

00682



**Universidad Nacional Autónoma de México**

***Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración***

**Facultad de Contaduría y Administración**

**Facultad de Química**

**Instituto de Investigaciones Sociales**

**Instituto de Investigaciones Jurídicas**

# **T e s i s**

**LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y LA CERTIFICACIÓN DE  
HOSPITALES EN MÉXICO**

**Que para obtener el grado de:**

**Doctor en Ciencias de la Administración**

**Presenta: Ana María Lara Barrón**

**Tutor: Dra. Nadima Simón Domínguez**

**México, D.F. septiembre de 2005**

m. 349139



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**A RAMIRO**, quien ha estado siempre cerca de mi brindándome su amor, colaboración y entusiasmo y hemos aprendido juntos a valorar los esfuerzos que se tienen que realizar para superarse y ser cada vez mejor ser humano.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ANA MARIA LARA  
BARON

FECHA: 20 SEPTIEMBRE 2005

FIRMA: [Firma]

**A MI FAMILIA**, por compartir conmigo ésta gran experiencia con su apoyo incondicional, solidaridad, paciencia y cariño.

**AL COMITÉ TUTORAL**, Dra. Nadima Simón Domínguez, Dra. María Josefa Santos Corral y Maestro Carlos Martínez Gutiérrez con sincero agradecimiento por su valiosa ayuda.

---

# ÍNDICE

---

	Pagina
<b>Introducción</b>	
<b>CAPÍTULO 1 Gestión de calidad</b>	
1.1 Características de la gestión de calidad.....	16
1.2 Principios de gestión de calidad	
1.2.1 Atención a la satisfacción del cliente.....	18
1.2.2 Liderazgo.....	22
1.2.3 Participación y compromiso de los miembros de la organización.....	23
1.2.4 Cambio cultural.....	24
1.2.5 Cooperación en el ámbito interno de la empresa.....	27
1.2.6 Trabajo en equipo.....	27
1.2.7 Formación.....	28
1.2.8 Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.....	29
1.2.9 Mejora continua.....	30
1.2.10 Asignación de los medios necesarios.....	31
1.3 Responsabilidad de la alta dirección en la gestión de calidad.....	31
1.4 Satisfacción de necesidades y expectativas del personal en la gestión de calidad.....	34

## CAPÍTULO 2 Sistema Nacional de Salud

2.1 Contexto del país	
2.1.1 Contexto económico.....	37
2.1.2 Contexto social.....	39
2.1.3 Contexto demográfico y epidemiológico.....	40
2.2 Sistema de Servicios de Salud	
2.2.1 Organización general.....	41
2.2.2 Estructura organizacional de los hospitales del sistema de salud.....	43
2.2.3 Recursos del sistema.....	45
2.2.4 Funciones del sistema.....	47
2.3 Reforma del sector salud	
2.3.1 Marco jurídico.....	53
2.3.2 Derecho de los ciudadanos a la salud.....	53
2.3.3 Rectoría y separación de funciones.....	54
2.4 Acciones de mejora de la calidad.....	54

## CAPITULO 3 Certificación de hospitales

3.1 Programa Nacional de Certificación de hospitales	
3.1.1 Antecedentes internacionales del programa.....	65
3.1.2 Antecedentes nacionales del programa.....	69
3.1.3 Acuerdos por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa en México.....	71
3.1.4 Objetivos del Programa Nacional de Certificación de Hospitales.....	71
3.1.5 Hospitales certificados.....	71
3.1.6 Criterios para la Certificación de Hospitales.....	73
3.1.7 Bases para el establecimiento de normas.....	75
3.1.8 Criterios de evaluación y cumplimiento de objetivos.....	76
3.2 Normas ISO 9000:2000	
3.2.1 Campo de aplicación.....	84
3.2.3 Requisitos para los sistemas de gestión de calidad.....	86
3.2.4 Enfoque de los sistemas de gestión de calidad.....	86
3.2.4 Certificación ISO 9000:2000 en Hospitales de México.....	87

## CAPÍTULO 4 Análisis de los resultados

4.1 Construcción del Programa.....	91
4.2 Gestión de calidad en hospitales certificados.....	96
4.3 Necesidades y expectativas de los prestadores de servicio.....	133

<b>Conclusiones.....</b>	<b>138</b>
<b>Limitaciones del estudio y recomendaciones.....</b>	<b>144</b>
<b>Referencia bibliográfica.....</b>	<b>147</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>154</b>

---

# INTRODUCCIÓN

---

## JUSTIFICACIÓN

Los nuevos escenarios que se contemplan ante la apertura comercial plantean nuevos retos para participar favorablemente en un mercado cada vez más complejo y competitivo, el área de la salud no ha sido la excepción; sin embargo, con base en la información proporcionada por la Dirección de Calidad de la Atención Médica se tiene que la media nacional de calidad es de 64.2% y refiere que la calidad en los servicios es percibida como prioritaria por la población. (Fundación Mexicana para la Salud, 1995). La calidad se entiende como un conjunto de propiedades y características de los servicios que le confiere la capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes. (Martínez Castro, 2003).

