



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

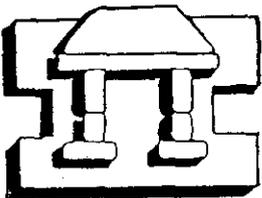
ANALISIS DE PRODUCTIVIDAD Y CALIDAD  
EN EL SERVICIO DE LABORATORIO DE  
ANALISIS CLINICOS

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN INVESTIGACION EN  
SERVICIOS DE SALUD  
P R E S E N T A :  
BLANCA ROSA LIMA ROMERO

DIRECTOR DE TESIS M en ISS HECTOR GONZALEZ DIAZ

ASESORES:

DRA. ANA LUISA GONZALEZ-CELIS RANGEL  
M en ISS ROSA ISABEL ESQUIVEL HERNANDEZ



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. MEX. NOVIEMBRE DEL 2002.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

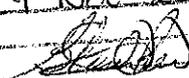
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Envío a la Dirección General de Bibliotecas de la  
 UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
 contenido de mi trabajo recepcional  
 Nombre: Blanca Rosa Lima Romero

FECHA: 19 Nov 2002

FIRMA: 

## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	II
ÍNDICE DE TABLAS.....	IV
TABLA DE FIGURAS.....	V
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
<b>1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
1.1. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	6
1.2. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	10
1.3. MEJORA CONTINUA EN UNIDADES MÉDICAS.....	11
1.4. PROGRAMA INTEGRAL DE CALIDAD.....	13
1.5. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, MEDICINA FAMILIAR.....	15
1.6. LA IMPORTANCIA DEL LABORATORIO CLÍNICO EN EL SECTOR SALUD.....	19
1.7. EL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL LABORATORIO CLÍNICO.....	20
1.8. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE LABORATORIO.....	24
1.9. SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO.....	26
1.10. LA PRODUCTIVIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	32
1.11. FACTORES QUE AFECTAN LA PRODUCTIVIDAD.....	37
1.12. EL ENFOQUE DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	41
1.13. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN MÉXICO.....	50
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>59</b>
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	59
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	59
2.3. JUSTIFICACIÓN.....	60
<b>3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>66</b>
3.1. HIPÓTESIS DESCRIPTIVA.....	66
3.2. HIPÓTESIS ASOCIATIVA.....	67
3.3. HIPÓTESIS COMPARATIVA.....	68
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>68</b>
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	68
4.2. UNIVERSO.....	69
4.3. DISEÑO DE LA MUESTRA.....	69
4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	70
4.4.1. VARIABLES:.....	70
4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	72
4.6. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	73

4.7.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	75
4.8.	RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS .....	75
5.	RESULTADOS .....	76
6.	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	92
7.	RECOMENDACIONES.....	95
7.1.	PROFESIONALES DE LA SALUD .....	95
7.2.	INSTITUCIONES DE SALUD.....	95
7.3.	INSTITUCIONES FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD .....	96
7.4.	INVESTIGADORES EN SERVICIOS DE SALUD .....	96
8.	BIBLIOGRAFÍA. ....	98
9.	GLOSARIO.....	102
	ANEXOS.....	103
	ANEXO 1 - INSTRUMENTO.....	104
	ANEXO 2 – LIBRO DE CÓDIGOS.....	107

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1. Opinión acerca del mejor hospital de la zona .....	54
Tabla No. 2. Opinión acerca de cual de los servicios es más <i>burocrático</i> .....	55
Tabla No. 3. Calidad de la atención médica a pacientes de los centros de salud de la SSA .....	55
Tabla No. 4. Opinión acerca de la automatización de los servicios de salud.....	57
Tabla No. 5 Datos Generales del personal del laboratorio de análisis clínicos.....	76
Tabla No. 6. Estadística del número de estudios realizados en un periodo de 6 meses. ....	86

## TABLA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1.</b>	FORMACIÓN ACADÉMICA DE LA CATEGORÍA DE QUÍMICO .....	77
<b>FIGURA 2.</b>	FORMACIÓN ACADÉMICA DE LA CATEGORÍA DE LABORATORISTA .....	77
<b>FIGURA 3.</b>	FORMACIÓN ACADÉMICA DE LA CATEGORÍA DE AUXILIAR DE LABORATORIO .....	78
<b>FIGURA 4.</b>	HA RECIBIDO CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO .....	78
<b>FIGURA 5.</b>	PREPARACIÓN ACADÉMICA ACORDE AL TRABAJO .....	79
<b>FIGURA 6.</b>	CONSIDERA QUE EL RECONOCIMIENTO PERSONAL EN EL TRABAJO AUMENTA LA PRODUCTIVIDAD.....	80
<b>FIGURA 7.</b>	EL ESTÍMULO ECONÓMICO AUMENTA LA PRODUCTIVIDAD .....	80
<b>FIGURA 8.</b>	LAS RELACIONES INTERPERSONALES FACILITAN EL DESEMPEÑO DEL EQUIPO DE TRABAJO.....	81
<b>FIGURA 9.</b>	LA SECCIÓN EN LA QUE TRABAJA RECIBE POCO APOYO .....	82
<b>FIGURA 10.</b>	SU SUPERIOR INMEDIATO ES APTO PARA DESEMPEÑAR EL PUESTO .....	82
<b>FIGURA 11.</b>	CONOCIMIENTO DE COMO FUNCIONA EL SERVICIO DONDE TRABAJA .....	83
<b>FIGURA 12.</b>	EL HORARIO DE TRABAJO ES SUFICIENTE PARA REALIZAR EL NÚMERO DE ANÁLISIS REQUERIDO.....	83
<b>FIGURA 13.</b>	EL HORARIO PARA RECIBIR ANÁLISIS DE URGENCIAS ES ADECUADO.....	84
<b>FIGURA 14.</b>	CONSIDERACIÓN DEL TRABAJADOR SOBRE SI SU ÁREA DE TRABAJO ES APROPIADA .....	84
<b>FIGURA 15.</b>	DISPONIBILIDAD DEL EQUIPO Y MATERIAL PARA REALIZAR EL TRABAJO .....	85
<b>FIGURA 16.</b>	DISPONE DEL EQUIPO NECESARIO PARA REALIZAR SU TRABAJO .....	85
<b>FIGURA 17.</b>	HABILIDAD DEL PERSONAL .....	87
<b>FIGURA 18.</b>	CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL.....	88
<b>FIGURA 19.</b>	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS .....	89

## RESUMEN

El objetivo principal del presente trabajo es detectar algunos de los factores que inciden sobre la calidad y productividad de los servicios prestados por el laboratorio clínico de las Unidades de Medicina Familiar de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se analiza habilidad del personal del laboratorio clínico, conocimientos de éstos, disponibilidad de recursos existentes, así como la integración de los mismos con los pacientes, utilizando variables de identificación con base en modelos estadísticos.

En el estudio se incluyen las tres categorías de personal que realizan los análisis clínicos, Químicos, Laboratoristas y Auxiliares, para medir la percepción del trabajador, se aplicó un instrumento al personal de laboratorio, encontrándose que el 83% se considera hábil para realizar su trabajo, el 76% posee los conocimientos necesarios para la realización del mismo y el 75% cuenta con los recursos disponibles para realizar las labores diarias.

Esto nos indica que el personal está técnicamente preparado para realizar su trabajo, con los conocimientos que se tienen. Los recursos son los adecuados para realizar el trabajo. Donde se encuentra inconformidad es en cuanto al reconocimiento tanto económico como emotivo para la realización del trabajo, ya sea de su jefe inmediato o de sus compañeros de trabajo, esto afecta la calidad de la atención al paciente, aunque se cumpla con los indicadores y metas de productividad en número de análisis.

La motivación en el ambiente de trabajo es importante para dar un servicio de calidad. Los directivos de clínicas y jefes de servicio deben tomar en cuenta la satisfacción laboral, para poder motivar al personal, y alcanzar las metas de mejora en la calidad de la atención.

Palabras clave: calidad, productividad, laboratorio clínico, sistemas de salud.

## ABSTRACT

The main purpose in this study is to detect some items related with the quality and productivity in first level in the clinic laboratory at Instituto Mexicano del Seguro Social. Is the subject of this study the skills, knowledge, resources availability and the integration of all these in the quality of the healthcare service. Including the usefulness of the variables in the base of statistic models.

Were included three categories as chemists, technician and laboratory assistants and their point of view about themselves. Was designed an instrument for the employee in study and with this way to their perception. The outcomes were 83% have the skills, 76% have the knowledge and 75% have enough resources for the daily work. The main problem was the disagreement with their economic and motivational grants for their job by the management o by the workgroup. All of these cause a damage in the care of the patients.

The institutional objectives were achieved and it was the same with productivity targets. Between workmates is very important to improve the quality of the service. The supervisory and the management level need to consider the employee satisfaction. For the worker the driving force and attainment of the objectives are the basis in the improved of the healthcare service.

Key words: quality, productivity, clinic laboratory, health care systems.

## INTRODUCCIÓN

Los países de América decidieron, en Alma Ata en 1978, que para alcanzar la Meta de salud para todos, debe aplicarse la Estrategia de Atención Primaria de la salud como un enfoque intersectorial.

Los tiempos en que vivimos se caracterizan por cambios rápidos e irreversibles, que obligan a proyectarse hacia el futuro, pero los sistemas de salud ni siquiera han logrado avanzar al ritmo que imponen las necesidades de la población, manifestándose aún en países industrializados, por no haber abordado a tiempo los problemas de salud derivados de los estilos de vida, a pesar de las grandes inversiones en salud y de los adelantos alcanzados. Como respuesta a las necesidades de buscar un acercamiento a los múltiples problemas de salud que aún exigen solución en todas partes del mundo, surge el concepto de promoción de la salud en la “Carta de Ottawa” en 1986.

En Europa se creó la estrategia regional de “salud para todos” adoptada por 32 países en 1984. La idea de promoción de la salud se comenzó a perfilar en el informe “A new perspective on the health of Canadians” en 1974. Se organizó la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en noviembre de 1986 por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, coordinando sus esfuerzos para definir claramente los objetivos futuro y reforzar su compromiso individual y colectivo con la meta de “salud para todos en el año 2000”.

*La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de modificar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.*

Son condiciones y requisitos fundamentales para la salud la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad, cualquier mejora de la salud han de basarse necesariamente en estos requisitos. Una buena salud es uno de los recursos principales para el progreso personal, económico y social así como una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, del medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de las acciones dirigidas a la promoción de la salud es lograr que esas condiciones sean favorables mediante el fomento a la salud.

La salud es un espejo donde se refleja el avance del país, pero también inequidades e ineficiencias. Es un indicador preciso del grado en que se promueve el desarrollo o se tolera la injusticia, es donde se refleja la responsabilidad del gobierno y la sociedad por el bienestar.

En la Habana, Cuba, del 21 al 25 de Mayo de 1990 se realizó el Seminario Latinoamericano sobre Laboratorios en los Sistemas Locales de Salud (SILOS), auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud y la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI), con la participación de expertos de diecisiete países latinoamericanos. El programa, de la OPS ha realizado la tarea editorial final, esperando que oriente a las decisiones políticas en los diversos países de la región en lo referente a laboratorios, de acuerdo a sus necesidades y prioridades nacionales y locales.

Los Servicios de Salud tienen como objetivo proteger o mejorar la salud. La eficacia con que se logra depende de los servicios que se prestan y la manera en que están organizados. Dado que los recursos son limitados deben emplearse en acciones eficaces y de acuerdo a las prioridades nacionales o locales. Vemos que las burocracias jerárquicas, como los mercados fragmentados y desregulados, *muestran graves deficiencias en la forma en que organizan los servicios*, la integración flexible de proveedores autónomos o semiautónomos de atención sanitaria pueden disminuir los problemas. [Informe 2000]

El Sistema Nacional de Salud ha alcanzado logros indiscutibles, pero bajo su forma actual de operación y organización es poco probable que pueda superar los rezagos acumulados, hacer frente a los nuevos retos y atender al legítimo reclamo de los usuarios de que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia. Es prioritario reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios y evitar dispendios. Las iniciativas de reforma a los sistemas de salud han adquirido una importancia creciente en países con los más diversos niveles de desarrollo económico, por lo que nuestra necesidad de renovación no es un caso aislado. [PND1995]

La Secretaría de Salud (SSA) desde 1990 ha buscado poner en práctica las políticas del Programa Nacional de Salud, como son la equidad y calidad de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud.

Para el diagnóstico y el pronóstico de enfermedades el laboratorio clínico es un apoyo básico, así como para la vigilancia del tratamiento médico, lo que permite una atención médica integral. Por ello es importante mejorar la calidad del trabajo técnico y administrativo de los laboratorios clínicos.

En México desde hace tiempo se evalúa la calidad de los laboratorios clínicos, con mayor orientación hacia resultados de las mediciones que a los aspectos de estructura, organización y funcionamiento. Estas evaluaciones las realizan diversos organismos y asociaciones sin coordinación entre sí y han estado limitadas a los laboratorios que aceptan participar.

Dentro de esta visión integradora y multidisciplinaria de la acción en salud, la actividad del laboratorio ha adquirido un rol preponderante como elemento de apoyo en el manejo individual y colectivo de la salud como fenómeno social y para asegurar la calidad adecuada en cada caso. Este enfoque moderno lleva al laboratorio hacia un concepto amplio, que va más allá del limitado círculo clínico clásico, incluyendo aspectos como vigilancia epidemiológica, control de alimentos, control de aguas, ambiente, zoonosis, salud animal, medicina preventiva y del trabajo, etc.

Los directivos de muchas compañías de Japón observaron en 1948 y 1949 que el mejorar la calidad engendra de manera natural e inevitable la mejora de la productividad. Esta observación surgió del trabajo de unos cuantos ingenieros japoneses que estudiaron la bibliografía sobre el control de calidad proporcionada por los ingenieros de la Bell Laboratories, que entonces estaban trabajando con el staff del general Mac Arthur. Esta bibliografía incluía el libro de Walter A. Shewhart *Economic Control of Quality of Manufactured Product* (Van Nostrand, 1931; reeditado por la sociedad Americana para el Control de Calidad, 1980). Los resultados fueron alentadores, indicando que efectivamente la productividad progresa al reducir la variación, tal como se profetizaba en los métodos y la lógica del libro de Shewhart. Como resultado de la visita de un experto extranjero en el verano de 1950, la siguiente reacción en cadena quedó grabada en Japón como un estilo de vida.

En México, la investigación en servicios de salud ha recorrido un largo camino desde sus inicios en los años setenta. Sin lugar a duda, ha llegado a una etapa de madurez que le permite competir en calidad en los foros internacionales y cumple una amplia gama de temas, que van desde el terreno clásico de la especialidad hasta nuevos caminos que marcan pautas para la actividad desarrollada en esta materia en América Latina. Aunque hay que tomar en cuenta las limitaciones actuales y los retos a enfrentar en el futuro.[Ruiz, 1991]

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

A medida que la nación se transforma, el sistema de salud debe hacerlo también, el avance económico, el bienestar social y la estabilidad política dependen de la buena salud. En el sistema de salud debe existir equidad, calidad y eficiencia siguiendo los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo, a fin de mejorar la satisfacción de la población y de dar incentivos al buen desempeño de los prestadores. Debe reconocerse la libertad de elección por parte de los usuarios, por lo que es necesario establecer una estrategia concertada para ver la calidad y la eficiencia en todas las organizaciones de salud, incluyendo el reforzamiento de la capacidad gerencial.

La salud es uno de los valores más profundos de la sociedad y es compartida por prácticamente todos los grupos de la sociedad y puede contribuir a fortalecer la dignidad nacional al ayudar a reducir la desigualdad regional, y al mismo tiempo prepare mejor al país para la globalización.

Los conocimientos obtenidos a través de la investigación tienen un valor intrínseco, ya que forma parte del legado cultural de la humanidad, además permite explicar el estado actual de las cosas. Así tenemos que en ausencia de investigación, la información queda reducida a la descripción de eventos, sin manera de confirmar su validez ni analizar sus causas. El sistema de salud no puede prescindir de invertir en investigación ya que en ella radica la capacidad de anticipar los problemas y someter a prueba las soluciones.

Actualmente en el ámbito mundial se le ha dado una gran importancia a la investigación científica como instrumento para el progreso. En 1990 la Comisión Internacional de Investigación en Salud para el Desarrollo propuso el concepto de Investigación Nacional Esencial en Salud. La cual es una estrategia para tomar muy en cuenta los principales problemas de salud de un país a base de involucrar en la definición de los temas y la utilización de los resultados no-solo a los propios investigadores sino también a los tomadores de decisión, los prestadores de servicios y la comunidad. En nuestro país, contamos con la comisión Mexicana de Investigación en Salud, la cual actúa desde el seno de la Academia Nacional de Medicina para diseñar una estrategia integral de investigación. [Frenk 1995]

Las necesidades de salud de la población siguen siendo superiores a la capacidad de los sistemas, a pesar de los avances realizados en los últimos cuarenta años, debido al envejecimiento de la población y a los modos de vida que promueven un aumento de las enfermedades no transmisibles y desgraciadamente el gasto público en salud es insuficiente haciendo aún mayor la

diferencia entre la capacidad de los sistemas y las necesidades de salud. No importa cuán saludable sea una población sus necesidades de salud han de superar siempre las posibilidades de las instituciones de salud de producir servicios para atenderlas.

Así, quienes tienen que formular la política de salud se ven enfrentados a difíciles opciones a la hora de asignar recursos y carecen de instrumentos analíticos para determinar las prioridades, por ello los investigadores han intensificado sus esfuerzos para formular marcos conceptuales y diseñar indicadores y métodos destinados a fijar las prioridades en materia de salud por conducto de criterios explícitos los cuales aún se encuentran en etapa experimental.

Los diversos cambios que están ocurriendo en los perfiles epidemiológicos de la población y en el financiamiento y la organización de los sistemas de salud han aumentado la necesidad de determinar prioridades. La investigación y la práctica sirven para la determinación de prioridades. Actualmente la investigación es insuficiente por lo que no se centra en los aspectos adecuados, y se debe básicamente a que los problemas de salud que afectan a la población son cada vez más complejos, ya que están aumentando con rapidez la carga absoluta de la morbilidad y la demanda de atención de salud pero no así los recursos financieros por lo que se hace necesario la determinación de prioridades, las cuales deben estar de acuerdo con los valores y principios de la sociedad respecto a la salud, la vida, la reproducción, el bienestar y la igualdad de oportunidades entre otras.[Frenk 1997]

*Prioridades en materia de Salud.* Es necesario dar formación a profesionales e investigadores en los sectores de la salud para producir, utilizar y evaluar la información existente, para determinar las prioridades y establecer métodos, a fin de realizar estudios de viabilidad de un determinado conjunto de prioridades. La prioridad más alta debería ser la calidad, así como la pertinencia a la toma de decisiones. La investigación debe apegarse a las normas del método científico y considerar dos grandes grupos de investigaciones, la que estudia problemas específicos de la salud y la que se enfoca hacia algunos aspectos de la estructura y el funcionamiento del sistema de salud.

La investigación en servicios de salud ha sido la que hasta ahora ha recibido menor atención en México. La aplicación de las ciencias sociales y de la conducta al estudio del sistema de salud encierra un rico potencial para entender los actuales obstáculos y analizar con rigor las alternativas que permitan superarlos. De especial valor para la reforma es la investigación evaluativa de los cambios que se vayan introduciendo al sistema de salud. Si la reforma es vista como un proceso de largo plazo, es posible realizar estudios piloto para someter a prueba algunas innovaciones en la parte financiera o en la prestación de los servicios antes de ser aplicada.

La necesidad de determinar prioridades en las organizaciones de los sistemas de salud se debe a los cambios que suceden en los perfiles epidemiológicos de la población y en el financiamiento. Los gobiernos que estuvieron en crisis fiscal en los años ochenta y noventa han tenido que comprobar la utilización de su gasto público para producir bienes y servicios. Como resultado, actualmente designan menos fondos a la producción de una gran variedad de bienes y servicios.

La política nacional de salud en sus prioridades debe estar de acuerdo a los valores y principios de la sociedad respecto a la salud, la vida, la reproducción, el bienestar, y la igualdad de oportunidades y cubrir cuatro objetivos básicos: Eficiencia Técnica, Eficiencia Distributiva, Equidad y Satisfacción de la Comunidad. Las intervenciones prioritarias deben cumplir con tres criterios técnicos: disminución de la carga de morbilidad, eficiencia en función de los costos, y Atención a las Preferencias de la población.[Frenk 1997]

La teoría científica prevaeciente propone un método para la determinación de las prioridades, que consta de tres etapas:

- Análisis cuantitativo de la carga de la morbilidad por medio de un indicador único, normalmente las perdidas provenientes de la discapacidad o la mortalidad prematura se estimarían mediante un desglose de las causas inmediatas (enfermedades), el sexo, y la edad.
- Análisis de la relación costo-eficacia de las distintas intervenciones para luchar contra las enfermedades que causan las mayores pérdidas en materia de salud.
- Selección de una lista de intervenciones que pueden ponerse en práctica sin exceder el presupuesto disponible y por medio del sistema de salud vigente.

La investigación dedicada principalmente a mejorar la determinación de prioridades en el sector de la salud de los países de ingresos bajos y medianos ha sido incompleta, escasa y de regular calidad, procedente de investigaciones indirectas relacionadas con la determinación de prioridades.

La deficiencia principal de la investigación actual consiste en que se dirige únicamente a la medición de la eficacia y la utilidad en función de los costos y en cierta medida a la morbilidad. Se ha pasado por alto en su mayor parte los asuntos relacionados con el proceso político de determinación de prioridades, las consecuencias éticas de los diversos métodos, las consecuencias institucionales, y de gestión de las prioridades propuestas y el papel que cabe a los valores sociales en la asignación de los recursos para la salud.

El sistema de salud debe invertir en investigación, es una de las decisiones más redituables, puesto que casi todos los avances de los que ahora disfrutamos se han derivado del conocimiento científico, la investigación es la principal fuente de energía hacia el futuro.

Es claro que en el momento presente son pocos los centros de investigación en nuestro país dedicados a estudiar los servicios de salud palpándose su gran necesidad ya que los responsables de planear y administrar los servicios de salud en el país, sus regiones y localidades carecen de análisis de la experiencia, propuestas de innovación, respuestas a problemas no resueltos y persistentes, conocimiento de la opinión del prestador y el usuario; en síntesis, de orientación. La investigación en servicios de salud debe generar, recolectar y analizar el conocimiento a través del estudio objetivo y sistemático de la estructura de los servicios, como son los recursos humanos, materiales, financieros y de organización, así como su operación e influencia en las necesidades y expectativas de salud de la población y contribuyendo a resolver problemas reales

en la prestación de los servicios, aprovechando los recursos y colaborando en la transformación de las políticas.[Ruiz, 1991]

*Investigación en Salud en México.* Desde 1960 se han realizado estudios en México con el propósito de cuantificar y calificar las condiciones de la investigación científica, así como las características de los recursos humanos y de las instituciones que realizan investigación. Se han realizado grandes esfuerzos por medir el desarrollo y las inclinaciones de la investigación en salud, impidiendo la planeación a mediano y largo plazo, y obstaculizando la elaboración de estrategias para mejorar la calidad de la salud de la población.[Frenk 1994]

Se ha observado la siguiente tendencia de la investigación en México:

- Investigación Clínica 78.2%
- Investigación Básica 18.4%(biología, fisiología, bioquímica, biofísica, biomatemáticas epidemiología, patología experimental, farmacología, y veterinaria entre otras.)
- Investigación en Salud Pública 3.4%

Actualmente existen condiciones en el país para el desarrollo de la Investigación Esencial en Salud (IES). Es fundamental descubrir las causas que originan los diferentes problemas en la atención a la salud, en ocasiones, la solución a una determinada enfermedad se encuentra en los avances de la investigación. En otras se refiere a las estrategias de organización, de administración, y de utilización de los recursos disponibles que tiendan al mejoramiento de la calidad de la atención. Las tendencias se dirigen al fortalecimiento de recomendaciones dentro de las unidades de atención, que estimulen el desarrollo de la investigación como instrumento útil para lograr las soluciones que necesitan las demandas de salud de los usuarios, por medio de la sistematización y la uniformidad de procedimientos convenientes de los prestadores de servicios.

En México existe una relación de un investigador por cada 10 000 habitantes, en los países desarrollados se tiene una proporción de 40 a 60 investigadores por cada 10 000 habitantes, también hay que considerar que el perfil de recursos humanos para la salud esta invariablemente ligada al postgrado, y cabe mencionar que la eficiencia terminal del este es de 12%, observándose que las dos terceras partes de la población estudiantil de postgrado siguen un programa en ciencias de la salud (29%), o bien en ciencias sociales y administración (37%). Los investigadores se enfrentan a una problemática institucional caracterizada por factores que obstaculizan su labor científica: [Frenk, 1994]. Generalmente sus posibilidades son limitadas para elegir la dirección académica a seguir, bajas oportunidades de promoción, aislamiento intelectual y libertad limitada para seleccionar temas de investigación, bajos salarios (motivo de desaliento), si se comparan con ingresos de la práctica clínica privada, en la industria o en la administración.

La investigación en salud se lleva a cabo esencialmente en instituciones del sector salud y del sector educativo, las instituciones del Sector Salud colaboran con el 80% de los trabajos. De 1990-1992 los Institutos Nacionales de Salud (INS) contribuyeron con el 31% del total de artículos publicados, sumado al 1.6% provenientes de otras dependencias de la SSA da un total

de 42.6% proveniente de la Secretaría. El IMSS contribuyó con 23%, la iniciativa privada con 10%, la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) 5%, y el resto de las instituciones con 2.5% y 3% cada una. El sector educativo privado de 1990-1992 contribuyó escasamente en la producción de conocimientos científicos en el área de la salud. De la producción bibliográfica el 49.7% son de investigaciones realizadas en la UNAM, el 26% de universidades estatales, el 17.6% de IPN y 6.6% de universidades privadas. Se requiere de la optimización de los recursos humanos, los salarios, los sistemas de información científica, las instalaciones y el equipo. [Frenk, 1994]

A pesar del escaso desarrollo de la investigación en servicios de salud, la Fundación Mexicana para la Salud aplicó en el ámbito nacional la "Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud" en abril y mayo de 1994, con el fin de obtener un perfil de la opinión de la sociedad civil sobre los servicios de salud y de medir la satisfacción, utilización y acceso a los servicios de salud en México. En el mismo año la Secretaría de Salud también llevó a cabo el levantamiento de la "Encuesta Nacional de Salud II" para estudiar por primera vez en el ámbito nacional, el proceso de búsqueda y obtención de servicios de salud así como la percepción de la calidad de los servicios de atención a la salud de los usuarios. [Frenk, 1997]

El mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención a la salud cambia las tasas de letalidad de muchas enfermedades. Las actuales tecnologías terapéuticas y diagnósticas y la investigación en sistemas de salud, ofrecen progresos que permiten disminuir las tasas de letalidad de manera directa, al disminuir la probabilidad de que se mueran los ya enfermos y de manera indirecta, al reducir el riesgo de contagio en los no enfermos. [Arredondo 1999]

## 1.2. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social surgió como una vía idónea para alcanzar algunos de los ideales fundamentales de la Revolución y como respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora. Actualmente, la Ley señala que la seguridad social tiene como finalidad el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Después de 52 años de operación, se puede señalar que los logros son encomiables. El IMSS, a través de su régimen obligatorio le da cobertura a 37 millones de mexicanos; cuenta con una infraestructura superior a 1 700 unidades médicas; cubre más de 1 430 000 pensiones mensualmente; a sus instalaciones médicas asisten diariamente más de 700 000 personas, y en ellas nacen uno de cada tres mexicanos; sus guarderías reciben a cerca de 61 000 niños. Para hacer esto posible, en el instituto laboran más de 340 000 trabajadores. [Renovación 1999]

México está viviendo una transición demográfica (la esperanza de vida aumenta, la tasa de natalidad disminuye y la edad promedio de la población aumenta), así como una transición epidemiológica (las enfermedades infecciosas disminuyen y aumentan las crónico-degenerativas), enfrentándose a condiciones de competitividad inédita. Lo anterior incide sobre la demanda de servicios y afecta fundamentalmente el financiamiento de la seguridad social.

La transición demográfica por la que atraviesa México representa grandes desafíos para el IMSS y tiene el reto de garantizar las prestaciones para un mayor número de personas que aumentan más velozmente que los trabajadores.

Actualmente, la seguridad social es un tema prioritario en la mayoría de los países en los que se está transformando para actualizar sus estructuras y sistemas operativos. Esto tiene el fin de hacer frente al nuevo entorno sociodemográfico mundial. Los cambios en las condiciones sociodemográficas, así como en las económicas han obligado a la mayor parte de los países a modificar sus sistemas de seguridad social, adoptando una diversidad de caminos según su propia ideología y circunstancias. [Reunión, 1999]

Hoy es necesario renovar al IMSS, para que fortaleciendo sus principios, se adecue a la nueva realidad de México, para elevar la calidad y mejorar el servicio, para tener viabilidad financiera, para ampliar la cobertura.

### **1.3. MEJORA CONTINUA EN UNIDADES MÉDICAS**

La Dirección General del IMSS dio a conocer los “Lineamientos Estratégicos 1996 - 2000” en donde señala con claridad que en la modernización institucional “la planeación estratégica y los principios de la calidad total han sido adoptados desde 1996 para impulsar esta transformación”. [Lineamientos, 1996]

La Dirección General de Prestaciones Médicas, promueve el mejoramiento de los servicios que se proporcionan a la población derechohabiente, tanto desde la visión estratégica como operativa, desarrollando líneas de acción dirigidas unas a la incorporación de cambios en el ámbito nacional y otras a fortalecer los cambios en la operación, producidos por el ejercicio responsable y creativo de la autonomía de gestión con enfoque participativo.

