



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

**Modelos de gestión de la calidad de los sistemas de salud pública
y sus efectos sobre la administración institucional**

T e s i s

Que para optar por el grado de:

Maestra en Administración
(Sistemas de salud)

Presenta:
Wendy Arreola Aguila

Tutor:
Dr. Jorge Armando Juárez González
Facultad de Contaduría y Administración

Ciudad de México, Noviembre del 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Introducción	1
<i>Capítulo 1. Marco metodológico</i>	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.1.1 Preguntas de investigación.....	6
1.2 Objetivos de la investigación.....	6
1.2.1 Objetivo general.....	6
1.2.2 Objetivo específico.....	7
1.3 Matriz de congruencia.....	8
1.4 Justificación.....	9
1.5 Tipo de estudio.....	9
1.6 Método.....	10
<i>Capítulo 2. La calidad y los sistemas de gestión de calidad.....</i>	12
2.1 ¿Qué es la calidad?.....	12
2.2 La calidad en los servicios de salud.....	15
2.3 Gestión de calidad.....	17
2.4 Sistemas de gestión de calidad.....	19
2.5 Organización de la calidad.....	21
2.6 Control de calidad.....	23
2.7 Mejora de la calidad.....	30
2.8 Indicadores de calidad.....	48
2.8.1 Clasificación de los indicadores de calidad.....	50
2.8.2 Componentes de los indicadores de calidad.....	50
<i>Capítulo 3. Instituciones de salud pública en México.....</i>	53
3.1 IMSS.....	53
3.2 ISSSTE.....	54
3.3 Secretaría de salud.....	56
3.4 PEMEX.....	58
3.5 SEDENA (Hospital central militar).....	59
<i>Capítulo 4. Modelos de gestión de calidad.....</i>	63
4.1 Modelos de gestión de calidad, en el área general.....	63
4.1.1 Modelo de gestión de calidad de Malcolm Baldrige.....	63
4.1.2 Modelo de gestión de calidad de Deming.....	66
4.2 Modelos de gestión de calidad en el área de la salud.....	67
4.2.1 Modelo de gestión de calidad ISO.....	67
4.2.2 European Foundation for Quality Management.....	70
4.2.3 Joint Commission.....	73

Capítulo 5. Modelos de gestión de calidad de las instituciones de salud en México.....	76
5.1 IMSS: modelo de administración por calidad total.....	76
5.2 ISSSTE: modelo de calidad total.....	78
5.3 SSA: modelo de administración por calidad total.....	80
5.4 PEMEX: modelo de calidad de la subdirección de servicios de salud de PEMEX.....	83
5.5 SEDENA: modelo de calidad total del Hospital Central Militar.....	85
5.6 Modelo de gestión de calidad en salud (modelo actual).....	89
5.7 Análisis, modelos de gestión de calidad previos al modelo de gestión de calidad en salud.....	95
5.8 Análisis del modelo de gestión de calidad en salud (modelo actual).....	101
 Capítulo 6. Desarrollo y resultados de la investigación.....	105
6.1 Desarrollo de la investigación.....	105
6.2 Análisis de resultados.....	108
6.3 Validación de las hipótesis.....	121
 Conclusiones.....	124
Bibliografía.....	130
Anexos.....	135

Introducción

El presente estudio de investigación surge como un trabajo para la obtención del grado de maestría en administración (sistemas de salud) y de la inquietud por conocer la gestión de calidad en las instituciones de salud públicas en México mediante la aplicación y unificación de criterios en el modelo de gestión de calidad.

En esta investigación se analizan los modelos de gestión de la calidad del IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud y PEMEX, así como la aplicación del actual modelo de “Gestión de calidad en salud” elaborado por la Secretaría de salud y empleado para la gestión de la calidad de las instituciones así como para otorgar el premio nacional de salud, en el cual participan instituciones de salud públicas de diversos niveles de atención. Con la finalidad de conocer el impacto en la gestión institucional, así como su impacto en la administración del día a día y como la aplicación de un mismo modelo de gestión de calidad se adapta a las diferentes instituciones ya que estas poseen diferentes objetivos, necesidades, procesos y estructuras.

También se revisan aspectos de la calidad y de los sistemas de gestión de la calidad, como lo son: las herramientas del control de calidad, mejora de la calidad e indicadores de calidad; así como otros modelos de gestión empleados en otras industrias como lo son el modelo de gestión de la calidad de ISO, EFQM y un modelo de gestión de calidad a nivel hospitalario e internacional como lo es el de Joint Commission.

Por ello esta tesis consta de un total de 7 capítulos:

1. Marco metodológico. En este capítulo se plantean las bases de la investigación por lo que consta de: planteamiento del problema, preguntas de

investigación, objetivos, hipótesis, matriz de congruencia, justificación, tipo de estudio y el método de investigación.

2. Calidad y los sistemas de gestión de calidad. Se describen las generalidades de lo que es calidad, sus definiciones así como los elementos que conforman la gestión de calidad como lo son: control, gestión, organización, mejora continua e indicadores de calidad.

3. Instituciones de salud pública en México. En este capítulo se encuentra información respecto a sus derechohabientes, misión, visión, especialidades, estructura e historia.

4. Los modelos de gestión de la calidad. Este capítulo se enfoca en conocer lo que es un modelo de gestión de calidad, modelos empleados en otras industrias y que son relevantes para el surgimiento del modelo de gestión de calidad en salud; además de abordar otros modelos de gestión de calidad empleados en el área de la salud.

5. Los modelos de gestión de la calidad de las instituciones de salud en México. En este capítulo se abordan los modelos de gestión de calidad empleados en las instituciones de salud previos al modelo de gestión de calidad en salud, actualmente empleado en la mayoría de instituciones de salud pública en México.

6. Desarrollo y resultados de la investigación. Este capítulo aborda a detalle la manera en la que se realizó la presente investigación.

7. Resultados. En este capítulo se localizan los resultados de la investigación dividiéndose en dos partes los resultados de la investigación documental y los resultados de la investigación de campo.

Capítulo 1. Marco metodológico

En este capítulo como su nombre lo indica se encuentra el marco metodológico que da sustento a la investigación incluyendo el planteamiento del problema, en el cual se aborda de manera general la situación actual respecto a la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud; además de las preguntas que surgen del análisis de esta información, los objetivos, hipótesis y una matriz de congruencia que permite observar la relación entre las preguntas de la investigación, los objetivos y las hipótesis.

1.1 Planteamiento del problema

En el sistema de salud pública de México los modelos de gestión de calidad pasaron de ser un modelo distinto por institución a la homologación con un solo modelo, a pesar de ello la gestión y aplicación del mismo tiende a tener variantes en cada institución, es decir la percepción de los elementos que facilitan o dificultan su aplicación es distinta para cada institución, haciendo que las áreas donde se genera un mayor impacto sean distintas para cada institución.

El principal objetivo de un modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del servicio, cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción, que valores las guían, quién y cómo las toma.

Definir un modelo de gestión involucra definir el ser, el hacer y el estar de la organización, es decir definir el esquema de conversión que desarrollará la organización.

Es importante definir en el modelo de gestión cuales son los principios y valores que guían el sistema, cuáles son las decisiones más importantes que se tomaran y quien lo hará. (Tovar F. , 2002)

Actualmente existen varios artículos cuyo tema central son los modelos de gestión de calidad en el área médica, incluyendo sistemas de calidad empleados en otras áreas, como lo son el sistema ISO pero en el caso de esta investigación se centrará en el modelo que actualmente se emplea en el sector de la salud pública, así como en sus antecesores. Como antecedentes se encuentran estudios como, el de “Modelos de gestión de la calidad en instituciones públicas de salud en México”. Este documento describe los modelos de gestión de la calidad en instituciones públicas mexicanas del área médica, menciona los trabajos más relevantes en el campo, describe el contexto en el que opera el sistema de salud en México, describe gráficamente los modelos de calidad y sus análisis respectivos. (Narvaez C., 2015)

Otros documentos de gran valor para esta investigación son las publicaciones por parte de la Secretaría de Salud en las cuales se pueden encontrar los estándares de calidad que buscan las instituciones, así como indicadores, estadísticas de satisfacción, planes de desarrollo; como por ejemplo el manual de “La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones, 12 años de experiencia”. Este documento menciona además que: “Es importante señalar que en materia de salud, no sólo los factores demográficos y epidemiológicos son los encargados de motivar cambios sustantivos en la demanda y prestación de los servicios de salud en los últimos tiempos, sino también el fenómeno de la globalización.

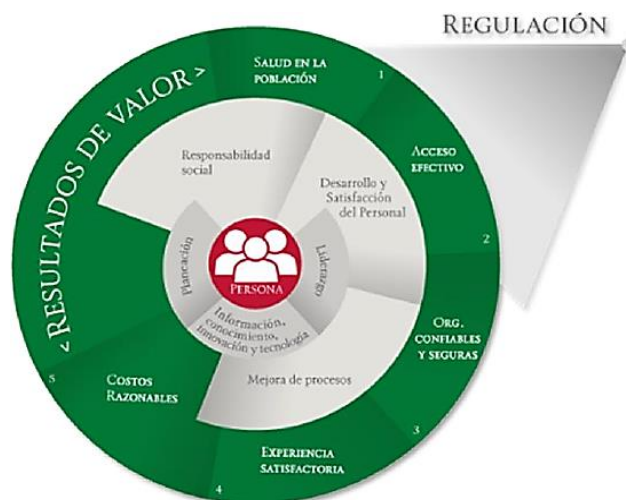
En efecto, la globalización está propiciando la implantación de sistemas de atención de servicios de salud con características similares que contemplen y cumplan con estándares de calidad internacional. Dichos estándares están

apoyados en métodos y reglamentaciones que, para tal efecto, promueven diferentes organismos internacionales y cuyo objetivo está orientado hacia la evaluación del desempeño de las políticas o programas de la calidad de la atención”. (Secretaría de Salud, 2012, p.11)

El 24 de diciembre de 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud, cuyo objetivo es unificar los criterios para la aplicación de las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes, coordinar acciones en el sistema nacional de salud enfocadas a mejorar la calidad en la atención a la salud, difundir la medicina basada en la evidencia, formular recomendaciones y efectuar el seguimiento de los indicadores sustantivos de calidad técnica y calidad percibida en las instituciones del sistema nacional de salud. (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud., 2007)

Dentro del interés de la Secretaría de Salud por homologar los modelos y sistemas de gestión surge en 2016 modelo de gestión de calidad en salud. (Secretaría de Salud, 2017)

Figura 1. Modelo de gestión de calidad en salud



Fuente: Secretaría de salud, 2016.

Los establecimientos que han implementado este sistema se distinguen por tener una metodología específica para mejorar la calidad, contar con evidencia documental de la implementación, cambios de la cultura del establecimiento y una

reconocida necesidad de mejorar por parte del personal, además de un establecimiento de criterios comparativos con otros establecimientos en su entorno. (Secretaría de Salud, 2017 pág. 3)

1.1.1 Preguntas de investigación

A partir de la información anterior se observa que se desconoce el impacto del modelo de gestión de calidad en salud, diseñado por la Secretaría de salud; en la administración institucional en las diferentes instituciones de salud pública en México. Surgiendo las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los elementos del modelo de gestión de calidad en salud que más influye en la administración institucional de las instituciones de salud, en la CDMX?
- ¿Cuáles son los cambios más significativos de la transición de los modelos de gestión de calidad institucionales al modelo de gestión de calidad en salud en la CDMX?
- ¿Qué logros se han alcanzado con la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud en instituciones de salud en la CDMX?
- ¿Qué factores impiden una adecuada aplicación del modelo de gestión de calidad en salud, en instituciones de salud en la CDMX?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Conocer los elementos del modelo de gestión de calidad en salud que más influyen en la administración institucional de las instituciones de salud, en la CDMX.

1.2.2. Objetivos específicos

- Analizar los cambios más significativos de la transición de los modelos de gestión de calidad institucionales al modelo de gestión de calidad en salud.
- Identificar que logros se han alcanzado con la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud en instituciones de salud en la CDMX.
- Conocer que factores impiden una adecuada aplicación del modelo de gestión de calidad en salud, en instituciones de salud en la CDMX.

1.3 Matriz de congruencia

Es una herramienta que ayuda a establecer una congruencia directa entre las preguntas, los objetivos de investigación y las hipótesis, agrupándolos para poder apreciar dicha congruencia. (Lacayo M. 2010 pág. 50)

Tabla 1. Matriz de congruencia

Pregunta principal	Objetivo general	Hipótesis principal
¿Cuáles son los elementos del modelo de gestión de calidad en salud que más influyen en la administración institucional de las instituciones de salud, en la CDMX?	Conocer los elementos del modelo de gestión de calidad en salud que más influyen en la administración institucional de las instituciones de salud, en la CDMX.	El elemento del modelo de gestión de calidad en salud que más influye en la administración institucional de las instituciones de salud, en la CDMX, es el liderazgo.
Preguntas secundarias	Objetivos específicos	Hipótesis secundaria
¿Cuáles son los cambios más significativos de la transición de los modelos de gestión de calidad institucionales al modelo de gestión de calidad en salud en la CDMX?	Analizar los cambios más significativos de la transición de los modelos de gestión de calidad institucionales al modelo de gestión de calidad en salud.	El cambio más significativo de la transición de los modelos de gestión de calidad institucionales al modelo de gestión de calidad en salud, es la atención centrada en las personas.
¿Qué logros se han alcanzado con la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud en instituciones de salud en la CDMX?	Identificar que logros se han alcanzado con la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud en instituciones de salud en la CDMX.	Los logros que se han alcanzado con la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud en instituciones de salud en la CDMX son el control de procesos y una mejor organización institucional.

<p>¿Qué factores impiden una adecuada aplicación del modelo de gestión de calidad en salud, en instituciones de salud en la CDMX?</p>	<p>Conocer los factores que impiden una adecuada aplicación del modelo de gestión de calidad en salud, en instituciones de salud en la CDMX.</p>	<p>El factor que impide una adecuada aplicación del modelo de gestión de calidad en salud, en instituciones de salud en la CDMX, es falta de recursos económicos para la capacitación del personal.</p>
---	--	---

1.4 Justificación

Este trabajo será de utilidad para los directivos de las instituciones de salud, administrativos, personal de salud así como a los encargados del área de calidad en los diversos centros de atención de las instituciones de salud pública en México; para poder tener un conocimiento de las partes que conforman el modelo de gestión de calidad en salud y sus aportes a la administración institucional durante su evolución en los últimos 5 años.

1.5 Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional ya que no se manipulo ninguna variable y únicamente se recurrió a diversas fuentes de información, como lo son artículos, libros, manuales de operación e informes publicados por parte de las instituciones de interés en el estudio, así como a fuentes directas como lo fueron encargados de calidad de cada una de la Instituciones empleadas para el estudio.

Transversal ya que el análisis y recopilación de información se realizó en una sola ocasión y aunque la información y la fecha de publicación de la misma sea de

diferentes años no se analizara la evolución de un fenómeno, sin ser posible la medición en otro momento determinado.

Y al ser su finalidad la recopilación de información pero también su descripción, análisis y comparación se trata de un estudio comparativo. Ya que se consultaron y analizaron los diversos modelos de gestión de calidad, así como sus similitudes y diferencias en sus componentes y objetivos.

1.6 Método:

Esta investigación se dividió en dos partes en la primera se recurrió a la observación y análisis de información por medio de una recopilación bibliográfica buscando y analizando en artículos de estudio similares, así como en las bases de datos y literatura publicada por las instituciones de salud pública en México misma que fue seleccionada para realizar un resumen de los temas de interés a plantear en esta investigación para posteriormente poder hacer un análisis de los elementos que conforman los modelos de gestión empleados previamente a la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud, así como una comparación con este último.

Por lo tanto el método empleado fue un método analítico ya que se realizó una disertación de los modelos de gestión de calidad para así conocer sus componentes. También se empleó un método deductivo ya que se describieron hechos; que en el caso de este estudio son la gestión de la calidad en los sistemas de salud del sector público en México y se realizó una descripción y análisis de los mismos.

Posteriormente se buscó conocer el impacto en la administración institucional del modelo de gestión de calidad en salud, empleado actualmente lo cual se realizó mediante una investigación de campo que consistió en la aplicación de guías de entrevista a los responsables del área de calidad de cada institución, para obtener

información referente a como aplican el modelo de gestión de calidad en salud, los elementos determinantes en su aplicación, así como los motivos que dificultan la aplicación del mismo.

Capítulo 2. La calidad y los sistemas de gestión de calidad

En este capítulo se abordan generalidades de la calidad y de la gestión de la misma; partiendo de lo más básico que es definir ¿Qué es la calidad? .Revisando varias definiciones de diferentes autores, posteriormente se abarcan temas como la definición de la calidad en servicios de salud, lo que es gestión de la calidad, sistemas de gestión de la calidad, control de la calidad y mejora de la calidad, concluyendo con indicadores así como su clasificación y componentes.

2.1 ¿Qué es la calidad?

Existen muchas definiciones de la calidad, muchas de las cuales se adaptan y adecuan al tipo de producto o servicio que se ofrece, teniendo así enfoques muy distintos dependiendo del autor citado.

Platón veía a la calidad desde el punto de vista de la excelencia viendo la calidad como algo absoluto, por lo cual la calidad es excelencia y superioridad absoluta.

Ishikawa, Juran y Feigenbaum se enfocaban hacia una aptitud para el uso, una calidad planeada a través de un sistema por lo cual la definición es traducir las necesidades de los clientes en especificaciones. La calidad se mide para lograr la aptitud deseada por el cliente poniendo énfasis tanto en la calidad de diseño como la de conformidad. (Camisón C., 2006)

Según la definición de Ishikawa; para practicar control de la calidad se debe desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad, que sea económico, útil y satisfaga al consumidor o cliente. A partir de esto nace la esencia

del control de calidad que es la garantía de calidad, que significa que la calidad del servicio o producto debe ser asegurada desde las etapas de desarrollo y que además todos los miembros de la organización deben participar en el aseguramiento de la misma, naciendo así el “control de calidad de toda la empresa”.

Las principales características del control de la calidad japonés se reúnen en los siguientes seis puntos:

1. Control de calidad en toda la empresa, participación de todas las divisiones y sus empleados.
2. Educación y capacitación en control de calidad.
3. Actividades de círculos de calidad.
4. Auditoría de control de calidad.
5. Utilización de métodos estadísticos.
6. Actividades de promoción del control de calidad a la escala nacional. (Cortijo, 1998)

De acuerdo a Juran, calidad es el adecuado uso y conformidad con las especificaciones del cliente, también estableció que la calidad debe ser planificada y esa planificación debe iniciar desde los niveles más altos de la organización, por lo que atribuía la mayoría de problemas a una mala dirección más que a los trabajadores. Además definía la calidad como la aptitud para el uso es decir el consideraba las percepciones del cliente acerca del diseño del producto, el grado en el que el producto satisface las especificaciones del diseño, la disponibilidad, fiabilidad y mantenimiento del producto, así como la existencia de un servicio al cliente accesible. (Cortijo, 1998) (Gómez Fraile F., 2003)

Phillip B. Crosby ex presidente de ITT define la calidad como algo que no es solo para ser controlado, debe crearse , fabricarse y ser asegurada a través de una mejora permanente y para lograr dicha mejora se requiere de trabajo en equipo dentro de la organización y de compromiso. Además menciona que la calidad debe ser vista como una forma de mejora continua en todos los niveles de la organización y no estar centrada solo en el personal técnico u operativo, requiere del respaldo de directivos y mandos medios. Lo cual le confiere a esta perspectiva de la calidad una visión incluyente y real de lo que debe ser la aplicación de la calidad ya que es primordial que todo el personal aporte desde sus funciones su punto de vista y en especial su cooperación para que los objetivos de calidad sean logrados para así también cumplir con las expectativas y requerimientos del cliente.

Por ello Crosby propone que antes que nada es necesario conocer los requisitos del cliente, por lo que establece cuatro principios absolutos de la calidad:

1. Definición: ¿Cómo definimos calidad?
2. Sistema: ¿Cómo podemos lograr la calidad?
3. Estándar de realización: ¿Qué estándar de desempeño utilizamos?
4. Medición: ¿Cómo podemos medir la calidad? (Cortijo, 1998).

- Calidad en el servicio: La calidad de servicio está dada por la relación entre el servicio esperado y el servicio percibido. Se mide el grado en que los requisitos deseados por el cliente son satisfechos por el servicio recibido. (Camisón C., 2006)

2.2 La calidad en los servicios de salud:

Es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (Saturno, 2015)

La evaluación de la calidad consiste en un juicio sobre el proceso de atención que proporcionan los profesionales de la salud a un individuo o a una comunidad. Es un juicio sobre el proceso de atención que se apoya en los datos conocidos sobre esa relación, basándose en los límites actuales de la ciencia médica.

Avedis Donabedian diseñó un modelo de evaluación de la calidad, "el modelo de atención a la salud"; el cual tiene una diferencia fundamental con el industrial y es que el modelo de atención en salud está orientado, a las propiedades de los cuidados clínicos y a las funciones relacionadas con este como lo son los propios pacientes y sus familiares. Él pensaba que el interés no es uniforme para todos los segmentos y que las prioridades eran guiadas por la trascendencia, proximidad, responsabilidad e influencia de las acciones. El modelo se basa en la evaluación de la estructura, los procesos y los resultados. (Dziak, 2018) (Donabedian, 1993)

Cuando no se cuenta con información directa sobre los procesos de atención o cuando la información no está completa, se deducen datos sobre el proceso, analizando solo partes del proceso, la estructura o el resultado.

Cuando se realiza una evaluación sobre la estructura lo que se analizan son las condiciones que facilitan u obstaculizan la adecuada prestación de servicios, lo

cual en ocasiones puede resultar complejo si no se conoce la relación entre la estructura y el proceso.

En cuanto a los resultados de la atención, estos son más sencillos de evaluar; esto debido a que se trata de los cambios en el estado de salud, actitudes, comportamiento o calidad de vida del paciente. Por lo anterior la evaluación de la calidad va más allá de una investigación clínica que establezca la relación entre el proceso, la estructura y el resultado, es un juicio sobre el proceso de atención.

En muchas ocasiones los parámetros para evaluar la calidad de los servicios médicos son medidas generales como lo son: la longevidad, mortalidad, morbilidad, uso y distribución de los servicios, frecuencia de las intervenciones quirúrgicas, entre otras.

Para evaluar la calidad de los servicios de salud Donabedian sugirió 7 pilares de la calidad en los servicios de salud, los cuales son:

- **Eficacia:** es la capacidad de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y bienestar del paciente.
- **Efectividad:** se refiere al resultado que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica médica. En la definición y evaluación de la calidad, la efectividad se puede definir como el grado en que la atención médica alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios previos han fijado como alcanzables.
- **Eficiencia:** la eficiencia se refiere al coste que representa la atención médica. Si existen dos estrategias de atención igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente.

- **Optimización:** se tiene que valorar la relación entre los costos y los resultados esperados.
- **Aceptabilidad:** es la manera en la que se adaptan la atención a los deseos, expectativas y valores de los pacientes y sus familias. La aceptabilidad también se relaciona con la accesibilidad, que para los potenciales pacientes, es la capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de una manera fácil y apropiada.
- **Legitimidad:** en ella intervienen factores como la preocupación por la accesibilidad y el bienestar de la colectividad, efectos de los individuos de buscar o no atención médica, así como su valoración del servicio y la relación entre lo que paga y la atención recibida.
- **Equidad:** principio por el que se determina lo que es justo en la distribución de la atención, así como sus beneficios entre la población. La equidad es una relación entre lo que hace que la relación sea aceptable y socialmente legítima para los individuos. (Donabedian A. , 2001)

2.3 Gestión de calidad

Se define como el conjunto de acciones encaminadas a la planificación, organización y control de la calidad en una empresa. Es la forma en que la dirección planifica, implanta los programas y controla los resultados de la función de la calidad siempre buscando una mejora.

La gestión de calidad total busca fomentar el trabajo en equipo, para mejorar la coordinación tanto a nivel funcional como con los equipos interdisciplinarios, para

la coordinación del flujo de trabajo. A su vez, se implementan sistemas de participación, desde los sistemas de sugerencias y los círculos de calidad con los que se busca aprovechar el conocimiento de los operarios, hasta incrementar la autonomía de los trabajadores, para que sean ellos mismos los que tomen las decisiones, ya que son los que mejor conocimiento tienen. (Wruck y Jensen, 1994)

La gestión de la calidad se puede dividir en tres grandes dimensiones:

- **Principios:** son aquellos que asumen y guían la acción organizativa.
- **Prácticas:** son todas aquellas actividades encaminadas a cumplir con los principios de la organización.
- **Técnicas:** son aquellas que intentan hacer efectivas las prácticas.