Esta atención es proporcionada en instituciones de salud heterogéneas, caracterizadas por diferencias muy marcadas en la cobertura (casi el 50% de la población no tiene seguridad social por carecer de un trabajo formal), así como en su base legal, recursos humanos, materiales y financieros, lo que da como resultado que el tipo de atención proporcionada sea diferente en cada una de las instituciones y aun más entre hospitales de la misma institución, lo que ha ocasionado que la calidad no se proporcione con equidad.

A esto hay que agregarle la actual crisis económica que vivimos, que ha dado como resultado una disminución del presupuesto asignado a salud y con la transición demográfica en relación al descenso de la mortalidad y fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, se estiman cambios por grupo de edad con repercusiones muy significativas, en cuanto a la nueva demanda de atención (Fundación Mexicana para la Salud, 1995).

Se tienen como antecedente que las instituciones de salud han utilizado diferentes procedimientos y parámetros para evaluar la calidad de la atención e implementado estrategias para mantener o elevar la calidad a través de diversas acciones; sin embargo, éstas han sido aisladas, esporádicas, sin continuidad, fragmentadas y sobre todo con escasa o nula participación del personal, aunado al poco interés que se le ha dado a las necesidades y percepción que el usuario tiene en relación con la calidad.

Lo que hace necesario, que en las instituciones se implementen acciones que permitan que la atención mejore continuamente para disminuir el rezago que se tiene en la calidad de los servicios de salud. Actualmente se están implementando diversos programas para la certificación de hospitales o procesos, a través del Programa Nacional de Certificación de Hospitales (PNCH) e ISO 9000-2000 con la finalidad de brindar a los usuarios de los servicios una atención de calidad. Además existen otras estrategias como la Cruzada Nacional por la Calidad y Premios IMSS e ISSSTE de la Calidad, pero es importante que estas acciones, avalen o certifiquen que las instituciones de salud laboran bajo una gestión de calidad encargada de la búsqueda permanente de mejorar no sólo los resultados, sino también la satisfacción de todos los que participan.

Dada la trascendencia que tiene que las instituciones de salud realicen acciones para mejorar la calidad, en el presente estudio se seleccionó el Programa Nacional de Certificación de Hospitales por ser un Programa Nacional aplicable a todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de analizar si la certificación de hospitales implica que éstos tengan implementada una gestión de calidad, ya que tiene como objetivos contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud, determinar objetivamente la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para garantizar atención de calidad, establecer mínimos homogéneos de calidad en el Sistema Nacional de Salud y **promover acciones de mejora de la calidad**. Se entiende por Certificación de hospitales el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados. (C.S.G, Programa Nacional de Certificación de Hospitales, 1999).

A partir de esto surgen las siguientes preguntas:

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.- ¿Implica la certificación de hospitales que éstos tengan implementada una gestión de calidad en los servicios de salud?

2.- ¿Hasta dónde los criterios de evaluación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales son suficientes para lograr el cumplimiento de los objetivos de dicho Programa?

3.- ¿Cuál es la participación de los médicos y enfermeras para lograr la certificación de los hospitales y qué representa para ellos este Programa como estrategia para elevar la calidad?

4.- ¿Cuál es la percepción y satisfacción de médicos y enfermeras con el trabajo realizado en las instituciones de salud certificadas?

5.- ¿Cuáles son las necesidades y expectativas que tienen los pacientes de la atención en los hospitales públicos y privados certificados y qué representa para ellos este Programa?

## **OBJETIVOS**

1. Analizar si la certificación de hospitales promueve que las instituciones de salud implementen una gestión de calidad.
2. Analizar si los directivos de los hospitales públicos y privados implementan una gestión de calidad durante el proceso de certificación para propiciar una mejora continua en la calidad.
3. Analizar si los criterios de evaluación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales son suficientes para cumplir con los objetivos del Programa.
4. Determinar lo que representa para los médicos y enfermeras el Programa Nacional de Certificación de Hospitales como estrategia de mejora continua y su participación para lograr la certificación.
5. Conocer la satisfacción en el trabajo del personal de los hospitales certificados y en que medida se han logrado sus expectativas.
6. Conocer la satisfacción de los pacientes a través del cumplimiento de sus expectativas y deseos en relación a la atención que proporcionan las instituciones de salud y como perciben el Programa Nacional de Certificación de Hospitales en relación a la calidad de los servicios.

## **HIPÓTESIS**

- 1.- El que un hospital haya obtenido la certificación no implica que tenga implementada una gestión de calidad en los servicios de salud.
- 2.- Los criterios de evaluación del Programa de Certificación de Hospitales no son suficientes para cumplir con los objetivos de dicho Programa.

3.- La participación de los médicos y enfermeras para lograr la certificación en los hospitales se limita a conocer los aspectos generales del proceso de certificación y el Programa no representa para ellos una estrategia para elevar la calidad de la atención proporcionada.