Una de las mayores fortalezas del Instituto es la calidad del personal con que cuenta, así como su experiencia. El concepto de corresponsabilidad debe generar actividades sistemáticas de participación interdisciplinaria e ínter jerárquica, en la búsqueda y aplicación de nuevas y mejores formas de otorgar los servicios. Ya que la razón de ser del IMSS es el otorgamiento de servicios al usuario, tiene como atributos básicos la calidad, la efectividad, la racionalidad y la

optimización del uso de recursos, así como el compromiso de todo el personal de la mejora continua de los procesos.

Una unidad médica en mejora continua es más cualitativa que cuantitativa, tiende a lograr unidades altamente competitivas, que cuenten con personal directivo y operativo capacitado y comprometido con sus responsabilidades, que administren efectivamente los recursos con que cuentan, que mantengan sus instalaciones y su equipo en óptimas condiciones y que fundamentalmente, centre sus esfuerzos en satisfacer las expectativas de atención profesional y oportuna de su población usuaria, lo que debe traducirse en un servicio de mejor calidad y en una mayor satisfacción de los usuarios.

El principio de operación estandarizada de la calidad, así como la calidad total son formas de promover la calidad en el laboratorio clínico. También permite la obtención de resultados reproducibles entre los laboratorios de un país y entre distintos países, y es lo que se espera del trabajo de laboratorio y la preocupación de la “Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI).

El proyecto ha recibido apoyo de parte de Organizaciones internacionales tales como la OPS, la OMS, y de agencias financieras mundiales. Las Secretarías de Salud y las sociedades nacionales de cada uno de los países latinoamericanos, así como de la Federación Internacional de Química Clínica (FIQC), el Comité de Estándares Mundiales (CEM), de la Asociación Mundial de Sociedades de Patología (Anatómica y Clínica) (AMSP), el comité Nacional de Estándares Clínicos de Laboratorio (CNEL) y el Colegio de Patólogos Norteamericanos (CPN) de E U A, así como sociedades nacionales de otros países desarrollados, han reconocido la relevancia del proyecto y han contribuido positivamente. [OPS, 1991]

A finales de 1994 se efectuó un seminario internacional con la participación de la mayoría de los países latinoamericanos, el grupo de asistentes, todos ellos jefes de laboratorio, integran el grupo de tutores, con la autoridad para efectuar los cambios necesarios en sus respectivas zonas, por medio de un sistema de cascada, el cual funcionará durante el tiempo del proyecto que es de cinco años de “Mejoramiento Continuo de la calidad y manejo de la calidad total en los laboratorios clínicos de los países de Latinoamérica.” [Boquet, 1998]

En cada seminario regional o nacional se discuten los temas a tratar para proporcionar una comprensión del sistema de la calidad total, de la estructura de la organización y de la totalidad de las normas, de los procedimientos y de los medios requeridos para lograr el funcionamiento óptimo del laboratorio, incluyendo la posibilidad de su reconocimiento formal para certificación o acreditación, con estándares internacionales como la serie ISO 9000, la serie de estándares europeos EN 45000.

Existen razones poderosas para que el sector público participe en la capacitación y seguimiento de la calidad de la educación continua a fin de estimular el desarrollo de recursos humanos en los campos de interés. En Hungría y Jamaica se han creado recientemente nuevas escuelas de salud

pública para satisfacer las necesidades de formar profesionales especializados en epidemiología, estadística, administración y educación sanitaria, en donde se procura integrar la capacitación formal inicial, la educación continua y la prestación de servicios y tiene las ventajas de que la capacitación tenga sólidas bases prácticas y expone continuamente a los prestadores de servicios a nuevas ideas y adelantos.[Informe, 2000]

#### 1.4. PROGRAMA INTEGRAL DE CALIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social es formado para ofrecer servicios a los individuos y grupos sociales que le dan sustento y para dar satisfacción a las necesidades y expectativas del asegurado, el beneficiario y el patrón. Con la intención de mejorar los servicios para cumplir con el propósito para el que fue creado, se han efectuado diversos proyectos de cambio, basados en las corrientes teóricas y metodológicas de la administración, buscando un proceso que integre los esfuerzos de superación que fortalezca sus estrategias de servicio, contemplando no solo a los derechohabientes y al patrón sino también a los trabajadores, ya que con su forma de ser y laborar con calidad es parte primordial de la institución.

Con el propósito de mejorar en la mayor parte de las unidades se cuenta con procesos participativos de planeación estratégica y mejora continua, cuyos objetivos son la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los indicadores institucionales, para crear los *Consejos Delegacionales de Calidad* a su vez formar los *Consejos Regionales de Calidad*, y concluir en un *Consejo Institucional de Calidad*, integrándose al proyecto de cambio los conceptos que forman el Programa de Modernización de la Administración Pública 1995-2000. [IMSS 1995]

Por medio de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, permitirá apoyar el monitoreo de la mejora de los servicios, a través de las quejas, las encuestas y la auditoria de calidad, ya que el problema que enfrenta la institución es que el usuario demanda, justificadamente, mayor oportunidad, mejor trato, información y suficiencia de insumos alrededor de la atención médica.

En el discurso de clausura de la Reunión Nacional del IMSS, el 18 de Marzo de 1998, señala “Nuestra estrategia ha sido generar un ambiente de cambio, que podría sintetizarse en una sola línea: creer en el IMSS, creer en su gente, en su vitalidad, en su experiencia, pero sobre todo en las soluciones que tienen que surgir desde abajo. Por ello es necesario desatar procesos participativos de mejora, pensar poco a poco de abajo hacia arriba, en un encuentro respetuoso con otro proceso de arriba y abajo, la cultura de la calidad y alentar y reconocer liderazgos participativos democráticos en el amplio sentido de la palabra”.

El Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social han decidido unirse para mejorar la calidad de los servicios, satisfaciendo así las expectativas de los derechohabientes y reconociendo a los trabajadores, por medio del *Plan Integral de Calidad* que parte de las demandas sentidas de los derechohabientes para focalizar los problemas, así como de la experiencia y conocimiento del personal experto en la prestación de los servicios para formular propuestas de solución.

El Plan Integral de Calidad parte de la responsabilidad de la institución de satisfacer las expectativas de los derechohabientes, estimulando y reconociendo a sus trabajadores como los actores principales de este proceso. Incrementar la calidad permitirá reducir la necesidad de subrogar servicios por ineficiencia de la organización, su objetivo primordial es consolidar las acciones institucionales y sindicales que impulsen de manera unificada la cultura de la calidad.[Plan, 1998-2000]

Debido a que el enfoque al cliente es uno de los principales conceptos de calidad, la cuantificación de quejas, reclamos y / o insatisfacción de los clientes / usuarios se convertirá en la mayor fuente de información para los objetivos de mejoramiento de calidad de nuestros servicios y para los esfuerzos de modernización de los procesos administrativos. El mejoramiento de la Calidad y la Modernización de la Administración Pública requiere de la participación e involucramiento del personal de todos los niveles y en todas las dependencias gubernamentales, sólo así se podrá influenciar y dirigir a la institución a este nuevo concepto, por lo que se requiere aprovechar la experiencia y talento de las personas para impulsar el mejoramiento. Trabajar juntos y desarrollar a cada miembro de la organización permite estimular la creatividad y aplicar nuevas formas de hacer el trabajo.

Las organizaciones de todas partes del mundo enfrentan actualmente un gran desafío, ser competitivos en el ámbito mundial si no cederán sus mercados a quienes si pueden producir bienes y servicios de calidad. Si queremos lograr la competitividad como país, es necesario que la administración pública apoye con servicios de calidad a la sociedad, ya que el servir es una fuente de satisfacción, que fuera de degradar engrandece y es de gran trascendencia.

Partiendo de la situación actual en el IMSS se han identificado áreas de oportunidad para la mejora del proceso, entre las que destacan las siguientes: [Renovación 1999]

- Información oportuna y suficiente al derechohabiente y su familia.
- Oportunidad en el otorgamiento de la atención solicitada.
- Utilización óptima de los recursos existentes.
- Proporcionar atención en los subprocesos de laboratorio clínico de medicina familiar, apegados al marco de normas y procedimientos vigentes.
- Incrementar la capacidad resolutoria de la unidad.
- Fortalecer el enfoque de atención médica integral.

- Propiciar que nuestras acciones contribuyan a satisfacer las necesidades de salud del usuario.
- Fortalecer el sentido humanista en la atención al individuo y la familia.
- Impulsar las acciones de educación para la salud.
- Desarrollar sistemáticamente la calidad de la atención que se proporciona en los subprocesos de Auxiliares de Diagnóstico.
- Fortalecer la accesibilidad a los servicios de Auxiliares de Diagnóstico.
- Promover la homogeneidad en el manejo de los principales motivos de demanda de estudios de Auxiliares de Diagnóstico.
- Confiabilidad de los registros.
- Análisis sistemático del proceso.
- Fortalecer las actividades de educación médica continua tomando en cuenta las tres áreas de aprendizaje.
- Reconocimiento al personal que destaca por su desempeño.
- Sistematizar el proceso de supervisión, con un enfoque educativo que propicie el aprendizaje significativo.

Es primordial mejorar las interrelaciones del laboratorio clínico con otras áreas y servicios de la unidad, esto es, por las actividades de coordinación que realice el personal directivo. A ellos corresponde validar la puesta en operación de las acciones propuestas para la mejora, los mecanismos de comunicación y administrativos, que permitan elevar la calidad de la atención en el laboratorio clínico.

### **1.5. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, MEDICINA FAMILIAR**

En el IMSS el primer nivel de atención presenta una problemática delicada, ya que es donde se atienden a la gran mayoría de la población; utiliza el 26% de los recursos dedicados a la atención médica y es también la puerta de entrada del paciente al resto de la institución. Las unidades ofrecen servicios en turnos diurnos de 6 horas cada uno durante cinco días a la semana.

El médico familiar es el eje del funcionamiento de la unidad y tiene la responsabilidad de cuidar a una población de 2 400 derechohabientes, los cuales están adscritos a una unidad específica de primer nivel donde se les asigna un horario de atención y un médico familiar. Este médico debe resolver enfermedades de menor grado de dificultad técnico-médica que requiere de diagnóstico y tratamientos poco complejos, además de brindar orientación sobre higiene, alimentación y forma de vida. En caso de presentar un padecimiento más complejo, el paciente es trasladado o referido a un hospital de segundo nivel.

Cada unidad cuenta con los archivos de afiliación, vigencia y expedientes médicos de la población adscrita a la unidad, con una farmacia que ofrece los cuadros básicos institucionales. Las unidades con más de cinco consultorios cuentan con los auxiliares de diagnóstico tales como rayos x y laboratorio clínico para realizar estudios poco complejos y de gran demanda.

El primer nivel de atención también ofrece apoyo a la salud de la población abierta, por medio de campañas de fomento a la salud, vacunación y otras coordinadas por la Secretaría de Salud. Es el más vulnerable del instituto, hay largas esperas para recibir consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, falta de medicamentos, escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad, falta de motivación del personal, despersonalización médico-paciente, insatisfacción del usuario y quejas tanto de los trabajadores como de las empresas.

Del total de la población actualmente adscrita sólo el 85% utilizó los servicios del instituto en 1994, el 15% restante no necesitó los servicios o acudió a instituciones privadas u otras del sector público, lo que refleja parcialmente, la indiferencia o desconfianza de algunos de los derechohabientes con el servicio. Es previsible que este porcentaje aumente como consecuencia de la crisis económica actual. [IMSS, 1995]

En este nivel laboran 55 000 trabajadores y representa el 26% del gasto del sistema, lo cual resulta demasiado elevado, en especial si se considera el grado de insatisfacción que manifiestan tanto los usuarios como los prestadores de servicios.

En este proceso de respaldo para suministrar atención médica en el primer nivel de atención, se reconocen debilidades que interfieren negativamente para que se proporcione una atención oportuna y de calidad, que favorezca el incremento de la capacidad resolutoria del médico. En algunas unidades de medicina familiar, las áreas físicas, se encuentran debilitadas en su limpieza, en la conservación y en el mantenimiento de las mismas, al igual que en el equipo de laboratorio y radiodiagnóstico. [Lineamientos 1999]

En el Informe de Salud en el Mundo 1993, se propone el desarrollo de un ambiente que permita a las familias mejorar su salud, ya que éstas se ven limitadas por los niveles de ingresos y educación de sus integrantes, orientándose en especial a los pobres. Se tienen dos elementos fundamentales para unas buenas condiciones de salud y disminución de la pobreza como son, el crecimiento económico general y la educación (oportunidad de escolaridad básica) en particular para las niñas, que son las futuras madres que utilizarán la información y los recursos financieros para formar sus juicios en lo referente a alimentación, fecundidad, atención médica y otros aspectos de gran influencia en la salud de cada miembro de la familia. Los pobres registran niveles mucho más altos de mortalidad que los ricos en todas las edades. [Informe, 1993]

En los años 80 las tasas de mortalidad de los niños menores de 5 años disminuyeron en casi 30%, y en más del doble en los países en los que los ingresos medios se incrementaron en más de uno por ciento anual. Las políticas económicas con crecimiento sostenido son formas eficaces que los

gobiernos pueden utilizarse para mejorar las condiciones de salud de los ciudadanos, al elevar el nivel de ingresos de los que viven en condiciones de pobreza, ya que con ingreso adicional lo más probable es que mejoren su alimentación, la obtención de agua potable y la mejora del saneamiento y la vivienda. Las políticas dirigidas a incrementar la escolaridad por ejemplo. 6 años completos de educación son de gran importancia para fomentar la salud. El nivel alto de escolaridad permite a las personas buscar y utilizar la información sobre salud más eficazmente que las que carecen de educación formal o es escasa, es un medio eficaz en función de los costos de mejorar las condiciones de salud.

El beneficio para la salud de cada dólar gastado varía enormemente en toda la gama de servicios sanitarios que actualmente financian los gobiernos. La reorientación de los recursos, de las medidas que tienen un costo alto por cada AVAD (Año de Vida Ajustado en función de la Discapacidad) ganado hacia aquellas que cuestan poco, podría reducir la carga de morbilidad de forma espectacular sin incrementar los gastos. Es prioritario que los gobiernos financien un conjunto limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales.

El costo de ganar un AVAD puede ser muy bajo, a veces de 25, 50 ó 150 dólares, entre las actividades comprendidas en esta categoría están:

- Inmunizaciones (salvan alrededor de tres millones vidas al año)
- Servicios de salud centrados en las escuelas.
- Información y servicios seleccionados de planificación de la familia y nutrición.
- Programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol.
- Medidas reguladoras, información e inversiones públicas limitadas para mejorar a la familia.
- Prevención del SIDA

Los gobiernos deben hacer más por fomentar un ambiente más saludable, en especial para el sector más desprotegido de sus poblaciones, que son los que enfrentan mayores riesgos para la salud a consecuencia de saneamiento deficiente, falta de agua potable, malos hábitos de higiene tanto personal como en alimentos, contaminación de basura y del aire en sus viviendas, hacinamiento en viviendas de ínfima calidad. Estos riesgos tienen relación con casi un 30% de la carga global de la morbilidad. Las autoridades tienen una función primordial en la propagación de información sobre prácticas higiénicas.

Crear un conjunto de servicios clínicos esenciales, de gran eficacia en función de los costos, es aconsejable en cada país, de acuerdo a sus necesidades de salud y su nivel de ingreso, como mínimo deberá incluir, según el Informe sobre el desarrollo Mundial 1993:

- Atención prenatal, con la cual se podrían evitar casi 500 000 muertes derivadas de la maternidad cada año en los países en desarrollo.
- Planificación familiar, con la cual se podrían evitar la muerte de 850 000 niños cada año y eliminar hasta 100 000 de las muertes maternas anuales.

- Lucha contra la tuberculosis, que ocasiona la muerte de más de 2 millones de personas anualmente.
- Enfermedades de transmisión sexual, de los que hay 250 millones de nuevos casos cada año, que son debilitantes y a veces letales.
- Tratamiento de enfermedades comunes graves de los niños pequeños, como son la diarrea, sarampión, infecciones agudas de las vías respiratorias, paludismo y malnutrición grave, que son las responsables de casi 7 millones de muertes de niños cada año.

Con un ligero aumento del gasto se podrían incluir medidas relativamente eficaces en función de los costos para el tratamiento de algunas enfermedades no transmisibles comunes como son las afecciones cardíacas, hipertensiones, cáncer de cuello uterino, quimioterapia en algunos casos de psicosis y eliminación de cataratas.

La aplicación de los servicios clínicos esenciales ayudaría de una manera positiva en el estado de salud de los habitantes de los países en desarrollo. Si este servicio se hiciera llegar a un 80% de la población, sería posible aliviar el 24% de la actual carga de morbilidad en los países de bajos ingresos y el 11% en los de ingreso mediano. Y si se aplicaran tanto estos servicios como las medidas de salud pública, la proporción de enfermedades actuales que podrían eliminarse sería alrededor del 32% y 15% respectivamente. En términos de AVAD, esa disminución de la morbilidad equivaldría a salvar anualmente la vida a más de 9 millones de niños menores de un año.

En los países en desarrollo, es primordial tomar medidas firmes para transformar la ineficiencia de programas y servicios de asistencia, especialmente en servicios estatales, esto se debe a que los medicamentos, el transporte y el mantenimiento escasean; los hospitales retienen a los pacientes más tiempo del necesario y están mal organizados y administrados; se paga por medicamentos de limitada eficacia; y las medicinas y materiales son objeto de robo o se echan a perder en los almacenes y hospitales. Una de las reformas más eficaces en lo referente a medicamentos es la que han introducido algunos países, la competencia en la obtención de medicamentos y han logrado ahorros entre el 40%-60% lo que ofrece mayores posibilidades de progreso. Otra medida eficiente es la elaboración de listas de medicamentos esenciales y de bajo costo, para los principales problemas de salud de la población. El uso de protocolos para el tratamiento de enfermedades y usos alternativos de las instalaciones médicas pueden contribuir a una mayor eficiencia, al igual que algunas intervenciones quirúrgicas que normalmente se hospitalizaba al paciente llevarse a cabo de manera ambulatoria, con ahorro considerable.

Zimbabwe dispuso una demora de 10 años a las nuevas inversiones en los hospitales centrales y se ha centrado en la mejora de los centros de salud y otros servicios a niveles de distrito. Túnez ha convertido 11 grandes hospitales estatales en entidades semiautónomas con fuertes incentivos para obtener mejores resultados. En los años 80 Chile delegó de la totalidad de su asistencia clínica primaria a los gobiernos locales y fomentó una mayor competencia entre los sectores público y privado, en la prestación de los servicios de salud y en los seguros médicos. Corea y Costa Rica han conseguido la cobertura médica universal con seguros sociales. [Informe 1993]

## 1.6. LA IMPORTANCIA DEL LABORATORIO CLÍNICO EN EL SECTOR SALUD

Dentro de la estructura de los servicios de salud, el papel de los laboratorios tiene una singular importancia. En demasiados casos, los exámenes de laboratorio son decisivos para el diagnóstico y el monitoreo del estado general de salud del individuo, y resultan tan necesarios como el conocimiento de los datos de auscultación.

El avance de la Medicina en materia de diagnóstico ha hecho imprescindible los exámenes de laboratorio, pero para que estos tengan valor, deben arrojar resultados exactos, precisos y oportunos, para lo cual se establece y ejecuta un programa de estandarización, que permita lograr resultados comparables entre diferentes métodos y varios laboratorios a través del tiempo, esto es básicamente una forma de controlar la exactitud. El laboratorio debe procurar que sus métodos sean exactos y precisos, para lo cual se requiere de un programa de evaluación de la calidad operante que controle estas dos características, que aunque relacionadas deben tratarse como metas distintas en un sistema de evaluación de la calidad integrado.

Actualmente se dispone de métodos definitivos, de referencia y de rutina, los cuales proporcionan información acerca de la calidad requerida por los laboratorios. Lo fundamental es que éstos se ajusten a sistemas de estandarización aceptados nacionalmente ya sea, usando métodos reconocidos como muy exactos, o mediante el uso de material de referencia. [Instructivo 1995] Por lo cual deben buscarse las pruebas que tengan la especificidad y sensibilidad adecuada para cada enfermedad pero fundamentalmente, los resultados deben llegar a tiempo para que sirvan al fin diagnóstico.

En algunos países los servicios concentrados son frecuentes para actividades como la atención hospitalaria, los laboratorios centrales de salud pública y los establecimientos de educación sanitaria, ya que los costos se reducen cuando se realizan una serie de actividades diferentes, pero existe un límite superior y un inferior e este tipo de servicios concentrados. El límite superior los grandes hospitales de 1000 a 2000 camas y los enormes laboratorios de salud pública de Europa central y oriental se caracterizan por la especialización excesiva, la baja productividad y la baja calidad de la atención. En el límite inferior también existen grandes dificultades de eficiencia y calidad cuando los establecimientos que se dedican a la atención especializada son demasiado pequeños. En muchos países de ingresos bajos como Etiopía, Marruecos y Turquía, particularmente en regiones rurales y en el sector privado, existen centros de salud y hospitales distritales con un número entre 20 a 50 camas, a menudo la ocupación es baja y el personal no atiende un número suficiente de pacientes como para mantener las aptitudes clínicas necesarias para tratar afecciones menos frecuentes, es posible que atiendan bien las afecciones más comunes, pero deben estar integrados en un sistema de referencia para tratar padecimientos más difíciles o poco usuales.

## 1.7. EL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL LABORATORIO CLÍNICO

La OMS define el laboratorio como un sitio con una diversidad de recursos técnicos y humanos, donde se realizan mediciones de análisis clínicos de muchos tipos, incluyendo una o varias disciplinas de laboratorio para una clínica o un hospital.

Con la reciente llegada de tecnología hay que considerar otra faceta del laboratorio que es la de equipos y aparatos comerciales disponibles que realizan mediciones de análisis al lado del paciente. Los análisis se realizan fuera de la administración de calidad de laboratorio en situaciones tales como:

- Camas hospitalarias
- Anexo a la sala de internamientos
- Consultorio del médico
- Farmacia
- Centro de salud (gimnasio, centro de fisicoculturismo, etc.)
- Autoanálisis por el propio paciente

La administración del laboratorio es aquel grupo de personas que es responsable de la planeación del futuro del laboratorio, de la fijación de metas y objetivos, del presupuesto de los recursos, de la organización y dirección del trabajo que debe realizarse y de la evaluación de los resultados de este trabajo. Ellos dirigen el proceso del manejo. El manejo es el proceso por medio del cual se organizan y controlan los recursos humanos y tecnológicos del laboratorio, para lograr los objetivos del mismo. En el laboratorio clínico, la responsabilidad de la administración recae generalmente, en el director. Ellos son los responsables de establecer metas, objetivos a largo plazo y políticas.

El papel de los gerentes intermedios es coordinar la forma en que serán alcanzadas las metas, los objetivos y las políticas. Tradicionalmente ha existido otro nivel de gerencia con responsabilidades de supervisión, para vigilar que se alcancen las metas. Sin embargo la teoría moderna de administración es alejarse de los múltiples niveles de gerentes. Existe una tendencia de fusionar la gerencia intermedia y la supervisión e involucrar más a los tecnólogos en lo que previamente ha sido considerado como responsabilidad de los supervisores. Se reconoce que el manejo efectivo depende de las habilidades de liderazgo y que el liderazgo no es una forma de dominio, sino que primariamente es un proceso para influenciar, guiar y dirigir a otros de modo que el trabajo se logre. La acción de alentar el liderazgo informal a todos los niveles del personal, se considera esencial para un manejo de calidad.

Respecto al manejo financiero, probablemente el método más efectivo para planear y controlar las actividades del laboratorio, es la elaboración de un programa presupuestario bien planeado y ejecutado apropiadamente. Esto requiere de un continuo esfuerzo por lograr y mantener, por un lado un balance efectivo entre la producción y la calidad y por el otro, el costo del servicio. Al

elaborar un presupuesto, éste tiene que ser una proyección razonablemente exacta de la carga de trabajo. Requiere de datos exactos sobre la producción de los años anteriores, combinados con la capacidad para anticipar los cambios en la estrategia del laboratorio y en el aprovechamiento. No es necesario que todo el personal administrativo del laboratorio sea experto en contabilidad de costos, pero sí se requiere se asignen recursos suficientes para garantizar el funcionamiento de este sistema esencial de información.

En cada país, las fuentes de ingresos dependen del mecanismo de acopio de fondos para el cuidado de la salud. El laboratorio puede depender totalmente de los fondos del gobierno o éstos pueden recabarse del cobro directo a los pacientes, a compañías de seguros o de cualquier mezcla de estos sistemas. Algunos laboratorios pueden estar comprometidos en un contrato de trabajo para la industria. Cualquiera que sea el sistema, es esencial que se identifique todo el ingreso de la forma más realista posible. Las metas y objetivos del laboratorio tienen que ser realistas y estarán profundamente influenciadas por los ingresos. Ya que los ingresos sean grandes o pequeños, ningún sistema de manejo de calidad puede operar en ausencia de un conocimiento exacto de las entradas.

### Política de Calidad

Es obligación de la alta gerencia el formular una política de calidad que guíe al laboratorio clínico para cubrir las expectativas de los clientes y debe incluir las siguientes indicaciones:

#### *Servicio*

Colaborar con los médicos tomando decisiones médicas y tratando a los pacientes en forma eficiente.

#### *Relaciones públicas*

Promover el alcance y valor de las ciencias y tecnologías de laboratorio, entre pacientes, médicos, público en general y gobierno.

#### *Investigación*

Desarrollar y participar al más alto nivel posible, en los protocolos que se requieran en el servicio del laboratorio clínico. La investigación debe iniciarse también dentro del laboratorio clínico, hasta donde lo permitan las circunstancias y los recursos.

#### *Costo-efectividad*

Lograr la meta de proporcionar al paciente el cuidado de salud al costo y riesgo mínimos.

#### *Desarrollo*

Promover el desarrollo personal de cada empleado, con objeto de mejorar y actualizar la calidad.

Una propuesta sistemática para mejorar el servicio del laboratorio, debe tomar en consideración que el resultado esté determinado por las estructuras y procesos dentro del(los) sistema(s). Cada sistema está interrelacionado con otros sistemas así tenemos:

Laboratorio clínico - Hospital - Sistema de salud

El mejoramiento continuo de la calidad del laboratorio clínico requiere del manejo de la Calidad Total preferentemente con un enfoque hacia el reconocimiento formal del servicio.

#### Requerimientos:

##### *Requerimientos de personal*

Los servicios de laboratorio deben ser conducidos por especialistas que acepten la responsabilidad de los deberes clínicos, científicos, consultivos, organizacionales, administrativos, tecnológicos y de capacitación para los cuales estén calificados.

##### *Recursos e instalaciones*

El laboratorio debe tener espacio suficiente y apropiado, equipo, instalaciones y suministros para el rendimiento del tipo y cantidad de trabajo requerido, con exactitud, precisión, costo-eficiencia y seguridad definidos. Aún más, el servicio debe contar con métodos efectivos de comunicación para asegurar reportes rápidos y confiables. Debe haber un registro apropiado de almacenamiento y recuperación.

##### *Garantía de Calidad*

Debe existir un programa actualizado de garantía de calidad diseñado para monitorear y evaluar objetiva y sistemáticamente la calidad y la propiedad del servicio proporcionado a todos los usuarios, para buscar oportunidades de mejorar el servicio e identificar y resolver problemas. La garantía de calidad comprende un conjunto de políticas, procedimientos y prácticas necesarias para garantizar que los resultados del laboratorio sean confiables. Esto incluye actividades tales como la calibración, el mantenimiento del equipo, el control de calidad, la evaluación externa de la calidad, conservación de registros, auditorías y entrenamiento.

##### *Control de Calidad*

Cada laboratorio debe tener un sistema de control de calidad que demuestre la confiabilidad y utilidad médica de la información del laboratorio. El control de calidad comprende la serie de procedimientos del laboratorio diseñados para garantizar que los procedimientos de los análisis funcionen apropiadamente y que los resultados cubran las necesidades de diagnóstico del médico. Incluye la medición de las muestras de control, graficación de resultados y análisis estadístico de los mismos.

##### *Requerimientos de Inspección*

Aquel laboratorio clínico que desee acreditación debe cubrir los requisitos establecidos y someterse a inspecciones y evaluaciones periódicas tal y como lo determinan las autoridades de salud.

### Diálogo con médicos clínicos y pacientes

Las múltiples especialidades clínicas y científicas involucradas en las ciencias del laboratorio clínico tienen que ser apreciadas como una parte integral del sistema del cuidado de la salud. Necesitan mantener una comunicación verbal y escrita activa con las especialidades médicas y con la comunidad, para promover el entendimiento mutuo y el intercambio de información.

### Diálogo con el personal

Es responsabilidad de la administración optimizar la utilización de recursos mediante una comunicación en ambos sentidos con el personal. Puede establecerse una filosofía de equipo de trabajo a través de la “contribución espontánea de ideas”:

- Primero: escuchar; segundo: preguntar; tercero: entender.
- Fijar juntos metas y objetivos.
- Fijar indicadores de calidad, los cuales deben verificarse periódicamente.
- Aclarar desacuerdos, alcanzar consenso sin votación.

### Preguntas y Quejas

Un aspecto importante de la administración es recoger, procesar y reaccionar ante las preguntas, los comentarios y las quejas del cliente, de acuerdo a los procedimientos documentados. Las quejas pueden definirse como el resultado de la falla en alcanzar las expectativas previamente listadas. Tratar con las quejas es un asunto importante y delicado que requiere experiencia y diplomacia. El objetivo es resolver los problemas, prevenir conflictos y mejorar el servicio aprendiendo de los comentarios y quejas. Se recomienda definir una propuesta metódica con documentación y seguida de una serie de lineamientos:

- Ser profesional, no personal.
- Escuchar, preguntar, entender.
- Investigar orígenes, causas, detalles de las quejas.
- Definir expectativas, aceptar la responsabilidad para evitar culpabilidad.
- Evaluar las consecuencias de cualquier incidente.
- Informar a la persona que pregunta y se queja acerca de las acciones subsecuentes seguidas o a seguir.

