades planificadas, buscar su colaboración activa en estas actividades y facilitar la integración de todas las actividades de promoción de la salud en todos los trayectos de los pacientes

Características de la entrevista

Confidencialidad, \_\_\_\_\_ Consentimiento, \_\_\_\_\_

Duración aproximada \_\_\_\_\_(este punto no siempre es conveniente, solamente que el entrevistado pregunte por el tiempo, se puede decir algo como: no durará más de...)

Preguntas:

- 1) ¿Qué es para usted la Universidad del Paciente?
- 2) ¿De qué manera usted estimula el trabajo colegiado?
- 3) ¿De qué manera usted ejerce su liderazgo en la formación de los pacientes para lograr comunidades de Práctica?
- 4) ¿Cuáles son los tiempos dentro de la jornada de un día en que el equipo multidisciplinario puedan tener oportunidades para reunirse y compartir?
- 5) ¿Cuál es su percepción de las reuniones del equipo multidisciplinario?
- 6) ¿Qué es lo que favorece la formación de una comunidad de práctica de pacientes?
- 7) ¿Qué impide la formación de una comunidad de práctica de pacientes?
- 8) ¿Un primer diagnóstico sobre la situación actual del equipo multidisciplinario?
- 9) ¿Qué funciona y qué no funciona?
- 10) ¿Podría definir cuál sería para usted el modelo de programa de universidad del paciente ideal?

- 11) ¿Cuáles son las funciones más importantes de su cargo? Mencione algunas
- 12) ¿Se visualiza como líder educativo? ¿Por qué sí o no? ¿Qué es un líder educativo?
- 13) ¿Cuáles son las características personales y profesionales que mejor lo describen a usted como líder dentro del programa?
- 14) ¿En el programa, cuáles son los problemas más grandes que tiene? ¿Cree Usted que esos problemas se pueden evitar? ¿Cómo?
- 15) ¿Cuáles son las estrategias principales que usa en el programa? ¿Cómo asegura Usted que cumple con sus responsabilidades?
- 16) ¿Cree que Usted contribuye a los resultados del programa? ¿En qué sentido? ¿Puede contribuir más? ¿Cómo?
- 17) ¿Cuáles son los factores que le facilitan su participación en el programa? ¿Se siente satisfecho con su participación en el programa?
- 18) ¿Tiene Usted contacto con los familiares de los pacientes? ¿Qué tipo de contacto? ¿Son importantes los familiares? ¿Qué hacen?
- 19) ¿Tiene Usted contacto con otros miembros de la comunidad? ¿En qué sentido los involucra Usted con el programa? ¿Funciona ese contacto?
- 20) Una frase a modo de conclusión.

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>FIGURA NO. 1 SISTEMAS DE SALUD BASADO EN ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. VALORES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS .....</b>	<b>12</b>
<b>FIGURA NO.2. ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD .....</b>	<b>14</b>
<b>FIGURA NO.3 CAUSALIDAD DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS ASOCIADAS .....</b>	<b>36</b>
<b>FIGURA NO. 4 POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES (60 AÑOS Y MÁS).....</b>	<b>64</b>
<b>FIGURA NO. 5 CAMBIOS OBSERVADOS EN LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES AÑOS 1998 Y 2010.....</b>	<b>64</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. PERSONAL MÉDICO EN CONTACTO CON PACIENTES, MÉXICO 1995-2011 .....	21
GRÁFICA NO. 2 INDICADOR DE COBERTURA DE SALUD EN COMPARACIÓN CON EL PORCENTAJE DE GASTO DE BOLSILLO RESPECTO AL GASTO TOTAL EN SALUD EN PAÍSES DE LA OCDE.2010. ....	27
GRÁFICA NO. 3 PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LOS USUARIOS. MÉXICO 2006 Y 2012 .....	29
GRÁFICA NO.4 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS POR AFILIACIÓN, 2012 .....	30
GRÁFICA NO.5 GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB PARA LOS PAÍSES DE LA OCDE, 2011 .....	31
GRÁFICA NO. 6 ESPERANZA DE VIDA AL NACER, 1940 A 2030.....	75
GRÁFICA NO.7 PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN MÉXICO. 1980-2011(DEFUNCIONES POR 100000 HABITANTES).....	77
GRÁFICA NO. 8 PIRÁMIDES DE EDADES A PRINCIPIO DE AÑO 2000 Y 2051. ....	79
GRÁFICA NO. 9 REGISTROS DE LA DIRECCIÓN CON PROYECTOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	98
GRÁFICA NO. 10 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES, PERSONAL Y EN LA COMUNIDAD.....	99
GRÁFICA NO. 11 EXISTENCIA DE UN PRESUPUESTO IDENTIFICABLE PARA SERVICIOS Y MATERIALES RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	99
GRÁFICA NO. 12 EXISTE UN PROGRAMA EN VIGOR PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. ....	100
GRÁFICA NO. 13 LAS PAUTAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SE HAN REVISADO EN EL ÚLTIMO AÑO. ....	101
GRÁFICA NO. 14 EXISTEN PAUTAS Y PROCEDIMIENTOS PARA VOLVER A VALORAR LAS NECESIDADES EN EL MOMENTO DE RECIBIR EL ALTA O AL FINAL DE UNA INTERVENCIÓN CONCRETA O EL SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA. ....	102