4.- El personal de los hospitales no tiene cubiertas sus necesidades y expectativas, relacionadas con disponibilidad suficiente y adecuada de áreas físicas, mobiliario y equipo, remuneración, reconocimiento por el trabajo realizado, oportunidades de superación y comunicación constante en todas direcciones.

5.- La satisfacción de los usuarios está determinada por el logro de las expectativas referentes a relaciones interpersonales, trato recibido, tiempo de espera, recuperación del estado de salud y el programa no representa nada para ellos.

## EJES DE ANÁLISIS

1.- **Gestión de calidad** como elemento indispensable en las unidades certificadas para mejorar la calidad en las instituciones de salud y lograr la satisfacción de todos los que participan.

2.- **Certificación de Hospitales** como estrategia para mejorar la calidad

3.- La intervención de los directivos para propiciar la participación de todos los involucrados en acciones que los lleven a la adquisición de hábitos favorables que propicien una cultura de calidad a través del cumplimiento de los principios de **gestión de calidad**.

4.- El significado que tiene para los prestadores de servicio el programa como estrategia de mejora de la calidad, su participación, así como sus **expectativas y satisfacción** con el trabajo realizado.

5.- Lo que representa para el paciente la implementación del programa, enfocado a la **satisfacción de sus necesidades y expectativas** con el tipo de atención recibida

## VARIABLES

### **Gestión de calidad**

Atención a la satisfacción del cliente

Liderazgo

Participación y compromiso de los miembros de la organización.

Cambio cultural.

Cooperación en el ámbito interno de la institución.

Trabajo en equipo.

Formación.

Enfoque basada en hechos para la toma de decisiones

Mejora continua.

Asignación de los medios necesarios

**Certificación de hospitales**

Construcción del programa  
Criterios de evaluación y cumplimiento de objetivos

**Satisfacción y expectativas del prestador de servicio**

Disponibilidad de recursos  
Remuneración  
Reconocimiento de los superiores  
Oportunidad de superación y progreso  
Seguridad laboral  
Participación e integración en equipo  
Congruencia del perfil profesional y capacitación  
Comunicación

**Necesidades, expectativas y satisfacción de los pacientes**

Respeto  
Comprensión  
Información completa  
Acceso  
Ambiente agradable  
Oportunidad de servicio  
Competencia profesional  
Recursos humanos suficientes  
Recursos humanos necesarios  
Equidad  
Resultados

Se anexa cuadro de categorías, variables e indicadores (ver anexo 1)

**MÉTODO**

Investigación cuantitativa y cualitativa basada en fuentes primarias y secundarias en donde se utilizaron las estadísticas oficiales, información bibliográfica y hemerográfica, manuales, acuerdos, guías, criterios para la certificación de hospitales, realización de entrevistas a profundidad con integrantes de la Comisión para la Certificación de Hospitales (CCH) y directivos de los hospitales certificados y entrevistas estructuradas a prestadores de servicio y a usuarios

Para conocer los intereses que rigieron la construcción del Programa de Certificación de Hospitales se efectuaron entrevistas a profundidad a tres integrantes de la CCH por ser informadores claves del tema a tratar, los cuales fueron seleccionados de manera intencional y se elaboró una guía relacionada con causas que motivaron la construcción del programa, actores que intervinieron y su participación, problemas a los que se enfrentaron, intereses y establecimiento de criterios. Una vez que se realizaron las

entrevistas se analizó el material primario o protocolar en función de las categorías de análisis establecidos.

Para realizar las entrevistas con los directivos, prestadores de servicio y usuarios, con base en la factibilidad para realizar el estudio, se consideró como población los 30 hospitales públicos y privados certificados de especialidad y generales, 26 del Distrito Federal y 4 del Estado de México (véase anexo 2), que corresponde al 27 % de los 111 hospitales que se certificaron en el primer grupo en la República Mexicana. De los 30 hospitales 10 son públicos y 20 privados (véase anexo 3).

Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada de 15 hospitales como sigue: 4 públicos de más de 122 camas, 1 público de menos de 122 camas, 6 privados de más de 122 camas y 4 privados de menos de 122 camas, cabe aclarar que en 4 hospitales privados de más de 122 camas no se obtuvo la autorización para realizar las entrevistas, por lo que la muestra definitiva fue de 11 hospitales (véase anexo 4).

En cada uno de los 11 hospitales de la muestra se entrevistó al director, administrador o responsable del PNCH; asimismo, en cada uno de dichos hospitales se seleccionaron de manera intencional 10 pacientes y 5 médicos, siendo el número total de cuestionarios aplicados 110 a pacientes y 55 a médicos (véase anexo 5).