## 1.8. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE LABORATORIO

Para la ejecución de los planes de salud, el laboratorio constituye un elemento fundamental por lo cual debe participar en la organización de los recursos en igualdad de condiciones que los demás componentes básicos del sector.

Los laboratorios están estructurados por niveles de complejidad tanto técnica como de equipo, teniendo en cuenta las enfermedades y los programas de salud que deben atender. Si bien es cierto que a niveles primarios el laboratorio debe realizar algunos exámenes que por razones de tiempo, urgencia, transporte o desarrollo científico técnico, no son oportunos o recomendables referirlos a centros de mayor complejidad, es necesario comprender que algunos exámenes pueden y deben derivarse a centros más complejos cuando su poca solicitud o elevado costo no justifique su realización en laboratorios de niveles primarios.

Sus actividades deben orientarse hacia la medicina preventiva y curativa, tanto para la atención del individuo, la población, y el medio, contando con equipo y reactivos adecuados a las necesidades así como otros insumos que permitan una acción continua y eficaz, así como recursos humanos apropiados, según su realidad.

El desarrollo de las redes de laboratorios en la mayoría de los países de la región de América sigue siendo un desafío, a pesar de grandes avances tecnológicos. La escasez de recursos humanos y materiales, como el inapropiado uso del laboratorio existente, son algunos de los factores que contribuyen a un fuerte desbalance dando lugar a la concentración de los servicios a niveles centrales.

En la organización de una red de servicios de laboratorios, es preciso prestar especial atención no sólo a los aspectos técnicos. En el contexto administrativo es necesario tener presente los siguientes conceptos:

La necesidad de considerar el servicio de laboratorio como una parte integrante del Sistema Nacional de Salud.

La conveniencia de integrar los laboratorios del ministerio de salud bajo un sistema técnico, y tener un presupuesto adecuado y con autoridad en la adopción de decisiones descentralizadamente.

La necesidad de establecer en el ámbito nacional un órgano asesor al Director del Servicio sobre asuntos de política, estándares (calidad y funcionamiento), legislación y fomentar la coordinación intersectorial.

La conveniencia de que los laboratorios de salud, tanto los del hospital, como los epidemiológicos, estén coordinados administrativamente a niveles locales, con el fin de reducir al mínimo la duplicación de funciones y utilizar mejor al personal capacitado.

En el marco de la globalización de la economía, en los últimos años, nuestro país empezó a realizar un proceso de apertura hacia el exterior que incide directamente sobre el aparato productivo nacional y por ende en la seguridad social.

En algunas unidades médicas, para la solicitud de análisis de laboratorio, no existe uniformidad de criterios médicos, y no se le proporciona al derechohabiente un trato apropiado, ni la orientación suficiente y personalizada, al acudir a este servicio de laboratorio clínico.

En la estructura de los servicios de laboratorio clínico, se ha identificado que existen desviaciones que provocan tiempos de espera prolongados en el área de recepción, para la cita de toma de productos o elaboración de estudios, así como para la entrega de resultados, lo que propicia el descontento de los derechohabientes. En las Unidad de Medicina Familiar del IMSS, la interrelación del laboratorio clínico con los diferentes servicios es inadecuada, así como el personal de salud asignado, ya que la relación entre los diferentes servicios de la unidad se lleva a cabo en forma departamentalizada y no en forma procesal, con el enfoque de sistemas. [Lineamientos 1999]

Se utilizan en algunas unidades los servicios de laboratorio clínico, como una alternativa para diferir la solución del problema del paciente, sin mediar una prescripción razonable, protocolizada y oportuna, por lo que hay dispendio de recursos. Sumado a lo anterior, 5% de los resultados de los estudios de laboratorio, no son comentados oportunamente en los expedientes clínicos, en algunas ocasiones con la pérdida de los estudios, lo que provoca su improcedencia, duplicación de estudios y descontento de los pacientes.

Con estos comentarios tenemos, en términos generales, a un derechohabiente con información deficiente de los aspectos vinculados con su enfermedad y de las medidas primordiales de educación para la salud. Existen casos en que el paciente es enviado al laboratorio clínico con criterios heterogéneos y no consensuados con los proveedores. Hay derechohabientes que no están totalmente de acuerdo, aunque estos no manifiesten su inconformidad.

## 1.9. SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO

Los administradores actualmente deben comprender que, para tener éxito en cualquier esfuerzo encaminado a mejorar la calidad y la productividad, debe incluir a los empleados. Éstos no sólo serán una fuerza importante en la realización de los cambios, sino que participarán cada vez más en la planeación de dichos cambios. El comportamiento organizacional ofrece puntos de vista importantes para ayudar a los administradores a abrirse camino hacia dichos cambios.

Los administradores necesitan cambiar su filosofía de tratar a todos de la misma manera, para reconocer las diferencias y responder a ellas en las formas que permiten asegurar la retención del empleado y una mayor productividad, siempre y cuando no resulten discriminatorias

La satisfacción en el trabajo representa una actitud, en lugar de un comportamiento. Esto se basa en la creencia de los administradores de que los empleados satisfechos son más productivos que los insatisfechos. La gente entra a las organizaciones con determinadas características que habrán de influir en su comportamiento en el trabajo, como son edad, sexo y estado civil; características de la personalidad; valores y actitudes y niveles básicos de habilidad. Estas características están intactas cuando una persona entra a la fuerza de trabajo, poco se puede hacer para modificarlas, sin embargo tiene un impacto real sobre el comportamiento del empleado. [Freemont, 1998]

Una de las manifestaciones más claras del deterioro de las condiciones en una organización es la baja satisfacción en el trabajo, detectándose por medio de huelgas, tortugismo, ausentismo y rotación del personal. También se puede manifestar por las quejas, bajo desempeño, baja calidad de la producción, robos de los empleados, problemas disciplinarios y otras dificultades más. Los costos relacionados con la insatisfacción en el trabajo pueden alcanzar costos muy altos.

Por otro lado la dirección de toda organización desea una alta satisfacción en el trabajo, es un logro codiciado de las organizaciones bien administradas, fundamentalmente es el resultado de un comportamiento eficaz de la dirección, es la medida de un esfuerzo continuo para propiciar un ambiente humano en la organización.

La satisfacción en el trabajo es un conjunto de sentimientos favorables y desfavorables mediante los cuales los empleados perciben su trabajo, es parte de la satisfacción vital. Cuando los empleados se incorporan a una organización llevan con ellos una serie de deseos, necesidades, anhelos y experiencias que se combinan entre sí para formar las expectativas de trabajo. La satisfacción en el trabajo manifiesta el grado de concordancia entre las expectativas que cada persona genera y las compensaciones que el empleo provee, así que también se vincula con la teoría de la equidad, el compromiso psicológico y la motivación. La naturaleza del ambiente externo del individuo influye en los sentimientos que tenga del trabajo. Si un empleo es una parte importante de la vida, la satisfacción en el trabajo influye en la satisfacción de la vida del individuo. [Stephen, 1996]

Los factores más importantes que conducen a la satisfacción en el puesto son:

*Un trabajo desafiante desde el punto de vista mental* (ya que de no ser así causa aburrimiento, pero demasiado desafío crea frustración y sentimiento de fracaso) un desafío moderado generalmente causa placer y satisfacción. Los trabajadores tienden a preferir puestos que les den oportunidades de emplear sus habilidades y su capacidad y que les proporcione una variedad de tareas, libertad y retroalimentación sobre su desempeño.

*Recompensas equitativas.* Cuando el salario se percibe como justo a partir de las demandas del puesto, el nivel de habilidades individuales y los niveles de salario en la comunidad, es probable que encuentre satisfacción

*Condiciones de trabajo que constituyen un respaldo.* Para un empleado es importante su ambiente de trabajo, tanto para su comodidad personal como para su buen desempeño. Los estudios ofrecen datos de que los empleados prefieren entornos físicos que no sean incómodos ni pongan en peligro su vida. Los factores ambientales como la temperatura, la luz, y el ruido no deben ser extremos. También prefieren un trabajo cercano a su casa, en instalaciones limpias, modernas y con equipo e instrumental adecuado.

*Colegas que apoyen.* Para la mayoría de los empleados, el trabajo también satisface su necesidad de interacción social, por lo que tener compañeros de trabajo amigables y que apoyen lleva a una mayor satisfacción en el puesto, aumentando esta satisfacción cuando el supervisor inmediato es comprensivo y amigable, elogia el buen desempeño, escucha opiniones de su personal y manifiesta un interés personal en ellos.

Siempre hay que tomar en cuenta la personalidad del empleado y su ocupación para tener un individuo más satisfecho. El empleado con personalidad congruente con la vocación seleccionada debe encontrar que tiene los talentos y habilidades correctas para satisfacer los requerimientos del puesto; por ello, es más probable que tenga éxito en dicho puesto y en consecuencia una alta satisfacción en el trabajo.

*Desempeño.* Algunos gerentes suponen que la alta satisfacción en el trabajo significa un alto desempeño del empleado pero es una creencia equivocada. Los empleados satisfechos pueden tener una productividad alta, media o baja, y tienden a continuar con el nivel que anteriormente les produjo satisfacción. Esta interrelación satisfacción-desempeño es compleja. Un mejor desempeño generalmente produce recompensas económicas, sociales y psicológicas más elevadas, si estas se aprecian equitativas y justas, entonces se desarrolla una mayor satisfacción porque los empleados creen que están recibiendo la recompensa apropiada a su desempeño. Por el contrario, si se percibe una recompensa inadecuada al nivel de desempeño, la insatisfacción suele aumentar. La relación satisfacción-desempeño puede resumirse en que “un trabajador feliz es un trabajador productivo”. Esta afirmación feliz se basa más en los buenos deseos que en la evidencia real ya que esta relación entre las correlaciones es consistentemente baja. Por ejemplo,

La productividad de un empleado a ritmo de máquina está mucho más influida por la velocidad de la máquina que por su nivel de satisfacción. De manera similar, la productividad de un agente de bolsa está limitada principalmente por el movimiento general de la bolsa de valores. Las correlaciones satisfacción-desempeño son más fuertes para los empleados de mayor nivel como profesionales, supervisores y administradores.

*Rotación.* Es la proporción de empleados que se separa de la organización. Una menor rotación de personal se asocia con una mayor satisfacción en el trabajo. Los empleados más satisfechos probablemente permanezcan más tiempo con su empleador, y los menos satisfechos generalmente tendrán índices más altos de rotación, ya que tratan de conseguir mejores condiciones laborales en otros lugares, mientras que sus compañeros más satisfechos permanecen. Si dos trabajadores reportan el mismo nivel de insatisfacción en el puesto, el que es más probable que renuncie es aquel que tiene la mayor predisposición a ser feliz o satisfecho en general.

*Ausentismo.* Es difícil que una organización opere de manera uniforme y fluida, y que alcance sus objetivos si los empleados no se presentan a trabajar, se interrumpe el flujo de trabajo y, con frecuencia deben posponerse decisiones importantes. Los niveles de ausentismo más allá de los límites normales en una organización tienen un impacto directo sobre su eficacia y eficiencia. Los empleados que tienen una menor satisfacción tienden a faltar a su trabajo más frecuentemente. [(Freemont 1998)]

*Robo.* Lo que induce a un empleado a robar pueden ser muchas causas, pero generalmente es la frustración por el tratamiento impersonal que reciben de la organización. Pueden justificar su conducta como una manera de venganza a lo que consideran un maltrato que recibieron del supervisor. No siempre el control estricto y las amenazas de castigo solucionan esos problemas, pues tales soluciones están dirigidas a los síntomas y no a causas reales, como puede serlo la insatisfacción. [Stephen, 1996]

*Nivel de ocupación.* Los gerentes y los profesionales generalmente están más satisfechos que los obreros calificados, quienes a su vez suelen estar más satisfechos que los semicalificados o los no calificados.

Existen algunas evidencias de que en la medida que las organizaciones van creciendo, la satisfacción en el trabajo suele disminuir moderadamente, a menos que se tomen las medidas adecuadas, ya que se tiende a sobrecargar a los empleados y a deteriorar los procesos de apoyo, como son la comunicación, la coordinación y la participación. Generalmente se les quita el poder de decisión, los empleados sienten que pierden control sobre las circunstancias que los afectan. El ambiente laboral también pierde elementos de un contacto más personal, de relaciones amistosas y de equipos pequeños de trabajo que son importantes para la satisfacción de muchas personas.

A nivel gerencial es importante conocer su satisfacción en el trabajo para tomar las medidas correctivas. Puesto que si están insatisfechos, ese sentimiento pueden proyectarlo y transmitirlo a su departamento y a todos los grupos sociales con los que tenga relación, tanto dentro, como fuera de la empresa.

Los empleados de una organización pueden ser el ímpetu para la innovación y el cambio o convertirse en un enorme obstáculo. El reto para los administradores es estimular la creatividad de los empleados y la tolerancia para el cambio. Un importante desafío que plantea el comportamiento organizacional a los administradores es encontrar métodos de motivar a los trabajadores que se sientan menos comprometidos con sus empleadores y, al mismo tiempo, mantener la competitividad global de su organización.

Las personas pasan muchas horas en su centro de trabajo y por eso es importante diseñar los puestos, de modo que se sientan bien en su trabajo. Esto requiere una estructura de puestos apropiada en términos de contenido, función y relaciones. La persona que tiene capacidades sin usar y una necesidad de crecimiento y desarrollo, normalmente quiere que se enriquezca su trabajo y asumir mayor responsabilidad. Aunque algunos prefieren trabajar solos, otros con mayores necesidades sociales trabajan mejor en grupos. [Keith, 1990]

Cuando los empleados están contentos con su trabajo, mejora su vida fuera del trabajo. A diferencia, el empleado insatisfecho lleva esa actitud negativa a su casa. La satisfacción en el puesto es importante. Para los administradores, una fuerza de trabajo satisfecha se traduce en una mayor productividad, por las menos interrupciones causadas por el ausentismo o la salida de buenos empleados. De manera que la meta de una alta satisfacción en el puesto para los empleados puede apoyarse en términos tanto económicos como de responsabilidad social.

*Motivación.* Entender qué motiva la conducta hacia la productividad individual y organizacional es un requisito fundamental para el éxito administrativo, por eso es importante un estilo administrativo adecuado para crear un ambiente de organización en el cual esté incluida la motivación individual, en donde los trabajadores tengan la oportunidad de dedicar esfuerzos a tareas que sean significativas personalmente y para la organización. La motivación y el comportamiento individual son partes fundamentales del sistema psicosocial de organizaciones, las variaciones individuales en comportamiento ocurren primariamente como consecuencia de diferencias en la percepción, la cognición y la motivación

McClelland encontró que los hombres de negocios, y especialmente los gerentes-empresarios, tienen generalmente más motivación por el logro, que otros grupos identificables en la sociedad. Encontrando en ellos las siguientes características: [Keith, 1990]

Les agradan las situaciones en las que toman una iniciativa personal para encontrar solución a los problemas.

Tienden a establecer metas moderadas de logro y corren “riesgos calculados”.

Desean tener retroalimentación concreta acerca de qué tan bien están actuando.

Si el trabajo es inherentemente interesante, el problema de motivación es más sencillo que si el trabajo carece de interés. Si realizar una tarea es algo que nos recompensa o nos satisface no hay necesidad de depender del control coercitivo (amenazas de despido) o de complejos sistemas de recompensas extrínsecas (paga o elogio) para inducir el esfuerzo individual. En general, cuando se pide a la persona que piense en una experiencia laboral y describa una situación específica en la que se sintió especialmente bien y voluntariamente trabajó con especial intensidad o excelencia, frecuentemente identificó algo acerca del propio trabajo. Describen una tarea especialmente difícil o una asignación interesante y fuera de la rutina, frecuentemente hablan de una situación en la que hubo una cantidad mayor de lo normal de responsabilidad personal. En consecuencia, el trabajo en sí es un factor importante en crear condiciones motivadoras. Aunque debemos tomar en cuenta que los empleos varían en términos del grado de su enriquecimiento.

La producción en gran escala dentro de la simplificación y mecanización industrial han llevado a una aumento en la productividad general, pero también a la creación de empleos que no son motivadores para los seres humanos. Una queja común en las organizaciones de trabajo es que “nadie me dice nada a cerca de lo que estoy haciendo, sea positivo o negativo”. El enriquecimiento tiene un efecto considerable sobre resultados como el de satisfacción (mejor actitud, menos cambios de personal y asistencia), calidad y costos; tiene menos efecto en esfuerzo y productividad

Los individuos se sienten motivados para realizar un esfuerzo si creen que hay una probabilidad considerable de que su esfuerzo producirá el resultado esperado y en consecuencia, una recompensa intrínseca o extrínseca que proporcionarán satisfacción. Si la experiencia es positiva influirá en el sistema de valores del individuo e incrementara la tendencia a realizar esfuerzos similares en el futuro.

Un sistema sanitario tiene como objetivo mejorar la salud de la población por medio de una prestación de servicios y presenta una gran deficiencia cuando la población no recibe el beneficio, debido a que los proveedores de servicios carecen de las aptitudes adecuadas, faltan medicamentos y equipo, que es resultado de deficiencias de capacitación y de inversión, por lo que es necesario seleccionar los servicios que se van a suministrar, organizar la prestación de servicios y establecer incentivos apropiados para los proveedores. En organizaciones con estructura burocrática jerárquica se ha presentado el problema de motivación y responsabilidad del personal. La realización una supervisión con un control excesivo es difícil y es perjudicial. Se han logrado resultados positivos mediante una relación contractual basada en la reputación profesional, gran sentido de compromiso y responsabilidad, particularmente en países como Dinamarca y Noruega, desde hace mucho tiempo y recientemente en Croacia, Hungría y la República Checa.[Informe 2000]

Al parecer existe un reto clave en la prestación de servicios de salud como es “equilibrar la necesidad de una amplia supervisión de las políticas con la flexibilidad suficiente para que los administradores y los proveedores de servicios puedan innovar y adaptar las políticas a las necesidades y contextos locales en forma dinámica, con una reconfiguración de los servicios,

mediante la negociación y adaptación durante la ejecución a discreción de las entidades y su personal, esto responde mejor a las necesidades sanitarias y a las expectativas de la población que los que se llevan a cabo mediante burocracia centralizada y rígidas”.[Informe, 2000]

Cuanto más centrados estén los administradores y el personal en ejecutar una orden clara, aumenta la posibilidad de lograr los objetivos de política más amplios sin recurrir al control jerárquico y rígido. Los prestadores de servicios requieren de flexibilidad no para fines arbitrarios, sino para responder a incentivos bien definidos marcados por las organizaciones e instituciones y encontrar eficacia. Esto ha llevado a examinar los entornos de incentivos y a modificar la toma de decisiones, los derechos sobre los ingresos recaudados y el riesgo financiero entre los distintos participantes, según el Informe sobre salud en el mundo 1999.

Los proveedores de servicio se puede considerar como capital humano similar al capital de equipo, considerando la educación y la capacitación como inversiones, por medio de las cuales se puede adaptar el capital humano y determinar los conocimientos y aptitudes con que se cuenta. A diferencia del capital de equipo, el conocimiento no se deteriora con el uso, pero las aptitudes pasan a ser obsoletas al aparecer nuevas tecnologías, por lo que el capital humano también necesita mantenimiento. La educación continua y la capacitación en el servicio son elementos necesarios para adaptar las aptitudes al progreso tecnológico y los nuevos conocimientos, aunque éste se pierde a consecuencia de la jubilación o muerte de las personas. Las inversiones en capital humano también tienen consecuencias a largo plazo, como podría ser la formación de trabajadores sanitarios, con nuevas aptitudes, necesitará una inversión a largo plazo en nuevos programas de estudios básicos y de educación continua, así como el compromiso a largo plazo de pagar sus salarios.[Informe, 2000]

Los recursos humanos hacen realidad cada intervención individual o de salud pública y son los insumos más importantes del sistema de salud. El desempeño de los sistemas de atención sanitaria depende, en última instancia, de los conocimientos, aptitudes y motivación de los prestadores de servicio. Cuando los profesionales más experimentados carecen de tiempo y recursos suficientes para actualizar sus conocimientos y aptitudes, se puede esperar deficiencias futuras. También, si hay una distribución asimétrica de edades entre el personal, con una gran concentración de trabajadores cercanos a la jubilación, por lo que se deben equilibrar las inversiones en capital humano para satisfacer las necesidades futuras, así como las actuales.

Algunos de los problemas más críticos y complejos en materia de insumos se refieren a los recursos humanos. Si los establecimientos no funcionan satisfactoriamente y no se dispone de equipo de diagnóstico y medicamentos, poco importan que los conocimientos, aptitudes y suficiente personal, los servicios serán deficientes y habrá un efecto negativo en la motivación del personal. La motivación no sólo depende de las condiciones de trabajo, los incentivos financieros y otros beneficios, también son importantes la dirección general del personal y las posibilidades de progreso profesional.

## 1.10. LA PRODUCTIVIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La *productividad* es la relación entre la producción de bienes o servicios que genera el proceso de conversión y los insumos consumidos en la generación de esos productos. La productividad para cualquier sistema es, simplemente, la relación entre los productos y los insumos. [Adam, 1993] Una organización es productiva si alcanza sus metas y lo hace transformando los insumos en productos al costo más bajo posible. Como tal, la productividad implica una preocupación tanto por la *eficacia* como por la *eficiencia*.

Un hospital es *eficaz* cuando satisface con éxito las necesidades de su clientela. Es *eficiente* cuando lo puede hacer a un costo bajo. Si un hospital logra alcanzar la mayor producción de su personal actual mediante la reducción del número promedio de días en que un paciente está en cama, o aumentando el número de contactos personal-paciente por día, decimos que ha ganado en eficiencia productiva. [Freemont, 1998]

La productividad es una medida de la eficiencia en el uso de los recursos para producir bienes y servicios. Productividad es la relación entre el valor de los bienes y el costo de los insumos, y debe ser mayor de uno. Se ve afectada por todas las decisiones, incluyendo las decisiones del diseño del proceso, la capacidad, el inventario, la fuerza de trabajo y la calidad. También se puede referir a la relación insumo-producto y se representa como número de personal, número de análisis, número de horas personal y costo de la nómina del personal. O sea que la productividad puede ser considerada como el trabajo efectuado en la unidad de tiempo. En ella hay que contemplar la tecnología empleada y la racionalización del trabajo. Por ejemplo, se tiene que el uso de aparatos automatizados en el laboratorio aumenta la productividad.

Los conceptos de *productividad*, *eficiencia* y *efectividad* son utilizados con frecuencia como sinónimos; de acuerdo con Scott, la productividad se define como la relación entre insumos y productos, en tanto que la eficiencia representa el costo por unidad de producto, en los servicios de salud, la medida de *productividad* estaría dada por la relación existente entre el número de consultas otorgadas por hora / médico. La *eficiencia* se mediría a partir del costo por consulta, mismo que estaría integrado, no sólo por el tiempo dedicado por el médico a esta consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados, como son el material de curación, medicamentos, tiempo de la enfermera, etc. La *efectividad* sería el logro de los objetivos establecidos, pudiéndose conseguir efectividad con una baja o alta productividad o eficiencia; igualmente, se puede ser altamente eficiente o productivo sin haber sido efectivo. Es importante destacar que una de las expresiones de la efectividad es la calidad. De esta manera, la calidad se relaciona no sólo con los costos y la productividad o eficiencia, sino que forma parte del concepto de efectividad, diferente de los otros dos.

La medición del trabajo basado en la destreza es relativamente fácil, pero se torna más difícil para el trabajo basado en el conocimiento y habilidades. Por lo tanto una persona en la línea de producción sería considerada como un trabajador de habilidad, mientras que el asistente del

gerente, cuya función principal es la planeación, sería un trabajador del conocimiento. [Keith, 1990]

Una manera de contribuir a incrementar la eficiencia a largo plazo es la descentralización, es decir cuando en los niveles inferiores del sistema nacional de salud existe capacidad y responsabilidad para entregar cuentas. En algunos países como Botswana y Ghana, se han delegado una gran cantidad de responsabilidades administrativas en las oficinas regionales y distritales de sus ministerios de salud. Chile y Polonia, han traspasado facultades y recursos a los organismos gubernamentales locales todos ellos con éxito, pero la descentralización apresurada y sin planear, realizada sólo por presiones políticas, puede plantear nuevos problemas. [Informe, 1993]

Para favorecer el aumento del nivel de eficacia se ha empleado al sector privado en la prestación de atención clínica, en los países en desarrollo y atiende a una amplia y diversa clientela, y con frecuencia se prestan servicios de mayor calidad, sin largos tiempos de espera e insuficiencias en los suministros, como sucede en los servicios estatales. Es preciso eliminar los que prestan servicios de salud con fines de lucro a recetar una gran cantidad de medicamentos y recomendar pruebas de diagnóstico y procedimientos excesivos.

Hay diferentes propuestas y aplicaciones para aumentar la cobertura de los seguros, cada uno ha demostrado su viabilidad, limitaciones y desventajas. En el National Health Service del Reino Unido se apoya el pago fijo anticipado por cada paciente. En el seguro social de Japón y el seguro privado de asistencia médica de Zimbabwe negocian los aseguradores con los médicos y hospitales para el pago de tarifas uniformes. En algunos lugares de Estados Unidos se utiliza el método de "competencia dirigida", con el que se abordan simultáneamente los tres objetivos de un gasto en salud eficaz en función de los costos, cobertura universal de seguros y contención de los costos por medio de una competencia estrictamente regulada entre compañías que proporcionan un conjunto específico de servicios de salud mediante el pago de una tarifa anual fija. [Informe, 1993]

Mejora en el desempeño de los Sistemas de Salud. Cuando los hospitales o dispensarios se transforman en autónomos, el sistema de prestación de servicios corre el riesgo de fragmentarse, ya sea entre configuraciones similares de proveedores de servicios (hospitales, dispensarios o programas de salud pública) o entre diferentes niveles de atención sanitaria y tiene un efecto negativo para la eficiencia y equidad, pero se puede llevar a un cierto grado de reintegración vertical y horizontal con el sistema regido por el mercado y existir un mayor control jerárquico, Armenia, Hungría, Nueva Zelanda y el Reino Unido han experimentado esto. El modelo de mercado y el jerárquico presentan problemas, pero el modelo de planificación central también los tiene como son el de Costa Rica, Reino Unido, Sri Lanka, Suecia y la antigua Unión Soviética. [Informe, 2000]

Para mantener la autonomía de proveedores sin errores de coordinación hay que aplicar una "integración virtual" en lugar de la integración vertical. Consiste en que una clínica recibe

directivas de un hospital o de una dependencia de gobierno y limita sus servicios a necesidades locales, empleando modernos sistemas de comunicación que permite compartir con rapidez la información sin controles gubernamentales molestos, para enviar pacientes. Puede aplicarse a proveedores no gubernamentales difíciles de incorporar a los sistemas jerárquicos. Bangladesh y Ghana están aplicando esta innovación. En Estados Unidos, que utilizan la integración vertical, está siendo eclipsada por la integración virtual, la cual afronta tres problemas comunes: la descentralización, la separación entre los compradores y los proveedores, y los cargos a los usuarios. En muchos países ha crecido la descentralización como medio de lograr una amplia variedad de metas política y administrativas en la sanidad y en otras esferas. El objeto explícito de la descentralización es, a menudo, mejorar la capacidad de respuesta y las estructuras de incentivos mediante la transferencia de la propiedad, la responsabilidad y la rendición de cuentas a niveles inferiores del sector público. La descentralización no significa falta de responsabilidad en el manejo de los recursos, ni que el gobierno central no deba intervenir en la planificación y el seguimiento, sino el de establecer mayor responsabilidad y asignar al gobierno y los ministerios centrales la función de reglamentación y el seguimiento general. [Informe, 2000]

Para alcanzar las metas de buena salud, capacidad de respuesta y una cuota justa se necesita que los sistemas de salud definan algunas prioridades y descubran dispositivos para que los proveedores las realicen. Las prioridades deben reflejar distintos criterios que a veces son contradictorios y requieren más información, que la mayoría de los sistemas de salud no la tienen a su disposición, también se requiere una combinación de mecanismos de racionamiento, estructuras organizativas, convenios institucionales e incentivos para los proveedores de servicios, todo esto de acuerdo con las metas que busca el sistema.

En la mayoría de los países, el gasto en recursos humanos suele ser dos tercios o más del total de gastos ordinarios, pero para prestar servicios eficazmente necesitan capital de equipo (hospitales y material) y bienes fungibles como las medicinas, que cumplen una función importante al aumentar la productividad de los recursos humanos. Para el adecuado funcionamiento de un sistema de salud se necesita mano de obra, personal calificado y experimentado y un equilibrio entre los recursos humanos y recursos materiales. Nuevos medicamentos y equipo de diagnóstico puede aumentar considerablemente la capacidad de los recursos humanos para resolver los problemas sanitarios y mejorar el desempeño de un sistema de salud.

Valoración de las acciones en los Sistema de Salud y mejora en la región de América. La valoración de las acciones en salud es importante para el desarrollo de mejores políticas, estrategias y programas. Se requiere fortalecer el trabajo realizado por los sistemas, como son la generación de recursos, financiamiento, provisión y administración. Con la información de la valoración en acciones de los sistemas de salud se tendrá información que es crítica para modificar la distribución de recursos y para valorar la eficiencia de los sistemas por organización de sus funciones, para el logro de objetivos intermedios y para realizar objetivos intrínsecos deseables socialmente. Se han definido indicadores de acuerdo a cómo están organizados los sistemas de salud tomando en cuenta la serie de funciones que son interdependientes y que son necesarias para realizar los objetivos.

En los ministerios de salud el papel director / administrador dependerá del grado de responsabilidad del sector público, el grado de descentralización y la división de la labor en la estructura institucional de cada país, lo que se requerirá que los ministerios de salud fortalezcan sus operaciones, su estructura organizacional y el perfil profesional de sus directivos, técnicos, y dirección administrativa. El desafío es definir indicadores para la valoración de las acciones y el grado de progreso logrado por el sistema.