Con lo anterior se puede concluir que un sistema de gestión de calidad es aquel que guíara las actividades de la organización, ya que es el encargado de planificar y guiar los procesos que se llevan a cabo dentro de la misma. Es aplicable a cualquier sector ya sea de manufactura o de servicios como es el caso de los sistemas de salud.

Todas las actividades que se realizan a partir de la gestión de calidad deben ir encaminadas a la satisfacción de las necesidades del cliente y el cumplimiento de los objetivos de la organización. (Betllloch M., 2019)

Un factor que se considera de gran relevancia para que un sistema de gestión por calidad sea exitoso es el de la cultura organizativa, la cual debe estar orientada al cliente, el apoyo a la dirección, el compromiso de los empleados y la orientación interna. Al tomar en cuenta dichos factores la implementación de un sistema de gestión de calidad tendrá mejores resultados.

Esto debido a que cuando los empleados se ven comprometidos con la alta dirección y reciben un respaldo de la misma se fomenta el trabajo en equipo, buscando la mejora continua y teniendo trabajadores motivados.

2.4 Sistemas de gestión de calidad

Es la puesta en práctica, diseño e implementación de los enfoques para la gestión de la calidad. El sistema de gestión de una organización comprende de diversas áreas como son la planificación, ejecución y control de sus actividades relacionadas y coordinadas.

Un sistema de gestión involucra personas, recursos y procedimientos de un modo organizado para llevar a cabo una tarea determinada para alcanzar un objetivo específico.

Según la norma ISO 9000:2000 es: “Aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de las salidas (resultados en relación con los objetivos de la calidad), para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas.” En la edición de 1994 de esta misma norma se define como: “el conjunto de actividades, estructuras de la organización, responsabilidades, recursos, capacidades, métodos y tecnologías diseñados para apoyar a la dirección en la conducción de la política y los programas de calidad de la organización con el fin de alcanzar de manera eficaz y eficiente los objetivos de calidad establecidos”. (Camisón C., 2006).

En la norma ISO 9001:2008, se menciona cuando es necesario implementar un sistema de gestión de calidad. Tales casos son los siguientes:

- Cuando una organización necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente además de los requisitos legales y reglamentarios.
- Cuando una organización aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente. (ISO, 2008)

En la norma ISO 9001:2015 se integran los procesos a los requerimientos para establecer un sistema de gestión de calidad. En esta edición se plantea la interacción de establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de calidad junto con los procesos correspondientes acorde a los siguientes criterios:

- La organización debe determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de los procesos.
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
- Determinar y aplicar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que la operación y el control de procesos sea eficaz.
- Determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad.
- Asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos.
- Evaluar los procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logren los resultados previstos.
- Mantener la información documentada para apoyar la operación de sus procesos.
- Conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado. (Secretaría general de ISO, 2015)

Por lo tanto en esta edición de la norma ISO 9001 se tiene una visión más amplia de la aplicación y utilidad de un sistema de gestión de calidad, en el que se consideran desde las entradas hasta las salidas de los procesos, cuidando que el objetivo de la organización se cumpla así como las necesidades y expectativas del cliente. Por otro lado se hace un énfasis en la importancia de la documentación algo que en cualquier sector es de suma importancia pero en el sector salud es algo que toma aún más importancia ya que todos los procesos requieren de una gran y constante documentación como parte del control de los procesos.

2.5 Organización de la calidad

Es la estructura organizativa, los procesos y recursos para gestionar la calidad. Incluye funciones, tareas y coordinación. Dentro de la estructura organizativa deben considerarse las competencias necesarias para el personal así como la función que cada miembro del equipo va a desarrollar.

La implementación de un sistema de gestión de calidad requiere de un diseño dentro de la organización donde se consideren desde las estructuras burocráticas hasta los trabajadores, buscando quitar las barreras entre departamentos y jerarquías.

Dentro de la estructura organizacional se debe hacer una diferenciación, lo cual implica una división de tareas entre diferentes unidades organizativas, esto con la finalidad de desarrollar un conocimiento especializado para ello, es necesario determinar las competencias necesarias para cada área y parte del proceso, para poder ofrecer la formación necesaria y lograr la competencia requerida; para lograr

esto también es necesario que el personal este consiente de la importancia e impacto de sus actividades para el logro de los objetivos de la organización.

Para saber que lo anterior se lleva a cabo de una manera adecuada es necesario que se elaboren evaluaciones de las acciones tomadas mediante registros de educación, formación, habilidades y experiencia.

Para lograr los objetivos de la organización es de vital importancia que esta determine, proporcione y mantenga la estructura e infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del proceso; esta infraestructura incluye las áreas de trabajo, el equipo e instrumentos, así como los servicios de apoyo. (Camisión C., 2006) (ISO, 2008)

La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y su aplicación a través de la misma, para lo cual debe:

- Determinar las entradas y las salidas de los procesos. Para así determinar los recursos necesarios y asegurar su disponibilidad.
- Determinar la secuencia así como la interacción de los procesos.
- Determinar y aplicar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de dichos procesos.
- Asignar las responsabilidades y autoridades para los procesos.
- Evaluar los procesos y en caso necesario implementar una mejora. (Secretaría general de ISO, 2015)

2.6 Control de calidad

Son las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad. Se mide la calidad real, comparándola con las normas y se actúa sobre la diferencia. (Narvaez C., 2015)

El control de calidad consiste en la medición de las características de calidad de un producto o servicio para compararlas con las especificaciones y requisitos del cliente y en caso de existir discrepancia realizar acciones correctivas.

Para controlar un proceso es importante considerar que existe variabilidad dentro del mismo, esto debido a que las condiciones de trabajo no son constantes y puede haber variaciones en las materias primas o incluso de los usuarios en el caso de los prestadores de servicios, desgaste de instrumentos o máquinas por ello aquellas causas de variación que no pueden considerarse como una razón única de una desviación de proceso o que son de poca relevancia o aleatorias y que no afectan al resultado del proceso se les denomina variación natural, mientras que aquellas causas que pueden ser investigadas y que desvían significativamente el proceso y su resultado además de ser atribuibles, se les denomina variación accidental.

Para poder realizar un control de procesos es importante la comprensión de la variabilidad, ya que al aplicar un control estadístico de procesos el objetivo es eliminar dicha variabilidad a través de la localización de las causas atribuibles para así aplicar las acciones de mejora.

Otro aspecto fundamental para el control de calidad es entender y conocer las entradas y salidas del proceso. Durante el proceso se transforman las entradas en productos o resultados, que tienen varios parámetros que describen su calidad o aptitud de uso, una vez que se conocen bien las entradas, salidas y productos se pueden emplear distintas herramientas de control de calidad tales como lo son los diagramas de Pareto, histogramas, distribuciones de frecuencias y de probabilidad, gráficas de control etc. (Pérez, 2016)

- **Diagrama de Pareto:**

Esta herramienta nació cuando el economista Wilfrido Pareto enunció el principio de la distribución de la riqueza, también se le conoce como el análisis ABC. En este principio establecía que en todos los problemas a resolver, las soluciones de las causas vitales son del 20% de la problemática y nos dará la resolución de aproximadamente 80% de la misma.

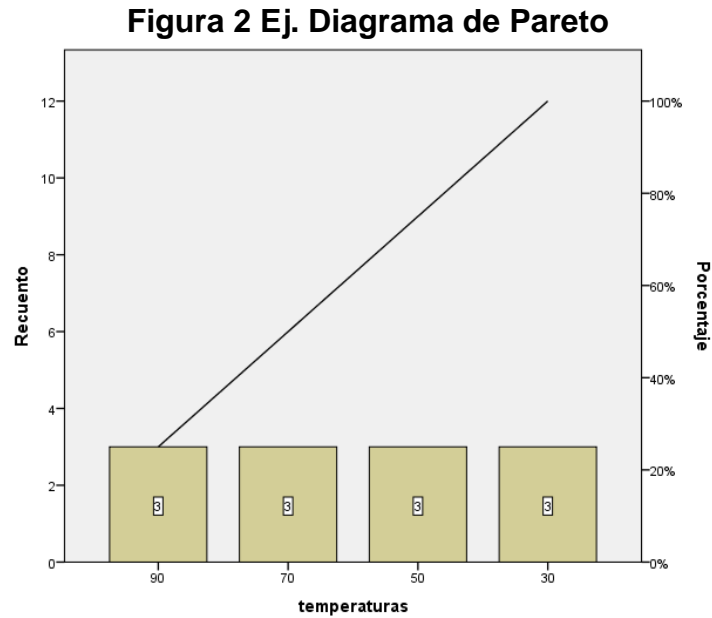
Es una herramienta útil para determinar qué problema es prioritario, es una herramienta para toma de decisiones sobre las causas a resolver prioritariamente para lograr mayor efectividad de resolución de problemas.

Se realiza empleando un diagrama de barra, donde cada una de las barras es una representación de una causa. La amplitud vertical corresponde al número de fallos o de problemas que originan la causa. Las barras se deben situar de mayor a menor iniciando por la izquierda. También se representa una curva que se establece para cada causa y el porcentaje acumulado de fallos sobre el total.

Para realizar un diagrama de Pareto es importante antes que nada definir las variables que serán estudiadas; es decir establecer el problema o característica de

calidad que se busca mejorar. Es importante también determinar el tiempo de realización del estudio.

Posteriormente se realiza la recolección de datos para después elaborar propiamente el diagrama, tabulando las cantidades obtenidas. (Pérez, 2016) (Cuatrecasas, 2010)



Fuente: elaboración propia, basada en Cuatrecasas, 2010

- **Gráficos de control:**

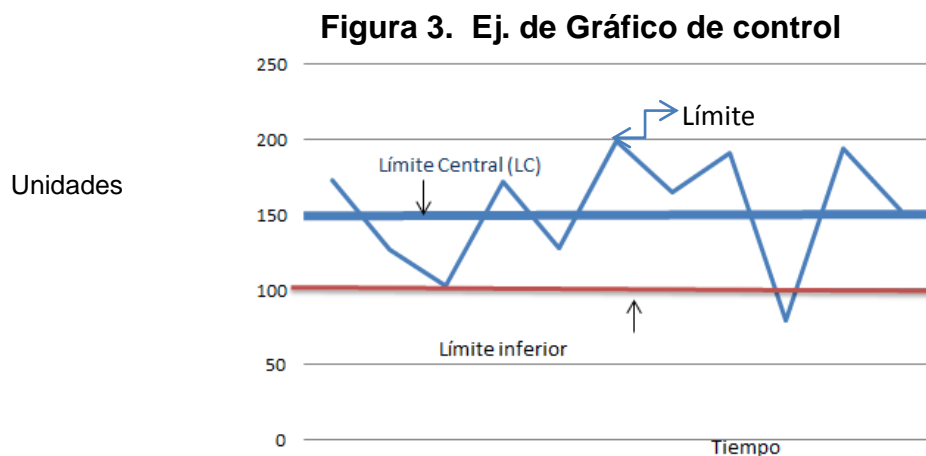
Son empleados en el control estadístico, se crean para representar ordenada y cronológicamente la información recogida del resultado de los procesos a lo largo de un período, como herramienta de análisis de variabilidad de los procesos; que pueden estar en rangos de horas, días, semanas etc. pueden ser por ejemplo la tasa de accidentes, tasa de mortalidad, tasa de defectos en un proceso de producción etc.

Mediante los gráficos de control se puede observar la evolución del proceso, determinando si las variaciones son de tipo puntual, es decir cuando sólo existe alguna muestra de la variable que esta fuera de los límites o si representa un fenómeno continuo, lo que indicaría una alteración en el proceso.

Para su elaboración se emplea el diagrama de líneas. Basándose en los datos se calculan los límites superiores (LCS) e inferiores (LCI), entre los que deberán variar la mayor parte de valores de la variable sometida a control.

Los márgenes fuera de los límites de control servirán para tener controlada la variabilidad del proceso y observar aquellos que salen de los límites de control y así establecer que se debe solucionar para así poder tener controlado el proceso.

La interpretación visual directa del gráfico de control permite apreciar fácilmente si los datos son normales o anormales conforme a los resultados esperados. El proceso se considerara estable cuando no aparecen valores fuera de los límites y permanece centrado respecto al límite central (LC). Se puede considerar como estable al proceso aun cuando aparezca una anomalía de tipo puntual. (Pérez, 2016)



Fuente: elaboración propia basada en Cuatrecasas, 2010

- Histograma:

Es la representación gráfica de la variabilidad en un proceso o característica de la calidad, muestra el tipo de distribución estadística que presentan los datos. El elemento empleado para representar gráficamente los datos es el diagrama de barras, donde el eje horizontal representa el rango posible de valores que abarca la variable, dividido en un número determinado de intervalos. El número de intervalos dependerá del número total de datos que existen de la variable.

Cada intervalo estará representado por una columna o barra. En el eje vertical se representa la frecuencia o número de datos existentes en cada intervalo. Para realizar un histograma deben seguirse los siguientes pasos:

- 1) Obtención de datos.
- 2) Recuento de datos y cálculo de máximos y mínimos de las variables.
- 3) Cálculo del rango de valores entre los que se mueve la variable.
- 4) Cálculo del número de intervalos y anchura de los intervalos.
- 5) Rellenar una tabla de frecuencias donde estén los intervalos y número de datos para poder elaborar el resto del histograma. (Cuatrecasas, 2010) (Tort-Martorell J., 1995)

- Distribuciones de frecuencia:

Es una herramienta auxiliar en el control estadístico ya que al medir la calidad mediante variables estadísticas de datos estos quedan dispersos por lo cual surge la necesidad de detectar un patrón de variabilidad de los datos, para lo cual los datos se dividen de una forma organizada en clases o celdas; de esta manera es posible observar una distribución de los datos inherente a su variabilidad.

Lo recomendable al momento de reunir los datos en clases es utilizar entre 4 a 20 clases o celdas, por lo cual es importante que cada clase cuente con las mismas características de amplitud.

Para comenzar se debe construir la primera clase con un límite inferior al más pequeño de los datos mientras que la última debe ser ligeramente mayor que el valor más grande. (Cuatrecasas, 2010)

- **Diagrama de correlación o de dispersión:**

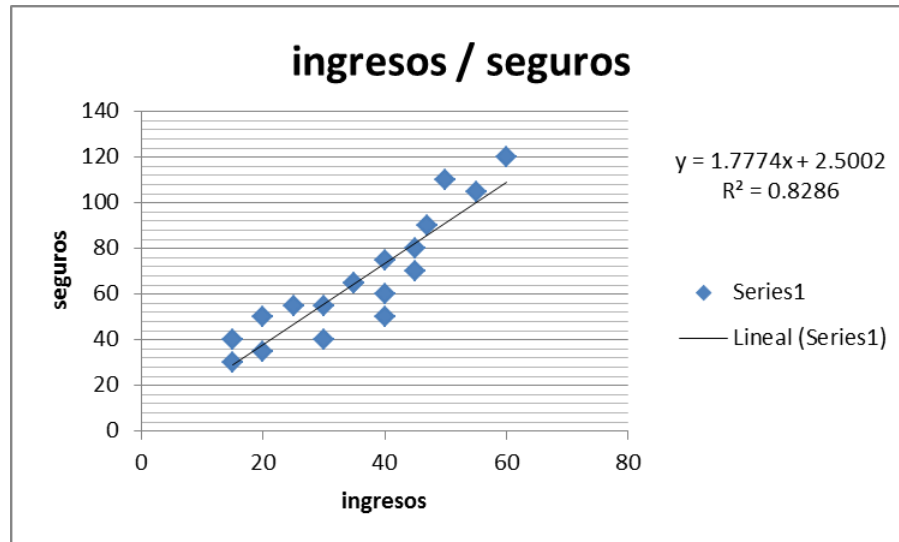
Es una herramienta que sirve para determinar si existe correlación entre dos características de calidad en función de los valores medidos, al variar ambas en una determinada situación, para lo cual se emplea una representación gráfica en la que se observa el comportamiento entre variables.

Para realizar este diagrama se emplea un gráfico de ejes cartesianos, cada eje representa una de las variables con una escala de valores acorde al rango que abarca. Para cada valor de una variable se determina el que corresponde a la otra y se representa el par de valores por un punto dentro del gráfico, lo que permite observar la evolución y relación hasta formar una nube de puntos, con la cual se puede determinar si existe o no una relación entre las variables.

Dependiendo la distribución de la nube de puntos se determina si la correlación es de tipo negativa, positiva o si no existe correlación.

Es positiva cuando va en forma ascendente y si aumenta una variable la otra también lo hace. Negativa cuando si aumenta una variable la otra disminuye y no existe correlación si la nube de puntos tiene un aspecto disperso. (Cuatrecasas, 2010)

Figura 4 Ej. De Diagrama de correlación



Fuente: elaboración propia, basada en Cuatrecasas, 2010

- **Hoja de recogida de datos:**

La función de esta herramienta aunque sencilla es de gran importancia ya que en ella se recopila de forma ordenada la información generada en los procesos.

Los formatos son variados, no establecidos y dependen del proceso; pueden incluir gráficos, números o símbolos por lo general estos datos se vacían en una tabla o plantilla bien definida, por lo que es importante saber que datos se recopilaran, se sugiere dejar un espacio para anotar algún tipo de comentario o de incidencia así como información adicional que ayude al análisis de los datos.

Una vez obtenida toda la información se pasa a realizar el análisis para determinar tendencias, controlar procesos, analizar problemas o decidir acciones prioritarias a realizar. (Cuatrecasas, 2010) (Pérez, 2016)

2.7 Mejora de la calidad

Es el proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento. El ciclo de planear, hacer, verificar y actuar para la mejora continua, es una de las herramientas básicas que se utilizan en el control de la calidad.

Ishikawa, Deming y Crosby coincidían en la idea de que la responsabilidad de los errores (entre el 65 y el 80%) es de la dirección, por lo que también requieren de técnicas de mejora. Por otro lado la mejora de la calidad también se relaciona con una disminución de costos ya que al reducirse el número de fallas los costos de operación también disminuyen. Deming consideraba que la manera de lograr la calidad era mediante el control estadístico de los procesos y que era importante que en este control no estuvieran involucrados solo los procesos que estaban relacionados directamente con el producto, además es importante involucrar a todo el personal para aportar ideas. Esta ideología de Deming se resume en 14 puntos que debe seguir la dirección, los cuales son los siguientes:

1. Crear constancia en el propósito de mejora permanente de los productos y servicios. Esto quiere decir que para obtener resultados se debe buscar un resultado a largo plazo a manera de buscar la satisfacción de los clientes actuales así como de los clientes potenciales para lo cual es necesario planificar actividades que promuevan la competitividad.

2. Adoptar la nueva filosofía: no se deben aceptar acciones que provoquen defectos, retrasos, mano de obra con poca capacitación ni métodos de control inadecuados.
3. No depender de la inspección para la mejora de la calidad: la calidad se logra con la mejora del proceso y no con la inspección.
4. No comprar al proveedor más económico: se deben de buscar suministros que ofrezcan una buena relación entre el precio, calidad y servicio.
5. Mejorar de forma continua el sistema de producción y de prestación del servicio: con esto se busca mejorar la calidad, producción y productividad, reduciendo a su vez costos.
6. Formar al personal en su trabajo: es decir tener personal capacitado, actualizado y competente para desarrollar sus labores.
7. Implantar nuevos métodos de supervisión entre los trabajadores: los supervisores siempre deben estar bien capacitados.
8. Eliminar los miedos: se debe crear un ambiente de confianza y cooperación para que todos los miembros puedan aportar sus ideas.
9. Romper las barreras interdepartamentales: eliminando dichas barreras se promueve y facilita el trabajo en equipo, la participación y cooperación.
10. Eliminar eslóganes, tópicos y objetivos: es decir si el sistema de gestión no es adecuado no se puede exigir cero defectos.
11. Eliminar las cuotas numéricas para la mano de obra: se debe buscar incentivar al trabajador a trabajar de manera eficiente e inteligente sin caer en el destajo.

12. Eliminar las barreras que impiden al personal el sentimiento de orgullo por el trabajo bien hecho dentro de su nivel laboral y otorgar el reconocimiento debido por ello: un trabajador que se siente identificado y valorado por su empresa, por sus logros y desempeños es un trabajador más productivo y que se desarrolla en un mejor ambiente laboral.
13. Aplicar planes de formación y reciclaje del personal: el personal debe ser siempre capacitado y actualizado de acuerdo a las nuevas tecnologías disponibles.
14. Actuar para que cada miembro de la empresa participe, con su forma de hacer el trabajo, en los cambios necesarios: el personal conoce sus necesidades y su proceso por lo cual es de vital importancia tomarlos en cuenta antes de cualquier modificación en un proceso.

Por otra parte Juran observo que además de un control estadístico se requiere de un método de análisis de problemas y otro de gestión. (González Gaya C., 2013)

Figura 5 Trilogía de la calidad de Juran



Fuente: Elaboración propia, basada en González ,2013.

Usando esta trilogía se realiza un ciclo de detección de problemas, diagnóstico de causas y toma de acciones de mejora. Además así se puede dividir en estos mismos rubros el proceso de mejora de la calidad:

a) Planificación de la calidad:

1. Asignar prioridades en los proyectos de producción.
2. Realizar un diagrama de Pareto que permita analizar los problemas de calidad.
3. Establecer hipótesis de las causas de los problemas.
4. Estudiar las hipótesis en base a los datos recopilados.
5. Seleccionar hipótesis sobre el origen de los problemas.

b) Control de la calidad obtenida:

6. Utilizar el diseño de experimentos y el uso de otras herramientas de diagnóstico.
7. Conseguir la aprobación por parte de la dirección para efectuar los experimentos.
8. Efectuar pruebas específicas que proporcionen información de los defectos de los productos o servicios que sirvan de auxiliar en el diagnóstico de causas.

c) Mejora de la calidad:

9. Proponer estrategias de mejora.
10. Ensayar dichas estrategias.
11. Mejorar el control de calidad a manera de que sea más estricto. (González Gaya C., 2013)

Por otra parte es importante señalar que en la etapa de planeación se busca anticiparse a los problemas esto mediante el diseño de procesos, en la etapa de hacer se deben verificar como se están llevando a cabo los procesos mediante la monitorización con indicadores que permitan conocer cómo se están realizando

los procesos, si estos cumplen o no con las especificaciones necesarias y finalmente en la etapa de verificación y actuación para la mejora continua, se revisan los resultados obtenidos y se determinan las acciones correctivas a seguir en caso de ser necesarias.

En el área de la salud la calidad tiene como objetivo lograr una atención segura y confiable. Por segura se entiende que el paciente reciba una atención exenta de errores, donde se logre restablecer su salud en la medida de lo posible y sin que de la atención recibida deriven lesiones colaterales; confiable de lo cual se deduce que los usuarios, tanto pacientes como familiares perciban la seguridad que se les brinda de tal forma que confíen en la labor de los trabajadores de la salud de forma total.

Lo anterior se encuentra inmerso en algunos de los modelos que se analizarán más adelante. La aplicación de un modelo de calidad es muy importante, ya que es un estándar que se debe de seguir paso a paso manteniendo la verificación de cada uno de los procesos para así asegurar la calidad teniendo siempre como objeto la mejora continua en cada una de las áreas que forman las instituciones de salud, así como de las unidades médicas.

Se plantea que existen tres elementos a tener en cuenta en calidad:

- Estructura.
- Procesos.
- Resultados.

Por estructura se comprenden los recursos, tanto humanos como materiales, además de las estructuras organizacionales.

Los procesos son los elementos dinámicos de la utilización o aplicación de la estructura, es decir las acciones que se ejecutan con los recursos que se cuentan y tiene como finalidad agregar un valor al elemento que se recibe al inicio del proceso.

Así también en el caso de los servicios de salud el proceso de atención médica de un paciente se inicia recibiendo al paciente, cuyo médico desconoce su situación, continúa con el examen físico, interrogatorio etc. Y termina con un médico informado acerca de la situación del paciente, lo que permite pasar al siguiente proceso que es la decisión de conductas diagnósticas y terapéuticas y el cual no puede realizarse adecuadamente sin la información proporcionada por la evaluación del paciente.

Los resultados son los que demuestran cómo se está trabajando, lo que permite conocer si se alcanzaron o no los objetivos y comparar los obtenidos en un momento determinado y así conocer cuando se mejoren. Estos resultados se miden a través de indicadores.