Adicionalmente se realizaron 3 entrevistas a pacientes y 3 a prestadores de servicio (médicos y enfermeras) en cuatro hospitales de la muestra, los cuales fueron seleccionados por las facilidades que nos otorgaron (véase anexo 5)

Para recolectar la información se elaboraron guías de entrevista para directivos, prestadores de servicio y pacientes y un cuestionario para médicos y otro para pacientes.

El objetivo de las entrevistas con los directivos fue analizar si éstos implementan una gestión de calidad durante el proceso de certificación para propiciar una cultura de calidad.

El objetivo de las encuestas y entrevistas con los prestadores del servicio (médicos y enfermeras) fue determinar lo que representa para ellos el PNCH como estrategia de mejora continua y su participación para lograr la certificación. Así como conocer su satisfacción con el trabajo realizado a través del logro de expectativas.

El objetivo de las encuestas y entrevistas con los pacientes fue conocer su satisfacción a través del cumplimiento de las expectativas y deseos en relación a la atención que proporcionan las instituciones de salud y su percepción del programa para elevar la calidad de los servicios.

Una vez que se realizaron las entrevistas se analizó el material primario o protocolar, para la categorización o clasificación del material primario se revisaron las anotaciones y se escucharon las grabaciones.

Para procesar los datos de las encuestas se utilizó el Paquete Estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y se elaboraron gráficas de los resultados sobresalientes.

## **ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO**

La organización del trabajo se realizó en cuatro capítulos:

- 1) El primer capítulo estuvo orientado a analizar las características de la gestión de calidad y los principios que la rigen y su importancia para la mejora continua al propiciar una cultura de calidad en todos los involucrados en una organización, la satisfacción de necesidades y expectativas del personal y el paciente, la primera como elemento indispensable de la gestión de calidad y la segunda como eje central de ésta.
- 2) En el segundo capítulo se revisa el Sistema Nacional de Salud, por ser el organismo que agrupa a los hospitales públicos y privados que participan en el Programa Nacional de Certificación de Hospitales, se estudia su organización, recursos, financiamiento y base legal. Asimismo, se plantean las acciones de mejora de la calidad que se han realizado en México con anterioridad al Programa Nacional de Certificación de Hospitales.
- 3) El tercer capítulo se dedica específicamente a la Certificación de Hospitales; se analizan los antecedentes internacionales y nacionales del Programa Nacional de Certificación de Hospitales como base para la construcción de dicho Programa y los factores principales que influyeron en su creación, también se estudió la normatividad internacional de la Norma ISO 9000:2000 y su aplicación en los servicios de salud.
- 4) El cuarto capítulo incluye el análisis de las entrevistas y encuestas que se aplicaron a integrantes de la Comisión para la Certificación de Hospitales, directivos de los hospitales certificados, prestadores de servicio y pacientes.

En seguida se destinó una sección para las conclusiones, entre las más importantes se encuentran las siguientes:

En relación a la Certificación de Hospitales podemos decir que la construcción del Programa obedeció por un lado a dar cumplimiento al compromiso que se adquirió con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte y por el otro, a las presiones que estaban ejerciendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para que los países participantes desarrollaran sus propios criterios. Para construir los criterios de evaluación para la certificación no se desarrollaron parámetros propios, éstos se retomaron de los manuales de acreditación de Estados Unidos y Canadá, es importante mencionar que dichos países tienen un contexto y un Sistema de Salud diferente al nuestro.

Una vez que se determinaron los criterios que servirían para evaluar a las instituciones de salud se ordenaron, retomando los elementos del modelo de calidad propuesto por Donabedian (estructura, proceso y resultado). La estructura aparece como tal, el proceso

está representado por las funciones de atención y los resultados a través de indicadores, lo que permitió comprender el proceso de atención, y no únicamente el funcionamiento del servicio, como fue el caso de manuales de evaluación propuesto con anterioridad. Sin embargo, estos criterios de evaluación no fueron suficientes para cumplir con los objetivos del Programa, enfocados a determinar objetivamente la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para garantizar atención de calidad, establecer mínimos homogéneos de calidad en el Sistema Nacional de Salud, contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud, y promover acciones de mejora de la calidad, solo se cumplieron parcialmente.

Con respecto a la gestión de calidad como elemento indispensable en las unidades certificadas para mejorar la calidad en las instituciones de salud y lograr la satisfacción de todos los que participan, encontramos que el hecho de que los hospitales hayan obtenido la certificación no implica que tenga implementada una gestión de calidad en los servicios de salud, los hospitales desarrollan algunos de los principios motores de la gestión de calidad: liderazgo y compromiso de la dirección con la calidad, trabajo en equipo, formación y capacitación del personal, administración basada en hechos y asignación de los medios necesarios, no como un sistema integral, lo que dio como resultado que no se desarrollaran las condiciones idóneas para lograr la satisfacción del cliente, la participación y compromiso de los miembros de la organización, el cambio cultural, la cooperación en el ámbito interno de la empresa y la mejora continua.