Hay áreas que requieren ser fortalecidas y que han sido llamadas *Funciones Esenciales de Salud Pública* definidas como prácticas que permiten una mejor salud pública. Indicadores y estándares se incluyen para la realización de estas funciones: [WHO, 2001]

- Análisis y Monitoreo de la Situación en Salud.
- Vigilancia en Salud Pública, Desarrollo, y Control de Riesgo y Daño en Salud Pública.
- Promoción de la Salud.
- Participación Social y Rehabilitación de Ciudadanos en Salud.
- Desarrollo de Política, Planeación, y Capacitación Administrativa Soportar Esfuerzos en Salud Pública y el Papel Directivo de la Autoridad en Salud Nacional.
- Regulación y Fortalecimiento de la Salud Pública.
- Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud Necesarios
- Desarrollo de Recursos Humanos y Enseñanza en Salud Pública.
- Garantía de la Calidad del Personal y Población en Salud Pública.
- Investigación, Desarrollo, e Implementación de la Innovación de Soluciones en Salud Pública.
- Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud.

Se han sugerido objetivos intermedios algunos son aplicados en países como Canadá, Australia, Reino Unido y Gran Bretaña como son. [WHO, 2001]

- Acceso (sí los pacientes pueden obtener el servicio que necesitan el lugar y tiempo correcto)
- Efectividad (cómo los servicios trabajan y cómo ellos afectan nuestra salud)
- Asignación (sí el cuidado es relevante y esta basado en establecer estándares)
- Continuidad (cómo los servicios se adaptan, incluyendo coordinación e integración)
- Sustentabilidad (capacidad del sistema para proveer infraestructura, tal como fuerza de trabajo, destreza y equipo, innovación y respuesta a necesidades de emergencia)
- Eficiencia (con frecuencia se comprende como eficiencia técnica o el mejor resultado, al costo más bajo)
- Competencia (conocimientos y habilidades para dar cuidados apropiados)
- Aceptabilidad (lo que esperan los ciudadanos encontrar en los sistemas de salud)

La OMS ha estado trabajando para intensificar el desarrollo de los Sistemas de Salud, a través de una valoración sistemática de las acciones de los sistemas de salud en otros países, utilizando métodos de medición e indicadores. Se establecieron límites, objetivos, funciones y acciones del

sistema de salud. Los límites son todos los recursos, organizaciones y actores que emprendieron las acciones en salud (proteger, promover o mejorar la salud). La educación, aunque se identifica como clave determinante de resultados en salud, es definida como una parte del sistema. [WHO, 2001]

Se especificaron tres objetivos:

- Buena Salud
- Un Sistema de Salud que responda a las expectativas legítimas del público.
- Honradez en la contribución financiera.

Se identifican cuatro funciones que son críticas en la realización de los objetivos:

- Financiera (recaudación de impuestos, fondos mancomunados y adquiridos)
- Provisión de Personal y Servicios no Personales de Salud.
- Generación de Recursos.
- Administración.

Los ministerios de salud y otros tomadores de decisiones necesitan saber el grado en el cual los sistemas de salud contribuyen en el logro de los resultados, si aquella contribución se incrementó a través de los cambios en la inversión de los recursos disponibles (eficacia de los sistemas de salud); y si el cambio se ha realizado (en el contexto de reformas de los sistemas de salud), ello ha sido el resultado de la mejor acción en salud.

La OMS ha introducido los tres objetivos de los Sistemas de Salud en tres distintos resultados:

- Nivel de Salud Logrado en una Población.
- Equidad en Salud dentro de esa Población.
- Respuesta de los Sistemas de Salud.
- Equidad en la Respuesta.
- Honradez en la Contribución Financiera.

*Nivel de Salud.* Expectativas de vida saludable, basado en las expectativas de vida al nacer.

*Distribución de la Salud.* Inequidad en niños en supervivencia como el indicador primario de la distribución de salud dentro de una población.

*Nivel de Respuesta y Distribución.* El indicador del sistema de salud de respuesta es destinado a reflejar la autonomía, dignidad, confidencialidad y orientación al cliente que caracteriza interacciones individuales con diferentes partes del sistema. Difiere de indicadores de satisfacción con servicios de salud, los cuales son más parecidos a expectativas de la gente por servicio. El resultado ha mostrado confiabilidad y validez.

*Honradez en la Contribución Financiera.* Este indicador nos marca de dónde son generados los recursos para el cuidado de la salud, y refleja el modo como la gente contribuye con una fracción de su ingreso al sistema de salud.

*Recursos Internos de los Sistemas de Salud.* Se realiza una valoración sistemática de los recursos internos del sector público y privado.

*Medición de la Eficiencia de los Sistemas de Salud.* Se examina la relación entre los resultados de sistemas de salud y recursos gastados en orden a medir la eficiencia de los sistemas de salud. Puede ser estimada a través de técnicas estadísticas y con apoyo de expertos en econometría en la aplicación de estas técnicas, para valorar la eficiencia de los sistemas de salud.

La OMS propone capacitar países para monitorear el logro y eficiencia de sus sistemas de salud. Los resultados proveerán a los ministerios de salud con una mejor calibración del éxito de políticas designadas a intensificar la acción del sistema. Directivos de la OMS valoran la acción de los sistemas de salud en todo el mundo, y la aplicación de estos conocimientos a estrategias que mejoren las acciones a largo plazo y que fortalezcan la capacidad nacional para desarrollar sistemas de salud

## 1.11. FACTORES QUE AFECTAN LA PRODUCTIVIDAD

La medición es únicamente el primer paso en el mejoramiento de la calidad. El segundo es entender los factores que afectan la productividad y seleccionar los factores apropiados de mejoramiento en cualquier situación dada.[Koontz, 1990]

Algunos factores que influyen en la productividad son:

- Razón capital / mano de obra
- Escasez de recursos
- Cambios en la fuerza de trabajo ( por políticas de contratación )
- Innovación y tecnología
- Calidad de vida en el trabajo.

Conociendo los factores que influyen en la productividad, es de vital importancia tomarlos en cuenta, para conocer cómo afectan a los sistemas de salud y en este caso a un laboratorio de análisis clínicos. Es un componente importante dentro del sistema del servicio de salud en todos los niveles, si bien su importancia ha sido ampliamente reconocida para el diagnóstico de enfermedades infecciosas, no ha sido menos importante en la evaluación diagnóstica y hoy en día en la detección de enfermedades no infecciosas o condiciones fisiológicas e inmunológicas alteradas.[Donabedian, 1992]

Los exámenes de laboratorio, deben proporcionar resultados exactos, precisos y oportunos. Con la especificidad y sensibilidad adecuada para cada enfermedad. La verdadera importancia de un dato de laboratorio es cuando éste llega a tiempo para un correcto diagnóstico y para un adecuado tratamiento, que seguramente evitará mal gasto de los recursos y asegurará mejor atención a los padecimientos del paciente.

Los laboratorios constituyen un elemento fundamental para la ejecución de los planes de salud, y por lo tanto deben participar en la organización de los recursos en igualdad de condiciones con los demás componentes básicos del sector. Sus actividades deben orientarse hacia la medicina preventiva y curativa, tanto para la atención del individuo, la población, y el medio. Deberán poseer un equipamiento acorde a las necesidades y contarán con un abastecimiento adecuado de reactivos y otros insumos que permitan una acción continua y eficaz. Los criterios de la evaluación constituyen normas que permiten juzgar y establecer juicios de valor considerándose los criterios de eficacia, eficiencia, calidad, congruencia, adecuación y propiedad.

La medición de la productividad de los recursos para la salud presenta cierta dificultad. Las causas son diversas: la variabilidad en las condiciones de cada entidad federativa, la diversidad de instituciones, las profundas diferencias en la capacitación del personal, la calidad de los servicios prestados y la clase de problemas de salud que demandan atención en cada institución. Sin embargo, es viable comparar el desempeño de recursos similares entre las distintas instituciones bajo el supuesto de una similitud en su calidad y en los problemas que enfrentan. Es de esperarse mayor posibilidad de hacer comparaciones al considerar los servicios de consulta general y de especialistas, sobre todo en las instituciones públicas. En México, en términos generales, existe una baja productividad de los recursos para la salud. El número de consultas que se ofrecen por médico es un buen indicador de ello, aun cuando la calidad de las mismas deba también considerarse. Entre 1982 y 1987 el IMSS incrementó sus consultas médicas en 25%, a pesar de que sus ingresos se redujeron en 32%. Esto puede evidenciar la laxitud con la que se ha operando, así como un posible desgaste excesivo de los recursos humanos y materiales. [Frenk, 1997]

Obtener el mayor nivel factible de salud con los recursos asignados, es obtener la mayor eficacia posible en función de los costos. Este concepto es reciente, los países en desarrollo fueron los primeros en realizar estudios con esta técnica pero la realizaban principalmente en programas específicos de control de enfermedades. Este tipo de investigación se incrementó después de la publicación del Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial en 1993, y de estudios de la OMS. El análisis de la eficacia en función de los costos es primordial para determinar cuáles son los servicios que producirán el mayor beneficio sanitario, con los recursos de los que se dispone. Muchos factores pueden alterar la eficacia real en función de los costos de un programa de intervención dado, durante su ejecución: la disponibilidad, la combinación y la calidad de los insumos (especialmente personal capacitado, medicamentos, equipo y artículos de consumo); los precios locales, sobre todo los costos de la mano de obra; la capacidad de ejecución; las estructuras y los incentivos de organización subyacentes; y el marco institucional de respaldo. El estudio del potencial de un sistema de salud para lograr mayor beneficio sanitario con los recursos que se asigna debe iniciarse por la capacidad, las actividades y los resultados actuales, y considerar qué pasos pueden darse desde este punto de partida para añadir, modificar o eliminar servicios.

La eficacia y la equidad pueden posiblemente entrar en conflicto, porque los costos del tratamiento de una problema de salud dado difiere de una persona a otra o porque la gravedad de

una enfermedad guarda poca relación con la eficacia de las intervenciones para combatirla o con el costo de éstas. La eficacia en función de los costos nunca es el único motivo para la erogación de los servicios públicos, pero es la prueba más común para decidir qué intervenciones se van a adquirir.

El enfoque más común para el racionamiento de la atención sanitaria es imponer *controles estrictos* del gasto que no pretenden concentrarse en ningún grupo específico de enfermedades ni en ninguna categoría general de intervenciones, sino simplemente limitar las exigencias presupuestarias a niveles factibles. El inconveniente principal de este enfoque es que, en los países de ingresos bajos, suele llevar a una degradación de las normas y de la calidad de la atención en general. Los prestadores de servicios con mayor fuerza política como los especialistas y los hospitales disponen del presupuesto, en lugar de que se utilice de acuerdo a las necesidades de la población.

El *racionar explícitamente* es otro enfoque que se inició en los años ochenta, sigue las prioridades de acuerdo a criterios predeterminados, se ha utilizado parcialmente en los Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia y Estados Unidos (estado de Oregon). Todos ellos se basan en una combinación de criterios sociales políticos y de eficacia en función de los costos. Desde 1993 algunos países en desarrollo han introducido intervenciones, que incluyen las “esenciales” o “básicas” que son factibles dentro del contexto de cada país. México fue el primer país que diseñó y adoptó este tipo de medidas. Bangladesh, Colombia y Zambia también han iniciado la práctica. Este proceso crea grandes mejoras de acuerdo al enfoque tradicional de contención pasiva de costos. Una desventaja es que los proveedores se encuentran con una demanda de servicios que no están incluidos en el conjunto definido de prestaciones. El éxito de la fijación explícita de prioridades depende de la aceptación y respaldo de proveedores y consumidores. La eficacia en función de los costos es casi una forma necesaria de racionamiento en sistemas cuyos recursos son muy limitados. [Informe 2000]

En muchos países se ha introducido la “tercerización” o la “subcontratación” de algunas labores hospitalarias. En Tailandia se logró cierto éxito en la subcontratación del mantenimiento de equipo médico; resultados similares se dieron con los servicios administrativos en Sudáfrica y con los servicios ordinarios de custodia, alimentación y lavandería en Bombay. Estas actividades se benefician de los resultados en eficiencia que ofrecen los proveedores externos, pero con pocas excepciones. La tercerización es mucho más difícil cuando se trata de servicios clínicos debido a que se pierde el control estratégico de una parte del proceso de producción, hay una translación de costos y hay dificultades para supervisar la calidad de los resultados. Muchos programas de control de la Malaria, programas de nutrición en Senegal y los de salud reproductiva en Bangladesh, se realizan mediante contratos a largo plazo con proveedores no gubernamentales, en lugar de recurrir a programas verticales rígidos bajo una burocracia jerárquica central. Se registra también un aumento en la autonomía y la privatización en las actividades de los médicos generales, dentistas, farmacéuticos y otros trabajadores de atención ambulatoria en Europa central y oriental, con resultados buenos y malos. La tendencia mundial es tratar de evitar las ineficiencias y la falta de respuesta de la burocracia rígida y evitar el extremo

opuesto de los mercados desregulados, que casi siempre socavan la protección financiera e interfieren con la coordinación estratégica necesaria para suministrar una atención eficaz.

Disponibilidad Financiera y orientación de las políticas. Es fundamental para el crecimiento económico una buena salud para favorecer al capital humano. Tenemos que un tratamiento único a los niños en las Indias Occidentales contra la infección de triquina mejoró de manera significativa el aprendizaje en las escuelas, y en Indonesia y Kenia la productividad laboral creció con una alimentación con un mayor nivel de calorías. Hay políticas públicas que pueden mejorar el estado de salud al estimular ambientes y estilos de vida saludables y establecer reglas orientadas a prevenir actividades peligrosas o poco saludables de parte de individuos y organizaciones. Las políticas públicas han tenido éxito al disminuir la contaminación en la India, aumentar la seguridad de los viajes por carretera en México, intensificar el control de armas en el Reino Unido, mejorar los sistemas de agua potable y sanitarios en Turquía y limitar el uso del tabaco, alcohol y drogas prohibidas en Indonesia. [Salud, nutrición y población capítulo I]

Para proteger los éxitos del pasado y tener acceso eficiente a los desafíos del futuro, los representantes de políticas en países de ingreso bajo y mediano se enfrentan con complejos desafíos causados por la pobreza, desnutrición, altas tasas de fecundidad y malas condiciones de salud, el deficiente desempeño de muchos sistemas de salud y el financiamiento inadecuado y / o no sustentable de la atención de salud. De acuerdo al Banco Mundial, cerca de una cuarta parte de la población mundial, 1,3 mil millones de personas, continúan viviendo en condiciones de pobreza absoluta y perciben menos de un dólar diario, según el *Informe de desarrollo Mundial de 1993*.

El gasto mundial en atención a la salud fue de cerca de \$2.330 mil millones USD en 1994 (9% del PIB de los países en desarrollo), convirtiéndose en uno de los sectores de mayor tamaño dentro de la economía mundial. Así, los países de ingreso bajo y mediano sólo reciben el 18% del ingreso mundial y su gasto en salud es del 11% del gasto global (\$250 mil millones USD o 4% del PIB de los países en desarrollo). El 84% de la población del mundo vive en estos países y carga con el 93% del total de las enfermedades. Por el tamaño sesgado del sector y el hecho de que el aumento del gasto en salud rebasa el crecimiento del ingreso, es primordial comprender cómo las políticas de financiamiento del sector perjudican la economía y la salud. La atención de salud se conduce como un bien superior en términos económicos: los países pobres gastan mucho menos que los ricos, en proporción al PIB y sobre una base per capital, y aumenta conforme al ingreso, en términos absolutos como relativos oscilando este gasto en salud del uno por ciento en algunos países al 15% en los Estados Unidos.

Las regiones que gastan menos en atención de salud en términos absolutos son África al sur del Sahara, Asia Meridional y Oriental, y el Pacífico y en algunas el gasto esta disminuyendo a través del tiempo. Una baja recaudación tributaria y bajos ingresos personales tienen esas tendencias, ocasionando bajos niveles de bienes de capital, (camas) y de recursos humanos, (médicos y enfermeras) aun cuando el bien de capital es apropiado a nivel nacional, la distribución poco

equitativa de los recursos puede producir un escaso acceso a los servicios por parte de los pobres, como sucede en la región del Medio Oriente y África Septentrional.

Actualmente una mayor cantidad de países enfrenta un aumento en los gastos de salud tanto en el sector público como en el privado, de 3 a 5% del PIB a 8 a 10% del PIB. En el caso de Argentina es que gasta en salud una parte más alta de su PIB que Canadá. Con frecuencia el financiamiento público llega a niveles que no son fiscalmente sustentables, perdiéndose en atención ineficaz, de baja calidad y mal administrada. Un mayor gasto en salud no forzosamente mejora los resultados de salud, nutrición y población, con frecuencia se requieren de enfoques basados en población, como es la evaluación, elaboración de políticas y control de calidad, antes de poder modificar los resultados.

[Salud, nutrición y población capítulo I ]

En los últimos 15 años se ha incrementado el interés por los procesos sociales económicos y políticos en América Latina, iniciándose un estudio de salud colectiva y encontrándose casos como el de la mortalidad infantil que ha sido revertida, de inequidad social de enfermedad y muerte que ha sido modificada. No significa que la mayoría de la gente tenga mejor salud, sino que se tienen mejores instrumentos, tanto teóricos como metodológicos, para comprender la articulación entre los procesos biológicos y sociales, y que la salud colectiva es una extrapolación de las tendencias del pasado. [Laurell, 1989]

Los gobiernos de países desarrollados de ingreso medio, ejercen una función importante en la política social y de atención a la salud para mejorar la *equidad*, al asegurar el acceso a la población a los servicios de salud, nutrición y reproducción y a la *eficiencia* al corregir las fallas de mercado, particularmente las externalidades (bienes públicos) significativas y serias irregularidades de información (seguros médicos).

Se han producido en el ámbito mundial una serie de reformas a la atención de la salud debido a su baja calidad y a los deficientes resultados en términos de salud, nutrición y población esto es tanto en servicios públicos como privados y países pobres como ricos, y a la falta de financiamiento sustentable.

## 1.12. EL ENFOQUE DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Cada día son más los administradores que están enfrentando los retos de mejorar la productividad de su organización y la calidad de los productos y servicios que ofrecen. Con esta finalidad han implantado programas como la administración de la calidad total y la reingeniería, programas que requieren de una extensa participación del empleado. La calidad constituye un signo indiscutible de la actualidad, los servicios de salud no escapan a esta influencia, por lo que actualmente se escuchan términos como: calidad total, mejoramiento continuo de la calidad, etc.

Para Donabedian la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados, la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuentan para proporcionar la atención.

La calidad se analiza en función del grado de satisfacción de las necesidades de salud y las características en la prestación de servicios, en relación con las expectativas del usuario, del prestador y de la institución. Este criterio estará presente en la norma técnica para la evaluación de la calidad de la atención y de sus instrumentos específicos. Estos criterios se emplean fundamentalmente para analizar y valorar los resultados cuantitativos de la prestación de los servicios. Para evaluar el desempeño de las estructuras, organización y sistemas de aplicación de preferencia se emplean los criterios de congruencia, adecuación y propiedad.[Adam 1993]

*Deming* señala la responsabilidad de la alta dirección en la producción de artículos defectuosos y habla del mejoramiento continuo de la calidad incrementándose así la productividad.[Deming 1989] . Siguió esta misma filosofía, con algunas aportaciones adicionales *Kaoru Ishikawa* quien acuñó el término de “calidad total” que hace énfasis en la “totalidad” del esfuerzo de mejoramiento de la calidad en toda la organización y en todo el proceso y recalca la importancia del diseño de productos orientados al consumidor. Así también *Joseph Juran* investiga costos de calidad y habla de planificación de la calidad. *Philip Crosby* inicia el movimiento denominado “cero defectos “. *Armand Feigebbaum* responsabiliza al sistema directivo como el coordinador de los esfuerzos de la calidad en toda la organización y adapta las herramientas estadísticas hacia la reducción de la variabilidad en el proceso. *Genichi Taguchi* enfatiza las pérdidas que un producto le puede ocasionar a la sociedad incluyendo los defectos colaterales.

El interés del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es ser eficiente con la participación determinante de los recursos humanos, para lo que se tiene que pasar por una innovación en la actitud de todo el personal y en las estrategias administrativas, así se logra además de la eficiencia, ofrecer un servicio de calidad que pueda competir con otras instituciones que prestan servicios de salud, no sólo a nivel nacional, sino también a nivel internacional.

Se reconoce que la calidad de los servicios de salud se logra a través de la integración del personal, pacientes, programas de trabajo, administración y ambiente; coincidiendo con las aportaciones hechas por autores destacados del movimiento denominado *Calidad total*, que se caracteriza por la concientización de la alta dirección y el compromiso de toda organización hacia la calidad.

Por otra parte, la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy plantea que la calidad de un sistema está en función de tres características: la estructura, los procesos y los resultados que obtiene. Donabedian ha hecho ver que es necesario conocer los tres para caracterizar adecuadamente la calidad de un sistema. Los laboratorios clínicos son sistemas que hacen mediciones en diversos materiales biológicos mediante diversos subsistemas, cada uno de los

cuales tiene un propósito definido en el análisis del material biológico; por ejemplo, caracterizar una célula o estructura, o detectar la presencia de algún microorganismo, o medir cualitativa o cuantitativamente una sustancia.

A la luz del concepto “garantía de calidad”, todas estas aproximaciones pueden ser explicadas como estrategias o métodos para garantizar la calidad. No sólo los enfoques industriales sino también aquellos tradicionalmente empleados en los servicios de salud pueden resultar complementarios.[Donabedian, 1992]

En conclusión, todos coinciden en la importancia de trabajar cerca del proceso de producción y reducir su variabilidad, de adaptar las posibilidades de equipo hacia las especificaciones del cliente, de trabajar en equipo para la resolución de problemas y acciones de mejora, y surge el concepto de satisfacción del cliente como una de las metas fundamentales de la organización. [Deming, 1989]

Aunque siempre ha sido la alta dirección la que ha tomado las decisiones, el cambio de enfoque hacia la calidad requiere de estructuras más funcionales, sin burocracia, donde las ideas fluyan desde el personal operativo hasta la alta dirección. Esto implica un estilo participativo de mando, un cambio en el enfoque de liderazgo.

Para el IMSS el concepto de calidad inicia y termina con la satisfacción del usuario, que comprende a su vez, la interrelación de elementos previos para lograr con ellos los siguientes objetivos: mejoría continua, liderazgo y desarrollo de programas de capacitación. Actualmente la calidad presenta una dimensión dirigida al cambio, con una estructura que se orienta hacia el usuario, apoyada en el cumplimiento del liderazgo y del trabajo en equipo. El proceso de medición de la calidad es la misma a través de procesos para evaluar no sólo el comportamiento y satisfacción del usuario, sino también el comportamiento del prestador de servicios.

La *eficiencia* relaciona los resultados finales con el esfuerzo practicado para obtener en términos de dinero, recursos y tiempo. Este concepto se encuentra ligado a la maximización en la elaboración del producto (lograr la mayor producción posible, manteniendo constante el insumo) y a la minimización del insumo (conseguir que se obtenga la misma calidad de producto, con el menor insumo). En la eficiencia hay que considerar cuatro componentes interrelacionados: trabajo, tiempo, productividad y costo.

La preocupación por la contención de costos ha hecho palpable la necesidad de proteger la calidad de los servicios ante una serie de medidas restrictivas implantadas. Pero por otra parte, se ha aceptado que las estrategias para garantizar niveles adecuados de calidad de la atención, conducen hacia una mayor eficiencia y productividad, con lo cual se contribuye también, a la contención de los costos. Costo se refiere a la presentación de gasto en dinero que conlleva la operación del recurso. El costo de producción involucra, además de los insumos, la depreciación de los bienes de capital empleados. Es más ético, razonable y racional incrementar la productividad siempre y cuando éstos se consideren como parte de una estrategia global de la

garantía de la calidad. El incremento en las demandas legales contra los hospitales y médicos ha influido en la creciente necesidad de establecer estrategias de garantía de la calidad, sin olvidar los efectos de las crisis económicas. La calidad surge como reclamo, por una parte, y como respuesta consciente, por la otra, ante un deterioro evidente de los servicios de salud.

Son signos de preocupación macroeconómica la calidad, productividad y costos por lo que en los sistemas de salud se debe dar prioridad, ya que parece avanzar cada vez con mayor velocidad en la búsqueda de estrategias para garantizar la calidad de la atención, incrementar la productividad y así controlar los costos. [Evaluación, 1992] El tiempo puede ser analizada en varios aspectos: tiempo teórico, es el intervalo de tiempo considerado desde que el paciente llega al laboratorio, hasta que es atendido; se toma en cuenta el tiempo de espera, que puede deberse al excesivo número de pacientes o atraso en la llegada del personal; tiempo real, es el tiempo que dura la atención del paciente en el laboratorio.

Es complicado evaluar la eficiencia de las intervenciones porque una misma intervención puede tener efectos muy diferentes cuando se aplica a poblaciones diferentes. Las siguientes medidas aumentarían la probabilidad de que los sistemas de salud produzcan intervenciones más eficaces a un costo factible, especialmente para las poblaciones necesitadas, esto es de acuerdo al Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 (mejorar el desempeño de los sistemas de salud):

- La realización de una evaluación detallada y constante de los factores de riesgo subyacentes, la carga de morbilidad y las pautas de utilización de los servicios de las poblaciones destinatarias.
- La obtención e información mundial sobre el costo y la eficacia de las intervenciones, así como de las estrategias de intervención y las modalidades de la práctica, deberá adaptarse a los precios y contextos locales.
- Todos los países necesitan políticas explícitas para racionalizar intervenciones y cerciorarse de que los pocos recursos disponibles se gastan en las áreas definidas como de alta prioridad. Pocos países tienen protocolos clínicos que pueden utilizarse para normalizar las modalidades de la práctica y hacer que las intervenciones prioritarias conocidas coincidan con las necesidades. Menos aún son los que cuentan con los medios para hacer cumplir esas directrices, al prestar servicios con financiamiento privado.
- Ninguna de estas medidas tendrá importancia si no se garantiza la calidad de los servicios que se prestan.

El enfoque más frecuente para el racionamiento de la atención sanitaria es imponer controles estrictos del gasto, sin miramientos a ningún grupo específico de enfermedades ni categoría general de intervenciones, sino únicamente limitar las obligaciones presupuestarias a niveles accesibles. La desventaja principal de este enfoque es que, en los países de bajos ingresos, suele llevar a una degradación de las normas y de la calidad de la atención en general

Los servicios de salud pueden organizarse de tres maneras fundamentalmente diferentes:

- Burocracia Jerárquica con acuerdos contractuales a largo plazo, sujetos a cierto grado de control independiente del mercado, e interacciones directas y de corto plazo basadas en los pacientes y los proveedores de servicios. Su desventaja es que son vulnerables a apropiarse de intereses creados y frecuentemente hay ineficacia para reducir o reorientar prioridades y eficacia para ampliar la capacidad y añadir servicios. Muchas veces se convierten en burocracias excesivamente rígidas, con procesos ineficientes dando atención de baja calidad que no responde a las necesidades ni a las expectativas de las comunidades.
- Servicios directos basados en el mercado con interacciones no contractuales entre la población y los proveedores.
- Aseguramiento privado que puede o no estar regulado por el estado.

En los sistemas jerárquicos rígidos, como en los descentralizados con falta de responsabilidad, incentivos inadecuados y rectoría, los desequilibrios entre los recursos serán más difíciles de corregir, provocando problemas al enviar señales erróneas al mercado de trabajo dedicado a la atención sanitaria y a la industria que apoya a los servicios de salud. Los sistemas de salud eficaces en función de los costos que tiene un buen desempeño responden a las necesidades sanitarias tomando como base las prioridades explícitas, dan a la industria médica y a las facultades de medicina, incentivos para invertir convenientemente en investigación y desarrollo, en programas educativos e insumos esenciales para mejorar la salud

Los sistemas de salud en Canadá. Con relación a su nivel de desarrollo, en sus sistemas de atención de la salud le llevo 60 años llegar al lugar en donde se encuentra, podemos decir con referencia a la parte legal que, constitucionalmente, el gobierno federal no es el responsable del diseño y la prestación de los servicios de atención de la salud de los canadienses, su sistema se basa en cinco principios básicos: [Sadowski ]

- *Portabilidad* es el llevar sus beneficios a todo el territorio nacional.
- *Universalidad* esto es, que el 100% de la población tiene derecho a la cobertura.
- *Paquete de servicios básicos* es atención integral o sea atención médica, hospitalización, procedimientos quirúrgicos y dentales en hospital.
- *Accesibilidad* que es el cobro a los usuarios.
- *Administración pública* que viene siendo el que financia.

Canadá gasta en salud más que cualquier otro país que cuente con un sistema nacional de salud. El 72% del gasto en salud es público y el resto es privado. La OECD y el Banco Mundial han declarado que los países que tienen mayor porcentaje de financiamiento por parte del estado sus posibilidades mejoran para contener sus costos.

Como lo indica la OMS los elementos claves para definir la salud de la población no son la clase de hospitales, ni de médicos que se consulten, ni el tipo de medicamentos que se den, en realidad los factores determinantes son:

- La clase de agua que se bebe
- Tipo de vivienda que se habita.
- Nivel de educación.

Éstas son las características principales para definir la salud de la población, por lo que se pueden designar recursos a sistemas curativos o a la parte que sea de mayor beneficio, como podría ser, en estrategias de salud para la población. La descentralización en Canadá se basa en tres modelos de organización:

- *Gobierno federal*, es el que determina los estándares nacionales.
- *Las provincias*, son las que tienen el compromiso constitucional de ofrecer los servicios y del diseño de los programas.
- *Nivel local*, que es el responsable de la prestación de los servicios básicamente en el área de salud pública, como son las vacunaciones.

Es esencial tener en cuenta que no se puede descentralizar todo, se necesita una autoridad central máxima para tomar algunas decisiones, ya sea por medio de alguna supervisión clínica para la población del país, fijando estándares nacionales o determinando estrategias óptimas de financiamiento, esto es lo que cada país tiene que decidir. Canadá esta intentando responder a las presiones que afronta el sistema de salud y como no existen soluciones mágicas, cada país debe enfrentar sus problemas, basándose en su cultura y su historia.