Los indicadores son elementos objetivos que señalan algún aspecto que se desea conocer y evaluar, los indicadores requieren de ciertas características como lo son:

- Relevancia del problema.
- Compresión del problema.
- Medición con su dependencia y variabilidad, dependiente de los cambios de conducta.
- Factibilidad y que tan alcanzables son los objetivos. (Narvaez C., 2015) (Varo, 1994)

Kaizen:

Es una estrategia de origen japonés que significa “mejora continua” en esta estrategia se plantea que la empresa debe evolucionar acorde a las necesidades de sus clientes. En esta estrategia se deben involucrar a los ejecutivos ya que ellos se convertirán en los líderes del cambio; los objetivos de esta estrategia para la empresa son la calidad, el coste y el plazo de entrega por lo cual para mejorar la producción es necesario mejorar la eficacia de la productividad incrementando la calidad del proceso para que se produzcan menos errores involucrando a todas las áreas de la empresa. Esta estrategia además de implicar a todos los trabajadores busca siempre la mejora y evolución de la empresa evitando que la misma permanezca sin evolución alguna y sufriendo un estancamiento respecto a las necesidades de su mercado; para ello se vale también de varias herramientas y de algo muy importante como es la filosofía de cero defectos, el just in time, desarrollo de nuevos productos y las relaciones cooperativas entre administrativos y trabajadores.

Algo fundamental del Kaizen es el mantenimiento y la mejora; la dirección debe comprometerse a dar mantenimiento siempre para evitar fallas que demoren el proceso, además de mantener los estándares de disciplina y entrenamiento del personal; un empleado que conoce bien su proceso será capaz de aportar ideas para la mejora del mismo buscando estándares cada vez más altos, es por eso que el mantenimiento y la mejora van de la mano.

Cuando una empresa se dedica únicamente a realizar mantenimiento se estanca y no es capaz de innovar ni adaptarse a las nuevas necesidades y competencias del mercado.

Ya que el Kaizen involucra a todas las jerarquías de una organización cada uno tendrá tareas distintas como lo son:

- **Alta administración:** proporcionar apoyo mediante la aplicación de recursos, establecer una política así como las metas de la organización, realizar las metas a través del cumplimiento de las políticas y realizando auditorías, construir los sistemas, procedimientos y estructuras que conduzcan al Kaizen.
- **Administración media y staff:** difundir y ejecutar las metas, usar Kaizen en capacidades funcionales, establecer, mantener y mejorar los estándares, crear conciencia del Kaizen entre los empleados mediante programas de entrenamiento y ayudar a los empleados a desarrollar habilidades y herramientas para la solución de problemas.
- **Supervisores:** usar Kaizen en roles funcionales, formular planes para lograr la orientación de los trabajadores hacia la filosofía Kaizen, mejorar la comunicación con los trabajadores y mantener un buen ambiente laboral, apoyar actividades como los círculos de calidad y las sugerencias individuales, introducir disciplina, proporcionar sugerencias de mejora.
- **Trabajadores:** dedicarse al Kaizen mediante un sistema de sugerencias y actividades de grupo como círculos de calidad, comportarse con disciplina, auto desarrollarse de manera continua para la solución de problemas, mejorar y ampliar sus habilidades de desempeño a través de educación.

El punto de partida para el mejoramiento es reconocer la necesidad, la cual viene del reconocimiento de un problema; al reconocer el problema se comienza el proceso de corrección y mejora, por lo cual el Kaizen es también un proceso para la resolución de problemas.

Para la resolución de problemas Kaizen establece que se debe preguntar hasta cinco veces ¿Por qué?, hasta llegar a la causa raíz, además de no culpar a nadie y ver a los problemas como una oportunidad de mejora. Además se fundamenta en los siguientes elementos:

- Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act).
- El cliente como objetivo primordial del proceso.
- La calidad es lo primero.
- La atención al mercado.
- La dirección en la etapa de planeación.
- El apoyo en datos contrastados.
- El dominio de la variabilidad y la prevención en la repetición de fallas. (Imai, 2001) (González Gaya C., 2013)

El ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act):

Fue diseñado por Shewhart y divulgado por Deming, quien lo empleaba para explicar cómo aplicar la mejora continua en las actividades de una empresa como un ciclo; por ello también es conocido como el ciclo de Deming o de rueda. Existe una variante de este ciclo y se aplica en la elaboración de un producto, este es el ciclo SDCA (Standardize-Do-Check-Act).

Los pasos del ciclo son los siguientes:

- **Planificar (Plan):** antes que nada hay que realizar un análisis de la situación para comprobar que los métodos empleados están documentados y estandarizados y a partir de este diagnóstico identificar y definir los problemas para realizar una planificación de las acciones a emprender durante un periodo de tiempo establecido, dicho plan debe incluir las técnicas de mejora de la calidad.

- **Desarrollar (Do):** en este punto se realiza la implantación del plan propuesto en la planificación y se recomienda realizar un proyecto piloto previamente en alguna área de la empresa para evaluar actitudes de rechazo o resistencia entre los trabajadores y en caso de que se realice alguna variación esta debe quedar documentada.
- **Controlar (Check):** los datos obtenidos durante la fase de desarrollo son analizados para comprobar si existen desviaciones de la planeación prevista.
- **Actuar (Act):** en función de los resultados obtenidos durante la fase de control o verificación se toman las medidas oportunas, si el plan de mejora funciona de manera adecuada se implementan los cambios de mejora en toda la organización. En caso de que el plan de mejora no fuera exitoso se tiene que reiniciar el ciclo. (Imai, 2001) (González Gaya C., 2013)

Six sigma:

Aunque esta metodología surgió en Motorola en el año 1982 por el ingeniero Bill Smith y posteriormente en General Electric, se ha adaptado y aplicado también en el sector de servicios.

Es una metodología que mide, analiza y mejora el rendimiento en términos de la excelencia operacional y se basa en el uso de una serie de herramientas. Se emplea en la mejora de procesos y se centra en reducir la variabilidad del mismo a través del uso de herramientas estadísticas a manera de que el proceso se mantenga dentro de los límites establecidos por el cliente. Un elemento

fundamental para que esta metodología funcione adecuadamente es que el enfoque de la misma se base en las necesidades del cliente como eje central.

La dirección cobra un papel muy importante en esta metodología ya que son los encargados de motivar la implementación, establecer la estructura organizacional requerida así como proporcionar la capacitación necesaria.

Con la aplicación de six sigma se busca una reducción de la variabilidad que se traducirá en una disminución de los costos y un aumento en las ganancias. Su implementación se realiza en fases y se basa en el ciclo de calidad PDCA propuesto de Deming. Las etapas de six sigma son las siguientes: (Cuatrecasas, 2010).

Figura 6 Ciclo PDCA



Fuente: elaboración propia basado en Cuatrecasas, 2010.

- **Definición del proceso:**

En esta etapa se seleccionan los posibles problemas que deben ser evaluados por la dirección para ser sometidos a la metodología de six sigma. Una vez que el proyecto ha sido definido se procede a establecer un equipo de trabajo, se realiza una planeación que involucre las expectativas y la identificación del proceso correspondiente y sus variables críticas. Así mismo en esta etapa se identifican las áreas susceptibles de mejora, se definen metas y el alcance del proyecto; durante esta etapa se emplean las siguientes herramientas:

- ❖ Diagramas de flujo.
- ❖ Diagrama de Ishikawa o de espina de pescado o de causa- efecto.
- ❖ Histogramas.
- ❖ Gráficos de tendencia.

- **Medición:**

Esta etapa tiene el propósito de identificar los requisitos de los clientes tanto presentes como potenciales, sus necesidades de producto así como la variabilidad aceptada por los mismos; además de realizar una medición y evaluación del producto, la capacidad del proceso y sus parámetros que afectan al funcionamiento del mismo e identificar las características o variables clave, y los factores críticos de la calidad. Por lo cual es importante conocer la estructura con la que se cuenta, las entradas y las salidas. Para ello se pueden emplear las siguientes herramientas:

- ❖ Modelación de las características de calidad.
- ❖ Evaluación de la normalidad de los datos.
- ❖ Evaluación de la exactitud y linealidad.
- ❖ Evaluación de la repetibilidad y reproductibilidad.
- ❖ Modos alternativos de la evaluación de los sistemas de medición.
- ❖ Análisis de fiabilidad.
- ❖ Diagrama de Pareto.

- **Análisis de datos:**

En esta etapa el equipo realiza una evaluación a los datos obtenidos de los resultados tanto actuales como históricos. Se comprueban las hipótesis entre las relaciones causa efecto empleando herramientas estadísticas, con esto se

definen los puntos claves del proceso que afectan a este. Las herramientas empleadas son las siguientes:

- ❖ Análisis exploratorio de datos.
- ❖ Ajuste de distribuciones.
- ❖ Contrastes de hipótesis.
- ❖ Intervalos de confianza.
- ❖ Capacidad de procesos.

- **Mejora :**

Es la etapa en la que el equipo debe determinar la relación causa efecto para predecir, mejorar y optimizar el proceso. La organización debe mejorar la eficacia en sus procesos; por ello debe determinarse el rango operacional de los parámetros o variables de entrada del proceso, para lo cual se pueden hacer estudios comparativos de desempeño y competitividad respecto a otras organizaciones. Las herramientas de esta etapa son:

- ❖ Análisis de correlaciones.
- ❖ Regresión simple.
- ❖ Regresión múltiple.
- ❖ Análisis de la varianza unifactorial (diseños unifactoriales).
- ❖ Análisis de la varianza multifactorial (diseños multifactoriales).
- ❖ Diseño de experimentos factoriales y fraccionales (superficies de respuesta).

- **Control :**

Esta etapa consta en diseñar y documentar los controles necesarios para conseguir que las mejoras que se consiguieron con el proyecto se mantengan una vez implementados los cambios, así como establecer los indicadores necesarios.

Una vez alcanzados los objetivos el equipo debe informar a la dirección y se disuelve dicho equipo. Las herramientas correspondientes a esta etapa son:

- ❖ Control estadístico de procesos.
- ❖ Gráficos de Shewhart.
- ❖ Curva característica de operación.
- ❖ Gráficos por control de variables.
- ❖ Gráficos de control por atributos.
- ❖ Análisis de la capacidad mediante gráficos de control.
- ❖ Control estadístico de procesos. Control de aceptación.
- ❖ Muestreo por atributos.
- ❖ Muestreo por variables.
- *Para el desarrollo de las muestras nombradas se sugiere el uso de un programa de análisis estadístico tal y como el SPSS ó Statgraphics Centurion.* (Pérez, 2016) (Arcidiacono G., 2012) (Herrera Acosta R., 2011)

- **Estratificación de datos:**

Es una herramienta que por sí sola no es representativa como herramienta de mejora pero que resulta de gran utilidad para poder realizar un análisis más ordenado y profundo ya que consiste en la clasificación y separación de datos en grupos o categorías. (Cuatrecasas, 2010)

- **Diagrama de flujo:**

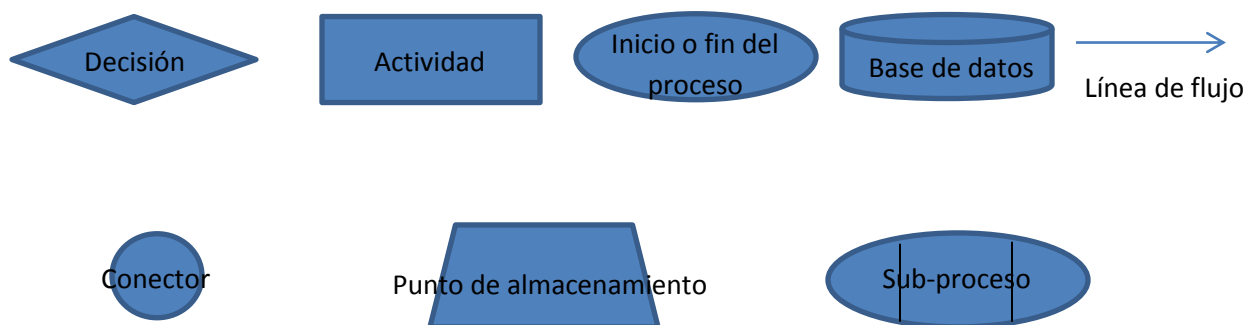
En este tipo de diagrama existe una simbología establecida para representar el flujo de operaciones, sus relaciones y dependencias.

Se emplean generalmente en la optimización de procesos, oportunidades de mejora y cambios en los procesos para poder visualizar donde deben realizarse

modificaciones ya que se aprecia el proceso de manera gráfica. Ya que es una representación gráfica de los pasos de un proceso cuyo resultado puede ser un producto, servicio, información o una combinación de los tres y se pueden aplicar en cualquier paso del proceso. Esta herramienta también es útil para separar los datos para facilitar su análisis .

Para realizar un diagrama de flujo debe de establecerse el punto de partida y el punto final para posteriormente identificar las diferentes actividades que forman parte del proceso para poder determinar una interrelación entre cada una de las actividades que conforman el proceso así como las áreas de decisión todo este flujo de actividades deben apegarse a la simbología de los diagramas de flujo. (Cuatrecasas, 2010) (Sociedad latinoamericana para la calidad, 2000).

Figura 7 Simbología para un diagrama de flujo



Fuente: Elaboración propia, basada en Cuatrecasas 2010

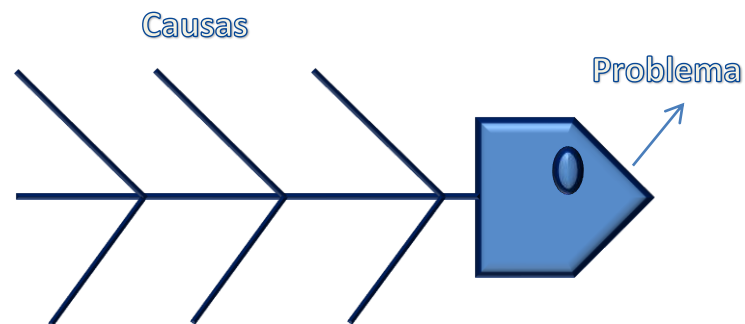
- **Diagrama causa – efecto:**

También conocido como diagrama de espina de pescado o de Ishikawa, el cual consiste en una representación de causas de un sistema que pueden contribuir a un problema o defecto, fue creado por el Dr. Kaoru Ishikawa en 1943. Este

diagrama se denomina espina de pescado porque su forma consiste en una flecha horizontal que apunta hacia un efecto y de cuatro a seis flechas principales que se orientan hacia la flecha horizontal. (Pérez, 2016)

Es empleado para identificar las posibles causas de un problema específico a través de una forma gráfica que permite que los grupos organicen grandes cantidades de información sobre el problema y determinar las causas.

Figura 8 Diagrama causa-efecto o de Ishikawa.



Fuente: Elaboración propia basada en Pérez 2016

Este diagrama es más efectivo una vez se ha descrito el proceso y el problema este bien definido ya que de esta manera el equipo de trabajo tendrá una idea más clara de los factores que deberán incluir en el diagrama. Para elaborar un diagrama causa- efecto se deben realizar las siguientes acciones:

- 1) Identificar el problema, aquello que se busca mejorar.
- 2) Redactar una frase que resuma el problema (cabeza).

- 3) Definir las categorías principales (espinas) que serán los factores causales de manera general se emplean las categorías equipo, método, máquina, personas, medio ambiente y medición; cabe señalar que el uso de estas categorías no es obligatorio y que éstas pueden cambiar.
- 4) Realizar una lluvia de ideas acerca de las causas que generan el problema, las cuales servirán de guía para la selección de las causas raíz.
- 5) Identificar las causas probables. (Pérez, 2016) (Sociedad Latinoamericana para la calidad, 2000)

- **Diagrama de afinidades:**

Es una herramienta de trabajo para grupos de trabajo en la cual se recopilan ideas, datos y opiniones organizándolas por criterios afines; donde cada grupo determinara el aspecto común de gestión que los caracteriza.

Con esta herramienta se generan datos e ideas por parte de todo el equipo de trabajo, por lo cual resulta útil previamente realizar una lluvia de ideas.

Para usar esta herramienta debe definirse los objetivos de estudio, posteriormente recopilar y generar datos e ideas para después analizar y explicar los diferentes datos respecto al problema para finalmente organizar estos datos en grupos de afinidades acorde a la característica común que los relaciona.

- **Diagrama de relaciones:**

Esta herramienta se relaciona directamente con el diagrama de afinidades ya que a partir de este se determinan las relaciones lógicas entre los datos e ideas pero de una forma gráfica estableciendo diversos niveles causales entre ellos, lo cual lo vuelve similar a un diagrama de Ishikawa pero sin un formato establecido.

- **Diagrama de árbol:**

Establece el flujo de acciones que se deben realizar para la resolución de la problemática a mejorar, detallado las acciones a realizar por niveles o modos de acción. En cada nivel se definen las actividades necesarias dando prioridad a aquellas que sean más urgentes. (Cuatrecasas, 2010) (Pérez, 2016)

- **Círculos de calidad:**

Esta herramienta fue propuesta por Kaoru Ishikawa y consiste en grupos de mejora, los cuales se basan en la reunión de un grupo de empleados relacionados con el proceso o producto a mejorar y el ámbito de la empresa con el objetivo de analizar y solucionar alguna problemática.

Los círculos de calidad son empleados principalmente en el ámbito de la gestión de la calidad total para motivar a los empleados mediante la idea de la integración y solución de problemas de los medios de trabajo, procesos y sistemas aportando ideas, sugerencias e ideas a los directivos. (Cuatrecasas, 2010) (Pérez, 2016)

- **Equipos de mejora:**

Surgieron a partir de los círculos de calidad. Se componen de personal de diferentes departamentos y se busca la resolución de un problema en específico lo que puede limitar un poco su utilidad, otra característica es que la participación no es voluntaria y los participantes son designados por la dirección y al resolverse la problemática en cuestión el equipo se disuelve. (González Gaya C., 2013)

2.8 Indicadores de calidad

Un indicador es un instrumento que permite medir y evaluar la calidad de una manera tangible y cuantificable de los procesos o productos. Mide el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para un determinado proceso, es decir miden el resultado final de un proceso o producto. Un indicador también es útil para medir la eficiencia y la eficacia.

Un indicador de calidad es aquel que relaciona las características de los bienes o servicios producidos por la unidad de información, en términos de calidad, acorde a los requisitos de los clientes. Se obtiene a través de encuestas, recepción de sugerencias, quejas, reclamos, demandas etc. por parte de los usuarios. Se puede expresar como buena, regular y mala calidad. De acuerdo con las ponderaciones para cada variable que mida la calidad.

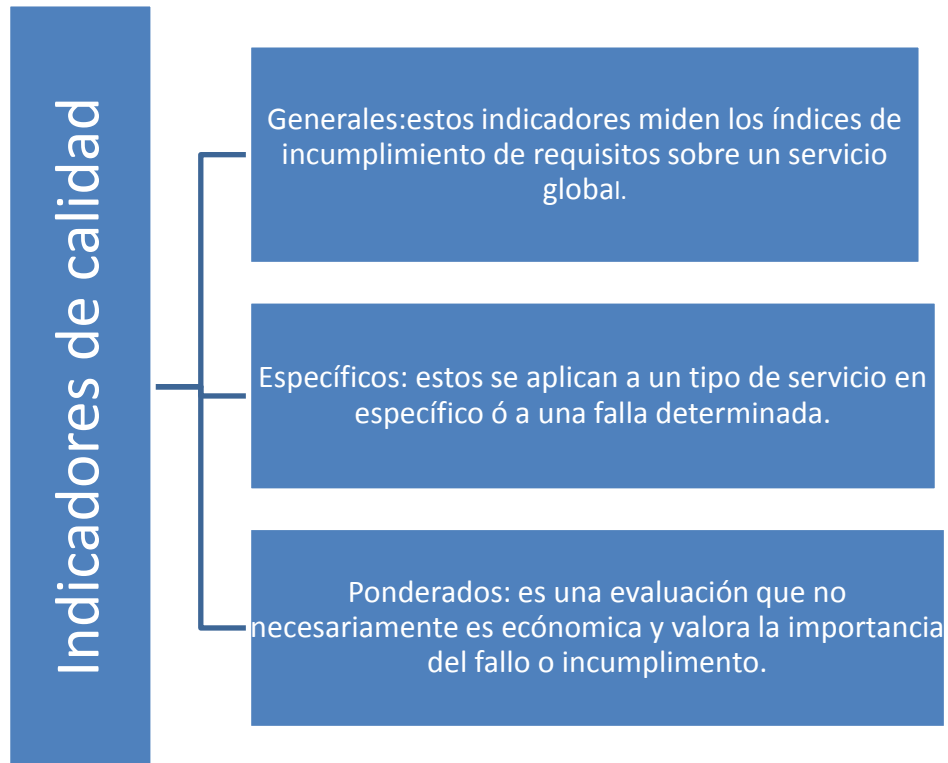
Un indicador debe contar con las siguientes características:

- **Validez:** deben medir los efectos y resultados.

- **Congruencia:** debe existir correspondencia entre los objetivos y el origen de la información así como el medio ambiente donde se gestiona.
- **Sensibilidad:** en ellos se debe hacer evidente el cambio de la variable a través del tiempo.
- **Relevancia:** deben ser útiles y efectivos a la unidad de información para la toma de decisiones.
- **Representatividad:** deben expresar efectivamente el significado de cada variable.
- **Confiabilidad:** las mediciones deben arrojar los mismos resultados independientemente de quien las realice.
- **Demostrables:** los cambios que se han realizado deben ser evidentes.
- **Eficientes:** deben ser exactos al expresar el fenómeno.
- **Suficientes:** deben expresar el fenómeno con otros indicadores sin ser redundantes.
- **Flexibles:** es decir deben ser congruentes a lo que se pretende medir, así como a la disponibilidad y confiabilidad de la información. (Heredia, 2000)
(Andrade C., 2013)

2.8.1 Clasificación de los indicadores de calidad:

Figura 9 Clasificación de indicadores de calidad



Fuente: Elaboración propia basada en, Heredia, 2000

2.8.2 Componentes de los indicadores de calidad:

- **Nombre:** debe ayudar a saber de qué proceso medirá el indicador.
- **Enfoque:** es decir a que atributo corresponde; puede ser estructura, proceso, resultado o impacto.

- **Propósito:** que es lo que se espera lograr con ese indicador; por ejemplo monitorización de un proyecto de mejora en tiempos de espera.

- **Objetivo:** que es lo que se quiere medir o cuantificar.

- **Meta:** que se busca lograr con la aplicación del indicador.

- **Fórmula:** esta se define con el número de veces que se presenta un evento ya sea deseable o indeseable entre el número de ocasiones en que se identifica determinada característica deseable o indeseable.

- **Frecuencia:** con qué frecuencia se debe aplicar el indicador; esto depende de su objetivo, importancia y el volumen de datos para obtenerlo.

- **¿Quién lo calcula?:** es decir la persona encargada de la recolección de los datos.

- **Fuente de datos:** origen de obtención de los datos.

- **¿Quién actúa?:** en caso de que los resultados lo ameriten y se requieran tomar acciones correctivas, quien debe realizar las mismas. (Andrade C., 2013) (Heredia, 2000)

Conclusión de este capítulo:

Las definiciones de calidad son muchas pero la mayoría coinciden en la satisfacción de expectativas o especificaciones dadas por el cliente o usuario. En el área médica esto es muy complejo ya que cada paciente tiene sus propias expectativas y características únicas como lo son patologías previas, alergias, tratamientos previos e incluso su dolor etc. por lo que las expectativas y necesidades son distintas.

Por otra parte en salud es importante buscar siempre que la atención que recibe el paciente sea segura, eliminar riesgos en su atención que deriven en complicaciones en su estado de salud actual o a futuro por lo cual la planeación de la misma es de vital importancia y ve más allá de solo la seguridad del paciente; en la planeación se establecen todos los objetivos a cumplir así como la manera de llegar a ellos, mediante la estructura y procesos.

Es necesario contar con herramientas de control que permitan detectar áreas de mejora como lo son los indicadores de calidad o los controles estadísticos y una vez detectada esa área de mejora implementar acciones de mejora siempre buscando la mejor calidad posible con un uso eficiente y eficaz de los recursos.

Capítulo 3. Instituciones de salud pública en México

En este capítulo se contextualizara respecto a las instituciones de salud públicas en México; abordando un poco respecto a su historia, estructura, población derechohabiente, misión y visión.

3.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS):

Se considera a esta institución de Seguridad Social la más grande de América Latina. Fue fundada el 19 de enero de 1943 por decreto presidencial del entonces Presidente de la República el General Manuel Ávila Camacho. Su mandato legal se deriva del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El Instituto se encarga de investigación y práctica médica además de la administración de recursos para el retiro de sus asegurados. La organización y administración del Seguro Social están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que en la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo.