Con relación a la intervención de los directivos, ésta se limitó al cumplimiento de los criterios de evaluación para la certificación de hospitales (estructura, funciones de atención al paciente y funciones de apoyo a la atención) y para cumplir con dichos criterios, los directivos implementaron algunos principios aislados; sin embargo, como estos principios no se efectuaron de manera sistemática no se desarrollaron las condiciones necesarias para lograr la satisfacción del cliente, participación y compromiso de los prestadores de servicio, cooperación en el ámbito interno y mejora continua en los hospitales certificados.

Como no habían condiciones necesarias para propiciar la participación y compromiso de los prestadores de servicio, durante el proceso de certificación, en términos generales, los médicos y enfermeras se concretaron a conocer los aspectos generales de dicho proceso y el PNCH no representa para ellos una estrategia para elevar la calidad de la atención, es uno más de los programas gubernamentales, una buena intención para mejorar la calidad, un programa que por sí solo no propicia la mejora continua de los servicios de salud.

Otro aspecto que influyó en la escasa participación y compromiso de los prestadores de servicio, es que el prestador de servicios no tiene satisfechas todas sus necesidades y expectativas, relacionadas con disponibilidad suficiente y adecuada de áreas físicas, mobiliario y equipo, remuneración, reconocimiento por el trabajo realizado, oportunidades de superación y comunicación constante en todas direcciones.

Con respecto a la percepción y satisfacción de los pacientes de las instituciones de salud con la atención recibida en hospitales certificados podríamos decir, que si bien el paciente no tiene la capacidad de percepción o está muy limitada en relación a los conocimientos técnicos, sus expectativas las tiene muy claras y están relacionadas con los parámetros que menciona Clearly (1998), como son: las relaciones interpersonales, trato recibido, atención, tiempo de espera y sobre todo recuperación del estado de salud, algunos manifestaron estar satisfechos porque han notado mejoría en su estado de salud.

En relación a los indicadores, no hubo cambios positivos importantes con la implementación del Programa, se esperaba que con la certificación disminuyera la mortalidad hospitalaria, el promedio de estancia y las infecciones hospitalarias como indicadores de que se está proporcionando una atención de calidad.

Con lo anterior podemos concluir que para disminuir el rezago en la calidad que tienen los servicios de salud no basta con implementar programas para evaluar con criterios homogéneos la capacidad de los hospitales de proporcionar servicios de salud con calidad, es necesario evaluar si los hospitales efectúan actividades coordinadas encargadas de la búsqueda permanente de mejorar, no sólo los resultados, sino también la satisfacción de todos los que participan.

---

# CAPÍTULO 1

# GESTIÓN DE CALIDAD

---

La gestión de la calidad ha evolucionado hacia una visión cada vez más global, más orientada hacia los aspectos humanos y hacia la mejora de los procesos de la dirección de las organizaciones. Este capítulo está orientado a analizar las características y los principios que orientan este enfoque de dirección.

## **1.1. Características de la gestión de calidad**

La gestión de calidad comprende actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad, mediante la consideración de las necesidades de las partes interesadas (Hodge, 1998), encargado de la búsqueda permanente de mejorar, no sólo los resultados, sino también la satisfacción de todos los que participan (Pierce, 1998).

Este enfoque se caracteriza principalmente por: la orientación al cliente y el liderazgo de la dirección como requisito indispensable para implementar este tipo de gestión, el establecimiento de formas de dirección, diseño de la organización y políticas de recursos

humanos que propicia la participación, el compromiso y la cooperación, aplicación de un enfoque global de dirección y la mejora continua como objetivo de los sistemas de calidad necesaria para competir en los mercados actuales.

En una caracterización más amplia de la gestión de calidad puede decirse que este enfoque se basa en una serie de elementos que, de forma explícita o implícita, están presentes en su forma de aplicación. Ahora bien, dos aspectos que deben subrayarse respecto de estos elementos son, en primer lugar, que el grado de intensidad con el que se debe aplicar cada uno de ellos dependerá de las circunstancias particulares de cada organización y de la forma en que ésta es dirigida; en segundo lugar, que este conjunto de elementos mutuamente relacionados forman un sistema para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad (Hodge, 1998).

Algunos autores identifican a estos elementos como componentes o principios; sin embargo, la esencia de las características se encuentra presente en cada una de estas clasificaciones.

Varo (1996) los considera como elementos y propone los siguientes: enfocarse al cliente, hacerlo bien desde la primera vez, mejora constante, la calidad es una actitud, informar al personal lo que está sucediendo, educación y capacitación, medir el trabajo, involucrar a la alta gerencia, potenciar al personal, hacer de la empresa un buen lugar para trabajar, introducir trabajo en equipo y organizar la empresa por procesos, no por funciones.