### Aseguramiento de la calidad ISO 9000

En la actualidad estamos en un proceso de integración económica mundial, por lo que ningún país escapa a los efectos de lo que acontece en otras naciones, esto nos indica que es a través de la integración de mercados como se podrá obtener un crecimiento ordenado y equitativo. Así tenemos que Europa, Asia y América principalmente están compitiendo entre sí por ganar nuevos mercados

Si la calidad se define como la satisfacción de las exigencias del cliente, éstas no se satisfacen por motivos altruistas, sino porque constituye una necesidad para el éxito comercial. Las exigencias se deben satisfacer a un costo mínimo o con una utilidad máxima. Implica un mejoramiento continuo en el diseño, innovación en la producción, eliminación de desechos y repetición del trabajo y máxima eficiencia y efectividad. Si no se satisfacen las exigencias del cliente y se le proporciona calidad tarde o temprano los clientes harán negocio con la competencia. Como lo subraya el Dr. Deming, “Los clientes no se quejan, cambian de proveedor. Y en la mayor parte de los casos, ni siquiera nos manifiestan que están insatisfechos”

ISO 9000 constituye una norma para este tipo de sistemas de calidad. No se vincula con ningún producto en particular, En 1979, se lanzo el British Standards Technical Committee 176 para establecer principios genéricos de calidad para satisfacer la necesidad de contar con una norma internacional mínima para la forma en la que las empresas manufactureras debían establecer

métodos de control de calidad. Esto incluía no sólo el control de calidad del producto, sino también el mantener la uniformidad y el carácter predecible de la misma. Los consumidores querían tener la seguridad de que en el nuevo mercado mundial, ya sea que compraran teléfonos, pan, trigo o cualquier artefacto, recibirían calidad y carácter confiable a cambio de su dinero, hoy, mañana o el próximo año. [Vohel, 1997]

En 1987 se dio a conocer una serie de normas de administración de sistemas de calidad denominado ISO 9000. Para llevarlo a cabo se reunieron 20 países con participación activa y 10 países observadores. Las normas se apoyaban principalmente en la norma de calidad británica. Actualmente más de 50 países la están utilizando como norma nacional, la mayoría son empresas europeas, de este lado del Atlántico el interés en la norma se está incrementando. ISO 9000 puede aplicarse a los sistemas de calidad de todas las organizaciones comerciales y también de algunas no comerciales, y significa que también lo es para los proveedores de servicios.

ISO 9000 es un sistema de calidad diseñado para cumplir con los requerimientos a largo plazo a través de la necesidad de identificar problemas y resolverlos hasta que todo esté prácticamente perfecto, de esta manera los problemas se pronostican, se comunican y finalmente se evitan desde un inicio.

De acuerdo con el Dr. Asaka de JUSE (Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses), la mayor parte de los problemas pueden clasificarse de la siguiente manera:

*Problemas relacionados con aptitudes o actitudes de los trabajadores.*

Error puro.

No seguir el procedimiento operativo.

Las aptitudes todavía no son las adecuadas.

La preocupación por alcanzar la calidad aún no es lo suficientemente intensa.

*Problemas relacionados con el aseguramiento de la calidad en el lugar de trabajo*

Las características de calidad que se va a asegurar no esta bien definida.

Las normas de operación están incompletas.

Los puntos administrativos no están claros.

Actitud casual respecto de los métodos de aseguramiento de la calidad.

Las gráficas del proceso de control de calidad todavía no están completas.

*Ausencia de motivación para resolver el problema del administrador.*

No existe el deseo de profundizar en el problema y resolverlo.

El liderazgo del administrador para establecer objetivos de mejoramiento y realizar las mejoras es inadecuado.

*Problemas en la cultura del lugar de trabajo.*

Nunca se profundiza en los problemas.

Se culpa a las costumbres que imperan en el lugar de trabajo.

*Problemas que se originan en otro departamento.*

Error de diseño.

Error al determinar las especificaciones del cliente.

Asaka tiene la creencia de que si los problemas se resuelven sin meditar en ellos, puede ocurrir que un problema se confunda con un error repetitivo de un trabajador, cuando la verdadera causa radica en la capacitación diaria y la educación que en materia de control de calidad se está proporcionando a los estudiantes y trabajadores. Hay que tratar de crear una atmósfera que motive a todo el mundo a hacer que la calidad forme parte de sus cursos y seminarios.[Vohel, 1997]

El administrador debería buscar la raíz de todos los problemas que se presentan, analizar si él es la causa del problema, y no otras personas e instrumentar la política básica que se necesita para corregirlo.

Las Normas ISO-9000 no significan una calidad mayor del producto sino que proporcionan una manera normalizada para evaluar y certificar el sistema de aseguramiento de calidad. En la mayoría de los países industrializados se ha adoptado la norma, en algunas industrias como la electrónica, nuclear y alimenticia, se está volviendo obligatoria a nivel internacional. Aún las industrias que cuentan con un estricto control de calidad como son la farmacéutica y las del cuidado de la salud la están adoptando como Norma de Aseguramiento de sus sistemas de calidad.[Jáuregui, 1996]

La certificación de ISO-9000 proporciona muchas ventajas:

- Reconocimiento mundial por el uso de Normas de Calidad aceptadas internacionalmente.
- El uso de etiqueta de certificación en comercialización.
- Mejor calidad, productividad, disminución del costo y un sistema de calidad básico.
- Eliminación de auditorias múltiples, costosas y que requieren mucho tiempo por cliente.

El Acuerdo de Libre Comercio entre Estados Unidos, México y Canadá, ISO-9000 les proporcionará un lenguaje común para hacer transacciones comerciales. Actualmente encontramos que todo fabricante, ya sea que venda nacionalmente o al Mercado Común Europeo a partir de 1992, se encontrará con clientes que esperan que la empresa trabaje sus sistemas de calidad de acuerdo con la Norma ISO-9000. Mientras más clientes lo exijan a sus proveedores, el número de empresas certificadas aumentará. Así, las empresas que adopten la Norma ISO-9000, quizá podrían usar la certificación como un mecanismo proteccionista, tratando de que sus clientes rechacen a los fabricantes no certificados a la Norma ISO-9000. Asimismo, toda empresa que quiera formar parte de la integración económica mundial, las Normas ISO-9000 deben ser su meta fundamental.

### Acreditación de las unidades de atención a la salud.

En el sector salud, al igual que el financiamiento y la prestación de los servicios, el estado puede realizar actividades de modulación, considerada primordial en un ministerio de salud. Desde un aspecto económico, la modulación y en sí la regulación, permite equilibrar las deficiencias del mercado. En el caso de los servicios de salud, la información ayuda un poco a disminuir la ignorancia del paciente y la acreditación de las unidades de salud permite reducir las actividades negativas que se producen en el proceso de atención. Para reducir las imperfecciones del mercado de servicios de salud y mejorar su calidad tres actividades de regulación son fundamentales:

1. Licenciamiento y certificación de los profesionales de la salud.
2. Acreditación de las unidades de atención a la salud(hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios y gabinetes diagnósticos).
3. Evaluación de tecnologías.

“Samuelson define a la regulación como las leyes o reglas diseñadas para modificar el comportamiento de las firmas, y reconoce dos tipos principales”: [Frenk 1994] Vol. 9

*Regulación Económica* que afecta a los precios, la entrada o los servicios de una industria

*Regulación Social* que intenta modificar las externalidades que se presentan en los mercados.

Es la regulación del mercado de servicios de salud, por medio de incentivos y con la colaboración de los regulados, la mejor opción para disminuir las fallas y mejorar los niveles de calidad. La OPS define la acreditación como “el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados”, involucrándose cinco elementos:

- Apego a las normas.
- Utilización de directrices / parámetros de práctica
- Empleo de indicadores (medidas de desempeño).
- Manejo de bases de datos de referencia en la conversión de datos en información.
- Aplicación de información sobre el desempeño en el proceso de mejoramiento.

En condiciones óptimas los programas de acreditación estimulan mejoras en los cuidados de los pacientes, fortalecen la confianza de la comunidad, respaldan la capacitación del personal de salud y optimizan su incorporación.

En México los procesos de acreditación de las unidades de salud, en un intento por evaluar y garantizar la calidad de los servicios, se crearon el Programa de Círculos de Calidad del Instituto Nacional de Perinatología, el Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención del IMSS, el trabajo sobre satisfacción del usuario y prestadores de servicios del ISSSTE, la Unidad de Calidad de la Atención a la Salud del Instituto Nacional de Salud Pública y el proceso de expedición de normas de la SSA. Aún así, a finales de los ochenta no se contaba con un esquema

de acreditación, el registro sanitario expedido por la SSA era el único requisito para el establecimiento de una unidad de atención

La Dirección General de Regulación de los Servicios de salud de la SSA en 1990, convocó a un grupo de hospitales privados del área metropolitana para formar un grupo de trabajo para el desarrollo de estrategias para elevar la calidad de los servicios de los hospitales en México. Se elaboró un proyecto de certificación hospitalaria y un manual de estándares, en el que participaron representantes de la SSA, de la seguridad social, OPS, Academia Nacional de Medicina, Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud, Academia Mexicana de Cirugía, Instituto Nacional de Salud Pública y la Asociación Mexicana de Hospitales, creándose en 1993 la Comisión Mexicana de Certificación Hospitalaria, A. C. Actualmente ya cuenta con estándares de evaluación

De acuerdo al proceso de atención a la salud y la trascendencia que tienen los estudios de laboratorio y gabinete, actualmente se inició el proceso de acreditación de los laboratorios clínicos en México, semejante al de los hospitales, al que seguramente se incorporará el Comité Mexicano para la Mejoría de la Calidad de los Laboratorios de Patología Clínica, y para los que se propone:

- Fortalecimiento de los ejercicios orientados a la creación de las recomendaciones de acreditación de las unidades de atención y los laboratorios clínicos y de patología del país.
- Impulso de la creación de organismos y normas de acreditación de los gabinetes de diagnósticos y terapéuticos.
- Entendimiento de la acreditación a las unidades de atención, laboratorios y gabinetes del sector público.
- Garantizar la pluralidad en las solicitudes de acreditación, de tal forma que estén representadas las agencias públicas, los intereses privados y los grupos consumidores.

### **1.13. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN MÉXICO**

La calidad de la atención incluye principalmente dos grandes aspectos: satisfacción del paciente y sus familiares con el trato que reciben y calidad con la que se aplica la tecnología médica y se evitan sus efectos colaterales indeseables. La deficiente calidad de la atención a la salud, al igual que la ineficiencia en la producción de servicios, está considerada como una de las grandes barreras que deben vencer las organizaciones prestadoras de servicios de salud en México.

En la Ley General de Salud (1984) se establecieron las bases para conducir el interés de las organizaciones de salud hacia la calidad de la atención, dos son los aspectos más relevantes, el derecho a la protección de la salud que tiene como objetivo la prolongación y mejoramiento de la

calidad de la vida humana y el gozar de servicios de salud y de asistencia social, que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. El segundo aspecto es (artículo 6) “Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas prioritarios y a los factores que condicionen y causen daño a la salud, con especial interés a las acciones preventivas.”

Para Donabedian la calidad es alcanzar los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica (aplicación de conocimientos y técnicas) para la solución de problemas del paciente, y una interpersonal entre el proveedor del servicio y el paciente.

Para Deming, las estrategias para mejorar la calidad se dirigen a una disminución en los costos, debido a la reducción de malos procedimientos, la baja de retrasos de procesos y procedimientos, la mejor utilización de los recursos, etc.;, da como consecuencia un incremento en la eficiencia. En la industria puede encontrarse que las estrategias para mejorar la calidad han representado ahorros importantes en los procesos de producción, pero en las organizaciones de salud no abunda este tipo de casos. Tenemos que hay una relación recíproca entre calidad y eficiencia, por lo que ambas constituyen bases del desempeño organizacional, cuando es prioritario garantizar la calidad, y se analizan y mejoran procesos y procedimientos esto nos conduce a la eficiencia del sistema, pero la eficiencia gerencial es un factor determinante para que esto se cumpla. “La creación de una *Estrategia Nacional por la Calidad y la Eficiencia* (ENCE) cuyo objetivo sea: El establecimiento de estándares y esfuerzos sistemáticos y continuos para lograr niveles cada vez más altos de calidad de los servicios proporcionados por diferentes tipos de prestadores de servicios de salud, deberán de ser minimizados para proteger efectiva y eficientemente la salud de las personas en cualquier tipo de servicio de salud, en cualquier región del país.” [Frenk, 1994]

Garantía de Calidad es el conjunto de intervenciones sistemáticas y continuas que aumentan los beneficios y que eviten riesgos a los pacientes, mediante la evaluación y montaría de la calidad, el diseño, el desarrollo y cambios organizacionales. Las estrategias a seguir serian: de evaluación (dimensión técnica e interpersonal de la calidad), de aseguramiento (establecimiento de estándares y su verificación externa), y de mejoramiento continuo-calidad total (instrumentos estadísticos para el análisis y solución participativa de los problemas que afectan la calidad)

Se han realizado diferentes estudios donde se dejan ver problemas que afectan la calidad de la atención: [Frenk. 1994]

Ruelas y colaboradores (1988-1989), estudiaron los problemas gerenciales de directivos de hospitales de la Ciudad de México, en este estudio participaron 135 médicos, de distintos niveles directivos, de 49 hospitales de la SSA, IMSS, ISSSTE, Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal(DDF) y los Institutos Nacionales de Salud (INS). Más del 80% de los problemas

observados por los médicos se encontraron en cuatro áreas: recursos humanos, recursos materiales, diseño organizacional y recursos financieros. [Frenk, 1994]

En los referente a recursos humanos se percibió, ausentismo (programado y no programado) atribuible a baja motivación, bajos salarios, incrementos en las cargas de trabajo, incapacidades, prestaciones sindicales, deficiencia en incentivos, congelación de plazas, exceso de personal comisionado a otras instituciones, capacitación deficiente, selección inadecuada y alta rotación.

En recursos materiales se noto un deficiente abastecimiento (inoportunos e incompletos), deficiente mantenimiento preventivo y correctivo en equipos (obsoletos y sobreutilizados), e incapacidad para responder al aumento en las demandas de servicios.

En el diseño organizacional se encontró una enorme centralización en la toma de decisiones, deficiente coordinación, supervisión y control de los procesos, comunicación muy formalizada, deficiente sistema de incentivos, ya que con frecuencia, quien trabaja más y mejor gana lo mismo que quien se ausenta frecuentemente, muchas veces sin justificación.

En cuanto a los recursos financieros, existe una deficiente asignación del presupuesto y a la falta de fondos para facilitar el manejo de los servicios. Se deja ver que existe una importante interrelación entre los problemas en cada una de las áreas, también se encontró las incongruencias entre la formación directiva, las funciones directivas y los problemas percibidos, por lo que se puede concluir que la deficiencia en gerencia es una de las causas principales de los problemas.

Nájera y colaboradores (1988) realizaron una encuesta a una muestra aleatoria de 2 179 usuarios que habían recibido atención médica en la Secretaría de Salud, en instituciones de seguridad social y medicina privada del Estado de México, con el fin de evaluar la percepción de la calidad de la atención por medio del nivel de satisfacción. En general los resultados de este estudio permiten concluir que la percepción de la buena o mala calidad de la atención se relaciona principalmente con los aspectos técnicos en la exploración y diagnóstico, sin distinción del tipo de institución. [Frenk, 1994]

En 1990, la Coordinación general de Delegaciones del IMSS realizó la “Encuesta Nacional sobre Calidad y Calidez entre usuarios y Prestadores de Servicios Médicos del IMSS”, el objetivo era medir una serie de eventos que intervienen en la calidad de los servicios de salud, para crear un índice global de satisfacción, para poder ver el estado actual y los posibles progresos de la calidad y calidez de los servicios médicos de la institución. Los resultados encontrados muestran que hay algunos aspectos, tanto en el personal de salud como en los usuarios, cuyos niveles de calidad no son del todo aceptables. [Frenk, 1994]

En 1993 el IMSS realizó un estudio aplicado a usuarios de distintas unidades médicas del área metropolitana del DF y el Estado de México; el 40% de los usuarios tiene alguna queja acerca del servicio, de este total el 54% se queja de la prepotencia y el mal trato del personal que los atiende; el 25% del excesivo tiempo de espera para recibir consulta; el 6% de la falta de

medicamentos; y el restante por cambios de horario de consulta y negativa de consulta en urgencias. En general el 20% de los encuestados expuso que el servicio no fue satisfactorio. [Frenk, 1994]

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en octubre de 1993 llevó a cabo, la "Encuesta de Opinión sobre los Servicios de Salud", en las ciudades de Guadalajara, D F y Monterrey aplicando 3 000 cuestionarios. La información fue de la atención prestada en instituciones privadas, IMSS, ISSSTE, hospitales de especialidad y de la SSA, acerca del personal médico, de enfermería, archivo y recepción, así como tiempo para recibir la atención en consulta externa y servicios de hospitalización. Los hospitales privados y los de especialidad son los que mejor cubren las expectativas de la atención a los usuarios. La SSA da un buen nivel de satisfacción en cuanto a los recursos e instalaciones para la prestación de los servicios de acuerdo a las instituciones de seguridad social [Frenk 1994]

Ruelas, Reyes, Vidal y Zurita en 1984 iniciaron la creación de un programa de garantía de calidad de la atención médica (el primero en México) por medio de los círculos de calidad, en el Instituto Nacional de Perinatología, este programa ideado como de investigación-acción fue creado con la intención de apoyar las condiciones organizacionales bajo las cuales se daba la atención médica. Se consiguió cambiar, en el diseño organizacional de los servicios clínicos, la estandarización de un grupo de procedimientos y, la facilidad para adecuar estos estándares han permitido mantener manuales actualizados. La apropiada asignación de autoridad y de responsabilidades redujo los conflictos entre el personal y aseguró que cada cual supiera exactamente lo que se esperaba de él; se propició la descentralización de la autoridad al interior del servicio, propiciando el desarrollo de una dirección prospectiva para la resolución y prevención de los problemas. Otro proceso importante fue el análisis de las actividades prioritarias y la definición de estándares, se consiguió optimizar los estudios de laboratorio y gabinete, detectándose un grupo de estudios innecesarios y se identificaron los procedimientos deficientes. También se lograron hacer importantes modificaciones en el expediente clínico y los informes de actividades. [Frenk, 1994]

Los resultados de los diferentes estudios muestran que en México la calidad de la atención (medida en diferentes circunstancias, con diferentes indicadores de la atención a la salud en distintas instituciones de salud públicas y privadas, y en diversos contextos) muestran deficiencias en grados variables dejando mucho que desear tanto en la parte técnica como en la interpersonal.

El trabajo que incluye programas de garantía de calidad en nuestras instituciones de salud es muy nuevo, ya que recientemente no se contaba con un marco conceptual y metodológico, adaptado a las condiciones organizacionales de México, para la utilización de dichos programas, además de excesiva centralización en la toma de decisiones es un obstáculo para el desarrollo de este tipo de estrategias.

Las instituciones de salud en México se han preocupado desde hace mucho tiempo en mejorar el aprovechamiento de los recursos por medio de programas de garantía de calidad técnica. Así se

tiene que en 1957 se creó la Comisión de Supervisión Médica del IMSS y en todas las instituciones de salud se establecieron comités de Evaluación del Expediente Clínico; de la Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, y de Mortalidad Hospitalaria, entre otros. En 1984 se expresó claramente la calidad de la atención como fin del sistema al entrar en vigor la Ley General de Salud, creándose el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud. Otras instituciones públicas de salud como el IMSS, el ISSSTE y el Instituto Nacional de Perinatología y algunas instituciones privadas, como MEXFAM han establecido programas de garantía de calidad con el fin de resolver la marcada ineficiencia existente actualmente. Con la intención de impulsar la cultura de calidad de la atención y desarrollar métodos para su aseguramiento, se creó en 1992 la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud (SOMECASA), para impulsar la cultura de calidad de la atención y crear métodos para su aseguramiento.[Frenk 1994]

Para conocer la opinión de sanos y enfermos en México, en 1994 se llevó a cabo la “Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud”(ESSSM) La Fundación Mexicana para la Salud aplicó en el ámbito nacional la encuesta y se llevó a cabo con la colaboración del Programa de Opinión Pública y Servicios de Salud de la Universidad de Harvard, obteniéndose los siguientes datos respecto a la calidad de los servicios de salud: [Frenk, 1997]

- Regular o mala            56%
- Excelente                2%

Al opinar cual es el mejor hospital de la zona en que viven de acuerdo a la institución a la que pertenece(A), según la región a la que pertenece, norte (B) o sur(C), de que servicios de salud consideran mejores como usuarios o derechohabientes(D)

Opinión acerca del mejor hospital de la zona

	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)
IMSS	35	39		55
Privado	32	50		34
SSA	14	18	20	71
ISSSTE	5			34

Tabla No. 1

Se encontró que a mayores ingresos más personas consideran los hospitales privados como los mejores hasta en un 76% y en las personas de ingresos bajos los hospitales del IMSS seguidos por los hospitales privados y los de la SSA

Seis de cada 10 personas opinan que los servicios son excesivamente burocráticos (tabla No.2), las diferencias son importantes en función de las regiones, la cobertura por un seguro privado, la pertenencia a una institución de seguridad social y el nivel socioeconómico.

Opinión acerca de cual de los servicios es más *burocrático*

	%
Distrito Federal	71
Región central	51
Seguro privado	71
ISSFAM Usuarios	86
PEMEX Usuarios	71

Tabla No. 2

En relación con el nivel socioeconómico, se encontró que mientras más alto el nivel, mayor porcentaje piensa que los servicios son burocráticos.

La Secretaría de Salud (SSA) realizó en 1994 la "Encuesta Nacional de Salud II" (ENSAII) con el objetivo de estudiar la percepción de la calidad de los servicios de atención a los usuarios, quienes consideran que la calidad de los servicios de salud es buena en 82%, se encontró en la ESSSM que es del 88%. Es inquietante observar las evaluaciones publicadas sobre la calidad de la atención, realizada por expertos que pudieron observar las características de los procesos de diagnóstico y terapia, obteniendo los siguientes resultados.

La evaluación de calidad de la atención médica a pacientes de los centros de salud de la SSA:

	%.
Satisfactoria	27
Deficiente	47
Inaceptable	26

Tabla No. 3

Esto se basa en que se omiten procedimientos esenciales para garantizar un buen diagnóstico y tratamiento. Procedimientos tan esenciales como la atención ginecológica y la planificación familiar son objeto de la peor prescripción médica, aunque hay que destacar que los padecimientos más comunes como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas son las que mejor atención recibe. Así tenemos en el Instituto Nacional de Perinatología el 16% de los casos de mortalidad perinatal ha sido asociado principalmente con carencias de equipo y en menor medida con ineptitud médica, mientras que 31% se relacionan con fallas en los procedimientos de atención.

De acuerdo a una encuesta en todos sus niveles y dependencias a los médicos del IMSS y utilizando un indicador general ponderado en una escala de 0 a 100, en lo que respecta a material y equipo a su disposición los médicos asignaron una puntuación de 67 y las enfermeras de 58, respecto a la atención a los pacientes las relaciones humanas y el ambiente laboral, el personal asigna una puntuación entre 67 y 68 puntos a su institución. [Frenk 1994]

De acuerdo a los directivos de hospitales públicos la inadecuada calidad de la atención es atribuible, a diversos factores como son:

- Elevado ausentismo
- Rotación de médicos
- Baja motivación
- Bajos salarios
- Elevadas cargas de trabajo
- Deficientes incentivos con que trabaja el personal.

A estos problemas se deben sumar otros de tipo administrativo como son la congelación de plazas, prestaciones sindicales incongruentes con las necesidades técnicas y deficiente capacitación.

Con respecto a los recursos materiales, los funcionarios del sector salud refieren recibir un abasto irregular, inoportuno e incompleto, así como un mantenimiento deficiente de los equipos que en la mayoría de los casos son actualmente obsoletos y están sobre utilizados.

Con un panorama más general de la organización, los gerentes perciben un centralismo excesivo en el proceso de toma de decisiones y en el de financiamiento, una falta de coordinación, estandarización, supervisión y control de los procesos en general, así como un sistema de incentivos deficiente o inexistente, y una carencia de mecanismos adecuados para transferencia de información y comunicación entre los diversos niveles de la organización.

Otro factor que hay que tomar en cuenta es el aumento en los costos de los servicios de salud y esto es debido principalmente a:

- .El aumento en la demanda de servicios cuando la oferta de los mismos no crece de manera correspondiente.
- .Los cambios en la forma de producción y en el tipo de bienes y servicios que se ofrecen o sea los, cambios tecnológicos.
- .El incremento de las ganancias de los proveedores.

Por otra parte, se ha incrementado la demanda de los servicios hospitalarios y de atención de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales exigen un mayor gasto. Finalmente, la tecnología médica también se ha desarrollado vertiginosamente en los últimos años, encareciendo el costo de la atención.

Los servicios públicos en situación de crisis económica, enfrentan mayores dificultades para ofrecer servicios, viéndose en la necesidad de incurrir en déficit, recortar la atención o reducir su

calidad. Seleccionar qué servicios serán recortados o deteriorados son decisiones que dependen de la presión ejercida, tanto por los usuarios como por los diversos proveedores.

Las políticas de arreglo estructural adoptadas para superar la crisis económica (1982) tienen un fuerte impacto sobre el financiamiento y la organización de las instituciones de bienestar social en general y de salud en particular, detienen la dirección de desarrollo de los servicios públicos de salud, restringen su coherencia redistributiva, disminuyen su capacidad de respuesta y hacen visible la modificación de su inclinación universalistas solidarias e integrales, evidentemente opuestas con las propuestas de modernización neoliberal de la política social.

En la trayectoria de una política social del bienestar hacia una política social bipolar de mercantilismo y neobeneficencia, se privatizan áreas rentables de las instituciones de bienestar social, así como se redefinen la relación público-privada en los sistemas de seguridad social y se descentralizan problemas de la federación a los estados, sin fortalecer las capacidades técnicas, financieras y organizacionales, para enfrentarlos, intensificando la inequidad preexistente y apresurando la eliminación de amplios sectores de la población. [López Arellano]

#### Automatización de los Servicios de Salud.

En la clínica No.3 del IMSS se aplicó un programa de mejora continua de la atención a los usuarios de esa unidad, por medio de un sistema automatizado, para reducción de tiempos de espera y procesos administrativos. Se encontró que existe una gran satisfacción del paciente con la aplicación de este programa, por los siguientes resultados: [Ruelas 1996]

	%
Excelente	60
Bueno	10
Regular	16
Malo	7
Pésimo	7

Tabla No. 4

Un cambio en el sistema lo detectó el 76.3%, lo conoce el 72.5%, y lo usa el 71.9%.

Atención y servicio satisfactorio 85%.

Reducción de trámites 94%.

Disminución de tiempo 58%.

De este sistema computarizado, el 95% de los pacientes considera que debe ser aplicado en otras unidades.

Se han realizado estudios en donde se analiza la funcionalidad de los sistemas computarizados en la práctica clínica y se valora su efectividad, la satisfacción del usuario, la opinión del paciente, así como la utilización de los expedientes médicos electrónicos. En la evaluación de los efectos de estos sistemas se encontró que son muchas las variables que necesitan ser controladas para el éxito o fracaso en la implementación de estos sistemas, pero estas experiencias han servido para diseñar las estrategias y recomendaciones para la implementación de estos sistemas computarizados. [Shiffman 1999]

El expediente médico electrónico (EMR) ofrece de manera prospectiva el mejorar la calidad de los cuidados de la salud, por la reducción en la variación en procesos y resultados, y por la baja de sus costos. Aunque estos sistemas son costosos cuando se implementan, ya que requieren de la aplicación de reingeniería para el desarrollo del sistema, los beneficios esperados deben ser demostrados usando estudios de diseño en el desarrollo clínico local. Los resultados de estudios útiles incluyen ambos procesos del cuidado, y mediciones objetivas y subjetivas. Las pruebas de la innovación de los EMR requieren de un equipo multidisciplinario de investigadores, tanto de la parte clínica como de la informática para su incorporación. Demostrando los efectos benéficos de integrar estos sistemas EMR que facilitaran el trabajo para dar una mejor atención al paciente. [Tierney 1997]

Se han realizado diseños para el manejo de los sistemas de información en el campo de la salud. Los avances integrados de los sistemas de manejo de la información (IAIMS), desarrollados en los sistemas de salud regional son complejos, sin embargo el potencial de recompensa para el cuidado de la salud en calidad, eficacia, y costos son enormes. [Fuller 1997]

Así también, se han realizado estudios aplicando terminales de computadora en las salas de urgencia de hospitales para evitar las demoras en la entrega de los resultados bioquímicos del laboratorio, en sustitución de la entrega de resultados vía telefónica realizada por el personal del laboratorio, aunque esto ha impedido que se promueva en gran manera la comunicación con el personal médico. [Kilpatrick 2001]

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La calidad y productividad de los servicios de laboratorio de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS se ve afectada por los recursos disponibles, habilidad del personal y conocimientos del personal

### **2.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- 1 ¿Cuál es la percepción que tiene el personal del laboratorio Clínico en cuanto al concepto de productividad?
- 2 ¿La habilidad del personal de laboratorio clínico influye en la productividad y calidad en el servicio?
- 3 ¿El nivel académico del personal de laboratorio clínico influye en la productividad y calidad en el servicio?
- 4 ¿La disponibilidad de los recursos existentes en el laboratorio clínico influye en la calidad y productividad en el servicio?

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar cómo influye la percepción de habilidad y de conocimientos del personal, así como la disponibilidad de recursos en la productividad en el laboratorio de análisis clínicos, y como se ve reflejada en la calidad en el servicio.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Diseñar un instrumento para medir la percepción de habilidad y de conocimientos del personal del laboratorio de acuerdo a estos parámetros.