Su misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias. Es decir, el aumento en la cobertura de la población se persigue como un mandato constitucional, con un sentido social. Por su parte, el Artículo 2 de la Ley del

Seguro Social (LSS) establece que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. (IMSS (a), 2018)

Hasta enero del 2018 contaba con más de 6,510 unidades de medicina familiar, 350 hospitales de segundo nivel, 36 hospitales de alta especialidad, unidades médicas rurales, unidades de medicina familiar, unidades de rehabilitación, hospitales de segundo nivel como por ejemplo psiquiatría, gineco pediatría y traumatología; además de hospitales de zona, hospitales regionales, unidad de consulta externa de especialidades, laboratorio de citología, banco de sangre y hospitales de especialidad de tercer nivel. El número de derechohabientes adscritos a alguna unidad de medicina familiar durante 2018 fue de 49,874,155. (IMSS (b), 2018).

Su misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y trabajadoras así como de sus familias. La visión del Instituto es por un México con más y mejor seguridad social.

3.2 Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE)

Los antecedentes históricos del ISSSTE se remontan al año de 1925 cuando se creó la ley general de pensiones civiles y de retiro, cuyo objetivo era recaudar el fondo de pensiones y otorgar las mismas.

El 30 de diciembre de 1959 bajó el mandato del presidente López Mateos, se publica en el diario oficial de la nación la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonios propios, para administrar los seguros, prestaciones y servicios de salud. (ISSSTE (a), 2018)

Hasta el año 2018 se tenían 13,347,389 millones de derechohabientes entre pensionados, trabajadores del estado activos y familiares. Su infraestructura es la siguiente:

- 1,022 unidades de primer nivel.
- 125 unidades de segundo nivel.
- 15 unidades de tercer nivel. (ISSSTE (b),2018)

La misión del Instituto es:

“Contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia”.

Mientras que su visión es la siguiente:

Posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabiencia, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora

sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.(ISSSTE 2020)

3.3 Secretaría de salud

La Secretaría de Salud es la dependencia del poder ejecutivo que se encarga de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población, cuya misión es la de establecer las políticas del Estado para que la población ejerza su derecho a la protección a la salud.

Su visión es ser un sistema nacional de salud universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad a través del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como de la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria, la generación y gestión de recursos adecuados, la evaluación y la investigación científica; fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad.

La Secretaría de Salud fue fundada en 1943, cuando se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia hoy SSA (Secretaría de salud), el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Hospital Infantil de México.

La SSA es la responsable de la salud de los grupos campesinos y urbanos no derechohabientes de los Institutos ISSSTE e IMSS, quienes se encargan de la atención de la población trabajadora. Cuenta con:

- 15 centros nacionales.
- 8 hospitales generales y regionales.
- 12 institutos nacionales.

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios. El primero incluye a las instituciones que atienden a la población no asegurada, en su mayoría personas de escasos recursos y trabajadores del campo siendo las instancias más importantes de este rubro la SSA ,el programa IMSS-Bienestar y a partir de 2020 el Instituto de Salud para el Bienestar.

El segundo grupo es el de la seguridad social, que brinda atención a más del 50% de la población; el IMSS se encarga de brindar atención a los trabajadores del sector formal de la economía así como a sus familias, mientras que el ISSSTE brinda atención a los empleados públicos; las fuerzas armadas al igual que los trabajadores de PEMEX cuentan con sus propias instituciones de salud.

Por último se encuentra el sector privado, el cual está abierto para cualquier persona con capacidad de pago. (Secretaría de Salud, 2002)

Figura 10 Gráfica de derechohabientes divididos en los 3 grandes grupos



Fuente:
INEGI Encuesta Intercensal 2015

3.4 PEMEX

En 1938 tras la expropiación petrolera se creó el departamento médico, donde se brindaba atención a los trabajadores de las compañías petroleras que anteriormente eran atendidos en puestos de socorro. A partir de la expropiación petrolera, Petróleos Mexicanos otorga atención médica a trabajadores y a sus familias, en servicios subrogados y posteriormente en instalaciones propias a través de la Gerencia de Servicios Médicos.

El 20 de octubre de 1981 se autoriza la reorganización de la Gerencia de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos, con la creación de subgerencias y de las unidades de planeación, control y de racionalización administrativa, mismas que en el año de 1985 se fusionaron y dieron lugar a la Unidad de Planeación, Organización y Evaluación.

En 2014 se creó la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, que se fusiono a la Unidad de Planeación, Normatividad e Innovación para dar lugar a la Gerencia de Normalización y Calidad de los Servicios de Salud. (Dirección corporativa de administración y servicios, subdirección de servicios de salud, 2018)

La misión de la subdirección de servicios de salud de PEMEX es:

Proporcionar servicios integrales de salud, con oportunidad, calidad, seguridad y respeto a los principios éticos, que permitan satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de los trabajadores petroleros, jubilados, derechohabientes y socios estratégicos, con enfoque prioritario en la prevención y salud en el trabajo; con base en una administración eficiente de los recursos generando valor, para ser competitivos y rentables.

Mientras que su visión es la siguiente:

Proporcionar servicios de salud de clase mundial, privilegiado los niveles de prevención médica y la seguridad del paciente, bajo los estándares internacionales de salud, con personal altamente capacitado, competitivo e innovador en la gestión de sus procesos, que conduzca a ser un socio estratégico rentable y sustentable, mediante la utilización de la más alta tecnología y alianzas estratégicas, y al cumplimiento de las expectativas de los clientes internos y externos a la organización.

La subdirección de servicios de salud de PEMEX cuenta con la siguiente estructura:

- 2 hospitales centrales.
- 12 hospitales generales.
- 6 hospitales regionales.
- 7 clínicas.
- 31 unidades médicas de consulta externa.
- 153 unidades médicas en centros de trabajo.
- 958 camas censables.

3.5 SEDENA (Hospital central militar)

Fue inaugurado por el entonces presidente Manuel Ávila Camacho en el año de 1942. La Secretaría de la Defensa Nacional cuenta con instalaciones de 1er. Nivel de atención que corresponden a escuadras, pelotones y secciones de sanidad adscritas a unidades operativas que atienden al personal militar en activo; y a seis unidades médicas de consulta externa, pertenecientes a otros organismos.

Las que corresponden al 2do. Nivel, brindan atención a todo el personal que tiene su derecho vigente; y se integra por

- 1 Hospital Militar Regional de Especialidades.
- 16 Hospitales Militares Regionales.
- 17 Hospitales de Zona.
- 1 Hospital del Estado Mayor Presidencial.

Las instalaciones de 3er. Nivel, corresponden al Hospital Central Militar, Hospital Militar de Especialidades Médicas, Hospital Militar de Especialidades Odontológicas, Hospital Militar de Especialidad de la Mujer y Neonatología, y el Centro de Rehabilitación Infantil. Los cuales están ubicados en la ciudad de México.

De acuerdo con el censo del personal con derecho a la atención médica publicado en el programa sectorial de defensa 2013-2018 publicado en el diario oficial de la nación, los números de derechohabientes son: 209,716 militares en activo; 264,089 militares en situación de retiro; 567,690 derechohabientes y 2,765 pensionistas.

Hospital central militar:

El Hospital Central Militar es una Unidad del Servicio de Sanidad Militar, que depende directamente de la Secretaría de la Defensa Nacional. Su misión es “Brindar una atención médica de calidad, con calidez, efectiva, eficiente y segura a todos nuestros usuarios”, mientras que su visión es “Cumplir satisfactoriamente las necesidades y expectativas del personal, de pacientes y sus familiares”.

El hospital central militar cuenta con las siguientes especialidades:

- Neumología.
- Cardiología.
- Cirugía General.
- Cirugía Menor.
- Dermatología.
- Gastroenterología y anexos.
- Ginecología y Cirugía de Mujeres.
- Neuropsiquiatría.
- Endocrinología y Nutrición.
- Obstetricia.
- Oftalmología.
- Ortopedia.
- Otorrinolaringología.
- Observación.
- Pediatría.
- Procesados.
- Traumatología y Cirugía de Urgencia.
- Urología.
- Venere sifilografía.

Y con la siguiente estructura:

- 758 Camas censables.
- 55 Camas no censables.
- 93 Camas transitorias.
- 29 Consultorios de consulta externa.
- 20 Quirófanos centrales y 3 periféricos.
- 34 Salas de hospitalización.
- 1 Servicio de cirugía ambulatoria.

- 1 Servicio de urgencias de 24 horas.
- 17 Gabinetes. (DOF 1942)

Conclusión de este capítulo:

Como es sabido la finalidad de estas instituciones es garantizar el acceso a la salud, por lo cual la población es dividida acorde a su afiliación laboral como es en el caso del IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEDENA quienes atienden a una población en específico, mientras que la Secretaría de Salud es la encargada de brindar atención a la población no derechohabiente quien en ocasiones es la más vulnerable.

Por otra parte cada institución es distinta en cuanto a su administración y estructura, siendo el IMSS la institución de seguridad social más grande en México y de América Latina.

Capítulo 4. Modelos de gestión de la calidad

En este capítulo se abordaran las generalidades de los modelos de gestión de la calidad, partiendo de su definición y pasando por los modelos de aplicación para todo tipo de industria, así como aquellos que han servido de antecedentes para el modelo de gestión de calidad en salud, hasta llegar a aquellos modelos que han surgido para el sector salud.

4.1 Modelos de gestión de calidad, en el área general

Son marcos que brindan consejo y guía para la operatividad y poner en práctica los principios, las prácticas y los métodos de control, gestión y mejora de la calidad, desde un cierto enfoque. Identifican los elementos que conforman un sistema de gestión de calidad, su puesta en práctica y la manera de implementación y actualización. (Pérez, 2016)

Los modelos de gestión además sirven como parámetros para medir la efectividad de la gestión entre las organizaciones. A partir de esta necesidad han surgido modelos que además de ayudar a la evaluación y gestión de la calidad sirven para estandarizar y otorgar reconocimientos.

4.1.1 Modelo de gestión de la calidad de Malcolm Baldrige

Este modelo surgió en 1987 como una herramienta de mejora de la gestión de las organizaciones, un auxiliar en la evaluación y de estandarización así como para otorgar premios y consta de 7 elementos:

- **Liderazgo:** la forma en que los líderes dirigirán a la organización. La alta dirección debe establecer objetivos específicos de mejora en toda la organización, así como los métodos para alcanzarlo; también deberán impulsar y estimular la innovación, el aprendizaje y la participación de los empleados en las actividades de mejora.

- **Planeación estratégica:** es la gestión de los objetivos planeados por la organización, analiza cómo se realizarán los planes estratégicos, implementa y da seguimiento.

- **Enfoque al cliente:** como la organización responde a las necesidades del cliente así como las estrategias para satisfacer las mismas. Así toda la organización deberá tener en cuenta todo aquello que contribuya a dar a valor al cliente y lo lleve a estar satisfecho con la misma, lo cual requiere conocer sus necesidades y anticiparse a sus requerimientos futuros.

- **Medición, análisis y gestión del conocimiento:** es la forma en la que la organización recoge, mide y analiza los datos que lo ayudan a llevar a cabo procesos de mejora continua. La mejora debe ser parte del trabajo diario de todos los departamentos y unidades de la empresa, buscando eliminar los problemas en su origen e identificando oportunidades para hacer mejor las cosas. Es necesario el aprendizaje y adaptación constante a las necesidades del mercado.

- **Enfoque a la fuerza de trabajo:** es como la organización evalúa a su personal para identificar necesidades de capacitación, ambiente laboral, formación de equipos de trabajo etc. Así se podrá establecer la correlación entre dichos datos

relativos al personal y los indicadores de resultado de la empresa, tales como productividad o satisfacción del cliente.

- **Enfoque de operaciones:** como la organización diseña y mejora sus procesos.

- **Resultados:** se revisan los resultados de todas las áreas de la organización para medir el desempeño de la misma. (Baldemar J., 2014) (Membrado, 2002)

Figura 11 Modelo de innovación y mejora continua, de Malcolm Baldrige



Fuente: Membrado, 2000

4.1.2 Modelo de gestión de calidad de Deming

Este modelo surgió en Japón y fue diseñado y cedido a los japoneses por el mismo Deming surgiendo así en 1951 el premio nacional de la calidad para empresas japonesas, este modelo se rige por los siguientes criterios de evaluación:

- Políticas y objetivos de la organización.
- La organización y su operativa.
- Educación y su difusión.
- Flujo de información y su uso.
- Calidad de productos y procesos.
- Estandarización.
- Gestión.
- Garantía de calidad de funciones, sistemas y métodos.
- Resultados.
- Planes a futuro.

4.2 Modelos de gestión de la calidad en el área de la salud.

4.2.1 Modelo de gestión de calidad ISO

ISO es un organismo internacional de normalización, es una red mundial que identifica las normas internacionales requeridas por el comercio, gobierno y la sociedad; para desarrollarlas lo hace en conjunto con los sectores que van a emplearlas. En la actualidad se conforma como una organización no gubernamental, cuyos miembros provienen de todas las regiones del mundo, de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo y países en proceso de transición. (Aranda M., 2014)

La principal característica del sistema ISO 9001:2015 de los requisitos de los sistemas de gestión de calidad, es que sirve para demostrar a terceros la calidad del sistema con las correspondientes ventajas comerciales que esto puede aportar, mediante la distinción obtenida por la certificación de la organización. Con el desarrollo de la norma ISO se busca el aseguramiento de calidad de las organizaciones.

Las normas ISO se basan en 8 puntos principales:

- Objetivo y campo de aplicación.
- Normas para la consulta.
- Términos y definición.
- Sistema de gestión de la calidad.
- Responsabilidad de la dirección.
- Gestión de recursos.
- Realización del producto o servicio.

- Medición, análisis y mejora.

En caso de que la organización obtenga la certificación, la organización debe someterse a auditorías de seguimiento de forma anual y auditorías periódicas de renovación, con lo que se promueve el proceso de mejora continua. (Miralles, 2007)

Esta norma emplea el enfoque a procesos, es decir el ciclo PDCA, al tratarse de un ciclo dinámico puede desarrollarse en cada proceso de la organización. Esta norma también emplea un pensamiento basado en riesgos, lo que significa que al basarse en riesgos permite a la organización determinar los factores que podrían causar alteraciones en sus procesos y que el sistema de gestión se aleje de los resultados planificados previamente por la organización.

Los principios de la gestión de la calidad que sigue esta norma son los siguientes:

- Enfoque a procesos.
- Liderazgo.
- Enfoque al cliente.
- Mejora.
- Toma de decisiones basada en la evidencia.
- Compromiso de las personas.
- Gestión de las relaciones.

Enfoque a procesos:

Se refiere a la definición y gestión de los procesos así como de sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos en las políticas de calidad y la dirección estratégica de la organización. Este enfoque permite controlar las

interrelaciones e interdependencias entre los procesos del sistema, buscando la mejora global del desempeño de la organización.

Liderazgo:

La alta dirección debe demostrar compromiso respecto al sistema de gestión de la calidad; asumiendo la responsabilidad de rendir cuentas con relación de la eficacia del sistema de gestión de calidad, asegurando que los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos de la organización, asegurándose que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles y que este logre los resultados previstos. La alta dirección debe estar comprometida, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad y promoviendo la mejora.

Enfoque al cliente:

Se deben determinar, comprender y cumplir los requisitos del cliente así como los reglamentos aplicables al área. Se deben determinar y considerar los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos o servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.

Mejora:

La organización determina y selecciona las oportunidades de mejora y las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente. Para lograrlo es necesario mejorar los productos o servicios basándose en las expectativas presentes y futuras del cliente, corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados.

Toma de decisiones basada en evidencia:

La organización debe considerar los resultados de los análisis y la evaluación de la revisión por la dirección, evaluaciones de los clientes; así como los datos de los indicadores, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.

Compromiso de las personas y gestión de relaciones:

La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.

Para determinar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos la organización debe determinar factores tanto humanos como físicos que abarcan aspectos sociales como por ejemplo la no discriminación y evitar los conflictos laborales y psicológicos como son la prevención del síndrome del agotamiento y físicos como podrían ser factores de iluminación, ventilación y ruido.

(Secretaría general de ISO, 2015)

4.2.2 European Foundation for Quality Management

Por último, existe el modelo conocido como *EFQM* cuyas siglas surgen debido a que lo creó la European Foundation for Quality Management. Surgió en el año de 1988 producto de la unión de 14 empresas que se unieron para la creación del modelo de excelencia europeo. A partir del año 1999 cambió su nombre a modelo de excelencia 2000. Es un modelo aplicable tanto en la industria como en el sector salud y se basa en la autoevaluación.

Este modelo establece que la satisfacción de los clientes y de los empleados , así como su impacto en la sociedad se obtienen mediante el liderazgo, el cual debe de impulsar elementos como son la política, estrategia, personal de la organización, alianzas, recursos y procesos para el logro de la excelencia.

Este modelo permite tener una visión en conjunto de la organización para así adoptar una perspectiva global, observándolo como un sistema complejo y organizado. Una organización no es un sistema lineal, mecánico y predecible, sino que es un sistema complejo de personas interdependientes, en un entorno dinámico, en el que interactúan con actores conocidos y desconocidos que pueden ayudar u obstaculizar su progreso.

Figura 12 Modelo EFQM



Fuente: Club de excelencia en gestión, 2019

La estructura de este modelo se basa en tres cuestiones básicas de las organizaciones:

- ¿Por qué existe la organización?, ¿Qué propósito cumple?, esto da lugar a la dirección.
- ¿Cómo tiene la intención de cumplir con su propósito y estrategia?, esto se refiere a la ejecución.
- ¿Qué se ha logrado hasta el momento? ¿Qué se quiere lograr en el futuro?, esta pregunta se refiere a los resultados.

Los elementos que conforman a este modelo son:

- **Dirección:** la dirección será la encargada de definir un propósito, desarrollar la estrategia centrada en crear valor sostenible y fomentar una cultura que favorezca el éxito.

Como responsabilidad de la dirección también se encuentra el liderazgo, para ello es importante que los directivos y los mandos medios faciliten los medios, diseñen estrategias, objetivos, planes y procesos para lograr el cumplimiento de la misión de la organización.

- **Ejecución:** este bloque es el encargado de ejecutar la estrategia diseñada por la dirección por lo que es importante conocer a los grupos de interés, así como las alianzas y recursos con los que se cuenta dentro y fuera de la organización, por ello primero se debe evaluar la forma en que la organización aprovecha los conocimientos y potencial de su personal; de manera externa se debe evaluar la forma en que la organización desarrolla alianzas externas y la forma en la que emplea sus recursos de forma interna.

Para que la ejecución se lleve de manera adecuada se debe construir, mantener y desarrollar una relación con sus grupos de interés basada en la transparencia, responsabilidad, ética y confianza.

- **Resultados:** los resultados son consecuencia de lo aplicado en los procesos de dirección y ejecución y estos se ven reflejados en los grupos de interés, los cuales se pueden dividir en 4 grupos, que son los siguientes:
 - Resultados en los clientes:** son los logros de la organización en relación a sus clientes externos.
 - Resultados en las personas:** son los logros obtenidos en referencia a su personal.
 - Resultados en la sociedad:** son los resultados obtenidos en relación a la sociedad, es decir su impacto en la misma.
 - Resultados claves:** los logros obtenidos en relación a la planificación de la organización.

Con este modelo lo que se logra es la identificación de los puntos fuertes de la organización, definición de las áreas de mejora así como el desarrollo para planes de mejora y su implantación. (Martínez, 2008) (Miralles, 2007) (Club de excelencia en gestión, 2019)

4.2.3 Joint Commission

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization se fundó en 1951, resultado de la fusión entre el Colegio Americano de Cirujanos, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá. Es una organización independiente que se dedica a la mejora de la calidad de las organizaciones sanitarias.

Evalúa, acredita, aconseja y establece los requisitos que han de cumplir los centros asistenciales. A partir de 1990, la JCAHO incluyó los principios de excelencia, es decir los principios de TQM, en un modelo orientado a evaluar la calidad asistencial.

El modelo de JCAHO se basa en un proceso de evaluación externa e imparcial, estableciendo estándares profesionales internacionales, que requieren de evaluación continua que se actualiza de forma regular.

Los estándares se centran en dos áreas: funciones centradas en el paciente y funciones de la organización. A cada criterio se le establecen objetivos y estándares a cumplirse.

Funciones centradas en el paciente:

- Acceso y continuidad.
- Derechos del paciente y de los familiares.
- Evaluación del paciente.
- Asistencia de pacientes.
- Educación de pacientes y sus familiares.
- Ética de la organización.

Funciones de la organización:

- Gestión y mejora de la calidad de la atención.
- Prevención y control de las infecciones.
- Dirección y liderazgo.
- Entorno y seguridad.
- Cuantificación y formación de los profesionales.
- Gestión de la información.

Una vez que la JCAHO concluye su proceso de evaluación, emite un informe y recomendaciones de áreas de mejora. Este modelo de acreditación sanitaria, acredita centros sanitarios, no servicios.

Debido a que el modelo JCAHO es específico para organizaciones sanitarias, sus normas se centran en los pacientes y se enfocan a los aspectos principales de la práctica clínica y de la organización. Los conceptos y el lenguaje empleados son enfocados al lenguaje clínico, lo que facilita la incorporación del personal de salud al proceso de mejora de la calidad.

La JCAHO otorga una acreditación, en este modelo una vez evaluada la organización se comprueba que la institución cumpla con los estándares internacionales de calidad para la atención sanitaria y la gestión de la organización. Si la organización cumple con todos los requerimientos se le otorga una acreditación por un período de 3 años con revisiones permanentes y autoevaluaciones. (Miralles, 2007)

Conclusión de este capítulo:

Los modelos de gestión son una manera práctica de esquematizar la gestión de calidad de una organización, que además son útiles como parámetros para medir la efectividad; también son útiles como una manera de estandarización y evaluación entre pares para la otorgación de premios como en el caso del modelo de gestión de calidad en salud, que es empleado para otorgar el premio nacional de calidad en salud otorgado por la SSA y que también es empleado para otorgar la certificación por parte de esta misma institución.

Capítulo 5. Modelos de gestión de calidad de las instituciones de salud pública en México

Este capítulo está dedicado a la descripción y análisis de los modelos de gestión de calidad previos al modelo de gestión de calidad en salud. Por lo que se hace además de una descripción un análisis de los cambios respecto al modelo actual. Finalizando con la descripción del modelo de gestión de calidad en salud empleado actualmente en las instituciones IMSS, ISSSTE, SSA Y PEMEX.

5.1 IMSS: Modelo de administración por *calidad total*.

Figura 13 Modelo de calidad total IMSS



Fuente: Narvaez, 2015.

En este modelo se parte del liderazgo ya que sin este no es posible el cumplimiento de los objetivos de calidad, mediante la planeación, elaboración de procesos y la implementación de medidas de mejora.

En segundo lugar se encuentra el usuario, quién además de ser el beneficiado de los servicios es quien evalúa mediante su satisfacción los servicios de la institución.

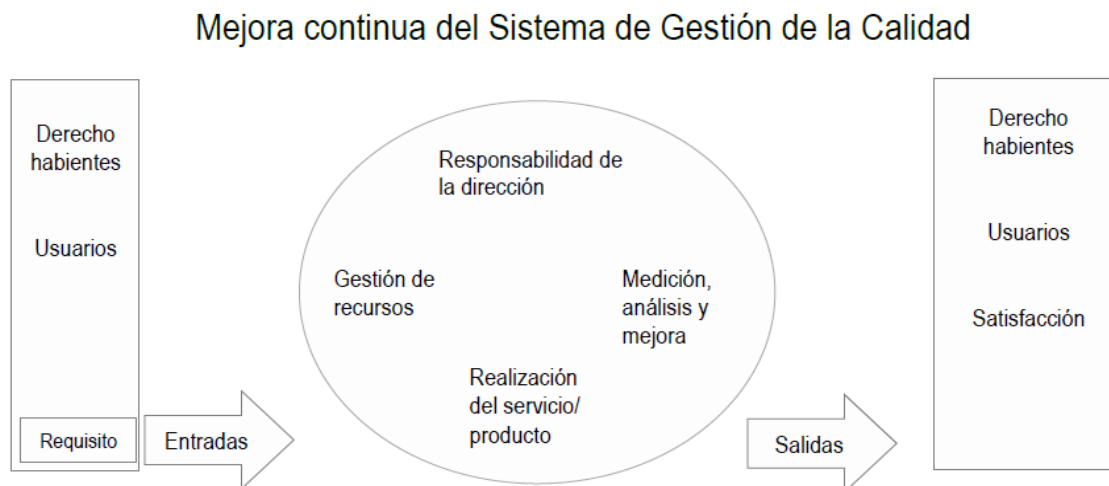
En tercer lugar se encuentra la planeación ya que una vez que se ha medido la satisfacción del usuario es posible conocer las áreas de mejora y así los líderes es decir la dirección, será capaz de establecer los objetivos y las estrategias a realizar para la mejora de la calidad de los servicios. Lo anterior se transforma en información que es difundida al personal quienes serán los encargados de desarrollar los procesos de mejora, lo cual tendrá como resultado un beneficio a la sociedad y como resultado el cumplimiento de los estándares de calidad.