Para Gutiérrez (1998) dichos elementos son componentes y propone los siguientes: enfoque al cliente, liderazgo, participación del personal, enfoque basado en procesos, enfoque de sistemas para la gestión, mejora continua, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

Moreno Luzón (2001) propone principios motores y principios derivados y considera los siguientes: atención a la satisfacción del cliente, liderazgo, participación y compromiso de los miembros de la organización, cambio cultural, cooperación en el ámbito interno de la empresa, trabajo en equipo, cooperación con clientes y proveedores, formación, administración basada en hechos y apoyada en indicadores y sistemas de evaluación, diseño y conformidad de procesos y productos, mejora continua de los conocimientos, procesos, productos y servicios y asignación de los recursos necesarios.

Para el presente estudio se retoman los principios propuestos por Moreno Luzón por considerar su clasificación más desglosada.

Como ya se había mencionado, la clasificación que realiza el autor está enfocada a los principios motores o causales y los derivados o que son en consecuencia. Esta distinción es importante porque, además del carácter sistémico y el condicionamiento recíproco que corresponde a todo el conjunto, la relación de causalidad permite establecer vínculos más precisos y conocer la dirección básica en la que actúan unos principios sobre otros; de tal manera que este conocimiento se transforme en un instrumento para llevar a la práctica los propósitos de la dirección.

Ahora bien, una salvedad importante a este respecto es que, en general, la dirección no conseguirá el desarrollo y el cumplimiento de un determinado principio, en base únicamente al establecimiento de los correspondientes principios motores. Los principios motores o causales deben ser entendidos como la condición necesaria posibilitadora y facilitadora para obtener el desarrollo y cumplimiento de otros principios, conjuntamente con la voluntad deliberada y explícita de la dirección, que lleva a cabo las actuaciones orientadas al cumplimiento de estos principios; pero el cumplimiento de la condición suficiente para que un determinado principio tenga un desarrollo efectivo requerirá, además del establecimiento correcto de los principios motores (condición necesaria), de la voluntad deliberada y explícita de la dirección, que lleve a cabo las actuaciones específicas orientadas al cumplimiento de ese principio, dicho de otro modo, el componente fundamental de su implantación y desarrollo es estrictamente voluntad de la dirección, y pertenece a la organización formal. Mientras que los principios derivados no son susceptibles de implantación directa por parte de la dirección, o no responden únicamente a la voluntad de la dirección; son también la consecuencia del conjunto de relaciones técnicas y sociales que quedan configuradas por la implantación y desarrollo de los principios motores, de tal manera que éstos, a través de relaciones formales e informales, establecen las condiciones para el desarrollo de los principios derivados.

Los principios motores son: liderazgo, trabajo en equipo, formación y capacitación del personal, administración basada en hechos, apoyada en indicadores y sistemas de evaluación, y asignación de los medios necesarios. Dentro de los principios derivados se encuentra: satisfacción del cliente, participación y compromiso de los miembros de la organización, cambio cultural, cooperación en el ámbito interno de la empresa, cooperación con clientes y proveedores y mejora continua de los conocimientos, procesos, productos y servicios (Moreno Luzón, 2001).

Lo anterior nos permite reflexionar sobre la importancia que tiene que todos los que participan en la atención del usuario se involucren activamente, de lo contrario las acciones esporádicas o aisladas que se realicen no tendrán impacto en el tipo de calidad proporcionada.

## **1.2 Principios de gestión de la calidad**

Los principios de la gestión de la calidad pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño. A continuación se explican cada uno de los principios propuestos por Moreno Luzón (2001).

### **1.2.1 Atención a la satisfacción del usuario**

La alta dirección debe asegurar que las necesidades y expectativas del cliente que se determinan, se conviertan en requisitos y se cumplan con el propósito de lograr su satisfacción. (Martínez Castro, 2003), ya que las organizaciones dependen de sus usuarios (Black y Porter, 1995).

Es por eso, que el eje central del sistema de gestión de calidad es la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario como el parámetro más importante que es necesario conocer, para evaluar la calidad del producto elaborado o del servicio otorgado (Mañagón, 1999).

Las necesidades suelen ser fácilmente explicitables y objetivas; con frecuencia se refieren a las prestaciones funcionales del producto o servicio, a su calidad y a su precio, justifican el producto a comprar o el servicio a recibir y definen el estándar mínimo que el usuario aceptará.

Otras se refieren a aquellos elementos "implícitos" que no se especifican por su propia evidencia, corresponden a aquellas necesidades que, sin lugar a duda, el usuario espera ver satisfechas pero no siente la necesidad de explicitarlas. La normativa vigente, o lo que se denomina en cada sector "regla del arte"; entran dentro de esta categoría.

Es difícil que el usuario sienta la necesidad de algo que no entra dentro de su marco de referencia; ésta es la razón por la que siempre la formula en sus propios términos. Además existen diferentes niveles de necesidades cuya satisfacción genera distinto impacto. La satisfacción de una necesidad considerada estratégica por el usuario induce mayor fidelidad que si se trata de una necesidad operativa común.

Las expectativas, por su propia naturaleza, son básicamente subjetivas y más cambiantes que las necesidades; aunque el usuario no las hace explícitas, su satisfacción está determinada en gran medida por la percepción de la calidad. Es precisamente la existencia de expectativas, lo que hace que cada cliente sea distinto de los demás.