La determinación la productividad del laboratorio de acuerdo a los indicadores establecidos por el instituto (número de análisis)

Identificar la percepción que tiene el personal de laboratorio sobre los recursos existentes para la realización de su trabajo y desarrollo personal.

Con los resultados obtenidos poder realizar propuestas que mejoren la productividad y calidad del personal de laboratorio

### 2.3.JUSTIFICACIÓN

México ha tenido un avance sustantivo en los últimos diez años que ha permitido contar con una plataforma sólida para iniciar un desarrollo sostenido. Se han dado modificaciones legislativas necesarias para iniciar los cambios en los servicios de salud y se ha reorganizado el sistema con el fin de avanzar en el terreno de la equidad y la justicia social.

La calidad de la atención al usuario es un programa prioritario para el IMSS, según el Programa Nacional de Salud, ya que contribuye a cumplir con las normas establecidas de atención al usuario según reglamentos establecidos por los servicios de salud, para contribuir al *mejoramiento de la imagen del IMSS*.

A pesar de los grandes avances tecnológicos, el desarrollo del laboratorio en la mayoría de los países de la Región de América sigue siendo un desafío. La escasez de recursos humanos y materiales, así como el inapropiado uso del laboratorio existente, son algunos de los factores que contribuyen a un fuerte desbalance, dando lugar a la concentración de los servicios a niveles centrales.

La disponibilidad de resultados fidedignos y oportunos en la atención primaria de la salud, es de la mayor importancia tanto para el individuo como para la comunidad, en el apoyo a la atención médica, vigilancia y control epidemiológico.

En las *Prioridades del Programa de subvenciones de investigación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1995 - 1998*. Este trabajo queda enmarcado en el área de "Sistemas y Servicios de Salud" en el punto número 4.

La gestión de los recursos humanos en el marco de los sistemas y servicios de salud.

- Estudios que documentan y analicen las innovaciones en la gestión de los recursos humanos y organización del trabajo, orientados a elevar la productividad y calidad de los servicios.

- Investigaciones que procuren analizar y explicar las relaciones entre los modelos de gestión de personal, organización del trabajo y la educación permanente, entre otros, en los niveles de productividad y calidad de los servicios de salud.

De acuerdo a *las Investigaciones Destinadas a Reorientar los Sistemas Nacionales de Salud de la Organización Mundial de la Salud Ginebra 1983*, este trabajo queda enmarcado en el tema 5.

*Estudio sobre la prestación de servicios de salud.*

La investigación sobre sistemas de salud acerca de la prestación de servicios requiere del investigador una observación más amplia y directa que el estudio de los componentes. Para conocer en qué forma y con qué eficacia desempeñan sus tareas los establecimientos y personal sanitario, deben recoger datos detallados mediante observación en el lugar o analizando los registros del servicio de salud. Puede analizarse y evaluarse los resultados de la prestación de atención primaria de salud, así como secundaria y terciaria.

Atención primaria de salud:

En formas especialmente diseñadas, el químico en el laboratorio clínico registra los estudios que se han de realizar, el tiempo requerido para la entrega oportuna de los resultados.

Estas correlaciones pueden proporcionar una base para planificar decisiones que mejoren la calidad de los servicios de los médicos generales.

De acuerdo al “*Programa de Reforma del Sector Salud 1995 - 2000*”.

El presente trabajo se encuentra dentro del tema de *Desarrollo de los Sistemas de Salud*.

Las características de la población y los recursos disponibles son los elementos que orientan la organización de los sistemas de salud; por ello su desarrollo requiere la identificación tanto de grupos de población, con necesidades específicas, como de las barreras que obstaculizan su desempeño. Asimismo, la planeación de los sistemas de salud deben incluir mecanismos que posibiliten reaccionar rápidamente a cambios potenciales en las condiciones de salud de la población, garanticen la calidad de los materiales de apoyo en la prevención y el tratamiento de patologías y la incorporación de avances tecnológicos.

Dentro del Programa de Reforma del Sector Salud se han definido seis programas que coadyuvan al desarrollo de los sistemas de salud, este trabajo se puede ubicar dentro del inciso b):

b) Programa de mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica.

Este programa se basa en el reconocimiento del papel desempeñado por la totalidad del personal de salud, es decir, tanto los directamente involucrados en la atención del usuario, como los dedicados a tareas administrativas. Con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios, el sector salud llevará a cabo una modernización y regionalización de los servicios de salud.

La perspectiva del sector salud en relación con la calidad de la atención incluye no solamente la incorporación oportuna de los avances científicos y tecnológicos, sino también propiciar una cultura de salud y el desarrollo organizacional que genere en el personal de salud una actitud responsable hacia el desempeño de sus actividades.

El programa de apoyo para el este trabajo está dentro del tema de "Recursos e insumos para la salud". Ya que la cantidad, calidad y oportunidad con que se ofrecen los servicios de salud dependen de los recursos materiales, humanos y tecnológicos con los que se cuenta. Con miras a garantizar un abasto adecuado de los insumos necesarios para proporcionar dichos servicios, en 1983 se integró en México el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud

El acuerdo presidencial que instituyó éste define como insumos esenciales del sector a los medicamentos, las materias primas para elaborarlos, los productos biológicos, los reactivos, el equipo e instrumental médico, el material de curación y la información científica.

Dentro de los problemas relacionados con los recursos e insumos del sector público de la salud destacan los siguientes:

.El tiempo que toman las licitaciones de los insumos es excesivamente largo y los procedimientos muy elaborados.

.El control de calidad de los insumos en algunas claves es deficiente.

.En la elección de los ganadores de las licitaciones sólo se toma en cuenta los precios y, en cierta medida, la calidad de los productos, pero no así las condiciones de posventa (garantía, respaldo técnico, servicios de mantenimiento preventivo y correctivo, venta de accesorios, refacciones y partes, servicio de instalación, capacitación y dotación de manuales), que son particularmente importantes para el equipo e instrumental médico.

.Los insumos frecuentemente resultan insuficientes, no llegan a tiempo a las unidades operativas, no se apegan a las especificaciones y no tienen un control de la fecha de caducidad.

Con el objeto de mejorar la calidad, la adquisición, la distribución, el uso y el mantenimiento de los insumos del sector salud, la presente administración se propone lo siguiente:

La revisión y actualización del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, a fin de mantenerlo acorde a las necesidades derivadas de problemas epidemiológicos emergentes y con el avance en el conocimiento clínico y farmacológico.

.Contar con un área central en el sector salud que informe sobre la calidad y precios de los insumos, así como las condiciones de posventa. Los estados con base en ésta información

podrán decidir si adquirir sus insumos a través de la compra consolidada nacional o a través de compras estatales o regionales.

La racionalización de la compra de equipo médico para así garantizar su compatibilidad con la infraestructura existente y el abasto adecuado de insumos y refacciones.

En los países con alto grado de industrialización podría citarse la influencia de varios factores. La propia preocupación por la contención de costos ha hecho palpable la necesidad de proteger la calidad de los servicios, ante una serie de medidas restrictivas implantadas. Pero, por otra parte, se ha aceptado que las estrategias para garantizar niveles adecuados de calidad de la atención, conducen hacia una mayor eficiencia y productividad, con lo cual se contribuye también, y de una manera mucho más racional a la contención de los costos.

En el presente trabajo se analiza la productividad y el uso adecuado de los recursos humanos para elevar la calidad de los servicios de salud y ver que cumpla con las *Prioridades del Programa de la OPS 1995 - 1998*, la gestión de los recursos humanos y la organización del trabajo será respaldada por estudios que van a determinar y analizar las innovaciones que se presentan, siempre siguiendo niveles óptimos en productividad y calidad de los servicios.

La relación entre los modelos de gestión de personal y organización del trabajo es analizada y explicada por medio de investigaciones enfocadas a ello, además de una capacitación constante en el ámbito de la educación para un mejoramiento de la productividad y calidad de los servicios del laboratorio de análisis clínicos.

Al revisar las *Investigaciones Destinadas a Reorientar los Sistemas Nacionales de Salud de la OMS, Ginebra 1983* este trabajo se encuentra dentro de las prestaciones de los servicios de salud. Los estudios que se realizan con este enfoque de calidad de servicios de salud se pueden valorar la eficacia con que se desempeña el personal de laboratorio.

Los datos de productividad de laboratorio, dan la información de cómo se van desarrollando los sistemas de salud en su programa de acción y de apoyo para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

Por medio del reconocimiento del desempeño del personal del laboratorio (químicos, laboratoristas, auxiliares de laboratorio), así como el personal administrativo, se pueden aplicar programas de modernización para mejorar la calidad de la atención del servicio de laboratorio de análisis clínico, generar una actitud responsable del personal de laboratorio hacia el desempeño de sus actividades o sea, hacer conciencia del papel tan importante que tienen como trabajadores de la salud, para lograr la satisfacción tanto del usuario como de los mismos.

Lo anterior debe estar respaldado por programas de apoyo como es el de los recursos e insumos, necesario para proporcionar dichos servicios ya que, por acuerdo presidencial, se instituyeron los insumos esenciales entre los que se encuentran, los reactivos y equipo, para poder lograr los

propósitos que se persiguen de mejoramiento de los servicios de laboratorio, en los que se destaca:

- Disminución de los tiempos de licitaciones, surtir cantidades suficientes, control de tiempo de surtido, cumplir con las especificaciones y la fecha de caducidad.
- Modificación de los procedimientos burocráticos, así como llevar a cabo un control de calidad de los reactivos y equipo, de una manera eficiente, tomando en cuenta las garantías, respaldo técnico servicios de instalación, capacitación y dotación de manuales.
- Con el objeto de mejorar la calidad, la adquisición, la distribución, el uso y el mantenimiento, tanto de los reactivos, como de los equipos, se ha propuesto hacer una revisión y actualización de acuerdo a las necesidades del servicio, manteniendo calidad y precio.
- Las estrategias para garantizar niveles adecuados de calidad de la atención, conducen hacia una mayor eficiencia y productividad, con lo cual se contribuye también y de una manera mucho más racional a los costos.

De acuerdo al *Programa Nacional de Salud 2001-2006* este trabajo se puede considerar que está dentro de la estrategia de *Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud*. Si los servicios de salud se proporcionan con calidad podrán satisfacerse las necesidades de los usuarios y realizar una de las metas del sistema.(26) Las líneas de acción a seguir serían:

*Definir códigos de ética para los profesionales de la salud*, lo cual busca garantizar un desempeño efectivo, honesto y un trato digno a los pacientes.

*Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a las quejas y sugerencias*, por medio de éstas se puede promover la calidad de la atención, ya que proveen al sistema de salud de información básica sobre las condiciones de la infraestructura, la disposición de recursos materiales y la actitud y calidad técnica de los prestadores de los servicios.

*Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño*, así las estrategias de mejoría de la calidad deben hacer énfasis en los logros que se obtengan y reconocer de manera franca los logros obtenidos.

*Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores*, la formación de grupos relacionados por el diagnóstico son los instrumentos más comunes para clasificar pacientes y gestionar productos hospitalarios, estos pacientes comparten un mismo tipo de insumo y procedimiento, lo que facilita el cálculo de costos y productividad, la evaluación de la calidad y la verificación del desempeño administrativo de las unidades de salud, facilitando la estandarización de la información, lo que a su vez simplifica la compra de insumos, la evaluación del desempeño, la supervisión de los prestadores de servicio y el seguimiento regulatorio.

*Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud*, una apropiada atención necesita de profesionales capacitados y unidades de atención que satisfagan ciertos estándares, para lo cual es necesaria la certificación de las unidades de atención y por consiguiente a los proveedores de los servicios, como lo es el laboratorio clínico.

### 3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. HIPÓTESIS DESCRIPTIVA

1. Las categorías de químicos y laboratoristas corresponden al grado académico para el desempeño del trabajo.
2. El nivel académico de la mayoría de los auxiliares de laboratorio está de acuerdo a su preparación académica
3. La mayoría de los químicos reconoce la falta de capacitación para el desempeño del trabajo.
4. En general, el personal de laboratorio considera que el trabajo que desempeña está de acuerdo a su preparación académica..
5. La mayor parte del personal de laboratorio considera que el reconocimiento personal y el estímulo económico influyen en la productividad.
6. El personal de laboratorio piensa que las relaciones interpersonales facilitan el desempeño de su equipo de trabajo.
7. La mayor parte del personal de laboratorio considera que su horario de trabajo es suficiente para la realización de su trabajo.
8. El tiempo es adecuado para realizar los análisis de urgencias al final de la jornada.

9. El área de trabajo y el equipo de la mayor parte del personal de laboratorio es el necesario para realizar su trabajo.
  
10. El número de estudios realizados mensualmente cumple con las metas marcadas por los indicadores del IMSS. Así como el número de estudios diarios realizados por cada trabajador cumple con los indicadores marcados por el IMSS.
  
11. La habilidad del personal y sus conocimientos son factores importantes para el desempeño del trabajo diario.
  
12. Los recursos existentes tanto en equipo como el material son muy importantes para el adecuado desempeño del trabajo.

### **3.2. HIPÓTESIS ASOCIATIVA**

1. La habilidad del personal está asociada con sus conocimientos.
  
2. La capacitación del personal está asociada con su habilidad.
  
3. El nivel académico del trabajador se asocia con la percepción que tiene de productividad.
  
4. Los recursos disponibles se asocian con la percepción que se tiene de productividad.
  
5. El personal de laboratorio generalmente asocia el estímulo económico con productividad

### 3.3. HIPÓTESIS COMPARATIVA

1. El concepto de productividad es igual entre las tres categorías en estudio.
2. La percepción que tienen los auxiliares respecto al concepto de capacitación para el desempeño del trabajo es igual al que tienen los químicos y los laboratoristas.
3. La percepción que tienen los químicos acerca de los recursos disponibles es igual a la percepción que tienen los laboratoristas y los auxiliares.
4. La habilidad de los auxiliares de laboratorio es igual a la habilidad que tienen los laboratoristas.
5. El concepto de que las relaciones interpersonales facilitan el desempeño del equipo de trabajo es la misma en las tres categorías en estudio.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio *no experimental, descriptivo* ya que su objeto central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar los elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas, conocer las variables que se asocian y señalar los lineamientos, desde la percepción del personal de laboratorio con respecto a la productividad la cual repercute de manera directa en la calidad así como su habilidad y conocimientos

Estudio *comparativo* ya que trata de determinar si hay diferencias significativas en la percepción que se tiene de las variables en estudio entre las tres diferentes categorías: Químicos, Laboratoristas y Auxiliares.

### 3.3. HIPÓTESIS COMPARATIVA

1. El concepto de productividad es igual entre las tres categorías en estudio.
2. La percepción que tienen los auxiliares respecto al concepto de capacitación para el desempeño del trabajo es igual al que tienen los químicos y los laboratoristas.
3. La percepción que tienen los químicos acerca de los recursos disponibles es igual a la percepción que tienen los laboratoristas y los auxiliares.
4. La habilidad de los auxiliares de laboratorio es igual a la habilidad que tienen los laboratoristas.
5. El concepto de que las relaciones interpersonales facilitan el desempeño del equipo de trabajo es la misma en las tres categorías en estudio.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio *no experimental, descriptivo* ya que su objeto central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar los elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas, conocer las variables que se asocian y señalar los lineamientos, desde la percepción del personal de laboratorio con respecto a la productividad la cual repercute de manera directa en la calidad así como su habilidad y conocimientos

Estudio *comparativo* ya que trata de determinar si hay diferencias significativas en la percepción que se tiene de las variables en estudio entre las tres diferentes categorías: Químicos, Laboratoristas y Auxiliares.

Estudio *correlacional* ya que trata de determinar si existe una asociación significativa en la percepción de las variables en estudio entre las tres diferentes categorías: Químicos, Laboratoristas y Auxiliares

## 4.2. UNIVERSO

La población considerada en el estudio son los químicos, laboratoristas y auxiliares de laboratorio que laboran en una clínica del IMSS, tomándose en cuenta los siguientes criterios.

### *Criterios de inclusión*

Se aplicó el instrumento de medición a todo el personal que corresponde a las tres categorías ya mencionadas

### *Criterios de exclusión*

El instrumento de medición no se aplicó a becados o practicantes que se encontraran en el laboratorio, ni al personal ausente de licencia y los que se negaron.

### *Criterios de eliminación*

Los instrumentos incompletos no se tomaron en cuenta, ni los de los trabajadores comprendidos en los criterios de exclusión.

### *Estadísticas mensuales*

## 4.3. DISEÑO DE LA MUESTRA

Se efectuó un censo para el personal técnico, profesional y de apoyo del laboratorio clínico dado que el tamaño de la muestra es pequeño.

La población en estudio está constituida por:

Químicos (Personal profesional del laboratorio de análisis clínicos)	7
Laboratoristas (Personal técnico del laboratorio de análisis clínicos)	8
Auxiliares (Personal auxiliar del laboratorio de análisis clínicos).	9

## 4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 4.4.1. Variables :

#### **Productividad**

Definición conceptual: Incremento simultáneo de la producción y del rendimiento debido a la modernización del material y a la mejora de los métodos de trabajo. La productividad la podemos definir como una medición del rendimiento que incluye la eficacia y la eficiencia] en donde la eficacia es el logro de las metas y la eficiencia la relación entre el resultado eficaz y el insumo requerido para lograrlo. [Stephen, 1996]

Definición Operacional: Análisis realizados en un tiempo determinado.

<u>Indicadores</u>	<u>Característica</u>	<u>Escala de medición</u>	<u>Reactivo</u>
Número de análisis realizados mensualmente	Numérico	intervalo	Estadísticas mensuales
Habilidad del personal	Categórica	Nominal	V18, V19, V12, V14
Conocimientos del personal	Categórica	Ordinal	V10, V11, V16, V17
Recursos disponibles	Categórica	Nominal	V7, V8, V9, V13, V15

Índices: Estadísticas mensuales

## Habilidad del personal

Definición conceptual: Capacidad para realizar algún trabajo, una cosa, destreza para el trabajo, capacidad mental de analizar y diagnosticar situaciones complejas

Definición Operacional: Habilidad de trabajar y realizar los análisis de acuerdo a los indicadores marcados, entender y motivar a otras personas tanto individualmente como en grupo, hay gente técnicamente superior pero incompetente desde el punto de vista interpersonal.

<u>Indicador</u>	<u>Característica</u>	<u>Escala de Medición</u>	<u>Reactivos</u>
Jornada de trabajo	Categórica	Ordinal	V18, V19
Motivación laboral	Categórica	Ordinal	V12, V14

## Conocimiento del personal

Definición Conceptual: Acción de saber.

Definición Operacional: Los conocimientos del personal lo definimos como el nivel académico para el adecuado desempeño del trabajo. Comprende la capacidad y conocimiento en la formación profesional para la realización del puesto según profesiograma.

<u>Indicador</u>	<u>Característica</u>	<u>Escala de Medición</u>	<u>Reactivo</u>
Capacitación institucional	Categórica	Ordinal	V10, V17
Nivel académico adecuado	Categórica	Ordinal	V11, V16

Grupos: Químicos  
Laboratoristas  
Auxiliares

## Disponibilidad de Recursos

Definición Conceptual: Se dice de aquello que puede usarse o utilizarse en un área o trabajo.

Definición Operacional: Insumos y equipos adecuados según área.

<u>Indicadores</u>	<u>Característica</u>	<u>Escala de Medición</u>	<u>Reactivos</u>
Área de trabajo adecuada	Catógórica	Ordinal	V7
Equipos de trabajo necesarios	Catógórica	Ordinal	V8
Instrumental y Reactivos necesarios	Catógórica	Ordinal	V9
Estímulos económicos	Catógórica	Ordinal	V13
Personal suficiente	Catógórica	Ordinal	V15

## Calidad

Definición conceptual. Conjunto de cualidades de una persona o cosa, ya sea en el trabajo, servicio, información, proceso, del personal, del sistema, de la empresa, de los objetivos. La Organización Internacional de Estandarización la define como todas las características de una entidad que sustentan su capacidad de satisfacer necesidades expresas e implícitas.

Definición Operacional. Producción de análisis confiables, precisos, exactos, oportunos para satisfacer las necesidades presentes y futuras del paciente, su interpretación adecuada y su aplicación al diagnóstico, monitoreo y tratamiento. Con aplicación de control de calidad externo y externo se garantiza la calidad de los análisis.

### 4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó un instrumento por técnica de entrevista por medio de un cuestionario personal. Este ofrece gran flexibilidad al investigador, las preguntas que el entrevistado no comprendió, fueron explicadas y profundizadas. Las preguntas no fueron contestadas cuando el entrevistado las consideró inadecuadas para responder ó para la situación. Por medio de la entrevista se tiene capacidad de conseguir más información de la que puede reunirse en circunstancias donde el investigador ejerce menor control sobre la situación, y en breve periodo de tiempo se puede conseguir la información deseada.

El instrumento que se aplicó fue un cuestionario que consta de 6 datos general, de 14 preguntas cerradas y una abierta en las cuales se incluyen datos subjetivos para poder obtener información referente a las variables a investigar.

#### 4.6. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

En investigaciones donde se construye y se aplica un instrumento de medición a un grupo en estudio, se obtienen una serie de datos los cuales son recolectados y deben reunir dos requisitos esenciales confiabilidad y validez. Es necesario conocer qué tan confiable es, ya que de ello dependerá que los resultados lo sean. La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados, si los resultados no son consistentes, no se puede confiar en ellos.

Los factores que afectan la confiabilidad y validez de un instrumento de medición son: la improvisación, el ser desarrollados en el extranjero ya que la cultura y el tiempo son importantes, condiciones ambientales, demasiado largo o tedioso, el lenguaje utilizado y la claridad de la escritura.

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición, los procedimientos más utilizados son:

Medida de estabilidad (test-retest) el cual consiste en que un mismo instrumento de medición se aplica dos o más veces a un mismo grupo de personas, considerándose confiable si hay correlación entre los resultados.

Método de formas alternativas o paralelas en este se aplica versiones similares del instrumento de medición, si es confiable habrá correlación entre ellos.

Método de mitades partidas (split halves) requiere una sola aplicación, si el conjunto total de items es dividido en dos mitades y las puntuaciones de ambos son comparados, y si existe correlación el instrumento es confiable.

Coefficiente alfa de Cronbach requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1, muy similar es el Coeficiente KR-20 Kurder y Richardson. [Hernández, 1991]

La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. La validez externa de un estudio depende en parte de lo bien que las variables diseñadas

para él representan los fenómenos de interés. La validez es una cuestión compleja que debe alcanzarse en todo instrumento de medición y se pueden tener diferentes tipos de evidencia.

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, el instrumento de medición debe contener representados a todos los ítems del dominio del contenido de las variables a medir.

La validez de criterio de una medición es el grado de concordancia que presenta con otras técnicas para medir la misma característica.

La validez de constructo se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos que están siendo medidos, (constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico) consta de tres etapas:

Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).

Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.

Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo a qué tanto clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

No es posible realizar la validez de constructo a menos que exista un marco teórico que lo sustente.

La validez de un instrumento de medición se evalúa sobre la base de la validez de contenido, constructo y criterio, ya que representa la variable o variables que pretende medir.

## **VALIDEZ**

Se logró satisfacer esta condición por medio del análisis del marco teórico, el cual identifica y sustenta las variables consideradas en la investigación, y con la revisión de estudios similares para obtener una correlación entre estos elementos. Ya que no es posible que exista validez de constructo sin un marco teórico que lo respalde. El instrumento también logró medir lo que se esperaba de las variables involucradas en el estudio.

## CONFIABILIDAD

En la elaboración del instrumento se tomaron en cuenta de manera cuidadosa todos aquellos factores que lo pudieran afectar, realizándose una prueba piloto previa al instrumento final donde se realizaron las correcciones pertinentes antes de la aplicación final, el instrumento utilizado en la investigación cumplió con el criterio de confiabilidad. El método que se aplicó fue el Coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.7448 el instrumento se aplicó una sola vez, y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Tiene la ventaja de que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento de medición, solo se aplica la medición y se calcula el coeficiente, el cual está dentro de los límites marcados, mayor que cero y menor de uno.

## 4.7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es un estudio *no experimental* ya que únicamente se observa el fenómeno, *observacional* ya que el investigador se mantiene aparte de los hechos que ocurren a los individuos estudiados, *transversal*, ya que la realización de las mediciones es en una única ocasión, *retrospectivo* ya que el estudio se centra en forma exclusiva en hechos pasados y presentes.

## 4.8. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Con el instrumento final después de la prueba piloto se procedió a su aplicación al personal de laboratorio clínico, con la debida autorización del jefe de laboratorio, se recolectó la información en cuanto a número de estudios realizados al mes por un periodo de seis meses así como indicadores y metas. Con los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento se elaboró una base de datos y un libro de códigos con el paquete estadístico "SPSS" (The Statistic Package for the Social Science). En la codificación de la información obtenida se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión y así recabar la información adecuada para el estudio.

Tomando en consideración que las variables se midieron en escala ordinal y nominal se utilizó:

A) Estadística descriptiva, para la distribución de frecuencia con el uso de:

- a.) Determinación de la media, mediana, moda, desviación estándar y varianza.
- b.) Para variables nominales porcentajes y frecuencias relativas.

B) Para prueba de hipótesis se empleó:

- Nivel de confianza del 95%
- Prueba de la mediana con la variable de productividad.
- Se aplicó la Chi cuadrada, prueba t.

## 5. RESULTADOS

Los resultados se presentan a través de la demostración de las hipótesis de investigación, por medio de las variables en estudio como son la habilidad y conocimientos del personal, recursos disponibles, y como influyen estos en la productividad y calidad en el servicio de laboratorio.

Se realizaron los cálculos con los puntos acumulados de las respuestas del instrumento aplicado como lo indica este: Muy Frecuentemente(5), Frecuentemente(4), A veces(3), Casi nunca(2), No contestó(0), se sumaron por categorías se calcularon los porcentajes y después se graficaron.

<b>Datos Generales del personal del laboratorio de análisis clínicos</b>				
<b>Categoría del Personal</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>Edad promedio (años)</b>	<b>Antigüedad promedio (años)</b>
QUÍMICOS	8	38	42	15
LABORATORISTAS	7	43	35	10
AUXILIARES	9	33	44	14
Total de Personal	21			
Media			40	13

Tabla No. 5

### Resultados Descriptivos

*1 La categoría de químicos y laboratoristas corresponde al grado académico para el desempeño del trabajo.*

La formación académica del personal del laboratorio, el 100% de los químicos tiene licenciatura (figura 1); los laboratoristas tienen nivel técnico y el 57% cuenta con una licenciatura o es pasante (figura 2).

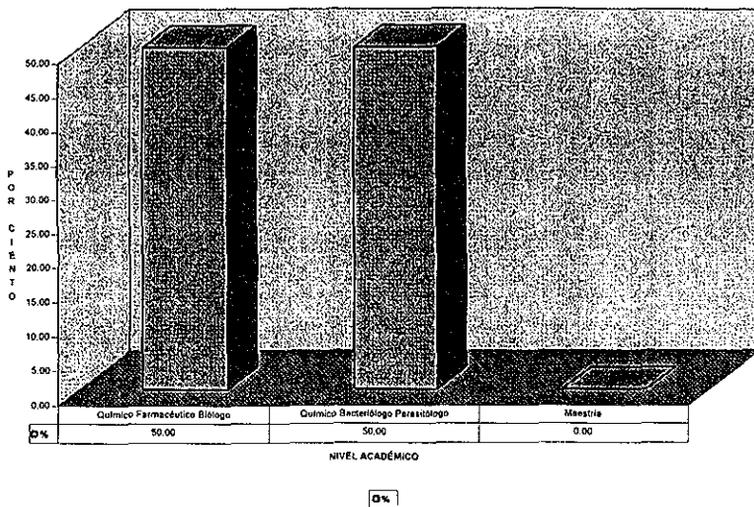


Figura 1. Formación Académica de la categoría de Químico

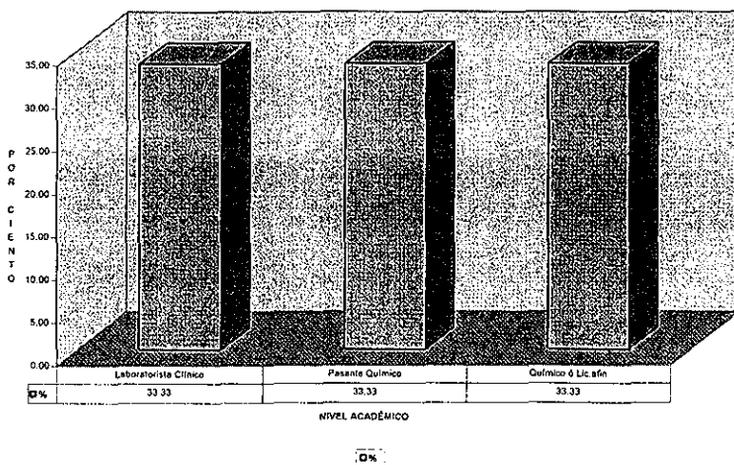
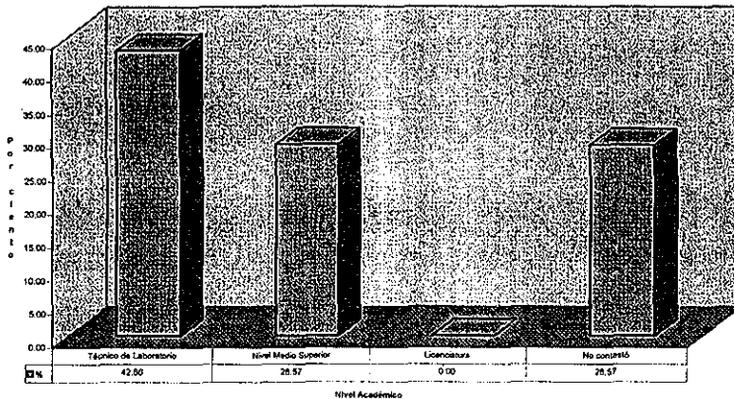


Figura 2. Formación académica de la categoría de laboratorista

2 El nivel académico de la mayoría de los auxiliares de laboratorio está de acuerdo a su preparación académica.  
 En la categoría de auxiliar el nivel es técnico.(figura 3).