Diferencias respecto al modelo actual:

Este modelo comparte similitudes con el modelo actual exceptuando que no se considera el desarrollo y satisfacción del personal, la mejora de procesos, ni la responsabilidad social así como la innovación tecnológica por otra parte no se consideran los resultados de valor ya que únicamente se mencionan los resultados pero sin detallar en qué áreas se esperan dichos resultados; pero de igual manera que el modelo actual contiene los elementos de las personas, el liderazgo y la planeación.

5.2 ISSSTE: Modelo de *calidad total*.

Figura 14. Modelo de calidad total



Fuente: Narvaez,2015.

Este modelo de gestión se basa en la mejora continua de su sistema de gestión de calidad el cual está representado como un proceso en el cual las entradas están dadas por los usuarios o derechohabientes y su necesidad de atención médica para el restablecimiento o mejora de su salud.

El proceso de transformación está dado por la realización del servicio el cual debe ser medido, analizado y mejorado; siendo la dirección la encargada de realizar las estrategias de mejora así como la gestión de todos los recursos implicados en la atención del derechohabiente, dicho proceso deriva en una salida el cual en este caso es el derechohabiente a quien se le ha resuelto su problemática viéndose reflejado como la restauración o mejora de su salud y su grado de satisfacción por el servicio recibido.

Diferencias respecto al modelo actual:

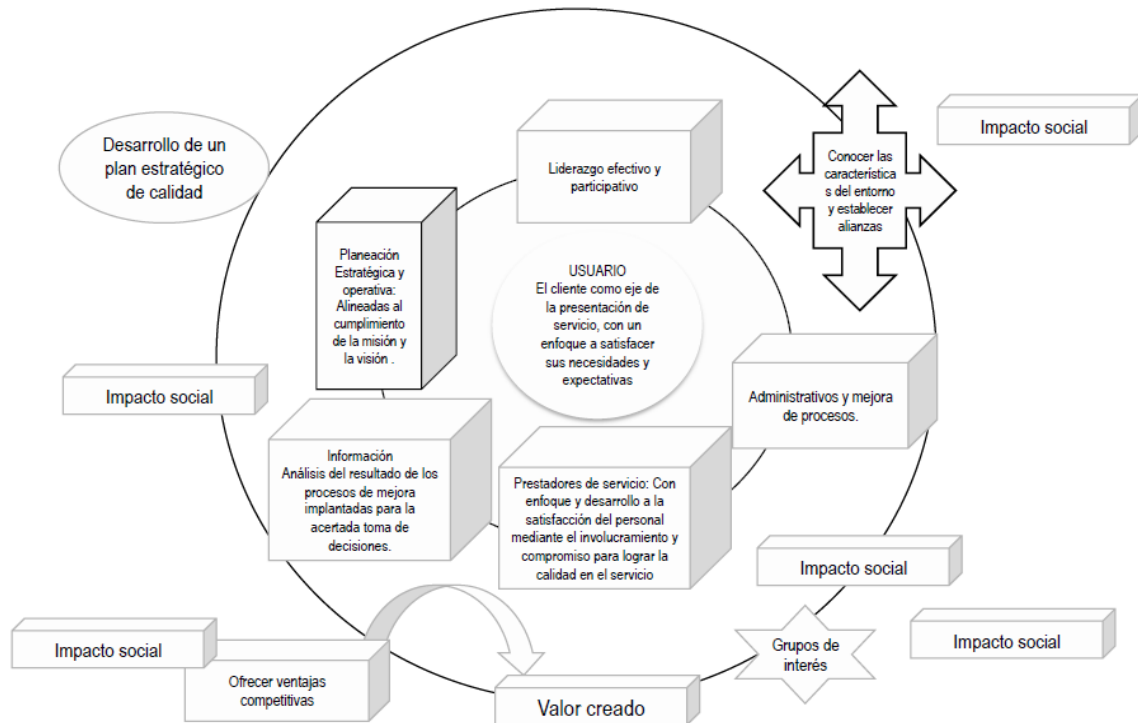
Probablemente este es el modelo con mayores diferencias al modelo actual ya que este asemeja a un proceso y en él se observan las entradas que están dadas por el derechohabiente, sus necesidades y expectativas, posteriormente se observa un proceso de atención en el que intervienen aspectos como lo son la responsabilidad de la dirección, la gestión de recursos, la realización del producto o servicio y la medición y análisis de la mejora para así obtener la salida que es nuevamente el usuario ya con sus necesidades y expectativas resueltas.

Mientras que actualmente se observa un modelo más integral que incluye los elementos más relevantes para brindar una buena atención incluyendo aspectos que se dejaban de lado como el ser una organización segura y confiable.

Actualmente hay más especificidad respecto a la gestión del personal ya que ahora se integran la satisfacción y el desarrollo del mismo. A su vez se le da relevancia a la información y la innovación tecnológica, por lo que parte del modelo de gestión será buscar organizaciones con tecnología acorde a las necesidades actuales de los pacientes.

5.3 Secretaría de Salud (SSA): Modelo de administración por calidad *total*.

Figura 15 Diagrama del modelo de administración por calidad total



Fuente: Narvaez,2015.

Este modelo es de mayor similitud con el modelo actual. En él se localiza al usuario en la parte central del modelo, ya que el objetivo del mismo es brindar atención médica que satisfaga sus necesidades y expectativas y para lograr este objetivo se basa en cinco elementos principales que son:

- **Liderazgo efectivo y participativo:** un punto de gran importancia ya que si se carece del interés, conocimiento y guía de la dirección se carecerá del apoyo para la detección de áreas de oportunidad, creación de círculos de calidad o equipos multidisciplinarios, recursos que en muchas ocasiones

son indispensables para la realización de mejoras, cumplimiento de normas etc.

Este punto se relaciona con la idea de Juran de que en muchos casos los problemas de calidad son responsabilidad de los directivos y que son parte fundamental de la mejora y de la buena calidad.

- **Administrativos y mejora de procesos:** para lograr llegar a una buena calidad de atención es necesaria la participación de todo el personal, en este caso los administrativos tienen un papel de gran importancia en este modelo ya que serán estos los que se encargan del trabajo en equipo entre unidades para favorecer la mejora de la calidad.
- **Prestadores de servicio:** este modelo busca una calidad en el servicio por parte de los prestadores del mismo cumpliendo con las expectativas y desarrollo del personal para así lograr contar con personal capacitado y comprometido a alcanzar una buena calidad en el servicio.
- **Información:** para cualquier actividad de mejora de la calidad es de vital importancia la información, conocer las áreas de oportunidad, las necesidades del usuario, su percepción de la calidad del servicio, conocer la estructura disponible, las necesidades y expectativas del personal para así poder desarrollar actividades de mejora y elevar la calidad de los servicios.
- **Planeación estratégica y operativa:** para poder realizar una buena planeación que se apegue a los objetivos de la institución, es importante conocer la misión y la visión de la institución para de esta manera guiar de manera adecuada los procesos que se realizan dentro de la institución.

Todos los puntos anteriores están inmersos dentro de un entorno que en el caso de este modelo de gestión está definido por el impacto social que causan los

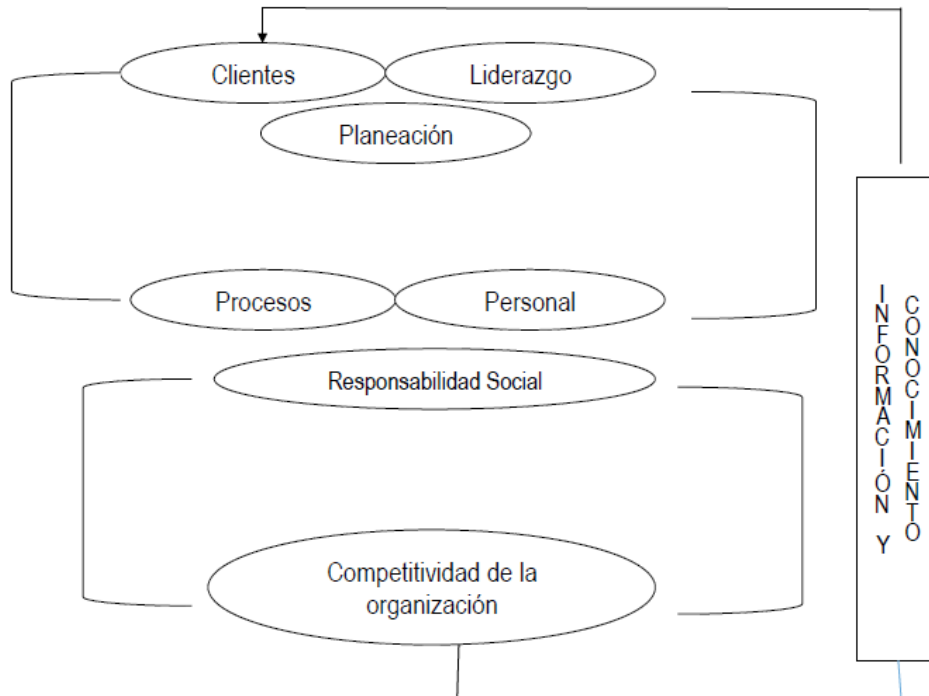
servicios de salud ofrecidos a la población, lo cual brindara información para el desarrollo de un plan estratégico de calidad, un valor creado y la detección de los grupos de interés.

Cambios respecto al modelo actual:

Este modelo es antecesor del modelo actual, ya que comparte similitudes en sus elementos como lo son: las personas como entro de modelo, el liderazgo, la mejora de procesos, el desarrollo y satisfacción del personal, estos elementos se conservaron y se integró el elemento de información, conocimiento, innovación y tecnología; así como los resultados de valor en los que encontramos la salud poblacional, acceso efectivo, organizaciones confiables y seguras, experiencia satisfactoria y costos razonables.

5.4 PEMEX: Modelo de calidad de la subdirección de servicios de salud de Pemex

Figura 16 Diagrama de modelo de calidad de la subdirección de servicios de salud de PEMEX



Fuente: Narvaez,2015.

Este modelo de gestión se basa en la competitividad, busca que sus servicios ofertados sean los mejores mediante una responsabilidad social.

Para lograr sus objetivos se basan en la planeación en la cual involucran los procesos, el personal, el liderazgo y los pacientes que en este caso son denominados "clientes", aunque no se mencionan sus expectativas o la satisfacción de sus necesidades.

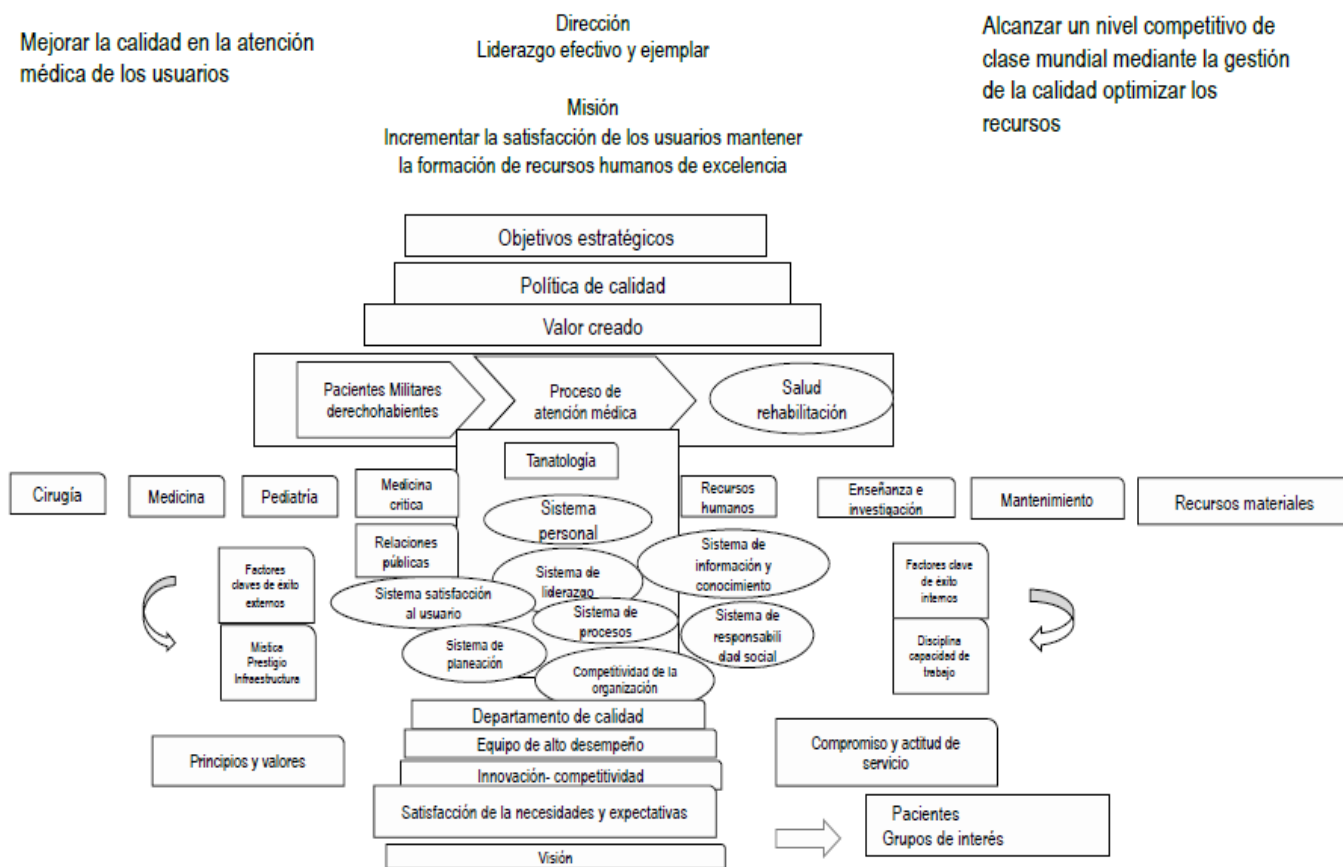
En este modelo se señala que para lograr la competitividad y satisfacción del cliente es necesario que durante todos los procesos haya una adecuada información y conocimiento de los mismos.

Cambios respecto al modelo actual:

Aunque este modelo tenía muchos elementos en común con el modelo de gestión de calidad en salud, la visión del modelo anterior de PEMEX se orientaba más hacia la competitividad buscando la excelencia en cada una de sus unidades, lo cual era el punto más destacado de este modelo por lo cual es uno de los mayores cambios del modelo pasado al actual, el cual se centra en las personas.

5.5 * SEDENA: *Modelo de calidad total* del Hospital Central Militar.

Figura 17 Diagrama del modelo de calidad total



Fuente: Narvaez, 2015.

En este modelo destaca que desde el comienzo se plantean sus objetivos y misión colocando en primer lugar la dirección y el liderazgo ya que estos factores serán los que guíen a este modelo de gestión, se le da una gran importancia a los objetivos, una vez logrados los objetivos el paciente resultara beneficiado y para lograr una atención de buena calidad se consideran a las áreas médicas pero también a las áreas de apoyo lo que le brinda una visión integral y de trabajo en equipo ya que todas las áreas están interconectadas e involucradas en la atención del paciente.

Se consideran las expectativas y necesidades del paciente, el trabajo en equipo y destaca la identificación del departamento de calidad dentro del modelo de gestión

ya que al igual que la dirección también desempeñaran un papel de gran importancia para la gestión de la misma.

En este modelo al destacar el liderazgo, la calidad se da como resultado del mismo. Este líder es el encargado de mantener y garantizar altos estándares en su personal, a través del cual se busca la satisfacción del usuario.

Diferencias respecto al modelo de gestión de calidad en salud:

Este modelo integra muchos de los elementos que encontramos en el modelo de gestión de calidad en salud, tales como son el liderazgo, la experiencia satisfactoria, responsabilidad social y desarrollo y satisfacción del personal.

Por otra parte este modelo destaca por su liderazgo y trabajo en equipo; en este modelo se destaca la interacción entre todas las áreas del hospital, no solo las que tienen un contacto directo con el paciente, otro aspecto importante de este modelo es la competitividad, este modelo busca organizaciones competitivas mediante la eficiencia en el uso de recursos así como la competitividad con estándares internacionales.

A diferencia del modelo actual, el cual se centra en las personas este modelo se centra en un liderazgo efectivo que guía a la organización a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes, además en este modelo se plantea una formación de recursos humanos de excelencia por lo cual al igual que en el modelo actual se busca el desarrollo del personal, aunque no se menciona nada relacionado a su satisfacción.

Por ultimo una diferencia de gran importancia es que la satisfacción se busca teniendo personal de excelencia.

* Este modelo se incluyó únicamente como comparativa, ya que de acuerdo a la DGCES, la SEDENA y SEMAR no aplican el modelo de gestión de calidad en salud.

Tabla 2. Comparativa de modelos de gestión de calidad

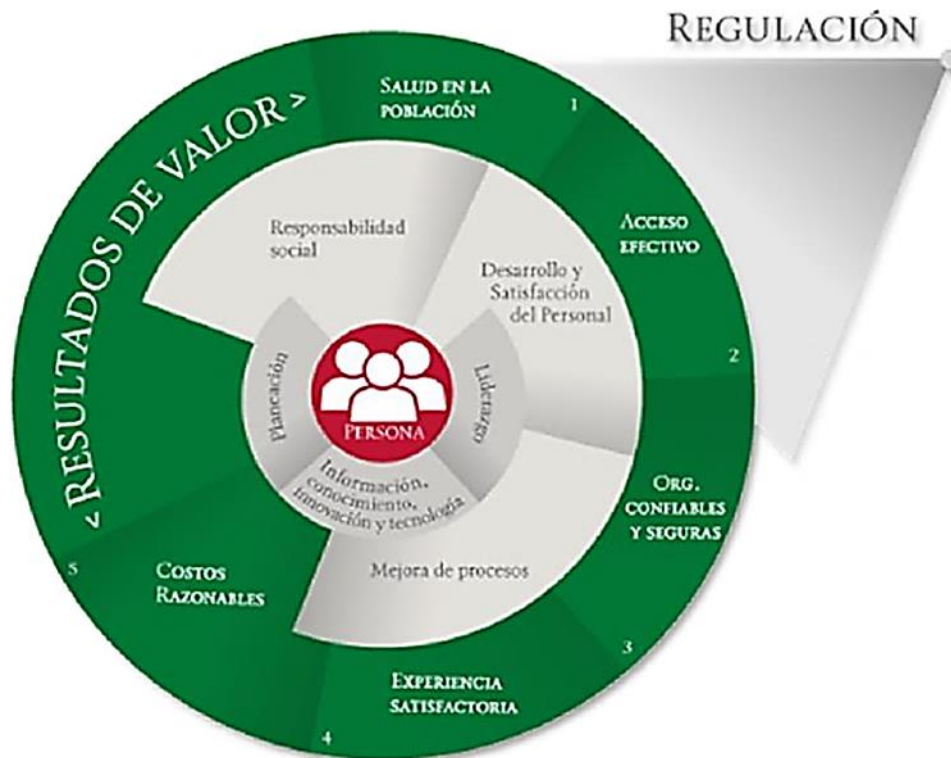
Institución	Diferencias respecto al modelo actual	Mejoras en el modelo actual
IMSS	<ul style="list-style-type: none"> - El principal cambio es que en este modelo la base era el liderazgo, actualmente son las personas. - No se consideraba la satisfacción y desarrollo del personal de pacientes y de los usuarios. - El enfoque de procesos era hacia los resultados, dejando de lado la mejora de los mismos. - La seguridad y confiabilidad de la organización no se consideraba. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se incluye la satisfacción de pacientes y del personal. - La mejora de procesos forma parte del modelo. - Se buscan costos razonables. - Se reconoce la importancia de tener organizaciones responsables socialmente. - El tener organizaciones seguras y confiables se vuelve parte integral.
ISSSTE	<ul style="list-style-type: none"> - El modelo de gestión era representado como un proceso, donde se buscaba la satisfacción del paciente con la resolución de su problemática, durante la salida del proceso tras recibir la atención. - No se considera propiamente el liderazgo sino la responsabilidad de la dirección. - No se consideraba el impacto social, los costos, la información conocimientos e innovación tecnológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Se tiene un panorama más completo respecto a la atención. - Las personas son determinantes para la gestión y no solo una entrada del proceso. - Se incluye la planeación. - Los costos razonables cobran mayor importancia. - El liderazgo es parte fundamental más allá de la dirección. - Se le otorga importancia a la información e innovación tecnológica.
SSA	<ul style="list-style-type: none"> - Las ventajas competitivas se eliminan. - Se deja de buscar el establecimiento de alianzas y cooperación. - Los resultados de valor se enfocan a la satisfacción, acceso y seguridad del paciente para lograr la salud poblacional. - La planeación es integral, más allá del logro de una visión y misión y más orientada a las personas 	<ul style="list-style-type: none"> - La mejora de procesos ya no se limita solo a los administrativos, se tiene una visión global. - Integración de la innovación tecnológica. - Organizaciones seguras. - Mayor interés por un acceso efectivo. - Interés por una experiencia satisfactoria.

<p>PEMEX</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se deja de lado la competitividad y toma mayor relevancia las personas. - No se incluían los costos en el modelo. - La satisfacción del personal no era considerada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se considera el acceso efectivo. - Se buscan costos razonables. - La innovación tecnológica cobra interés. - La mejora de procesos se incorpora como elemento.
<p>*SEDENA (Hospital central militar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La misión y visión son fundamentales. - El cumplimiento de objetivos es de gran importancia. - Se resalta la importancia de todas las áreas. - La disciplina, el prestigio y la infraestructura están presentes en este modelo. - Integra principios y valores al momento de brindar el servicio. - Es importante la competitividad y un alto desempeño. - Busca competitividad a nivel mundial mediante la optimización de recursos. - Liderazgo, satisfacción del usuario, planeación, procesos, responsabilidad social, información y conocimiento son considerados sistemas. 	<p>Realmente es complicado saber si hubiera existido una mejora, ya que este modelo es muy completo.</p> <p>En él se consideran al paciente, a todo el personal, no solo el médico como parte esencial de la atención.</p> <p>Destaca por su disciplina, competitividad, valores, innovación y logro de los objetivos organizacionales.</p> <p>Al igual que el modelo actual también considera su entorno e impacto en el.</p> <p>Además la mejora continua es parte también de este modelo.</p>

* Este modelo se incluyó únicamente como comparativa, ya que de acuerdo a la DGCES, la SEDENA y SEMAR no aplican el modelo de gestión de calidad en salud.

5.6 Modelo de gestión de calidad en salud (modelo actual)

Figura 1. Modelo de gestión de calidad en salud



Fuente: Fuente: Secretaría de salud, 2016

Este modelo fue diseñado por la Dirección General de Calidad y Educación en salud (DGCES), con la finalidad de mejorar la calidad en los establecimientos de atención médica, este modelo busca lograr resultados en las siguientes áreas:

- Salud.
- Acceso efectivo.
- Atención médica segura.
- Costos razonables.
- Satisfacción de la persona a transitar por el sistema.

Este modelo tomo como base para su desarrollo el modelo para el premio de calidad Malcolm Baldrige. El modelo de gestión de calidad en salud debe ser

implementado en las organizaciones y establecimientos de salud para participar en el premio Nacional de Calidad en salud.

Actualizándose a los estándares internacionales, está compuesto de 8 criterios, que son los siguientes:

- Personas.
- Liderazgo.
- Información, conocimiento, innovación y tecnología.
- Planeación.
- Responsabilidad social.
- Desarrollo y satisfacción del personal.
- Mejora de procesos.
- Resultados de valor: salud en la población, acceso efectivo, organizaciones confiables y seguras, experiencia satisfactoria y costos razonables.

- **Personas (atención centrada en las personas, comunidad y población):**

Las personas representan la razón de ser del esfuerzo institucional, enfocándose en ellas se realiza la administración de recursos, procesos, métodos, técnicas e instrumentos destinados a brindar la atención centrada en la persona; centrándose en sus características y necesidades.

Subcriterios:

- Conocimiento profundo de las personas, comunidad y población; diagnóstico situacional y de salud.
- Comunicación con las personas, comunidad y población.
- Experiencia de la persona en la organización.
- Oferta de servicios.

- **Liderazgo:**

El liderazgo debe considerarse como el punto de unión y sustento para la cultura organizacional. La administración enfocada en calidad es una herramienta directiva dentro de la cual se dirigen los esfuerzos de la organización al conocimiento y satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas, poblaciones y comunidades, mediante el diseño, medición, análisis y mejora de los procesos, con participación de todo el personal mediante redes de equipos de trabajo.