<b>GRÁFICA NO. 15 SE LLEVA A CABO LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN, Y SE INCORPORAN SUS RESULTADOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....</b>	<b>102</b>
<b>GRÁFICA NO. 16 LA INSTITUCIÓN PONE AL ALCANCE DE LOS INTERESADOS INFORMACIÓN SOBRE ORGANIZACIONES DE PACIENTES.....</b>	<b>103</b>
<b>GRÁFICA NO. 17 EL HISTORIAL DEL PACIENTE RECOGE INFORMACIÓN DEL MÉDICO Y DE OTRAS FUENTES RELEVANTES.....</b>	<b>104</b>
<b>GRÁFICA NO. 18 EXISTE DOCUMENTACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ARCHIVOS.....</b>	<b>104</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA NO.1 ARQUITECTURA FINANCIERA DE LOS SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD DE MÉXICO.....	32
TABLA NO. 2 ASPECTOS IMPLICADOS EN LA ORGANIZACIÓN DE UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA.....	48
TABLA NO. 3 UNIDAD DE COMPETENCIA: RELACIONES.....	53
TABLA NO. 4 UNIDAD DE COMPETENCIA: LIDERAZGO.....	54
TABLA NO. 5 UNIDAD DE COMPETENCIA: VALORES/ÉTICA.....	54
TABLA NO. 6.CURSOS DESARROLLADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.....	68
TABLA NO. 7 INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN PARA MÉXICO Y EL CONJUNTO DE PAÍSES QUE INTEGRAN LA OCDE. 2011.....	75
TABLA NO. 8 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, MÉXICO 2012 (PORCENTAJES).....	76
TABLA NO.9 CORRESPONDENCIA OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS CON SU RESPECTIVO OBJETIVO PARTICULAR.....	87
TABLA NO.10. PROCEDIMIENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS.....	93
TABLA NO.11 IDENTIFICACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LAS VARIABLES EN EL PROGRAMA UNIVERSIDAD DEL PACIENTE RESPECTO AL LIDERAZGO.....	118
TABLA NO.12 IDENTIFICACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LAS VARIABLES EN EL PROGRAMA UNIVERSIDAD DEL PACIENTE RESPECTO A LOS VALORES.....	119
TABLA NO.13 IDENTIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON LAS ACTITUDES QUE LA PERSONA TIENE FRENTE A LA ACCIÓN.....	120
TABLA NO. 14 IDENTIFICACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LAS VARIABLES DEL PROGRAMA UNIVERSIDAD DEL PACIENTE RESPECTO A LOS FACTORES EN EL ASPECTO ADMINISTRATIVO.....	110
TABLA NO.15 IDENTIFICACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LAS VARIABLES EN UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA RESPECTO A LOS FACTORES FINANCIEROS.....	114

**TABLA NO. 16 IDENTIFICACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN  
UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA RESPECTO A LAS RELACIONES.....116**