Por consiguiente la satisfacción del usuario está representada por el grado de concordancia entre las expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida por el usuario (Clearly, 1998). Esta concordancia está determinada por la experiencia racional o cognoscitiva derivada de la utilización con anterioridad de los servicios y la información recibida de otros usuarios o de la propia organización; estos elementos conformadores del servicio esperado condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para las mismas personas en diferentes circunstancias (Campbell, 1994).

Mientras que para Costa J. (1999) la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables, tales como la calidad afectiva del proveedor, la cantidad de información que utiliza el proveedor, la habilidad técnica del proveedor de servicios, el tiempo de espera y variables de tipo sociodemográficas como edad y sexo entre otras.

Independientemente de las variables que se consideren, es evidente el hecho de que cuando un usuario está satisfecho con un producto que ha adquirido o un servicio, lo volvería a comprar o a utilizar y lo recomendaría a posibles usuarios que pudieran requerirlo, con lo cual se vería incrementada la economía de la organización y su predominio sobre la competencia se haría evidente; de no ser así, habría que preguntar a

los usuarios la razón por la cual prefieren los productos o servicios de la competencia (Freire C., 1997).

Pero también existen casos en que los usuarios son cautivos y no pueden cambiarse a la competencia, como es el caso de algunos servicios de salud, Aguirre Gas (1993) menciona que bajo esta circunstancia se pueden presentar varios problemas: deterioro progresivo de la calidad de los servicios, usuarios insatisfechos que se manifiestan a través de agresiones y conflictos con el prestador del servicio, quejas cada vez más frecuentes y graves, predisposición negativa del prestador de servicio que se tiene que enfrentar el conflicto.

En los servicios de salud, el grado de satisfacción del usuario es utilizado frecuentemente como un índice de buen funcionamiento, de la calidad del servicio prestado. Su importancia deriva del hecho de ser una percepción de carácter personal y subjetiva y no una evaluación objetiva y tiene como finalidad describir la conformidad del usuario con el servicio percibido.

Actualmente se cuenta con algunos indicadores propuestos por Clearly (1998) que los usuarios comparten, tanto en los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, y son los siguientes:

- **Respeto.** El usuario desea ser tratado respetuosa y amigablemente, e interpreta la cortesía, confidencialidad y privacidad como signos de que los prestadores de servicios lo están tratando con equidad. Actualmente muchos usuarios no están dispuestos a tolerar que los prestadores de servicios los traten mal.
- **Comprensión.** El usuario valora el servicio individualizado y prefiere ser atendido por alguien que se esfuerza por entender su situación y necesidades específicas, desea que los prestadores de servicios lo escuchen, le expliquen las opciones en términos que pueda entender y le aseguren que los problemas se pueden resolver y serán resueltos.
- **Información completa y exacta.** El usuario valora la información y le preocupa que los prestadores de servicios no le den la información completa y exacta.
- **Acceso.** El usuario desea tener acceso inmediato a los servicios a través de una ubicación conveniente tanto en función de distancia y transporte, como de los trámites que se requieran para poder disponer del servicio, pero el acceso también significa que los servicios sean confiables.
- **Ambiente agradable.** El usuario desea que el lugar o sitio en donde se le proporciona el servicio esté iluminado, ventilado, limpio, temperatura agradables, cómodo y funcional.

- Oportunidad del servicio. El usuario desea que los servicios se le proporcionen con prontitud, los usuarios están cansados de hacer filas para recibir el servicio.
- Competencia profesional técnica. El usuario puede y suele juzgar la competencia profesional y técnica de los servicios que recibe, aunque no siempre use los mismos criterios del prestador de servicios y no sea preciso técnicamente. En definitiva, el cliente juzga la competencia técnica conforme al hecho de que se cubran sus necesidades o se resuelvan sus problemas.
- Recursos humanos suficientes. El usuario espera contar con personal suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, congruente con el tipo de servicio solicitado.
- Recursos materiales necesarios. El usuario puede o no conocer los recursos que se necesitan para su atención, pero es capaz de detectar cuando no se encuentran disponibles o no funcionan adecuadamente y cuando no se le proporciona un servicio o éste es deficiente.
- Equidad. El usuario desea que los prestadores de servicios ofrezcan explicaciones detalladas a todos por igual, y que no exista diferencia en el servicio por el hecho de ser recomendados, amigos, personas de una clase social alta, personas con conexiones políticas o a aquéllos que los sobornan.
- Características organizacionales del servicio. El usuario desea no esperar mucho tiempo para recibir el servicio y en caso de que se den fichas que se respete el orden.
- Resultados. El usuario espera que se le proporcione un buen servicio y que sea el resultado de todas sus expectativas. Se disgusta cuando se le pide que regrese otro día o que vaya a otra instalación, o cuando los prestadores de servicios actúan como si sus quejas o inquietudes no tuvieran importancia.