El logro de estos esfuerzos se determina por el desarrollo de competencias laborales enfocadas a resultados, mejora continua e innovación, mediante el desarrollo de la cultura organizacional y la creación de valor de la participación de los grupos de interés que en este caso están conformados por las personas, trabajadores, proveedores y sociedad en general.

Debido a que en este modelo se parte del enfoque al usuario, es a través de este enfoque, que se establecen los sistemas de liderazgo; que promuevan la cultura participativa, involucramiento, trabajo en equipo, planeación y mejora continua. Posteriormente surgen los planes operativos, las guías para los procesos y los sistemas de trabajo e interacción del personal que crearán el valor y los resultados que la organización espera para lograr ser competitiva y tener un crecimiento.

Subcriterios:

- Liderazgo aplicado al ejemplo y a la práctica.
- Cultura de calidad.
- Metas y objetivos claros.
- Competencias del equipo directivo.
- Identificación de líderes para los equipos de alto desempeño.

- **Información, conocimiento, innovación y tecnología:**

Este criterio se refiere a la forma en la que se obtiene, estructura, resguarda, actualiza, analiza, interpreta y comunica la información para evaluar la eficacia y la eficiencia del desarrollo del establecimiento de salud. El conocimiento es indispensable para la toma de decisiones.

La información se genera a través de la evaluación del sistema en tres niveles principales:

1er nivel, en este nivel se considera la calidad desde un enfoque integral, donde se incluyen la medición y el logro de las políticas, los planes o los proyectos institucionales.

2do nivel, se evalúa la estructura, proceso y resultado, lo que permite identificar fortalezas y debilidades en la prestación de la atención médica.

3er nivel, este mide la calidad de un servicio de salud para un problema específico, es decir para un tipo de usuario en específico.

Con la información obtenida en estas evaluaciones se generan indicadores cuyo propósito es medir la efectividad, seguridad y el enfoque centrado en el usuario.

Subcriterios:

- Alineación de la información estratégica.
- Análisis e interpretación de la información.
- Protección de la información.
- Información en salud de referencia.
- Metas y objetivos sectoriales.
- Ganancia en salud

- **Planeación:**

En este criterio se definen las acciones mediante las cuales el establecimiento de salud oriente el trabajo para definir sus objetivos y estrategias, así como la forma en que se desplegaran en la unidad para lograr el incremento de la calidad de sus servicios. Durante la planeación se determina la propuesta para definir, recursos necesarios, capacidades, competencias y mecanismos para generar resultados que coadyuven al modelo organizacional por parte de los diversos servicios en la atención médica y en la estructura administrativa.

Subcriterios:

- Planeación estratégica.
- Cumplimiento de la regulación.
- Planeación operativa.
- Plan anual de calidad y seguridad del paciente.

- **Responsabilidad social:**

Define como la unidad cumple con su responsabilidad pública, como contribuye al desarrollo sostenible y sustentable de su entorno y la promoción de la cultura de calidad dentro de la comunidad. La responsabilidad implica la congruencia institucional con los diversos grupos de interés como lo son: el personal, los usuarios, la comunidad donde se ubican y la sociedad en general.

La responsabilidad social está definida por la protección del medio ambiente, recursos naturales y el cumplimiento de las normas que regulan estos recursos.

Subcriterios:

- Responsabilidad pública.
- Promoción de la cultura de calidad (al interior y al exterior de la unidad).
- Hospital seguro

- **Desarrollo y satisfacción del personal:**

En el área de la salud esto representa un gran desafío debido a que en estas organizaciones interactúan profesionales de diferentes disciplinas, desde profesionales altamente especializados hasta prestadores de servicios básicos en áreas de apoyo. Por ello es importante articular procesos de modelado por competencias entre las diferentes áreas de gestión de recursos humanos, procesos que implican un cambio en la cultura de trabajo, lo cual implica tiempo, paciencia, perseverancia, disposición al aprendizaje, inteligencia para introducir cambios, y flexibilidad.

Subcriterios:

- Evaluación del desempeño.
- Identificación y desarrollo del talento.
- Satisfacción del personal.
- Programa de incentivos.
- Experiencia del personal en la institución.

- **Mejora de procesos:**

Este enfoque se fundamenta en la mejora continua de los procesos, que permite a la organización generar conocimiento y aprendizaje, mediante un ciclo donde se identifica la meta organizacional, se formula una teoría, se definen los indicadores para medir el grado de éxito en el cumplimiento de metas, y se establece un plan de acción. El resultado alcanzado son los servicios que evolucionan hacia la calidad, la eficiencia y el acceso efectivo.

Subcriterios:

- Administración de procesos estratégicos.
- Administración de procesos de apoyo integral.
- Administración de procesos de suministro.
- Gestión del riesgo en la atención.

- **Resultados de valor:**

Evalúa el desempeño del sistema de gestión de calidad, enlista las aportaciones a la salud de la población, los ciclos de mejora orientados al acceso efectivo, y la seguridad que ofrece la organización a sus usuarios, tanto estructural, como en sus procesos y resultados. Identifica el grado de confianza que otorga el usuario, detalla los costos de la atención. Detalla los mecanismos de ahorro y realiza mecanismo para sustentar el logro de un alto grado de satisfacción de los usuarios tanto internos como externos.

Subcriterios:

- Salud en la población.
- Organizaciones confiables y seguras.
- Experiencia satisfactoria.
- Costos razonables. (Secretaría de Salud, 2019)

5.7 Análisis, modelos de gestión de calidad previos al modelo de gestión de calidad en salud.

Tras el análisis individual de los modelos, algo relevante a señalar es el hecho de la importancia de la calidad total para las instituciones ya que varios de sus modelos llevaban en su nombre el término “calidad total”. ¿Pero que es una gestión basada en calidad total?.

Calidad total, es una filosofía de gestión que surge como resultado de la integración de estilos de las principales formas de gestión de calidad desarrolladas por Deming, Juran y Crosby.

Para Deming la calidad la define el cliente así como sus necesidades y para satisfacerlas la dirección debe proporcionar los recursos necesarios para investigar al consumidor; otro punto de gran importancia para Deming es la mejora continua, algo que indudablemente se busca en la gestión de calidad total. La filosofía de Juran se enfoca en la planeación, control y mejora de los procesos de calidad y para Crosby la calidad es resultado del cumplimiento de los requisitos y la prevención de defectos mediante el cumplimiento de los requerimientos. (Benzaquen, 2013)

Calidad total también son las actividades que se realizan para conseguir servicios y productos de calidad. Así mientras calidad es un conjunto de atributos de un producto o servicio calidad total es la forma de obtenerla, es decir una manera de gestión. (Tort-Martorell J., 1995)

Calidad total es un término empleado para denominar una filosofía también conocida como TQM (Total Quality Management) o Gestión de Calidad Total, la cual es un conjunto de herramientas y un proceso cuyo resultado genera satisfacción en el cliente y una mejora continua en la organización; para que estas herramientas tengan éxito es necesario que todos los directivos estén involucrados con su implementación.

Con la implementación de esta metodología se busca mejorar la eficacia y la competitividad de las organizaciones en todos sus niveles, mediante el involucramiento de todos sus miembros.

Otra característica fundamental de TQM es la mejora continua de procesos. Mejora continua es un conjunto de técnicas y herramientas utilizadas para la mejora del rendimiento, aplicadas para todos los niveles y áreas de la organización. (Griful E., 2002) (Guglieri, 1997)

En 1994 Waldman propuso ocho elementos claves para todo sistema de gestión de calidad total:

- 1) Compromiso de la alta dirección, la cual debe ubicar una buena calidad como su más alta prioridad.
- 2) Una definición abierta de la calidad; como la satisfacción de las expectativas de los clientes al menor coste posible, lo cual tiene que estar presente en todas las fases desde el diseño, la producción y entrega de un producto o servicio.
- 3) Establecer un liderazgo orientado hacia los valores como son la satisfacción del cliente y la mejora continua así como a la visión de mejora continua de TQM.
- 4) El desarrollo de una cultura de la calidad.
- 5) Empowerment e implicación de todos los miembros de la organización en un esfuerzo cooperativo para lograr las metas de calidad. Debe existir interacción y cooperación entre las distintas áreas de la organización.
- 6) Orientación hacia una gestión a través de los datos incluyendo el uso de técnicas científicas y de resolución de problemas tales como el control estadístico de procesos. Se deben también evaluar las expectativas de los clientes y las opiniones de los empleados respecto a los diferentes procesos.

- 7) Formación y benchmarking para mejorar continuamente las capacidades de los empleados y los procesos de trabajo.
- 8) Intentar implicar a los proveedores externos y a los clientes en la filosofía de TQM. (Millán, 1997)

Así mismo TQM también considera el hecho de que siempre hay un margen de error y para minimizar el mismo se pueden llevar a cabo tres acciones:

- En primer lugar se debe contar con los insumos necesarios con la finalidad de no cometer errores, o incluso alterar los procesos.
- Se debe contar con un sistema para detectar errores de manera eficiente y rápida.
- Si un error llega a ocurrir debe haber una autoridad que detenga la cadena de producción y así evitar la propagación de errores que deriven en unidades defectuosas o en una mala prestación de servicios.

Para que estas acciones tengan un buen resultado es necesario que el personal pueda expresarse en un ambiente de confianza, además de promover la innovación y libertad de pensamiento para que el empleado sea capaz de innovar; lo cual ayudara a un buen desarrollo de la organización. (Moitra, 2019)

Otro factor relevante es el hecho de la conciencia de la responsabilidad de un buen liderazgo, ya que sin el no es posible una buena dirección de una institución, además son los directivos los que establecen los objetivos de la institución de lo contrario se puede perder el objetivo de la misma, por otra parte son los directivos los que tienen la obligación de facilitar y proporcionar los elementos necesarios para llevar a cabo los procesos. Tal es la importancia de los directivos que los

problemas de calidad pueden ser considerados problemas de la dirección y de la capacitación del personal. Algo que cabe mencionar es que la calidad es resultado de varios procesos y por ello no puede ser alcanzada de forma inmediata.

Por ello es importante comprender que es el liderazgo. El liderazgo difiere de la dirección en que el liderazgo es parte de la dirección, las actividades de la dirección como la planificación, organización y la toma de decisiones no son efectivas hasta que el líder estimula el poder de la motivación de las personas y los dirige hacia los objetivos. Por ello el liderazgo puede definirse de las siguientes maneras:

El liderazgo es “La habilidad de impactar, influir y dirigir la conducta de otros, quienes se sienten seguidores, motivados para lograr objetivos y metas del bien común. El liderazgo es un proceso de acontecimientos, acciones y tareas interrelacionados que se van dando paulatinamente”. (Dávalos 2011 pág. 45)

Otra definición de liderazgo es: “Arte o proceso de influir en las personas de modo que se esfuercen de manera voluntaria y entusiasta hacia el logro de las metas del grupo”. (Koontz H. 2013 pág. 302)

La definición anterior resulta interesante ya que en esta se considera el esfuerzo personal de los colaboradores de una organización para el logro de las metas de la misma; algo que resulta de vital importancia y complejidad ya que si no se le involucra lo suficiente al trabajador sin importar su jerarquía o puesto que desempeñe, en los objetivos organizacionales, este carecerá de un objetivo personal que ayude a cumplir los objetivos organizacionales, carecerá de motivación y no comprenderá como las funciones que realiza pueden afectar de una u otra forma a que se alcancen o no los objetivos de la organización.

Por ello se necesita de un buen líder, que sea capaz de influir en su personal y darles también el valor para que ellos de manera voluntaria mejoren su desempeño y lo orienten en beneficio de la organización.

Además el líder debe tomar la iniciativa, mantener las altas expectativas y debe ser capaz de resolver problemas y lograr los objetivos. Los líderes hacen partícipes en la toma de decisiones a los miembros de sus equipos, el liderazgo no solo es una figura de poder, se trata de la capacidad de influenciar a los demás.
(Castro, 2007)

De acuerdo con la información anterior se observa que en el caso del modelo de “Administración por Calidad Total del IMSS” se incluye en primer lugar el liderazgo, en segundo al usuario; por lo cual es de suponerse que lo que se busca mediante el liderazgo es la satisfacción de las necesidades y expectativas del mismo, para lo cual se requiere de planeación y de un proceso de transformación, pero no se contempla un proceso de control ni de mejora continua que son también característicos de la administración TQM.

En el caso del modelo “De calidad Total” del ISSSTE, este modelo se enfoca en la mejora continua buscando la satisfacción de las necesidades del cliente para lo cual la dirección tiene la responsabilidad de gestionar los recursos, realizar el servicio, medir, analizar y realizar las acciones de mejora continua pertinentes para lograr la satisfacción de los derechohabientes o usuarios.

En el “Modelo de Administración por Calidad Total de la SSA”, se incluyen elementos básicos del modelo de TQM, dentro de los que se incluyen al cliente como el centro y de quien deben ser satisfechas sus necesidades y expectativas

así como el liderazgo y la mejora continua todo en un entorno en el que se sabe existirá un impacto social.

El modelo de “Calidad de la Subdirección de Servicios de Salud de PEMEX, no se basa en la filosofía de TQM, es un modelo enfocado en la competitividad y mediante ella se realiza la mejora de la calidad, siendo el beneficiado el cliente; sin embargo este último no es el centro del modelo.

Por último en el caso del modelo “De Calidad Total del Hospital Central Militar” destaca el liderazgo, la interacción interdisciplinaria, el trabajo en equipo entre las diferentes especialidades de atención médica para la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente, lo cual tiene una relación estrecha con el liderazgo, mismo que es un factor importante para este modelo. Y a diferencia de otros modelos éste incluye un departamento de calidad y debido a la relevancia que se observa de la competitividad en este modelo, es parte fundamental la mejora continua para el logro de los objetivos organizacionales.

5.8 Análisis del modelo de gestión de calidad en salud (modelo actual)

Este modelo no solo tiene similitudes con el modelo Malcolm Baldrige sino también con uno de sus antecesores, el modelo de “Administración por Calidad Total” de la SSA, en el cual el usuario también era parte central, la mejora de procesos también es parte de los elementos del modelo así como el desarrollo y satisfacción del personal.

El desarrollo y satisfacción personal es uno de los elementos que distingue al modelo de gestión de calidad en salud de todos los modelos anteriores excepto del modelo de administración por calidad total ya que en los modelos anteriores se consideraba al personal como parte fundamental del proceso de atención pero no se consideraban su desarrollo y satisfacción personal, lo cual puede modificar la productividad de cada persona, una institución que se preocupa por el desarrollo de su personal llevará acabo una constante capacitación y se ocupara del crecimiento del mismo, mientras que una institución que no desarrolle a su personal tendrá como resultado personal insatisfecho y poco comprometido con la organización.

Algo relacionado con el desarrollo del personal es otro elemento del modelo de gestión es decir; la información, conocimiento e innovación tecnológica, en este elemento es de gran importancia la capacitación e información sobre el sistema de gestión de calidad, el modelo de gestión y en general de todo el conocimiento que requiere el personal para desempeñar sus actividades.

Algo significativo de este modelo son los resultados de valor ya que en estos se incluyen el acceso a los servicios, la seguridad, confiabilidad, la experiencia del usuario y se busca que todo se realice bajo un costo razonable.

Esto último resulta de gran relevancia durante esta administración ya que los objetivos de las instituciones deben ser muy claros para poder usar los recursos de una manera eficiente que permita cumplir de manera adecuada a los mismos, estos están dados por las necesidades de los usuarios volviéndose de vital importancia la prevención para de esta manera evitar que un mayor número de pacientes lleguen a un tercer nivel de atención o que las instituciones se vean rebasadas para poder brindar sus servicios, lo que desencadenaría una falta de atención y una mala percepción de calidad y experiencia del usuario.

Ejemplo de lo anterior es la actual situación vivida por la pandemia a causa del virus SARS-CoV-2 (COVID 19), donde la capacidad hospitalaria se vio rebasada, los insumos fueron insuficientes en muchas ocasiones y los pacientes tenían que recorrer varios nosocomios antes de encontrar uno con capacidad para poder brindarles atención. A raíz de esto la percepción de los usuarios derechohabientes en la mayoría de los casos no es buena.

Por otra parte la mejora de procesos es una parte importante para el logro de los objetivos institucionales ya que a partir de ello la atención puede mejorar acorde a las necesidades del paciente y de la institución. La gestión de este elemento entre instituciones es distinta para cada una ya que aunque es un elemento importante de la gestión para todas las instituciones el desarrollo de la mejora continua es distinta entre ellas.

Por lo tanto con los elementos del modelo de gestión se busca obtener resultados de valor, tal y como lo indican en la representación gráfica; en la salud poblacional acceso efectivo, como organizaciones confiables y seguras buscando una experiencia satisfactoria con costos razonables, aunque en ocasiones factores externos lo dificulten.

Conclusión de este capítulo:

Tras el análisis de los distintos modelos de gestión de calidad empleados por las instituciones de salud y su comparativa con el modelo que se emplea de manera unificada en la actualidad se encuentran constantes como son el liderazgo y la mejora continua pero algo de gran relevancia es que el modelo actual es que se integra por un mayor número de criterios y subcriterios que le confieren una visión

más amplia considerando aspectos que habían tenido menor relevancia como la satisfacción y capacitación del personal así como del impacto de la salud en el entorno social incluyendo una visión de responsabilidad social.

Capítulo 6. Desarrollo y resultados de la investigación

6.1 Desarrollo de la investigación

La investigación está dividida en dos partes:

- 1) Investigación documental, en ella se analizaron los elementos que conformaban a los modelos de gestión de calidad institucionales previos al modelo de gestión de calidad en salud, posteriormente se realizó una comparativa entre ellos para posteriormente analizar los cambios entre los modelos anteriores y el actual, el cual se emplea de manera unificada por las instituciones. Por lo cual se analizó la literatura disponible, como lo son: manuales, publicaciones, libros y estadísticas.

Esto con la finalidad de tener las bases suficientes para realizar la segunda parte de la investigación en la cual se recurrió a la investigación de campo.

- 2) Investigación de campo, en esta fase fue necesario realizar entrevistas a personal experto del área de gestión de calidad.

En la segunda parte de la investigación es decir, la investigación de campo fue necesario conocer la opinión de los expertos, los encargados de la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud por lo cual se aplicaron entrevistas; esto con la finalidad de obtener información de manera directa respecto a la forma en que el modelo de gestión ha ayudado en la administración institucional, como realizan la mejora continua, cuales consideran son los elementos determinantes del modelo de gestión, que factores favorecen a la aplicación del modelo y cuales dificultan la misma, así como el papel de la alta dirección en la mejora continua.

Para facilitar la obtención de información se diseñó una guía de entrevista de 12 preguntas la cual tuvo como finalidad facilitar el desarrollo de las entrevistas, para en caso de ser posible acudir con el responsable del departamento de calidad de cada institución y en caso de no ser posible el entrevistado pudiera responderlo en forma remota y abierta si así lo deseaba de acuerdo a su agenda y labores cotidianas.

En esta segunda parte de la investigación se incluyeron solo 4 instituciones que fueron: IMSS, ISSSTE, PEMEX y la SSA. La razón por la que la SEDENA y SEMAR no fueron tomadas en cuenta fue debido a que gracias a información obtenida directamente en la DGCES estas instituciones no aplican el modelo de gestión de calidad en salud y no participan en el premio nacional de calidad en salud.

Para elegir a los entrevistados y poder establecer contacto con ellos fue necesario revisar organigramas y directorios de las instituciones para poder contactar con altos mandos del área de calidad. Por lo cual fue necesaria una investigación en diversos portales a manera de obtener los datos requeridos.

Se contactó directamente a la subdirectora de aseguramiento de la salud quien en el organigrama se encontraba como jefa de servicios del departamento de aseguramiento de la calidad del ISSSTE. También se contactó a la titular de la división de aseguramiento de la calidad y normas del IMSS; ambas personas fueron muy amables en responder el cuestionario vía electrónica esto debido a que por sus actividades cotidianas requieren de su desplazamiento constante por varias partes de la ciudad por lo que no fue posible la entrevista en forma presencial.

En cuanto a la entrevista a la SSA esta se realizó a través de la DGCES estableciendo contacto inicialmente vía electrónica con el director de la DGCES, quien amablemente me refirió con el director de seguridad del paciente mismo que

me recibió en las instalaciones de dicha institución y al platicar conmigo me refirió con dos personas que él considero podrían ayudarme más con mi investigación; la primera fue la persona encargada del modelo de gestión de calidad antecesor del modelo de gestión de calidad en salud; la segunda persona es la encargada del estudio del modelo actual, así como de la elaboración de la información que se genera de este, en ambos casos la investigación se guío con el cuestionario antes mencionado pero no todas las respuestas fueran contestadas, aunque los datos precisados en estas entrevistas fueron de gran relevancia, además fue posible la aclaración de algunas dudas respecto al modelo de gestión de calidad en salud.

En cuanto a PEMEX se eligió el Hospital Central Sur de alta especialidad Picacho ya que es uno de los más importantes para la institución, además de mostrar un gran interés en la calidad de su servicio, siendo una unidad certificada por el consejo de Salubridad General, en este caso la entrevista se pudo realizar de manera presencial directamente con la coordinadora del área de calidad para lo que fue necesario acudir a las instalaciones y solicitar apoyo al personal de vigilancia para el ingreso a las mismas, quienes amablemente me facilitaron el acceso e información de la ubicación del área de calidad.

Para mayor practicidad al momento de realizar el reporte de resultados estos se agruparon en 10 tópicos:

- Factores determinantes en la aplicación del modelo.
- Factores que impiden una adecuada aplicación del modelo.
- Frecuencia de evaluación de conocimiento y aplicación del modelo.
- Contribuciones del modelo de gestión en el desarrollo institucional.
- Frecuencia de revisión de acciones de mejora continua.
- Contribuciones de la alta dirección a la mejora continua.
- Calidad total y administración institucional.
- Elementos del modelo, de mayor impacto en los objetivos organizacionales.
- Logros del modelo de gestión en la administración institucional.
- Mejoras deseadas al modelo de gestión de calidad en salud.

6.2 Análisis de resultados

Tras la investigación documental y de campo en la que se empleó una guía de entrevista que consta de un total de 12 preguntas, donde el objetivo principal fue conocer los factores determinantes para la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud, la frecuencia con la que el personal es evaluado respecto a su conocimiento del modelo de gestión en calidad en salud, la forma en que el modelo sirve como un auxiliar en la administración institucional, la forma en que la mejora continua y el modelo de gestión de calidad se conjuntan así como el elemento que ellos consideran tiene un mayor impacto en el logro de los objetivos institucionales; se obtuvieron los siguientes resultados :

- **Factores determinantes para la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud:**

El factor determinante en la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud para el **IMSS**, es poder aplicar el modelo de gestión con su personal ya que cuentan con las competencias necesarias para poder aplicarlo; para el **ISSSTE** son la difusión constante de los objetivos y la claridad en la determinación de las responsabilidades en cada nivel jerárquico, para la ejecución de sus tareas correspondientes.

La SSA Considera que es fundamental el conocimiento del personal por parte de los líderes así como la difusión y claridad de responsabilidades. En el caso del en el caso de **PEMEX**, el factor más determinante en la aplicación del modelo de gestión es el liderazgo, ya que sin un buen líder es imposible el adecuado desempeño de actividades.

Para las instituciones es de gran importancia su personal por lo cual es de vital importancia que ellos sean capacitados con frecuencia no solo en el modelo de gestión de calidad sino en diversas áreas acorde a sus actividades para poder desarrollar su trabajo de la mejor forma posible, por ello la opinión por parte de PEMEX también es relevante ya que el personal sin un buen líder tendrá dificultades para desempeñar sus labores, recibir capacitación y para externar sus necesidades e inquietudes. Tanto los líderes como los colaboradores deben desarrollar una relación estrecha con comunicación constante.

- **Factores que impiden la aplicación de forma adecuada del modelo de gestión de calidad en salud:**

De las 4 instituciones incluidas en este estudio 3 consideraron que existen factores que impiden la adecuada aplicación de su modelo de gestión, la institución que considero que no tiene este factor fue **PEMEX**. Para el **IMSS** un impedimento son los recursos económicos, esto derivado a que al ser una institución tripartita no se cuenta con el suficiente presupuesto para realizar algunas actividades claves en el sistema de gestión de calidad, mientras que en el caso del **ISSSTE** se considera un factor de impedimento la falta de capacitación continua al recurso humano para ejecutar el modelo así como la limitación tecnológica para un seguimiento puntal de las acciones realizadas.