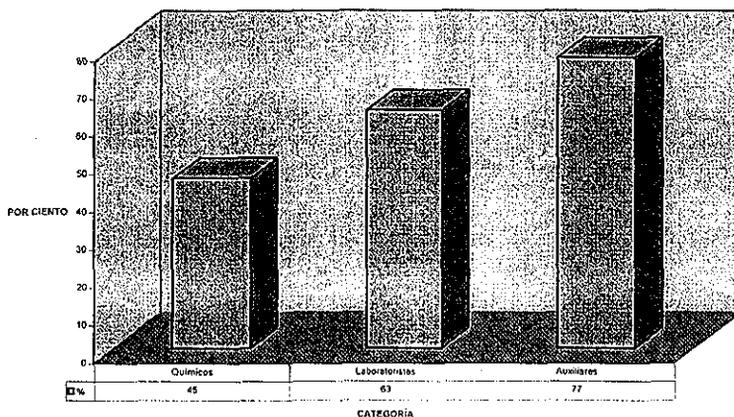


■ %

Figura 3. Formación académica de la categoría de auxiliar de laboratorio

3 La mayoría de los químicos reconoce la falta de capacitación para el desempeño del trabajo.

Los químicos arriba del 45% piensan que no han recibido capacitación para el desempeño de su trabajo, los laboratoristas opinan esto en un 63% y los auxiliares en un 77%.(figura 4)



■ %

Figura 4. Ha recibido capacitación para el desempeño del trabajo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

4 En general el personal de laboratorio considera que el trabajo que desempeña está de acuerdo a su preparación académica.

En lo referente a que su preparación académica el 90% de los laboratoristas esta de acuerdo al trabajo que desempeña, el 83% de los químicos lo consideran así y solo el 73% de los auxiliares coinciden con esto.(figura 5)

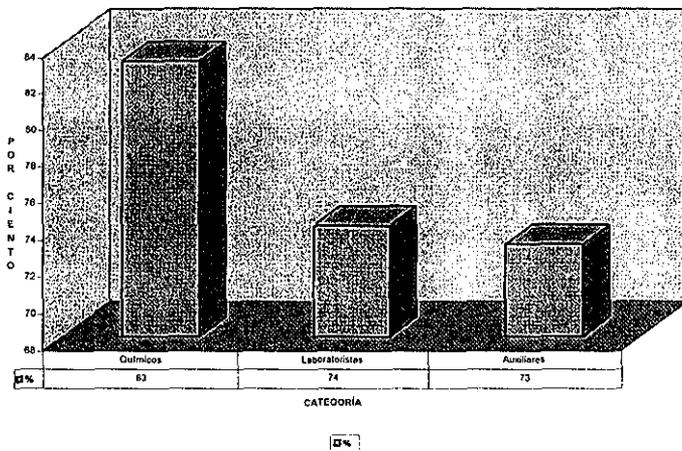


Figura 5. Preparación Académica Acorde Al Trabajo

5 La mayor parte del personal de laboratorio considera que el reconocimiento personal y el estímulo económico influyen en la productividad.

El concepto de productividad parece ser que no está entendido por el personal del laboratorio ya que consideran que el reconocimiento personal y el estímulo económico aumentan la productividad en porcentajes bajos los más altos son del 75% para las tres categorías en estudio. (figura 6 y 7)

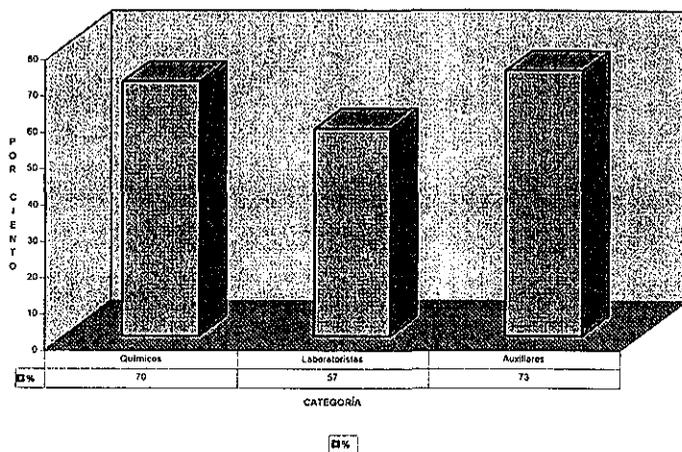


Figura 6. Considera que el reconocimiento personal en el trabajo aumenta la productividad

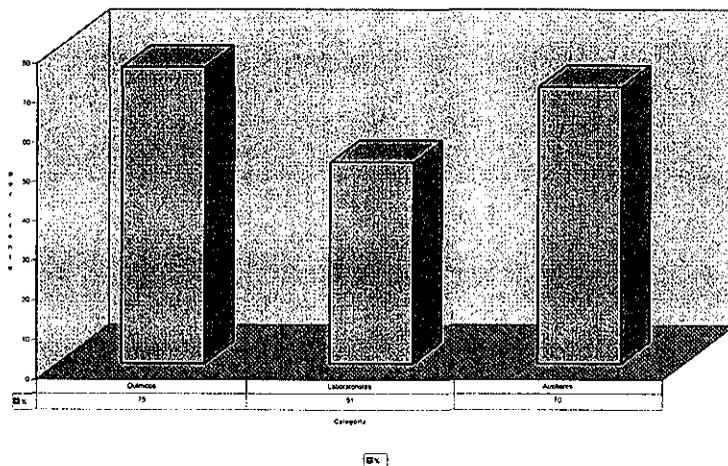


Figura 7. El estímulo económico aumenta la productividad

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6 El personal de laboratorio piensa que las relaciones interpersonales facilitan el desempeño de su equipo de trabajo.

El trabajo de un laboratorio clínico es en equipo y se requiere de la colaboración de las tres categorías para obtener resultados satisfactorios, el personal esta conciente de este proceso en el que las relaciones interpersonales favorecen el desempeño del equipo de trabajo, en mayor proporción los auxiliares con un 87%, los químicos en un 83% y el 77% para los laboratoristas.(figura 8).

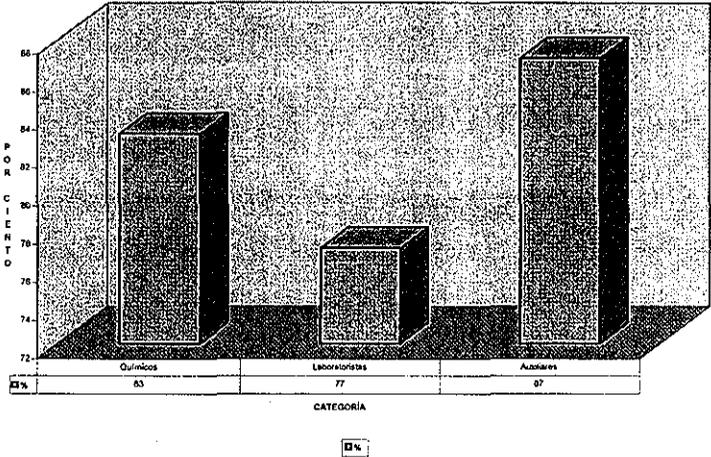


Figura 8. Las relaciones interpersonales facilitan el desempeño del equipo de trabajo

De acuerdo a la opinión expresada por los integrantes de cada sección se considera que se recibe poco apoyo ya que los promedios muestran valores porcentuales menores al 57% (figura 9).

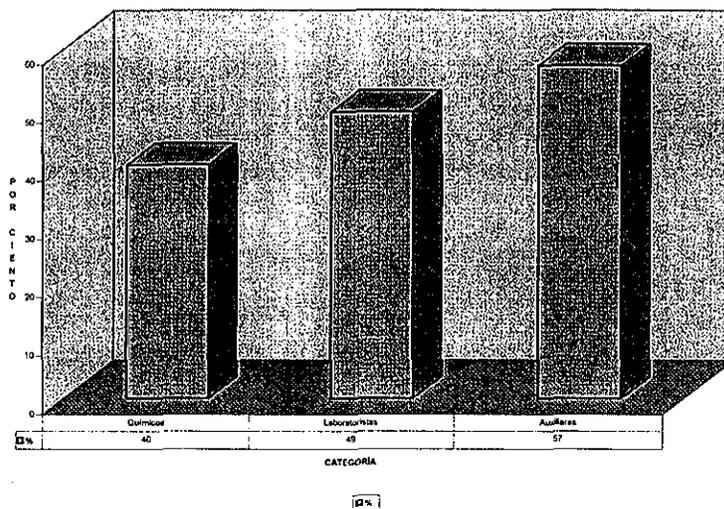


Figura 9. La sección en la que trabaja recibe poco apoyo

Un punto al parecer importantes es si consideran que su superior inmediato es apto para el desempeño de su trabajo. El 93 % de los auxiliares consideran que si lo es, los laboratoristas en un 87% y los químicos en un 85%. (figura 10)

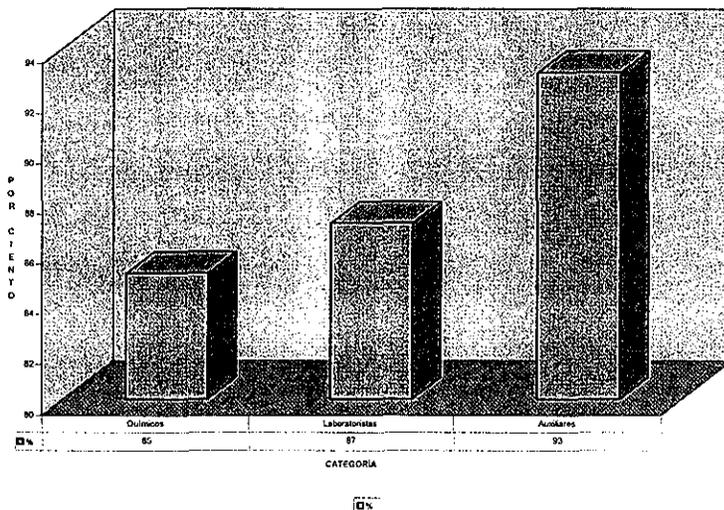


Figura 10. Su superior inmediato es apto para desempeñar el puesto

En lo referente al funcionamiento del servicio más del 75% opina que si lo conoce (figura 11).

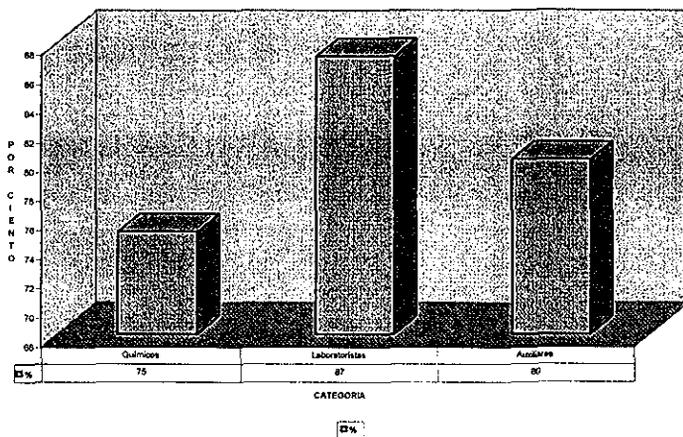


Figura 11. Conocimiento de como funciona el servicio donde trabaja

*7 La mayor parte del personal de laboratorio considera que su horario de trabajo es suficiente para la realización de su trabajo.*

En lo referente al tiempo el 93% considera que el horario de trabajo es suficiente para su labor diaria, (figura 12).

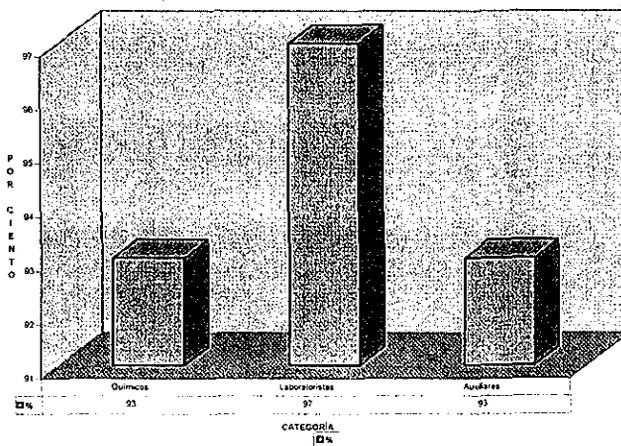


Figura 12. El horario de trabajo es suficiente para realizar el número de análisis requerido

8 El tiempo es adecuado para realizar los análisis de urgencias al final de la jornada.

Para los análisis de urgencias el porcentaje baja a un 71 % (figura 13)

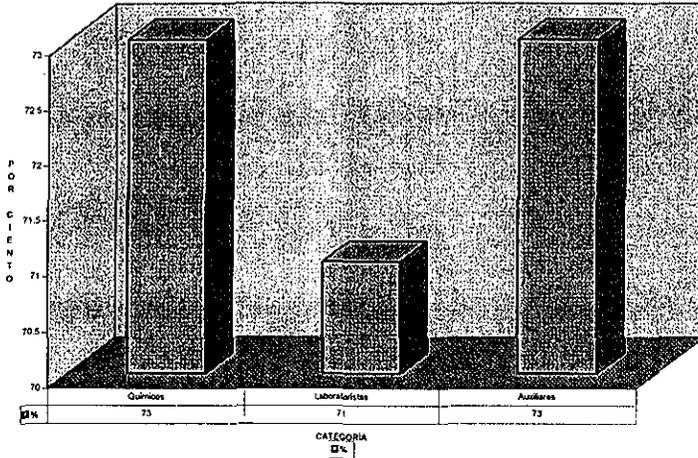


Figura 13. El horario para recibir análisis de urgencias es adecuado

9 El área de trabajo y el equipo de la mayor parte del personal de laboratorio es el necesario para realizar su trabajo.

Más del 80 % del personal piensa que tiene el área, equipo e instrumental necesario para realizar su trabajo (figura 14, figura 15, figura 16)

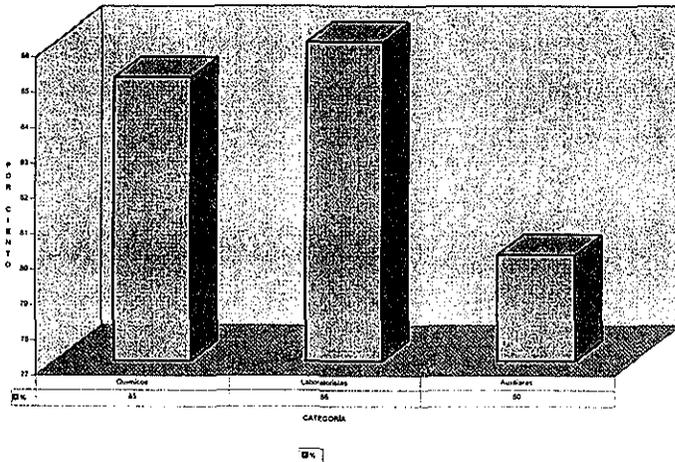


Figura 14. Consideración del trabajador sobre si su área de trabajo es apropiada

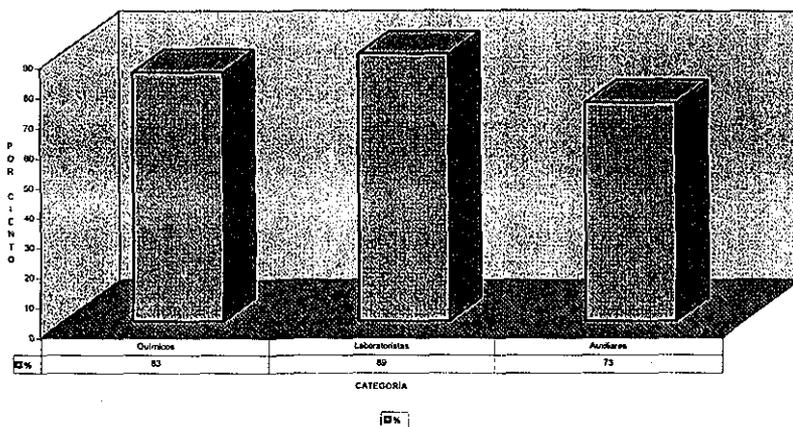


Figura 15. Disponibilidad del equipo y material para realizar el trabajo

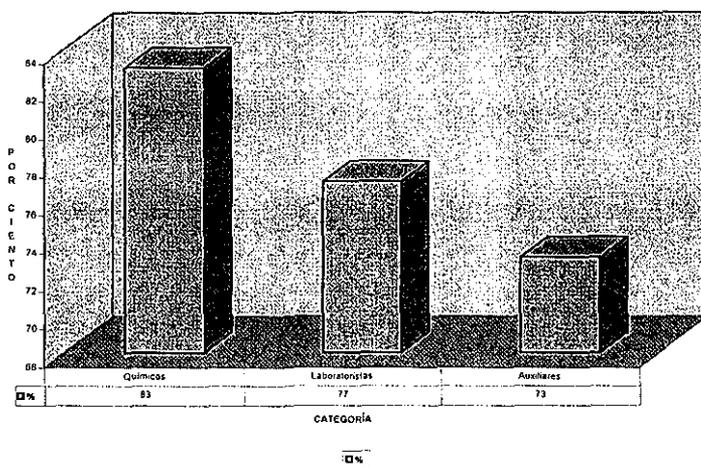


Figura 16. Dispone del equipo necesario para realizar su trabajo

10 El número de estudios realizados mensualmente cumple con las metas marcadas por los indicadores del IMSS. Así como el número de estudios diarios realizados por cada trabajador cumple con los indicadores marcados por el IMSS.

La cantidad de derechohabientes es variable pero en este caso esta en aumento paulatinamente por lo que es importante tomarlo en cuenta para fines de productividad y poder dar un mejor servicio al paciente.

Estadística del número de estudios realizados en un periodo de 6 meses:

	<u>META</u>	<u>ESTUDIOS REALIZADOS</u>	<u>% META</u>	<u>ESTUDIOS DIARIOS</u>	<u>ESTUDIOS POR TRABAJADOR</u>
ENERO	16 200	16 220	100.10	772.30	32.18
FEBRERO	19 300	20 490	106.20	1078.60	44.94
MARZO	20 150	22 405	111.21	1018.40	42.43
ABRIL	22 880	17 744	77.50	887.20	36.97
MAYO	23 500	19 343	82.30	967.15	40.29
JUNIO	24 550	23 899	97.31	1086.31	45.26
Media	21 096	20 018	95.77	968.33	40.35

Tabla No. 6. Estadística del número de estudios realizados en un periodo de 6 meses.

Estudio realizados por trabajador en promedio:	40.35
Indicador del IMSS de estudios esperados por trabajador	32
Varianza:	25.53
Desviación estándar ( DE ):	5.052

La hipótesis se acepta ya que el número de estudios diarios realizados cumple los indicadores marcados por el IMSS.

11. La habilidad del personal y sus conocimientos son factores importantes para el desempeño del trabajo diario.

Para obtener los porcentajes de estas variables de habilidad y conocimientos del personal únicamente se realizaron las sumas de los puntos obtenidos de las respuestas del instrumento

donde cada respuesta tiene una puntuación que va de 5 a 0 según la respuesta la puntuación esta debidamente indicada en el instrumento.

Obteniéndose los siguientes resultados el 83% del personal de laboratorio se considera hábil para la realización de su trabajo y el 76% su percepción es que tiene los conocimientos para la realización de su trabajo.

De acuerdo a la puntuación esperada tanto de la habilidad del personal como de sus conocimientos se obtuvieron porcentajes altos del 83 % y 76% respectivamente de acuerdo a las puntuaciones esperadas, ya que estos factores son parte esencial del proceso de productividad, se puede concluir que el personal del laboratorio cumple con estos parámetros para el desempeño de su labor diaria. (figura 17 y 18)

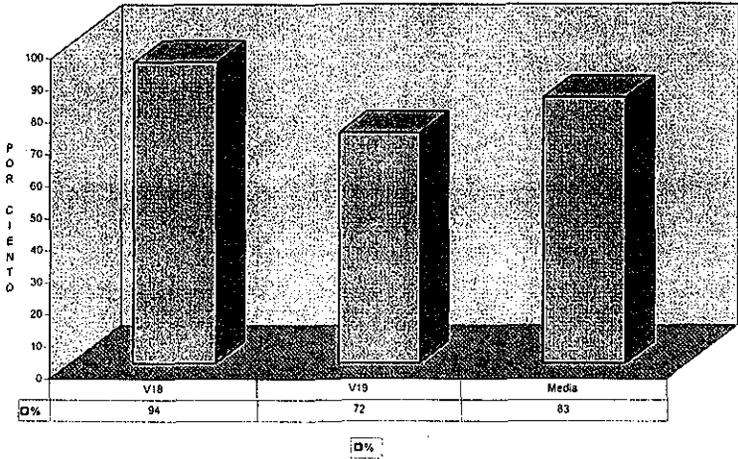


Figura 17. Habilidad del personal

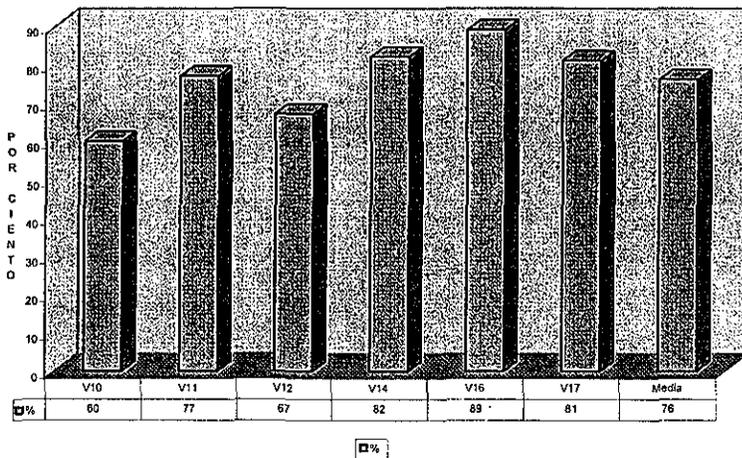


Figura 18. Conocimientos del personal

De los porcentajes obtenidos el mayor es el de la habilidad del personal, ya que como vemos el personal técnicamente esta preparado para la realización de su trabajo, esto se debe a que el personal es seleccionado para realizar ciertas actividades, ya que el IMSS utiliza personal calificado, es por eso de la diferencia por categorías, ya que esto evita sesgos.

En lo que respecta a conocimientos del personal todo el personal tiene los conocimientos que se requieren para el desempeño de su trabajo y aun más el porcentaje obtenido es del 76%, esto se debe a la falta de cursos de actualización y reconocimiento que necesita una persona para la realización de su trabajo ya que aunque este el personal contratado para la realización de una actividad siempre es necesario la motivación tanto afectiva como económica.

12. Los recursos existentes tanto en equipo como en material son muy importantes para el adecuado desempeño del trabajo.

Los porcentajes de esta variable también fueron obtenidos de acuerdo a las respuestas ya que cada una tiene una puntuación la cual esta indicada en el instrumento que se manejo.

El 75% del personal de laboratorio considera que cuenta con los recursos suficientes para realizar su trabajo

En la variable de disponibilidad de recursos existentes tanto de equipo como de instrumental para el desempeño del trabajo de laboratorio se obtuvo un 75%, es un porcentaje un poco bajo que nos

indica el desabasto de la institución en esta época de crisis económica del país y que repercute en todos los sectores.(figura 19)

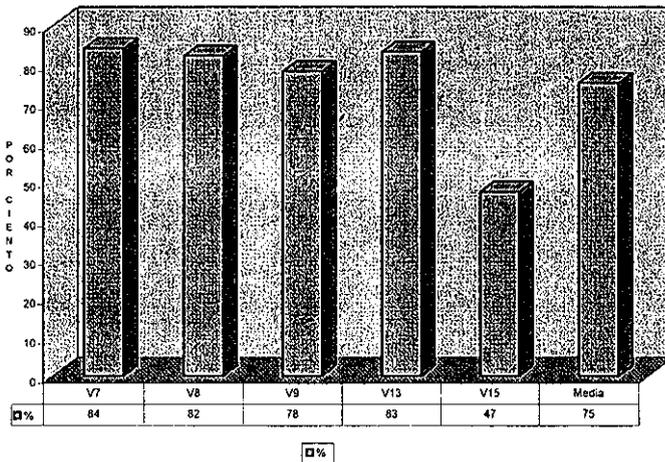


Figura 19. Disponibilidad de recursos

### Resultados de Asociación

1. *La habilidad del personal esta asociada con sus conocimientos.*

Para conocer si la habilidad del personal esta asociada con sus conocimientos se realizó el cálculo de la Chi cuadrada y no se encontró asociación entre la variable conocimientos y la variable habilidad.

2. *La capacitación del personal esta asociado con su habilidad.*

En esta hipótesis se calculo chi cuadrada y se encontró que no hay una asociación entre la variable capacitación del personal y la variable habilidad.

3. *El nivel académico del trabajador se asocia con la percepción que tiene de productividad.*

Se obtuvo un valore de chi cuadrara que indica que no esta asociada la percepción que tiene el personal del concepto de la variable productividad y el nivel académico.

4. *Los recursos disponibles se asocian con la percepción que se tiene de productividad.*

En el personal del laboratorio no se encontró asociación entre la variable recursos disponibles con el concepto que tienen de la variable productividad.

5. *El personal de laboratorio generalmente asocia el estímulo económico con la productividad.*

En esta hipótesis si hubo asociación entre el estímulo económico con la variable productividad.

## Resultados de Comparación

1. *El concepto de productividad es igual entre las tres categorías en estudio.*

Se aplicó la prueba t obteniéndose los siguientes valores:

Categoría	Prueba t	gl	p
químicos y laboratoristas	1.203	13	> 0.05
laboratoristas y auxiliares	-1.013	11	> 0.05
químicos y auxiliares	0.037	12	> 0.05

No se encontró correlación entre las categorías.

2. *La percepción que tienen los auxiliares respecto al concepto de capacitación para el desempeño del trabajo es igual al que tienen los químicos y los laboratoristas*

Se aplicó la prueba t obteniéndose los siguientes valores:

Categoría	Prueba t	gl	p
químicos y laboratoristas	1.642	13	>0.05
laboratoristas y auxiliares	-0.928	11	>0.05
químicos y auxiliares	-0.2513	12	>0.05

No se encontró correlación entre las categorías.

3. *La percepción que tienen los químicos acerca de los recursos disponibles es igual a la percepción que tienen los laboratoristas y los auxiliares.*

Se aplicó la prueba t obteniéndose los siguientes valores:

Categoría	Prueba t	gl	p
químicos y laboratoristas	-0.060	13	>0.05
laboratoristas y auxiliares	-1.246	11	>0.05
químicos y auxiliares	1.023	12	>0.05

No se encontró correlación entre las categorías

4. *La habilidad de los auxiliares de laboratorio es igual a la habilidad que tienen los laboratoristas*

Se aplicó la prueba t obteniéndose los siguientes valores:

Categoría	Prueba t	gl	p
químicos y laboratoristas	0.189	13	>0.05
laboratoristas y auxiliares	-0.093	11	>0.05
químicos y auxiliares	0.100	12	>0.05

No se encontró correlación entre las categorías

5. *El concepto de que las relaciones interpersonales facilitan el desempeño del equipo de trabajo, es la misma en las tres categorías en estudio.*

Se aplicó la prueba t obteniéndose los siguientes valores:

Categoría	Prueba t	gl	p
químicos y laboratoristas	0.671	13	>0.05
laboratoristas y auxiliares	-1.141	11	>0.05
químicos y auxiliares	-0.651	12	>0.05

No se encontró correlación entre las categorías

## 6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La cantidad de estudios realizados y en el número de análisis por trabajador esta de acuerdo a los indicadores establecidos por la institución, se cumple con las metas marcadas en un 96%, pero aún así es necesario mejorar la productividad y la calidad con los recursos que se tienen.

Más del 80% del personal considera que su preparación académica está de acuerdo al trabajo que desempeña. Esto se debe a que el instituto acepta para la realización del trabajo de analista químico sólo a químicos recibidos y no a otras licenciaturas afines, precisamente para evitar que haya personal fuera de su área de especialización.

La categoría de laboratorista es el personal que está totalmente de acuerdo con su preparación académica y con el trabajo que desempeña

La categoría de auxiliar de laboratorio desempeña un trabajo meramente técnico, algunos son pasantes de alguna licenciatura o con la licenciatura, esto ocasiona cierta inconformidad en el desempeño de su trabajo, ya que sienten que su nivel académico es superior al trabajo que desempeñan, el porcentaje de estos casos es del 5%.

Más del 70% de los laboratoristas y químicos considera que sus conocimientos son los necesarios para realizar su trabajo, y más del 80% de los auxiliares consideran que sus conocimientos son los adecuados. El personal considera que son pocos los cursos que se imparten de actualización, en combinación con el desabastecimiento, de material y de reactivos, provoca baja en la productividad y la calidad de la atención, en ocasiones se niegan estudios, por la falta de reactivos que no han sido surtidos a tiempo o no hay en existencia en el almacén que surte a esa clínica.

En lo que referente a los recursos disponibles para realizar el trabajo tanto los auxiliares y los laboratoristas el 70% considera que se le proporcionan los recursos para la realización de su trabajo, y los químicos lo consideran en un 80%.

Los datos recopilados nos muestran que el trabajador espera un reconocimiento en el trabajo, ellos opinan que esto ayudaría al aumento de la productividad, así como el estímulo económico.

De las tres categorías en estudio, cerca de las tres cuartas partes del personal opina, que es necesario tanto un reconocimiento personal como un estímulo económico, ya que esto afecta la productividad.

Las relaciones con sus compañeros de trabajo les afecta en un 90%, para el mejor desempeño de su trabajo, sólo el 10% no lo consideran así.

En los resultados obtenidos de percepción del personal se encontró que es personal calificado, que cuenta con el área, equipo e instrumental necesario para realizar su trabajo, así lo consideran más del 80% del personal.

En cuanto al horario de trabajo, más de la mitad del personal consideró que es suficiente para el desempeño de las labores encomendadas durante su jornada de trabajo

En cuanto a la capacitación para el desempeño laboral, menos del 20% la ha recibido en su área de trabajo, esto debilita la productividad y la calidad, ya que la atención debe ser eficiente y oportuna, y si el trabajador no sabe darle la atención que requiere, en su adaptación al puesto, el paciente estará más tiempo en la clínica, ausentándose de su trabajo por más tiempo del requerido. La inducción al puesto es un punto importante a considerar en una institución en la que el servicio es continuo, y donde el paciente debe ser canalizado adecuadamente, en el menor tiempo posible.

El personal que trabaja en el laboratorio cuenta con la habilidad para la realización de su trabajo, así lo considera más del 80 % del personal.

La institución cuenta con personal calificado para la realización del trabajo, es necesario motivarla para mejorar la productividad. Este concepto no es muy claro en la labor que se realiza diariamente, y se debe tomar en cuenta que el laboratorio es un equipo de trabajo que sirve de apoyo para el diagnóstico clínico, el personal tiene que trabajar en equipo, sin esperar que por buenas acciones deban recibir un estímulo económico, y así mejorar la calidad de la atención.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las hipótesis de asociación, no existe asociación entre la habilidad del personal y sus conocimientos, por lo que podremos encontrar una persona con un nivel superior de conocimientos, pero poco hábil para la realización del trabajo y de manera inversa, una persona con una gran habilidad para realizar el trabajo con un nivel inferior de conocimientos. Es importante el considerar esta variable ya que se requiere para la realización de los análisis clínicos, para obtener un trabajo de calidad y mejorar la productividad.

Así también se encontró que la habilidad del personal y la capacitación para la realización del trabajo no esta asociado, la institución no siempre proporciona esta capacitación al personal, ya que solo a veces se realiza esta capacitación.

No se encontró asociación entre la existencia de recursos para la realización del trabajo, tanto de equipo como de material y la productividad, esto nos pudiera indicar que puede haber un abastecimiento de material y equipo, y aún así no ser productivos. Sin embargo cuando existe un estímulo este si aumenta la productividad, esto nos indica que es necesario motivar al personal para que la productividad aumente.

No se encontró asociación entre el nivel académico del personal y el estímulo por el esfuerzo en el trabajo para aumentar la productividad.

Si se encontró asociación entre el estímulo económico para aumentar la productividad, esto nos indica que no importa el nivel académico de la persona cuando existe una remuneración económica, habrá un esfuerzo para la realización del trabajo y esto aumentara la productividad.

Esta asociación se puede deber a la situación económica que se vive actualmente en el país, pero es necesario que el personal de laboratorio se identifique como proveedor de servicios de salud, ya que las muestras no son solo tubos de ensaye, sino pacientes. Hay que hacer más conciencia del trabajo que se realiza, llevarlo a cabo con un alto sentido humanitario para satisfacer de esta manera las necesidades de salud de los pacientes. Y buscar una satisfacción propia al dar una mejor atención y ser más productivos, con actividades diarias que motiven a mejorar la salud de las personas, sin que esto implique un estímulo económico, ya que no solo el dinero es importante. Para lo cual se requiere de la labor de directivos y jefes de laboratorio.

Al comparar las tres categorías en estudio, químicos, laboratoristas y auxiliares, los resultados obtenidos se encontraron que no existe correlación con respecto a las variables de percepción de productividad, habilidad del personal, recursos disponibles, capacitación para el desempeño del trabajo, y de las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo.

Estas son comparaciones de percepción del personal y nos indica que no importa el nivel académico, su percepción no las puede diferenciar por categorías.

Con los resultados encontrados en el laboratorio de esta clínica, no se pueden concluir que esto mismo resultados se obtengan en otros laboratorios de otras clínicas y hospitales, habría que aplicar el instrumento a otras poblaciones de personal de salud.

Es importante tomar en cuenta que la falta de correlación entre las variables en estudio, pudiera deberse al tamaño de la muestra que a pesar de que se realizo por censo fue muy pequeña, y es difícil encontrar resultados confiables en muestras tan pequeñas. Este estudio habría que aplicarlo en otras clínicas y hospitales para poder obtener resultados más confiables, ya que la población aumentaría.

Los resultados obtenidos en éste estudios pueden servir para, modificar el instrumento con reactivos que ayuden a detectar, de una manera más clara mejoras, para el personal de laboratorio, en cuanto a productividad y calidad.

Hace falta que el trabajador no se conforme únicamente con realizar su trabajo técnicamente sino que lo realicen con gusto, que tenga el interés de prepararse más, con cursos de actualización no solo en la parte técnica sino en la de relaciones humanas, para dar un servicio de calidad. Ya que es el paciente él más afectado cuando el trabajador es deficiente en las variables medidas en este estudio.

Los datos obtenidos de productividad con base en las variables medidas, es una aproximación para obtener la productividad del laboratorio clínico en México, conocer sus propios índices es una labor importante, en general no hay respuestas fáciles en lo concerniente al desarrollo de los recursos humanos, los mercados de estos recursos tardan años e incluso décadas, en integrarse al mercado, éste varía al capital de equipo, ya que este no puede desecharse cuando sus aptitudes han quedado obsoletas, la actualización tanto en la rama científica como administrativa ayudaría a poner en práctica métodos innovadores para los nuevos retos.

## **7. RECOMENDACIONES**

### **7.1. Profesionales de la Salud**

De acuerdo a la percepción del personal de laboratorio, se tienen los conocimientos, habilidad, tiempo y recursos para realizar el trabajo, pero es necesario que cada trabajador se identifique con el trabajo que realiza, y se motive el mismo cuando no exista una motivación personal de parte de su superior inmediato, ni exista un estímulo económico por los logros en su labor diaria, para mejorar la calidad de la atención. La parte económica no debe ser el único motivador del prestador de servicios de salud, el disfrutar del trabajo que realiza, la satisfacción personal de proporcionar un servicio, el no caer en la rutina podría ayudar a disfrutar del trabajo que se realiza

Es importante que el prestador de servicios de salud se consideren como profesional de la salud, su labor debe ser satisfactoria para poderla transmitir en el área de trabajo, con compañeros y pacientes, así se podrá dar un servicio de calidad, en las instituciones de salud. Y aplicar los conceptos que se tienen de las buenas prácticas profesionales, muchas veces se tienen en teoría pero no en la práctica. Este debe ser un proceso de motivación personal. Como trabajadores de la salud, hay un compromiso de servicio, al integrarlo a la vida cotidiana la realización es dentro y fuera del campo profesional, al ofrecer un servicio de calidad, eficacia, eficiencia y aplicarlo en todos los aspectos de la vida, tendremos una mejor calidad de vida. Sin olvidar que la mejora debe ser continua, siempre habrá cosas que podamos cambiar, para mejorar la calidad de la atención.

### **7.2. Instituciones de Salud**

En la clínica donde se realizó el estudio, la población está en aumento por lo que se requiere un aumento de la productividad, actualmente los resultados son satisfactorios ya que se cumple con las metas e indicadores marcados, pero es necesario encontrar el punto crítico de productividad para no caer en ineficiencias por exceso de trabajo, y la calidad de la atención decaiga más. Se

Los datos obtenidos de productividad con base en las variables medidas, es una aproximación para obtener la productividad del laboratorio clínico en México, conocer sus propios índices es una labor importante, en general no hay respuestas fáciles en lo concerniente al desarrollo de los recursos humanos, los mercados de estos recursos tardan años e incluso décadas, en integrarse al mercado, éste varía al capital de equipo, ya que este no puede desecharse cuando sus aptitudes han quedado obsoletas, la actualización tanto en la rama científica como administrativa ayudaría a poner en práctica métodos innovadores para los nuevos retos.

## **7. RECOMENDACIONES**

### **7.1. Profesionales de la Salud**

De acuerdo a la percepción del personal de laboratorio, se tienen los conocimientos, habilidad, tiempo y recursos para realizar el trabajo, pero es necesario que cada trabajador se identifique con el trabajo que realiza, y se motive el mismo cuando no exista una motivación personal de parte de su superior inmediato, ni exista un estímulo económico por los logros en su labor diaria, para mejorar la calidad de la atención. La parte económica no debe ser el único motivador del prestador de servicios de salud, el disfrutar del trabajo que realiza, la satisfacción personal de proporcionar un servicio, el no caer en la rutina podría ayudar a disfrutar del trabajo que se realiza

Es importante que el prestador de servicios de salud se consideren como profesional de la salud, su labor debe ser satisfactoria para poderla transmitir en el área de trabajo, con compañeros y pacientes, así se podrá dar un servicio de calidad, en las instituciones de salud. Y aplicar los conceptos que se tienen de las buenas prácticas profesionales, muchas veces se tienen en teoría pero no en la práctica. Este debe ser un proceso de motivación personal. Como trabajadores de la salud, hay un compromiso de servicio, al integrarlo a la vida cotidiana la realización es dentro y fuera del campo profesional, al ofrecer un servicio de calidad, eficacia, eficiencia y aplicarlo en todos los aspectos de la vida, tendremos una mejor calidad de vida. Sin olvidar que la mejora debe ser continua, siempre habrá cosas que podamos cambiar, para mejorar la calidad de la atención.

### **7.2. Instituciones de Salud**

En la clínica donde se realizó el estudio, la población está en aumento por lo que se requiere un aumento de la productividad, actualmente los resultados son satisfactorios ya que se cumple con las metas e indicadores marcados, pero es necesario encontrar el punto crítico de productividad para no caer en ineficiencias por exceso de trabajo, y la calidad de la atención decaiga más. Se

podría sugerir la aplicación de este tipo de estudios en otras clínicas y en hospitales de segundo y tercer nivel para tener una mayor información de cómo modificar los modelos actuales.

Las instituciones de salud tienen un papel muy importante en la vida de una nación, y la misión de garantizar al derechohabiente el derecho a la salud, la asistencia médica y la protección de los medios de subsistencia necesarios para contribuir a elevar su calidad de vida, proporcionando las prestaciones médicas y sociales, con trato amable, espíritu solidario y un alto nivel de calidad. Para lo cual hay que desarrollar las estrategias necesarias para lograrlo, por lo que se requiere de la labor de los directivos y jefes de laboratorio para lograr un cambio.

El trabajador de la salud es integrante importante para la solución de los problemas de las instituciones de salud, son los que enfrentan los problemas cotidianamente. Se requiere que las instituciones de salud motiven al personal desde su contratación con cursos periódicamente para mantener el entusiasmo y hacer ver al trabajador la importancia de su labor, tanto para él como para la institución. Es prioritario mejorar la calidad de la atención, ya que se atraviesa por una crisis económica, al tener una mejor productividad y realizándola con calidad los costos disminuyen, y se aprovechan mejor los recursos.

### **7.3. Instituciones formadoras de recursos humanos para la salud**

De acuerdo al estudio realizado se encontró que un trabajador no solo depende de su habilidad, conocimientos, y recursos suficientes, es necesario que las relaciones interpersonales de trabajo, sean buenas ya que afectan al 90% de los trabajadores en el estudio, por lo que las relaciones humanas es un punto importante de tomar en cuenta, para que el trabajador realice su trabajo en un ambiente agradable, que lo motive al mejor desempeño de su labor.

Es importante que las instituciones formadoras tanto de técnicos, laboratoristas y químicos no se concreten únicamente a la parte técnica, son necesario planes de estudio, que ayuden al estudiante a desarrollar, habilidades de comunicación, relaciones humanas, psicología, sociología, ética, antropología, de esta manera contribuiría de una manera muy importante para el trato con el derechohabiente, al trabajo en equipo, y a un mejor desempeño del trabajo. Esto contribuiría en gran medida al bienestar personal, social y al fortalecimiento de los valores humanos, y universales. Se requieren trabajadores que den a los pacientes un trato más humano y sean productivos, proporcionando una mejor calidad de la atención.

### **7.4. Investigadores en servicios de Salud.**

El presente trabajo muestra la percepción de los trabajadores de un solo servicio, el de laboratorio en donde aparentemente los problemas en la atención al paciente son menores, pero no deja de ser importante, ya que es parte de una institución de salud. Se requiere de una excelente labor para mejorar los servicios de salud, por lo que es necesario que se continúen

realizando estudios a diferentes niveles y servicios, enfocados tanto a la percepción del trabajador, como del paciente, para encontrar problemas reales que afectan a las instituciones de salud, y son los investigadores en servicios de salud los profesionales más indicados para encontrar soluciones a los problemas que afectan a estas instituciones.

Son muchos los problemas existentes en las instituciones de salud, es esencial que los investigadores en servicios de salud, se involucren directamente hacia el trato al paciente, donde afloran en mayor proporción los problemas, y se centran en la calidad de la atención, que involucra a los prestadores del servicio, pero sin dejar de revisar todos el sistema, ya que pudieran existir problemas administrativos, organizacionales, y de motivación.

Corresponde a estos profesionales el investigar la manera de motivar a los prestadores de servicios de salud para mejorar su desempeño, sin que lo sea el estímulo económico para realizar su mejor esfuerzo en el trabajo, tal vez con el apoyo de profesionales involucrados en satisfacción laboral se podría encontrar aquellos elementos que motiven al prestador de servicios de salud a realizar un cambio, ya que su imagen actualmente se encuentra muy deteriorada.

## 8. BIBLIOGRAFÍA.

- [Adam. 1993] *Adam, E. Jr. Ronald J. Ebert. 1993. Administración de la Producción y las Operaciones* Ed. Prentice Hall.
- [Avery 2000]] *Avery Anthony J., Sara Rodgers, Tara Heron. 2000. A prescription for improvement. An observational study to identify how general practice vary in heir growth in prescribing costs. BMJ vol.321. 29 july 2000. bmj.com*
- [Arredondo 1997] *Arredondo Armando. 1997. Cost and financial consequences of the changing epidemiological profile in México. Health policy. 13 June 1997 Pág. 45-47.*
- [Arredondo 1999] *Arredondo Armando.1999 Economía de la Salud para América Latina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Octubre 1999.Pág.46*
- [Boquet. 1998] *Boquet Jiménez E. Castillo M.L1998. Mejoría Continua de la Calidad. Guía para los laboratorios clínicos de América Latina. Ed. Panamericana. 2a. reimpresión. Julio 1998.Pág. 9-15, 191-230.*
- [Calidad. 1992] *Calidad de los Suministros de Salud. CENIDS-SSA.1992. Pág.183.*
- [Campbell 2001] *Campbell S.M. M. Hann, J. Hacker C. Burns.2001 Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. BMJ vol. 323 6 October 2001 bmj.com*
- [De Gortari 1994] *De Gortari E. 1994. Programa Piloto en Laboratorios Clínicos Mexicanos. I,II,III. Salud Pública de México 1994, Vol.36 No.5*
- [Diagnóstico. 1995] *Diagnóstico IMSS. Mayo 1995. Documento Interno. Mecanograma.*
- [Daniels 1995] *Daniels Wayne W.1995 Bioestadística Bases para el análisis de las ciencias de la salud. Noriega Editores. 5ª. Ed 1995. Pág. 245, 283, 339,355, 585, 639, 743.*
- [Deming. 1989] *Deming W. Edwards. 1989 Calidad, Productividad y Competitividad. Ed. Díaz de Santos..*
- [Donabedian. 1992] *Donabedian, Avedis.1992 Garantía y Monitoría de la calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública. Pág.22-55.*
- [Eisenberg 2001] *Eisenberg John M. 2001. Enssays on Trends, Innovative Ideas and Cutting-Edge Research in Health Care. Expert voices. January 2001.*
- [Feachem 2002] *Feachem Richard G A. Neelman K Sekhri. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California\*s Kaiser Permanent. BMJ vol. 324. January 2002. bmj.com*

- [Frenk. 1994] *Frenk, Julio.* Proyecto Economía y Salud. **1994 Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud.** Fundación Mexicana para la Salud. Pág. 25-71.
- [Frenk. 1995] *Frenk, Julio.* 1995 **Economía y Salud. Propuestas para el avance del Sistema en Salud en México.** Informe Final. Fundación Mexicana para la Salud 2a. ed. . Pág. 59, 184-185, 289- 291.
- [Frenk. 1997] *Frenk, Julio.* 1997 **Observatorio de la Salud. necesidades, servicios, políticas.** Fundación Mexicana para la Salud. Pág. 255 - 272.
- [Freemont. 1998] *Freemont, E.Kast. James E. Rosenzweig.* **Administración de las Organizaciones.** 4ª. Ed. Ma Graw-Hill. Pag.289-318
- [Fuller 1997] *Fuller Sherrilynne, PhD.* 1997. **Regional Health Information Systems: Applying the IAIMS model.** J. Am. Med. Inform. Assoc; 4: March-April Supplement: S47-S51.
- [Gulbrandsen 1998] *Gulbrandsen Pal., Per Fugelli, Leiv Sandvik,* 1998 *Per Hjortdahl.* **Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey** BMJ Vol. 317 4July 1998. wwwbmj.com
- [IMSS. 1995] **Hacia el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social.** IMSS 1995.
- [Heaney 2001] *Heany David, Sally Wyke, Philip Wilson, Rob Elton, Philip Rutledge.* 2001. **Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomized controlled trial.** BMJ Vol. 322 19May 2001 bmj.com
- [Hernández, 1996] *Hernández Sampieri R.* 1996 **Metodología de la Investigación.** McGraw-Hill.
- [Hulley. 1993] *Hulley, S. B. Steven R. Cummins.* 1993. **Diseño de la Investigación clínica** Ed. Doyma.
- [WHO 2001] **Health Systems Performance Assessment and Improvement in The Region Of The Americas** Pan American Health Organization, World Health Organization. December, 2001. pág. 8-16, 54-59.
- [Informe 1993] **Informe sobre la Salud en el Mundo 1993.** Resumen. Organización Mundial de la Salud. (OMS) 1993. Pág.4-16.
- [Informe 2000] **Informe sobre la Salud en el Mundo 2000.** Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Pág. 52, 74, 109-113.
- [Instructivo. 1995] **Instructivo de Evaluación de la Calidad en el Laboratorio Clínico.** IMSS. Julio 1995.
- [Jáuregui. 1996] *Jauregui H. Marco A.* 1996. **Manual de Aseguramiento de la Calidad. ISO-9000.** .Mc Graw Hill. pág. 1-4

- [Keith. 1990] *Keith, Davis. Ph.D. John W. Newstrom, Ph D. 1990. El comportamiento humano en el trabajo: Comportamiento Organizacional. Mc. Graw-Hill. Pág. 114-120*
- [Kilpatrick 2001] *Kilpatrick Erick S, Stephen Holding 2001 Use of computer terminals on wards to access emergency test results: a retrospective audit. BMJ Vol. 322 5May 2001 bmj.com*
- [Koontz. 1990] *Koontz, Harold. Heinz Wehrich. 1990 Administración. Mc Graw-Hill. 3ª. Ed. Pág. 466-488.*
- [Laurell. 1989] *Laurell Asa Cristina. Social Analysis of Collective Health in Latin America. Soc.Sci. Med. Vol. 28, No.11 Pág.1183, 1190.*
- [Lineamientos. 1996] **Lineamientos para la Mejora Continua en Unidades Médicas.** Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS. 1996.
- [Lineamientos. 1999] **Lineamientos para la mejora del proceso de Auxiliares de Diagnóstico en Medicina Familiar.** Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Atención Médica. IMSS Diciembre. 1999.
- [Ottawa. 1987] **La Carta de Ottawa.** Bol of Sanit Panam 103 (1). 1987.
- [OPS. 1991] **Los Servicios de Laboratorio. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.** OPS. 1991 Pág. 3-16.
- [Evaluación. 1992] **Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.** Sistema Nacional de Evaluación. 1992. Anexos
- [Reunión. 1999] **Reunión IMSS-SNTSS. Enero 1999.**
- [Renovación. 1999] **Reunión Regional IMSS-SNTSS. Hacia la Renovación de la Seguridad Social.** (Dirección administrativa). Ciudad de México. 2 Febrero 1999.
- [Plan. 1998-2000] **Plan Integral de Calidad. 1998-2000.** IMSS. Por una Satisfacción Total.
- [PND. 1995-2000] **Plan Nacional de Desarrollo. 1995 2000** Pág. 92 - 96.
- [OPS 1995-1998] **Prioridades del Programa de Subvenciones de Investigación** Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1995-1998.
- [Programa 1995-2000] **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.** pág. 35, 36, 60, 72.
- [PNS 2001] **Programa Nacional de Salud 2001-2006.** Secretaría de Salud. Ed.2001. Pág.109-113.
- [Ruelas. 1993] *Ruelas Brajas, Enrique. 1993. Calidad, Productividad y Costos.* Salud Pública de México Vol. 33 No. 3 Mayo-Junio 1993. Pág. 298- 304.
- [Ruelas. 1994] *Ruelas Barajas, Enrique. 1994. Sobre la Garantía de Calidad: conceptos, necesidades y reflexiones* Gaceta Médica de México. Vol. 130 No.4 Julio-Agosto 1994.

- [Ruelas. 1996] *Ruelas González Ma. Guadalupe 1996. Automatización y Satisfacción del usuario.* XVI Coloquio de Investigación. FES. Iztacala. UNAM.
- [Ruiz. 1991] *Ruiz de Chávez. Manuel. 1991 La Investigación en Servicios de Salud y su Aplicación.* Salud Pública Mexicana.-Vol. 33:No.6 Noviembre-Diciembre. 1991. Pág.602-604.
- [Roger. 1992] *Roger G. Schroeder. 1992. Administración de Operaciones.* Ed. Mc Graw Hill..3a.edición.
- [Sadowski] *Sadowski Mark. 1997. Seminario Internacional sobre las reformas en sauld. MINSA-Perú. Atención de la Salud y Financiamiento de la Salud Pública.*Lima Pág. 61-69
- [Salud, Nutrición y desarrollo] *Estrategia Sectorial: Salud, Nutrición y desarrollo. Red de Desarrollo Humano. Banco Mundial, Washington. DC. 1998.*
- [Sandoval. 1986] *Sandoval N. J. 1986 Las Universidades y la Investigación de Servicios de Salud* Facultad de Medicina. UNAM. Monografía. Med. UNAM 29 (7-8): 311-316..
- [Shiffman 1999] *Shiffman Richard N. 1999 Computer-based Guideline Implementation Systems: A Systematic Review of functionality and Effectiveness.* JAMIA.; 6 :104-114
- [SNS. 1992] *Sistema Nacional de Salud. México 1992. Pág. 9-10.*
- [SPSS 8.0] *SPSS 8.0 for windows.*
- [Stephen. 1996] *Stephen P Robbins. 1996 Comportamiento organizacional. Teoría y Práctica. 7ª.Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana.S.A.. Pág. 13-28, 192-200.*
- [Tierney 1997] *Tierney William M J. Marc Overhage.1997. Demonstrating the Effects of an IAIMS on health Care Quality and Cost. J. Am. Med. Inform. Assoc.; 4 March-April Supplement: S41-S46.*
- [Tuttle 1999] *Tuttle Mark S. 1999; Information Technology Outside Health Care. JAMIA 6: 354-360.*
- [Vohel. 1997] *Vohel Frank, Jackson Peter. Ashton David. 1997 ISO 9000 .Mc Graw-Hill/Interamericana Editores, S A de C V.. pag.20-51, 64-65.*
- WHO 1999] *World Health Report 1999. Meeting The Challenges: Health Systems Development. Chapter No. 3*

## **9. GLOSARIO**

**AVAD.** Año de Vida Ajustado en función de la Discapacidad.

**DDF.** Departamento del Distrito Federal.

**DF.** Distrito Federal.

**DH.** Derechohabiente.

**EMR.** Electronic Medical Record.

**ENCE.** Estrategia Nacional para la Calidad y la Eficiencia.

**ESSSM.** Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud.

**IES.** Investigación Esencial en Salud

**QBP.** Químico Bacteriólogo y Parasitólogo.

**QFB.** Químico Farmacéutico Biólogo.

**INEGI.** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

**IMSS.** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**INS.** Instituto Nacional de Salud.

**ISSFAM.** Instituto de Servicios Sociales y Seguridad de las Fuerzas Armadas de México.

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

**IPN.** Instituto Politécnico Nacional.

**OECD.** Overseas Economics Cooperation and Development.

**OMS.** Organización Mundial de la Salud.

**OPS.** Organización Panamericana de la Salud.

**PEMEX.** Petróleos Mexicanos.

**SEDENA.** Secretaría de la Defensa Nacional.

**SSA.** Secretaría de Salubridad y Asistencia.

## ANEXOS

## ANEXO 1 - INSTRUMENTO

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## Investigación de los Servicios de Salud

Solicitamos atentamente su cooperación para el llenado de este cuestionario el cual podrá proporcionar información para mejorar el servicio de laboratorio, manejándose la información de forma confidencial.

### Satisfacción del prestador de servicios Laboratorio de Análisis Clínicos.

#### Datos de Identificación

Sección \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ años.

Sexo: Femenino(1) \_\_\_\_\_ Masculino(2) \_\_\_\_\_

Tipo de plaza: Base (1) \_\_\_\_\_ Confianza(2) \_\_\_\_\_ Otros (3) \_\_\_\_\_

Categoría o cargo: Químico (1) \_\_\_\_\_ Laboratorista (2) \_\_\_\_\_ Auxiliar (3) \_\_\_\_\_

Antigüedad en el puesto: \_\_\_\_\_ años.

Formación Académica \_\_\_\_\_

#### CUESTIONARIO

Muy Frecuente mente (5)	frecuente mente (4)	A veces (3)	Casi Nunca (2)	nunca (1)
-------------------------------	---------------------------	----------------	----------------------	--------------

1. ¿Considera que el área para realizar su trabajo es apropiada? \_\_\_\_\_

2. ¿Dispone del equipo necesario para realizar sus actividades? \_\_\_\_\_

3. ¿Dispone del instrumental necesarios para realizar sus actividades? \_\_\_\_\_

4. ¿Le han dado capacitación para el desempeño de su trabajo? \_\_\_\_\_

5. ¿Su trabajo esta de acuerdo a su preparación académica?

6. ¿Considera que los reconocimientos por su esfuerzo en el trabajo aumentan la productividad?

7. ¿ El estímulo económico aumenta la productividad?

8. ¿Las relaciones interpersonales facilitan el desempeño de su equipo de trabajo?

9. ¿Considera que su sección recibe poco apoyo?

10. ¿ Considera que su superior inmediato es apto para desempeñar el puesto?

11. ¿Esta usted enterado de como funciona el servicio en que trabaja?

12 ¿Su horario de trabajo es suficiente para realizar el número de análisis requerido?

13. ¿La hora límite para realizar estudios de urgencia al final de la jornada lo considera apropiado?

14. ¿Fueron entendibles todas las preguntas?

SI

NO

explique cuales

15. ¿Tiene observaciones al respecto?

Gracias por su colaboración.

## ANEXO 2 – LIBRO DE CÓDIGOS

## LIBRO DE CÓDIGOS

V01 Número de clínica

V02 Sección:

- 0 No contestó
- 1 Química sanguínea
- 2 Hematología
- 3 Inmunología
- 4 Uroanálisis
- 5 Bacteriología
- 6 Prásitología

V1 Edad

V2 Sexo

- 1 Femenino
- 2 Masculino

V3 Tipo de plaza.

- 1 Base
- 2 Confianza
- 3 Otros

V4 Categoría o cargo

- 1 Químico
- 2 Laboratorista
- 3 Auxiliar

V5 Antigüedad en el puesto

V6 Formación Académica.

- 0 No contestó
- 1 Maestría.
- 2 Licenciatura QFB, QBP.
- 3 Pasante QFB, QBP.
- 4 Técnico Laboratorista Clínico
- 5 Preparatoria, Vocacional.

V7 ¿Considera que el área para realizar su trabajo es apropiada?

- 5 Muy frecuentemente
- 4 Frecuentemente
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

- V8 ¿Dispone del equipo necesario para realizar sus actividades?
- 5 Muy frecuentemente
  - 4 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
- V9 ¿Dispone del instrumental necesario para realizar sus actividades?
- 5 Muy frecuentemente
  - 4 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
- V10 ¿Le han dado capacitación para el desempeño de su trabajo?
- 5 Muy frecuentemente
  - 4 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
- V11 ¿Su trabajo esta de acuerdo a su preparación académica?
- 5 Muy frecuentemente
  - 4 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
- V12 ¿Considera que los reconocimientos por su esfuerzo en el trabajo aumentan la productividad?
- 5 Muy frecuentemente
  - 4 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
- V13 ¿El estímulo económico aumenta la productividad?
- 5 Muy frecuentemente
  - 4 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca
- V14 ¿Las relaciones interpersonales le facilita el desempeño de su equipo de trabajo?
- 5 Muy frecuentemente
  - 4 Frecuentemente
  - 3 A veces
  - 2 Casi nunca
  - 1 Nunca

V15 ¿Considera que su sección recibe poco apoyo?

- 5 Muy frecuentemente
- 4 Frecuentemente
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

V16 ¿Considera que su superior inmediato es apto para desempeñar el puesto?

- 5 Muy frecuentemente
- 4 Frecuentemente
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

V17 ¿Esta usted enterado de como funciona el servicio en que trabaja?

- 5 Muy frecuentemente
- 4 Frecuentemente
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

V18 ¿Su horario de trabajo es suficiente para realizar el número de análisis requerido?

- 5 Muy frecuentemente
- 4 Frecuentemente
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

V19 ¿La hora límite para realizar estudios de urgencia al final de la jornada lo considera apropiado?

- 5 Muy frecuentemente
- 4 Frecuentemente
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca

V20 ¿Fueron entendibles todas las preguntas?

- 1 SI
- 2 NO

V21 ¿Tiene observaciones al respecto?

- 1 SI
- 2 NO