En el caso de la **SSA** un factor que impide la aplicación del modelo de gestión es un sesgo en la participación en el premio nacional de calidad ya que por el momento las unidades de primer y segundo nivel tienen una muy baja participación en el mismo, por lo cual el interés y capacitación en el modelo de gestión de calidad es baja.

Los factores que impiden la aplicación de una forma adecuada del modelo son muy distintos para las 4 instituciones, aunque IMSS e ISSSTE coinciden en que parte de las dificultades se relacionan directa o indirectamente con el factor humano, para el IMSS es necesario un mayor número de personal, mientras que el ISSSTE considera que su personal requiere de mayor capacitación y tecnología lo que se relaciona también con la necesidades de incrementar sus presupuestos económicos para de esta manera solventar estas necesidades.

Por otra parte en esta respuesta es evidente como las necesidades de cada institución son diferentes y la complejidad de gestionar un sistema de calidad con un mismo modelo de gestión, ya que la población, necesidades, estructura e incluso objetivos son distintos; así mismo la SSA percibe una complejidad en despertar el interés de las diversas instituciones y niveles de atención ya que al ser opcional su participación en el premio nacional de calidad no todos los centros de salud aplican el modelo de gestión de calidad en salud, ya que no todos los niveles lo consideran fundamental.

- **Frecuencia de la evaluación del conocimiento y aplicación del modelo de gestión, con el personal:**

IMSS y **PEMEX** realizan evaluaciones de forma anual; mientras que en el **ISSSTE** se realizan cada 6 meses evaluaciones sobre el conocimiento de los servicios otorgados y la forma en que contribuyen a la aplicación del modelo de gestión. En cuanto a la **SSA** ellos realizan la evaluación correspondiente con los valores asignados a cada elemento en la tabla de puntaje por criterios y subcriterios empleada cuando se realizan los procesos de evaluación para participar en el premio nacional de calidad en salud.

Las evaluaciones del conocimiento y la aplicación del modelo con el personal debe de ser independientemente a su frecuencia, visto como parte del proceso de calidad ya que si no se realiza una evaluación de la situación no es posible tomar acciones correctivas; situación que puede suceder en centros de atención que no participen por el premio nacional de calidad en salud como es en el caso de la SSA, por otra parte el ISSSTE buscando mejorar realiza evaluaciones cada 6 meses que van más allá de meramente el conocimiento del modelo ya que además ellos evalúan los servicios que ofrecen y la contribución del modelo de gestión.

- **Contribución en las actividades diarias y en el desarrollo institucional, del modelo de gestión de calidad en salud:**

El **IMSS** reporta que el modelo ayuda a una satisfacción personal al coadyuvar en la mejora de los servicios de atención que presta el instituto y contribuye a su desarrollo institucional como una ayuda para brindar un mejor servicio a los derechohabientes proporcionando insumos para la salud que cumplen con las especificaciones establecidas.

ISSSTE considera que el modelo ayuda en sus actividades diarias mediante la mejora de procesos incrementando la productividad, beneficiando a los usuarios; en cuanto a su desarrollo institucional considera que contribuye desde el momento que hay una mejor organización y control en los procesos en los que convergen diversas áreas del instituto.

En el caso de la **SSA** el hecho de que el modelo se centre en las personas ayuda a resaltar la importancia de que la atención debe centrarse en sus necesidades, así como a tener una responsabilidad del impacto social como lo es por ejemplo la disminución del riesgo de infección por mal manejo de RPBI, mejorando el acceso

efectivo el cual considera todo el entorno de la unidad. El modelo también otorga una visión interdisciplinaria de la calidad, ya que esta no recae únicamente en el médico.

En el caso de **PEMEX** se considera que el modelo ayuda en las actividades diarias mediante el conocimiento de cada uno de los elementos que conforman el modelo, en especial el conocimiento del elemento central, es decir las “personas”, el cual de la pauta para determinar y conocer los objetivos, metas, y requerimientos de los derechohabientes, lo cual también es una contribución para el desarrollo institucional, mediante el logro o mantenimiento de los objetivos institucionales.

El modelo de gestión tiene diferente impacto dependiendo de la institución, seguramente también cada unidad tendrá su propia perspectiva pero sin duda el modelo de gestión ha ayudado significativamente a las instituciones a mejorar la calidad de sus servicios, viendo resultados en su perspectiva de impacto en las personas que son el centro del modelo y más allá como lo es en el impacto social, ayudándolas a mejorar su productividad, mejora continua y a fijar sus objetivos.

- **Frecuencia de revisión de acciones de mejora continua y acciones realizadas:**

IMSS realiza sus sesiones para propuestas y revisión de la mejora continua de manera trimestral, las cuales son realizadas por el comité de calidad. Algunas de las acciones realizadas a partir de estas sesiones son:

- Reducción en los tiempos de respuesta a solicitudes de análisis de insumos para la salud.

- Canje de insumos que presentan defectos de calidad, lo cual beneficia al derechohabiente al proporcionar insumos que cumplen con las especificaciones de calidad establecidas.

El **ISSSTE** realiza sesiones de forma trimestral para evaluar los avances de las estrategias planteadas a la mejora continua de sus procesos y algunas de las acciones de mejora continua que han surgido a partir del modelo de gestión de calidad son:

- Identificación de los procesos a modificar.
- Mejoras en el aprendizaje organizativo.
- Visión a largo plazo de los proyectos ya establecidos.
- Mejoras en la calidad del diseño de los aplicativos para los usuarios.
- Rapidez en la respuesta a dificultades que tienen los usuarios de los aplicativos diseñados por el área.

En cuanto a la **SSA** sus sesiones de mejora continua se realizan de manera semestral y se basan en el ciclo de Demming (PDCA) y la planeación estratégica.

Pemex realiza sus sesiones para propuestas de mejora continua cada que se revisan los indicadores propuestos, ya que esto da la pauta para realizar las sesiones. Al tratarse de un entorno cambiante deben realizarse las sesiones conforme a las condiciones que el mismo determine para poder realizar acciones de forma oportuna. Ejemplo de una acción de mejora continua es el acercamiento de citas a pacientes derechohabientes activos a un máximo de 4 días.

La mejora continua sin duda es algo importante para las instituciones, cada una adecua sus sesiones y sus propuestas de mejora acorde a sus necesidades, siendo un elemento de gran importancia para ellas las personas y su personal ya que la mayoría de sus acciones de mejora van encaminadas a mejorar su tiempo y calidad del servicio.

Por otra parte las acciones de mejora continua también ayudan a realizar una planeación a largo plazo, así mismo la frecuencia para realizar las sesiones son muy diferentes al igual que sus necesidades.

- **Alta dirección y mejora continua de gestión de la calidad:**

En el **IMSS** su alta dirección contribuye a la mejora continua de la calidad mediante la gestión de los recursos necesarios con las diferentes áreas del instituto para que se proporcionen servicios de calidad.

La alta dirección del **ISSSTE** contribuye a la mejora continua de gestión de la calidad detectando habilidades y aptitudes del personal impulsándolos a adquirir una visión global de las funciones y actividades orientadas a los resultados y mejora continua.

La **SSA** reporto que es de gran importancia el liderazgo de la alta dirección pero no se proporcionaron detalles específicos.

En el caso de **PEMEX** es fundamental el liderazgo ya que es la clave principal para que la unidad médica adopte y estandarice sus procesos con el fin de otorgar servicios de buena calidad.

La alta dirección siempre será parte medular en la gestión de cualquier sistema no solo del de calidad, la gestión de la estructura es fundamental para alcanzar el logro de los objetivos; pero más allá de la estructura es importante generar que todas las áreas se involucren ya que todos los procesos son relevantes, sean críticos o de apoyo.

- **Calidad total y administración institucional:**

En el **IMSS** la administración institucional se ha visto beneficiada de la filosofía de calidad total por la mejora de la calidad de los insumos que son proporcionados a los derechohabientes.

En el **ISSSTE**, la filosofía de calidad total ha permitido optimizar los procesos de información desde el registro, revisión, calidad, integración, análisis y reporte de los datos para contar con información confiable, veraz y oportuna que da cuenta de las actividades desarrolladas en la dependencia bajo un enfoque de transparencia y rendición de cuentas en el marco del ciclo de mejora continua.

Para la **SSA** un gran beneficio a la administración institucional son las bases del modelo de gestión de calidad en salud, ya que tiene sus bases en el modelo de Malcolm Baldrige, el modelo de EFQM y el ciclo de Demming.

En **PEMEX** la implementación de calidad total está en una fase inicial o de implementación, donde se definieron procesos y se están implementando acciones, por lo que se encuentran en un primer ciclo y aún no se realiza una revisión para conocer los resultados otorgados.

El modelo de Malocom Baldrige al ser un precursor del modelo de gestión de calidad en salud, es un claro ejemplo de como la calidad total está implícita en el modelo actual al estar enfocado hacia las personas, la búsqueda de resultados, el liderazgo, la gestión de procesos así como el desarrollo de las personas; las cuales son características de la filosofía de calidad total, aunque en PEMEX su implementación está en una fase inicial pronto podrán conocerse los primeros resultados de su implementación, mientras que para el IMSS e ISSSTE ya

observan resultados de la misma y para la SSA el modelo mismo ya es un resultado de la calidad total.

- **Elementos del modelo de gestión de calidad en salud que han tenido mayor impacto en el logro de los objetivos institucionales:**

En el **IMSS** el elemento considerado como de mayor impacto es la implementación de un sistema de gestión de calidad.

Para el **ISSSTE** el liderazgo es un factor de gran impacto para el logro de los objetivos institucionales así como la visión a largo plazo y la calidad y diseño de los aplicativos.

En el caso de la **SSA** un elemento fundamental es el desarrollo y satisfacción del personal ya que son ellos quienes desarrollaran los procesos y lograran los objetivos institucionales. En **PEMEX** un elemento de gran impacto para el logro de los objetivos es la responsabilidad social y la mejora de procesos.

Cada institución tiene una percepción distinta, esto en gran medida a que los objetivos aunque centrados en las personas son distintos ya que las condiciones y necesidades de cada una de las instituciones son distintas.

- **Logros del modelo de gestión de calidad en salud en la administración institucional:**

Para el **IMSS**, el mayor logro es la implementación de un sistema de gestión de calidad, lo que ayudo a tener un laboratorio de prueba de tercero autorizado, reconocido por la SSA coadyuvando así a la vigilancia sanitaria.

El mayor logro del modelo de gestión en el **ISSSTE** es el establecimiento de políticas, líneas de acción y mecanismos de administración para el sistema de información médico financiero de los servicios de salud lo que ha permitido la planeación estratégica del instituto.

En el caso de la **SSA** un gran logro es sentar las bases para una competitividad no solo a nivel nacional sino internacional, ya que una vez que una unidad logra una certificación esta puede medirse con pares internacionales.

Para **PEMEX** el mayor logro es la planeación ya que al conocer a los usuarios se puede realizar una buena planeación.

Los logros aunque muy diferentes entre sí se enfocan a la mejora continua, ya que ninguna de las instituciones se ha quedado estática enfocándose únicamente en implementar el modelo de gestión de calidad en salud, sino que han sabido aprovecharlo para lograr sus objetivos institucionales en favor de sus pacientes y de su personal.

- **Mejoras deseadas al modelo de gestión de calidad en salud:**

IMSS: Mediante la obtención de más recursos económicos, para que se reduzca aún más el tiempo de atención de los análisis efectuados a los insumos para la salud y poder brindar un mejor servicio a los derechohabientes.

ISSSTE: Reforzar los procesos con la adecuación de los manuales de organización y de procesos, de acuerdo con los nuevos objetivos institucionales, con el fin de cambiar de forma integral el enfoque y visión a futuro.

Estandarizar procesos que se llevan a cabo de manera manual, a través del mapeo, sistematización y automatización para optimizar el tiempo y realizar otras actividades.

PEMEX: El capital que se invierte para que la continuidad de la atención sea fluida.

Aunque la **SSA** no refirió puntualmente las mejoras operativas que realizarían si se comentó que el modelo de gestión de calidad en salud debe adecuarse a las necesidades institucionales así como a las circunstancias que dicte el mismo gobierno, por lo cual en su momento el modelo deberá adecuarse a las necesidades pero sin perder su esencia ya que la base del mismo permite que sea modificado acorde a las necesidades.

Dos instituciones coinciden en que podrían realizar mejor sus labores si dispusieran de una mayor cantidad de recursos económicos, implementado mejoras en la atención, así como su capacidad para brindar la misma; lo cual resulta en algo muy complejo porque es necesario analizar además de los diversos procesos, los costos además de ser una situación que se ve influenciada por otros aspectos políticos que hacen sumamente compleja la obtención de una

mayor cantidad de recursos, por lo cual las instituciones tienen que adaptarse a los recursos con los que cuentan y tratar de optimizar los mismos, además de que las circunstancias presupuestales, así como del total de su población de derechohabientes son muy distintas entre las cuatro instituciones empleadas en este estudio.

Tabla 3. Resumen de las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas a los expertos.

	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SSA
Factores determinantes en la aplicación del modelo	Personal competente	- Difusión de objetivos. - Claridad en la determinación de responsabilidades.	Liderazgo.	- Liderazgo. - Conocimiento del personal.
Factores que impiden una adecuada aplicación del modelo	Limitación de recursos económicos.	- Falta de capacitación continua en calidad. - Limitación tecnológica.	No considera que haya factores que impidan la adecuada aplicación	- Sesgo en la participación en el premio nacional de calidad. - Falta de capacitación en el modelo de gestión.
Frecuencia de evaluación de conocimiento y aplicación del modelo	Evaluación anual.	Evaluación semestral.	Evaluación anual.	Cuando hay participación en el premio nacional de calidad.
Contribuciones del modelo de gestión en el desarrollo institucional	Ayuda a aumentar la satisfacción del personal.	- Mejora de procesos. - Incremento de la productividad. - Mayor y mejor organización y control de procesos.	Conocimiento de los elementos del modelo, en especial de las personas.	- Atención centrada en las personas. - Conciencia del impacto social. - Visión interdisciplinaria.

Frecuencia de revisión de acciones de mejora continua	Sesiones trimestrales.	Sesiones trimestrales.	Conforme a lo solicitado en los indicadores.	Sesiones semestrales.
Contribuciones de la alta dirección a la mejora continua	Gestión eficiente de recursos.	Detección de habilidades y aptitudes del personal.	Liderazgo para la estandarización de procesos.	No se brindó información.
Calidad total y administración institucional	Mejora en la calidad de insumos.	Optimización de procesos de información.	- Definición de procesos. - Implementación de acciones de mejora.	Bases para el modelo de gestión de calidad en salud.
Elementos del modelo, de mayor impacto en los objetivos organizacionales	Implementación de un sistema de gestión de calidad.	Liderazgo.	- Responsabilidad social. - Mejora de procesos.	Desarrollo y satisfacción del personal.
Logros del modelo de gestión en la administración institucional	Laboratorio de prueba de tercero autorizado por la SSA, ayudando en la vigilancia sanitaria.	Establecimiento de políticas, líneas de acción y mecanismos de administración; para la planeación estratégica del instituto.	Una adecuada planeación.	Sentar las bases para una competitividad internacional.
Mejoras deseadas al modelo de gestión de calidad en salud.	Obtención de recursos económicos para reducción de tiempo de análisis realizados a insumos.	Adecuación de los manuales de la organización a los nuevos objetivos organizacionales.	El capital invertido para que la continuidad de la atención sea fluida.	Guía para la adaptación a los objetivos instituciones y circunstancias gubernamentales.

*** Se agruparon las respuestas en 10 tópicos, mismos que son los elementos mencionados en la anterior tabla.**

6.3 Validación de las hipótesis

Tras la realización de las dos fases de la investigación, el análisis de la literatura y la comparación de los modelos de gestión anteriores y de los resultados obtenidos en las entrevistas a los expertos y se realizó la confrontación de las hipótesis planteadas

La hipótesis principal plantea lo siguiente:

El elemento del modelo de gestión de calidad en salud que más influye en la administración institucional de las instituciones de salud, en la CDMX, es el liderazgo.

Validación de la hipótesis:

Aunque el liderazgo si fue mencionando como un factor determinante hubo otro igualmente relevante que fue mencionado durante la investigación y ese fue el personal las personas entrevistadas le dan un lugar fundamental al personal, saben de su capacidad y confían en ellos pero consideran que el modelo de gestión requiere de una mayor difusión y tiempo de educación, para lo que requieren tiempo con su personal.

La hipótesis se acepta ya que el liderazgo junto con el personal son determinantes en la administración institucional. Por otra parte el establecimiento, difusión de objetivos y la determinación de las responsabilidades del personal también recaen en los líderes.

Un buen líder también es aquel que conoce a su equipo de trabajo sus capacidades y potencial, así como la manera de obtener los mejores resultados basándose en las actitudes, aptitudes y desempeño.

Las hipótesis secundarias son:

- El cambio más significativo de la transición de los modelos de gestión de calidad institucionales al modelo de gestión de calidad en salud, es la atención centrada en las personas.

Esta hipótesis se rechaza ya que aunque las personas no eran el eje central de todos los modelos de gestión de calidad anteriores, si era un elemento que los conformaba. Algunos de los cambios más significativos en la transición al modelo de gestión de calidad en salud son:

- Se incluye la satisfacción del personal y de los pacientes.
- Se incorpora la mejora de procesos.
- Costos razonables.
- Reconocimiento del impacto social
- Las personas son determinantes en la gestión.
- Se incluye la información e innovación tecnológica.
- Acceso efectivo.

- Los logros que se han alcanzado con la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud en instituciones de salud en la CDMX son el control de procesos y una mejor organización institucional.

Esta hipótesis se acepta ya que las mejoras que a continuación se mencionan se han alcanzado gracias a la aplicación del modelo de gestión de calidad en salud, las cuales han favorecido a las instituciones en diversos ámbitos, incluyendo su organización institucional ejemplo de esto es:

- Aumentar la satisfacción del personal
- Mejora de procesos
- Incremento de la productividad.
- Mayor y mejor organización y control de procesos.
- Atención centrada en las personas.

- Conciencia del impacto social.
- Visión interdisciplinaria.
- Establecimiento de políticas, líneas de acción y mecanismos de administración; para la planeación estratégica del instituto.
- Adecuada planeación.
- Bases para competitividad internacional.

Así mismo el ISSSTE considero que el modelo de gestión de calidad en salud ha ayudado a mejorar su control de procesos.

- El factor que impide una adecuada aplicación del modelo de gestión de calidad en salud, en instituciones de salud en la CDMX, es falta de recursos económicos para la capacitación del personal.

Esta hipótesis se rechaza ya que aunque la limitación de recursos económicos si fue mencionada como un factor que impide una adecuada aplicación del modelo de gestión de calidad en salud por una institución, una institución considera no tener factores que impidan la adecuada aplicación del modelo.

Mientras dos consideran que hay una falta de capacitación en calidad, además de una limitación tecnológica para llevar a cabo la misma y un sesgo en la participación en el premio nacional de calidad en salud; esto debido a que la participación en primer nivel de atención es baja provocando que existan brechas en la difusión y educación sobre el modelo de gestión de calidad en salud, provocando también variaciones en la gestión de calidad dentro de la misma institución.

Conclusiones:

Donabedian describió a la calidad de atención como : “Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención”; mientras que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos la define como: “El grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con la actualización de los conocimientos profesionales”. (Empaire, 2010)

En la búsqueda constante por mejorar la calidad en la atención sanitaria las instituciones han tenido que adaptarse a su entorno.

Uno de los mayores retos que enfrenta el actual sistema de salud público en México, es el de tener diferentes instituciones con características distintas al igual que sus necesidades; por lo cual surge el modelo de gestión de calidad en salud, con la finalidad de mejorar la administración institucional. Esto mediante los ocho elementos y subcriterios que conforman al modelo de gestión.

Un cambio significativo en la transición de los modelos anteriores de cada institución al modelo de gestión de calidad en salud, es una visión integral en la que se busca la satisfacción del usuario y del personal, se considera el entorno y su impacto sobre el mismo y existe un mayor interés por tener costos razonables, innovación y tecnología.

Otro cambio significativo es la percepción respecto a los usuarios, ahora las necesidades y características de la población son las que determinan los objetivos

de administración institucionales; anteriormente el usuario era quien debía adaptarse a los recursos con los que contaba la institución.

De los ocho elementos que conforman al modelo de gestión de calidad en salud, existen cuatro que resaltaron en esta investigación, debido al impacto que generan en la administración institucional, estos son:

- El liderazgo
- Desarrollo y satisfacción del personal.
- Responsabilidad social.
- Mejora de procesos

De acuerdo a Deming y Crosby la dirección será responsable en gran medida del éxito o del fracaso de un sistema. Y ya que no toda la responsabilidad recae en la dirección el liderazgo debe de existir también en cada nivel dentro del organigrama incluso en los equipos de trabajo siempre existirá un líder por lo cual es de vital importancia conocer al personal, para poder desarrollarlo y detectar a posibles líderes con las competencias adecuadas para así poder guiar a su equipo de trabajo.

La mejora de procesos es un elemento fundamental a través del cual se logra la mejora continua, adecuando los procesos al entorno y a los cambios dentro de las organizaciones, ya que estas son entes dinámicos en constante cambio acorde a las necesidades de las personas y de su entorno. Lo anterior motiva a la búsqueda de mejores resultados tanto para los pacientes como para las instituciones, gracias a la mejora continua, se realizan mejoras en diversas áreas de la atención médica.

La mejora de procesos es un elemento fundamental a través del cual se logra la mejora continua, adecuando los procesos al entorno y a los cambios dentro y fuera de las organizaciones. Lo anterior motiva a la búsqueda de mejores resultados tanto para los pacientes como para las instituciones, gracias a la mejora continua, se realizan mejoras en diversas áreas de la atención médica.

Un ejemplo de ello es el programa de cirugía en fin de semana del IMSS, en el cual se alcanzó una productividad de 8,373 cirugías y se otorgaron 59,411 consultas; además como parte del uso eficiente de quirófanos en fin de semana se llegó a un total de 44,843 cirugías realizadas, principalmente de las especialidades de: cirugía general, traumatología y ortopedia, ginecología, urología y oftalmología.

Otro ejemplo de mejora continua es la aplicación móvil “AsISSSTE infarto”, la cual ayuda a optimizar los tiempos de respuesta para atender a derechohabientes que presenten un cuadro de infarto agudo al miocardio. Esta aplicación activa una alerta de infarto agudo, calcula el hospital más cercano y emite recomendaciones para el paciente, además de enviar mensajes a los médicos del hospital correspondiente así como a los familiares del paciente.¹⁶ Esta aplicación ayuda a mejorar la eficiencia del proceso de atención de un infarto agudo, mejorando la calidad de la atención y tiempo de respuesta, mejorando la percepción del usuario con la atención brindada.

En el Hospital Juárez de México, se realizó una modificación a su área quirúrgica, la cual está integrada por 10 salas de cirugía en las que se realizan trasplantes, neurocirugías pediátricas y de adultos, y cirugía cardiotorácica. El objetivo de esta remodelación es mejorar el monitoreo del paciente durante su procedimiento.

(Secretaría de Salud 2018)

Para llegar a los resultados anteriores los institutos emplearon además de la mejora de procesos otros elementos del modelo de gestión de calidad en salud como lo son: la planeación, resultados de valor, información, conocimiento e innovación tecnológica, lo que da como resultado un beneficio para la sociedad y sus resultados como organización, beneficiando a las personas, quienes son el centro del modelo de gestión.

Por lo anterior concluyo que el modelo de gestión de calidad en salud funciona como una directriz de mejora y causa impacto en la administración organizacional.

Además el modelo de gestión de calidad en salud se basa en modelos que se emplean a nivel internacional incorporando elementos del modelo Malcolm Baldrige, el modelo de la JCAHO, EFQM, así como la filosofía de TQM; adaptándolos a las necesidades, disposiciones y recursos de las instituciones y pacientes en México.

Con lo anterior se ha logrado la detección de áreas de oportunidad y se han generado mejoras en la atención médica, a través de la mejora de procesos.

Otro aspecto relevante es la importancia que se le da en el modelo de gestión de calidad en salud al personal ya que a pesar de ser un elemento presente en los modelos de gestión anteriores, ahora se considera también su desarrollo y satisfacción.

El personal siempre será parte medular de la institución al igual que sus procesos ya que sin ellos la gestión de la calidad o cualquier proceso sería imposible por lo que se debe buscar su satisfacción, integración, capacitación, e información oportuna.

Un cambio significativo en la transición de los modelos anteriores de cada institución al modelo de gestión de calidad en salud es la percepción respecto a los usuarios, ahora denominados personas ya que aunque antes también eran una parte fundamental del modelo actualmente se tiene una percepción distinta, en la que las necesidades y características de la población son las que determinan los objetivos y administración institucionales; anteriormente el usuario era quien debía adaptarse a los recursos con los que contaba la institución.

Por otra parte la actual situación mundial vivida a causa de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha causado que las instituciones tengan que adaptarse rápidamente con procesos de atención distintos como por ejemplo, cambiar los protocolos de bioseguridad de atención de un paciente, un mayor requerimiento de personal especializado, mayor número de camas, distribución de pacientes no portadores del virus SARS-CoV-2 a otras instituciones, desarrollo de investigación, campañas de educación para personal y población en general etc. Son ejemplos de cómo las instituciones deben adaptarse a las necesidades de la población.

El modelo de gestión de calidad en salud sin duda deberá irse adaptando a las necesidades de las personas y de su entorno pero sus elementos son pilares fundamentales que facilitarán esa adaptación ante un entorno de constante cambio, otra de las bondades de este modelo es que es por sus elementos se puede adaptar a los tres niveles de atención y a laboratorios. También este modelo incluye una visión de responsabilidad social lo que le ayuda a tener una conciencia de su entorno.

Es importante señalar que existen áreas de oportunidad en cuanto a la recolección de datos estadísticos sobre la percepción de la calidad en los servicios por parte

de los trabajadores, así como de los existentes sobre la percepción de la calidad del servicio por parte de los usuarios.

La obtención de estos datos ayudara a la mejora de la calidad de los servicios ya que los empleados son parte fundamental de una organización debido a que son ellos los que brindan la atención y tienen el contacto directo con el usuario, son ellos quienes pueden dar su opinión sobre los procesos empleados dentro de la organización y proponer mejoras o incluso la reingeniería de los mismos con sus conocimientos sobre la estructura e infraestructura de la organización.

Por ello aunque el usuario es quien se beneficiara por el resultado de todo el proceso de atención, se le debe brindar también importancia al personal sin importar su jerarquía o actividad.

Bibliografía

- **Andrade C., R.A** (2013). Indicadores de gestión de la calidad en el sistema de archivo de información de la universidad del Zulia. Venezuela: *Revista arbitrada venezolana del núcleo luz-costa oriental del lago*.
- **Aranda M. M.H.** (2014). Administración de la calidad: Nuevas perspectivas. México: Patria.
- **Arcidiacono G., C. C.** (2012) *Leading processes to lead companies: Lean six sigma*. Italia: Springer Milano.
- **Baldemar J., L. C.** (2014) *Modelo Baldrige en una empresa manufacturera y su modelación de ecuaciones estructurales con mínimos parciales cuadrado. Caso de estudio*. Innovaciones de Negocios, 329-359.
- **Benzaquen J.,** (2013). Calidad en las empresas latinoamericanas: El caso peruano. *Revista Globalización, competitividad y gobernabilidad*, 41-59.
- **Betlloch M., R. S.** (2019). *Implementation and operation of an integrated quality*. *Acta española de dermatología y venerología*, 92-101.
- **Camisón C., C. S.** (2006). *Conceptos de calidad*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- **Castro A.** (2007). *Teoría y evaluación del liderazgo*. Buenos Aires: Paidós. 26-28
- Club de excelencia en gestión. (2019). *Modelo EFQM*. Madrid España: EFQM.
- **Cortijo L.,** (1998). ¿Qué es calidad total?. *Revista médica Herediana* (9)1. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú 29-31.
- **Cruzada nacional por la calidad en salud** (2012). *Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de calidad (primer nivel)* México, 9-11.
- **Cuatrecasas L.,** (2010). *Gestión integral de la calidad (Implantación, control y certificación)*. Barcelona, España: Profit Editorial.
- **Dávalos V.,** (2011). *Comunicación y liderazgo: una propuesta juvenil*. México. México: McGraw Hill Interamericana.
- **Dirección corporativa de administración y servicios, subdirección de servicios de salud.** (2018). *Manual de organización de la subdirección de servicios de salud*. México: Subdirección de servicios de salud PEMEX.

- **Diario Oficial de la Federación 1942** (s.f.) Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88664.doc>
- **Donabedian A.**, (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud pública de México*, 35(3),242.
- **Donabedian A.**, (2001). La calidad de la atención médica. *Revista de calidad asistencial*, 16(120), 29-33 y 96-99.
- **Dziak M.**, (2018). *Donabedian model*. Salem Press Encyclopedia.
- **Emparie G.**, (2010). Calidad de atención médica y principios éticos (2ed. Vol. 16) Chile: *Acta Bioética*.
- **Gómez Fraile F., V. B.** (2003). *Seis sigma*. España: FC Editorial.
- **González Gaya C., D. N.** (2013). *Técnicas de mejora de la calidad*. Madrid España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- **Griful E., M. C.** (2002). *Gestión de la calidad*. Barcelona: Ediciones de Universidad Politécnica de Cataluña.
- **Guglieri C.**, (1997). *Reingeniería y seguridad en el ciberespacio*. Madrid España: Díaz Santos.
- **Heredia J. A.** (2000). *Sistema de indicadores para la mejora y el control integral de la calidad de los procesos*. España: Athenea.
- **Herrera A., R. J.** (2011). *Seis sigma: un enfoque práctico*. Corporación para la gestión del conocimiento, asesores 2000.
- **Imai M.**, (2001). *Kaizen, la clave de la ventaja competitiva japonesa*. México: Compañía editorial continental.
- **Instituto Mexicano del Seguro Social (a)**, (2018) Datos de derechohabientes y estructura, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2018>
- **Instituto Mexicano del Seguro Social (b)** (07/07/2018) Datos de fundación, visión, misión y contexto legal, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>
- **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, (2018), Datos estructura y derechohabientes. <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2018.html#cap>.

- **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado,** (29/04/2020) Visión <http://www.isssteags.gob.mx/vision.html>
- **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado,** (29/04/2020) Misión <http://www.isssteags.gob.mx/mision.html>
- **Instituto Nacional de Salud Pública.** (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.* México.
- **Instituto Nacional de Salud Pública.** (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino.* México.
- **ISO S.g,** (2008). *Norma internacional ISO 9001(Sistemas de gestión de calidad, requisitos).* Ginebra Suiza: ISO.
- **Koontz H., W. H.,** (2013). *Elementos de administración: un enfoque internacional y de innovación.* México: McGraw- Hill Interamericana.
- **Martínez B.,** (2008). Calidad. ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)?, *Anales de la pediatría continuada.* Madrid, (6)5, España. 313-318
- **Membrado J.,** (2002). *Innovación y mejora continua según el modelo EFQM de excelencia.* Madrid: Ediciones Díaz Santos.
- **Millán A. L.,** (1997). Gestión de calidad total en empresas españolas: Un análisis cultural y de rendimiento. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa,* 35-37.
- **Miralles D.** (2007). Comparativa de tres modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. *FMC,* 14(6), 304-308.
- **Moitra T.,** (2019). From employees to customers: Impact of HRM on TQM. *HCM Sales, Marketing & Alliance Excellence,* Ontario, Canada.18-21.
- **Narvaez C., R.L** (2015). *Modelos de gestión de la calidad en instituciones públicas de salud en México.* 12(24), 177-205.
- **Padovani A., B.L.** (2012). La calidad en la salud pública. *Ciencias médicas, Cuba.* 16(4), 64-73
- **PEMEX, (2013)** *Datos de misión, visión e infraestructura de la subdirección de servicios de salud de PEMEX*
<http://www.pemex.com/servicios/salud/Acercade/Paginas/quienes-somos.aspx>

- **Pérez M.** (2016). *Control de calidad, técnicas y herramientas*. México: Alfaomega.
- **Saturno H.**, (2015). *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. Cuernavaca Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- **Secretaría de salud** (2002). *El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años. Salud, gaceta de comunicación interna de la Secretaría de salud*. México.
- **Secretaría de Salud** (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones, 12 años de experiencia*. México.
- **Secretaría de salud** (2012). *Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de calidad (primer nivel)*, México. 9-11.
- **Secretaría de salud** (2007). *Comité nacional por la calidad en salud*. México: Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud.
- **Secretaría de salud** (2017). *Modelo de gestión de calidad en salud (marco de convergencias de metodologías para elevar la calidad y seguridad de la atención médica)*. México ,3-8.
- **Secretaría de salud** (2019). *Modelo de gestión en salud 2016*. México: Dirección general de calidad y educación en salud. México.
- **Secretaría de Salud** (2018) *Informe de avances y resultados 2018 del programa sectorial de salud 2013-2018*, recuperado de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/447986/Informe_de_Avances_y_Resultados_2018_del_programa_Sectorial_de_Salud_2013-2018.PDF
- **Secretaría general de ISO.** (2015). *Norma internacional ISO 9001 (Sistemas de gestión de calidad, requisitos)*, Ginebra, Suiza: ISO.
- **Sociedad Latinoamericana para la calidad** (2000). *Diagrama de causa- efecto*.
- **Sociedad Latinoamericana para la calidad** (2000). *Diagrama de flujo (flow chart)*.
- **Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud.** (2007). *Comité nacional por la calidad en salud*. México: Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud.

- **Tort- Martorell J., G. P.** (1995). *Técnicas para la gestión de la calidad*. Madrid: Díaz de Santos S.A
- **Tovar F.** (2002). *Modelos de gestión de calidad*. Buenos Aires.
- **Varo J.** (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid España: Ediciones santos.

Siglarlo:

DGCES= Dirección General de Calidad y Educación en salud.

DOF= Diario Oficial de la Federación.

EFQM= European Foundation for Quality Management.

ENSANUT= Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISO= International Standardization Organization.

ISSSTE= Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

JCAHO= Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

LC= Límite central.

LCI= Límite central inferior.

LCS= Límite central superior.

LSS= Ley del seguro social.

PDCA= Plan Do Check Act. (Elementos del ciclo de Demming)

PEMEX= Petróleos Mexicanos.

RPBI= Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.

SDCA= Standarize Do Check Act.

SEDENA= Secretaría de la Defensa Nacional.

SESA= Secretaría Estatal de Salud.

SPSS= Statistical Package for the Social Sciences.

SSA= Secretaría de Salud.

Índice de figuras

Figura	Páginas
Figura 1 Modelo de gestión de calidad en salud	5 y 89
Figura 2 Ej. Diagrama de Pareto	25
Figura 3 Gráfico de control	26
Figura 4 Ej. De Diagrama de correlación	29
Figura 5 Trilogía de la calidad de Juran	32
Figura 6 Ciclo PDCA	40
Figura 7 Simbología para un diagrama de flujo	44
Figura 8 Diagrama causa-efecto.	45
Figura 9 Clasificación de indicadores de calidad	50
Figura 10 Gráfica derechohabientes divididos en los 3 grandes grupos	57
Figura 11 Modelo de innovación y mejora continua, de Malcolm Baldrige	65
Figura 12 Modelo EFQM	71
Figura 13 Modelo de calidad total IMSS	76
Figura 14 Modelo de calidad total	78
Figura 15 Modelo de administración por calidad total	80
Figura 16 Diagrama del modelo de calidad de la subdirección de servicios de salud de PEMEX	83
Figura 17 Diagrama del modelo de calidad total	85
Tablas:	
Tabla 1 Matriz de congruencia	8
Tabla 2 Comparativa de modelos de gestión de calidad	87
Tabla 3 Resumen de las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas a los expertos	119



Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Tutor: Dr. Jorge Armando Juárez González Alumna: C.D Wendy Arreola
Aguila

Modelos de gestión de calidad en los sistemas de salud del sector público
en México

Nombre (opcional): _____

Cargo (opcional):_Subdirectora de Aseguramiento de la Salud_____

Institución: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores
del Estado

- 1) ¿Qué factores considera determinantes en la aplicación de su modelo de gestión de calidad?

La difusión constante de los objetivos y claridad en los tramos de responsabilidad de los involucrados a todos los niveles jerárquicos para su ejecución.

- 2) ¿Existe algún factor que este impidiendo que se aplique de forma adecuada su modelo de gestión? ¿Cuál es y por qué?

Capacitación continua al recurso humano para ejecutar el modelo y tecnología limitada para el seguimiento puntual de acciones realizadas.

- 3) ¿Con que frecuencia evalúa con su personal el conocimiento y aplicación de su modelo de gestión de calidad?

Cada 6 meses aproximadamente, se aplican evaluaciones sobre conocimientos de los servicios que se otorgan en el área y la forma en que contribuyen al modelo.

- 4) ¿Cómo le ha ayudado a usted y a su personal a desarrollar sus actividades diarias el modelo de gestión de calidad?

Se han mejorado procesos para incrementar la productividad en beneficio de los usuarios del servicio de salud.

- 5) ¿Considera que el modelo de gestión de calidad contribuye al desarrollo institucional?

Sí, desde el momento que hay mejor organización y control en los procesos en los que convergen diversas áreas del instituto.

6) ¿Con que frecuencia realiza sesiones para propuestas de mejora continua?

Se realizan sesiones trimestrales para evaluar los avances de las estrategias planteadas encaminadas a la mejora continua en nuestros procesos.

7) Mencione algunas acciones de mejora continua que hayan surgido del modelo de gestión de calidad de la institución:

- Identificación de los proceso a modificar
- Mejoras en el aprendizaje organizativo
- Visión al largo plazo respecto a los proyectos establecidos
- Mejoras en la calidad del diseño de los aplicativos para los usuarios
- Rapidez en la respuesta a dificultades que tienen los usuarios de los aplicativos diseñados por el área.

8) ¿Cómo contribuye la alta dirección a la mejora continua de gestión de la calidad?

Detectando habilidades y aptitudes del personal impulsándolos a adquirir una visión global de las funciones y actividades orientadas a los resultados y mejora continua.

9) ¿Cómo la implementación de calidad total ha beneficiado a la administración institucional?

La calidad total ha permitido optimizar los procesos de información desde el registro, revisión, calidad, integración, análisis y reporte de los datos para contar con información confiable, veraz y oportuna que da cuenta de las actividades desarrolladas en la dependencia bajo un enfoque de transparencia y rendición de cuentas en el marco del ciclo de mejora continua.

10) ¿Qué elemento del modelo de gestión ha tenido mayor impacto en el logro de los objetivos institucionales?

La calidad en el diseño de los aplicativos, así como la visión a largo plazo y el liderazgo.

11) ¿Cuál considera que es el mayor logro del modelo de gestión de calidad para la administración institucional?

El establecimiento de políticas, líneas de acción y mecanismos de administración para el sistema de información médico financiera de los servicios de salud que ha permitido la planeación estratégica del instituto.

12) ¿De acuerdo a su experiencia como mejoraría la operación de su modelo de gestión y especifique por qué?

Reforzar los procesos con la adecuación de los manuales de organización y de procesos, de acuerdo con los nuevos objetivos institucionales, con el fin de cambiar de forma integral el enfoque y visión a futuro. Estandarizar procesos que se llevan a cabo de manera manual, a través del mapeo, sistematización y automatización para optimizar el tiempo y realizar otras actividades.



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Tutor: Dr. Jorge Armando Juárez González Alumna: C.D Wendy Arreola
Aguila

Modelos de gestión de calidad en los sistemas de salud del sector público
en México

Nombre (opcional): _____

Cargo (opcional): Jefe de División de Aseguramiento de Calidad y Normas

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social – Coordinación de Control
Técnico de Insumos

- 1) ¿Qué factores considera determinantes en la aplicación de su modelo de gestión?

El personal con el que cuenta la organización, ya que es personal competente.

- 2) ¿Existe algún factor que este impidiendo que se aplique de forma adecuada su modelo de gestión? ¿Cuál es y por qué?

Los recursos económicos, esto derivado a que al ser una Institución tripartita no se cuenta con el suficiente presupuesto para realizar algunas de las actividades que son clave en el sistema de gestión de calidad.

- 3) ¿Con que frecuencia evalúa con su personal el conocimiento y aplicación de su modelo?

Se cuenta con un programa de manera anual para realizar la evaluación de todo el personal que labora en la Coordinación.

- 4) ¿Cómo le ha ayudado a usted y a su personal a desarrollar sus actividades diarias el modelo de gestión?

Logrando una satisfacción personal al poder coadyuvar en la mejora de los servicios de atención que presta el Instituto.

5) ¿Considera que el modelo de gestión de calidad contribuye al desarrollo institucional?

Sí, ya que el contar con un modelo de gestión de calidad nos ayuda a brindar un mejor servicio a los derechohabientes que atiende el Instituto proporcionando insumos para la salud que cumplan con las especificaciones establecidas.

6) ¿Con que frecuencia realiza sesiones para propuestas de mejora continua?

Las sesiones se realizan de manera trimestral y se llevan a cabo en las sesiones que realiza el comité de calidad.

7) Mencione algunas acciones de mejora continua que hayan surgido del modelo de gestión de calidad de la institución:

Reducción en los tiempos de respuesta a solicitudes de análisis de insumos para la salud.

Canje de insumos que presentan defectos de calidad, lo cual beneficia al derechohabiente al proporcionar insumos que cumplen con las especificaciones de calidad establecidas.

8) ¿Cómo contribuye la alta dirección a la mejora continua de gestión de la calidad?

Realizando la gestión de los recursos necesarios con las diferentes áreas del Instituto, para que se proporcionen servicios de calidad.

9) ¿Cómo la implementación de calidad total ha beneficiado a la administración institucional?

Mejorando la calidad de los insumos que son proporcionados a los derechohabientes.

10) ¿Qué elemento del modelo de gestión ha tenido mayor impacto en el logro de los objetivos institucionales?

La implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma NMX-EC-17025-IMNC-2018 para laboratorios de prueba.

11) ¿Cuál considera que es el mayor logro del modelo de gestión de calidad para la administración institucional?

La implementación de un sistema de gestión de calidad, nos ha ayudado a ser un laboratorio de prueba Tercero Autorizado, reconocido por la Secretaría de Salud coadyuvando a la vigilancia sanitaria.

12) ¿De acuerdo a su experiencia como mejoraría la operación de su modelo de gestión y especifique por qué?

Mediante la obtención de más recursos económicos, para que se reduzca aún más el tiempo de atención de los análisis efectuados a los insumos para la salud y poder brindar un mejor servicio a los derechohabientes.

¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Tutor: Dr. Jorge Armando Juárez González Alumna: C.D Wendy Arreola
Aguila

Modelos de gestión de calidad en los sistemas de salud del sector público
en México

Nombre (opcional): _____

Cargo (opcional): COORDINADORA DE CALIDAD

Institución: HOSPITAL CENTRAL SON DE ALTA ESPECIALIDAD

- 1) ¿Qué factores considera determinantes en la aplicación de su modelo de gestión de calidad?
- LIBERAZGO

- 2) ¿Existe algún factor que este impidiendo que se aplique de forma adecuada su modelo de gestión? ¿Cuál es y por qué?
No.

- 3) ¿Con que frecuencia evalúa con su personal el conocimiento y aplicación de su modelo de gestión de calidad?
UNA VEZ AL AÑO

- 4) ¿Cómo le ha ayudado a usted y a su personal a desarrollar sus actividades diarias el modelo de gestión de calidad?
ER CONOCER CADA UNO DE LOS CRITERIOS, PERO FUNDAMENTALMENTE EL PRIMER CRITERIO " PERSONAS " TE DA LA PAUTA PARA CONOCER CUALES SON TUS OBJETIVOS, METAS, REQUERIMIENTOS QUE REQUIEREN TUS DEBECHOMBIENTES.

- 5) ¿Considera que el modelo de gestión de calidad contribuye al desarrollo institucional?
Si, porque TE PERMITE LOGRAR O MANTENER LAS METAS Y/O OBJETIVOS INSTITUCIONALES.

6) ¿Con que frecuencia realiza sesiones para propuestas de mejora continua?

CADA QUE SE REVISAN LOS INDICADORES PROPUESTOS, SE DA LA PAUTA PARA REALIZAR SESIONES.

7) Mencione algunas acciones de mejora continua que hayan surgido del modelo de gestión de calidad de la institución:

- EL ACERCAMIENTO DE CITAS A PAC. DERECHOMBIENTES ACTIVOS. (4 DIAS)

8) ¿Cómo contribuye la alta dirección a la mejora continua de gestión de la calidad?

EL LIDERAZGO ES LA CLAVE PRINCIPAL PARA QUE UNIDAD MEDICA ADOPTA, ESTANDARICE SUS PROCESOS CON EL FIN DE OTORGAR CALIDAD EN SUS SERVICIOS.

9) ¿Cómo la implementación de calidad total ha beneficiado a la administración institucional?

NUUESTRO SE ENCUENTRA EN EL PUNTO DE IMPLEMENTACION. DEFINIENDON PROEESO Y SE IMPLEMENTAN ACCIONES ESTAMOS TODAVIA EN ESA PRIMER CICLO (PARA REVISAN SI LO IMPLEMENTADO ESTA BAUNDO FRUTOS.)

10) ¿Qué elemento del modelo de gestión ha tenido mayor impacto en el logro de los objetivos institucionales?

RESPONSABILIDAD SOCIAL, MEJORA DE PROCESOS

11) ¿Cuál considera que es el mayor logro del modelo de gestión de calidad para la administración institucional?

LA PLANEACION. - YA QUE EL PODEN CONOCER A SUS USUARIOS, SE PERMITE REALIZAR UNA BUENA PLANEACION.

12) ¿De acuerdo a su experiencia como mejoraría la operación de su modelo de gestión y especifique por qué?

EL CAPITAL QUE SE INVIERTE PARA QUE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION SEA FLUIDA.

¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!



Tutor: Dr. Jorge Armando Juárez González Alumna: C.D Wendy Arreola
Aguila

Modelos de gestión de calidad en los sistemas de salud del sector público
en México

Nombre (opcional) _____

Cargo (opcional): _____

Institución: SSA DGCEs _____

1) ¿Qué factores considera determinantes en la aplicación de su modelo de gestión de calidad?

Conocer a sus usuarios internos, ese es un buen líder, es integral (para todos los personas y áreas)

Difusión, claridad de responsabilidades, personal competente liderazgo.

2) ¿Existe algún factor que este impidiendo que se aplique de forma adecuada su modelo de gestión? ¿Cuál es y por qué?

Sesgo en la participación ya que la mayoría de unidades participantes pertenecen al 3er nivel, existe poco interés en 1er y 2do nivel, por lo cual la capacitación en el mismo es baja.

3) ¿Con que frecuencia evalúa con su personal el conocimiento y aplicación de su modelo de gestión de calidad?

Cuando se realizan los procesos de evaluación para participar en el premio nacional de calidad en salud. La evaluación, se realiza con los valores asignados a cada elemento en la tabla de puntaje por criterios y subcriterios.

4) ¿Cómo le ha ayudado a usted y a su personal a desarrollar sus actividades diarias el modelo de gestión de calidad?

Al centrarse el modelo en las personas, se resalta el hecho de que la atención debe centrarse en sus necesidades. Anteriormente el px. se adaptaba a la institución ya que el modelo así lo establecía. Actualmente es al revés, por lo cual se debe conocer a la población (atención centrada en las personas)

5) ¿Considera que el modelo de gestión de calidad contribuye al desarrollo institucional?

Si porque resalta la importancia de las personas para la organización.

6) ¿Con que frecuencia realiza sesiones para propuestas de mejora continua?

Se realizan de manera semestral y se basan en el ciclo de Demming (PDCA) y la planeación estratégica.

Planeación estratégica - Aplicación - Revisión - Evaluación - Mejora

7) Mencione algunas acciones de mejora continua que hayan surgido del modelo de gestión de calidad de la institución:

Se reserva derecho a contestar

Se menciona que es adaptable a objetivos y necesidades del px, es dinámico por su entorno de constante cambio.

8) ¿Cómo contribuye la alta dirección a la mejora continua de gestión de la calidad?

Gran importancia del liderazgo (No se proporcionan más datos)

9) ¿Cómo la implementación de calidad total ha beneficiado a la administración institucional?

La calidad total brinda las bases del modelo de gestión de calidad en salud, porque sus bases están en el modelo Malcolm Baldrige, EFQM y el ciclo de Demming.

10) ¿Qué elemento del modelo de gestión ha tenido mayor impacto en el logro de los objetivos institucionales?

Desarrollo y satisfacción del personal, ya que ellos son quienes desarrollaron los procesos y lograron los objetivos institucionales.

11) ¿Cuál considera que es el mayor logro del modelo de gestión de calidad para la administración institucional?

Sentar las bases para una competitividad no solo a nivel nacional sino internacional ya que una vez que una unidad es certificada, puede medirse con pares internacionales.

12) ¿De acuerdo a su experiencia como mejoraría la operación de su modelo de gestión y especifique por qué?

El modelo debe adecuarse a las necesidades institucionales, así como a las circunstancias que dicta el gobierno, por lo que próximamente, sufrirá cambios aunque no sean radicales.

¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!