Estos indicadores se pueden aplicar en el área de la salud, para esto es conveniente utilizar el modelo desarrollado por Donabedian, constituido por estructura, proceso y resultado, lo que permitiría medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad, la estructura comprende las características estructurales del hospital, ambiente físico, recursos humanos y recursos materiales, el proceso es la manera de como los profesionales y otros miembros del personal atienden a los pacientes y resultado engloba la satisfacción del paciente, satisfacción del prestador de servicio, recuperación del estado de salud, mortalidad y complicaciones. (Ramírez Sánchez, 1998) como se presentado en el cuadro 1.1

CUADRO 1.1

## UBICACIÓN DE LOS INDICADORES EN EL MODELO DE DONABÉDIAN

<b>Estructura</b>	<b>Proceso</b>	<b>Resultado</b>
Acceso.	Oportunidad del servicio	Cambios en salud
Ambiente agradable.	Respeto	Satisfacción con el Servicio
Recursos humanos suficientes.	Comprensión	
Recursos materiales necesarios.	Información completa y exacta	
Características organizacionales del servicio.	Competencia profesional	
	Equidad	

Fuente: Ramírez Sánchez (1998)

Es conveniente mencionar que la satisfacción del usuario, no es necesariamente, y ni siquiera con gran frecuencia, un indicador de la calidad técnica de la atención proporcionada, pero la atención a las necesidades es un aspecto importante del cuidado, y su satisfacción es un objetivo importante que se tiene que lograr.

### 1.2.2 Liderazgo

Para asegurar que se desarrolle e implemente un sistema de gestión de calidad es importante la implicación personal de los líderes para formular, desplegar y actualizar la planificación y estrategia de la unidad administrativa, establecer procedimientos que faciliten la innovación, la creatividad y las actividades de aprendizaje para mejorar la planificación y la estrategia.

Aquí no es suficiente que los directivos reciban entrenamiento específico en el área de calidad, es necesario que se transformen en verdaderos impulsores y líderes del proyecto (Moreno Luzón, 1998). Si el compromiso y el liderazgo del director general y colaboradores es insuficiente, los cambios organizativos que deben producir la implantación del sistema de calidad no tendrán el impacto suficiente (Badri y Davis, 1995) y las prioridades que deben orientar a la organización no serán suficientemente difundidas ni percibidas por sus miembros.

Los directivos y los líderes de la unidad para desarrollar la misión, visión y valores de la unidad deben de ser congruentes en su estilo de dirección y actuar como modelo de referencia, basado en los principios éticos y valores que fundamentan la creación de una

cultura de la organización, a través de acciones que les permitan implicarse personalmente con la gestión de calidad y en las actividades de la mejora, dar y recibir formación en gestión de calidad, ser accesibles y mantener una actitud de escucha y receptividad, estimular y animar la creatividad, innovación y responsabilidades de los empleados, fomentar y generar los cambios necesarios en actitudes y comportamientos del personal para conseguir la mejora de la unidad administrativa.

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberán crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

Las principales manifestaciones de la existencia de liderazgo son:

- La gente se siente importante; las personas son conscientes de que de ellas depende el éxito de la organización y saben que su actividad tiene significado e importancia.
- La gente se desarrolla y tiene espíritu de superación; los líderes saben apreciar las habilidades de sus colaboradores y fomentan su desarrollo personal y profesional y se consideran los errores como elementos de retroalimentación, que nos enseñan cómo proceder la siguiente vez.
- La gente se integra realmente en un grupo de trabajo.
- El trabajo resulta emocionante, fascinante y retador (Gutiérrez 1998).

El liderazgo y el compromiso de la dirección como principio motor, es indispensable para crear un ambiente en el que el personal se encuentre completamente involucrado para cumplir con la responsabilidad que le compete e implementar y mantener los procedimientos, para propiciar conjuntamente con los otros principios una mejora de la calidad.

### **1.2.3 Participación y compromiso de los miembros de la organización**

El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización. Este principio es uno de los pilares más importantes, en donde los directivos y empleados, sea cual sea su nivel jerárquico, van a estar bien informados de los objetivos y políticas desarrolladas por la empresa en materia de calidad así como motivados para participar activamente en su cumplimiento.

Existen algunas condiciones que facilitan la aplicación de este principio; en primer lugar, es necesaria una correcta ordenación de los incentivos orientada a obtener la motivación de los empleados, en segundo lugar mostrar una actitud de atención a los puntos de vista y las sugerencias de los empleados por parte de mandos intermedios y directivos

(Rodríguez,1997); y en tercer lugar, una cuestión extremadamente importante es asegurarse de que todo el mundo ha comprendido claramente lo que se espera de él, la tarea o actividad que debe realizar, y cuál es la aportación de su tarea al conjunto de la empresa (Randolph, 1995). De este modo, los trabajadores entienden qué es lo que pueden aportar a la mejora de la calidad y esto los posibilita para administrar, controlar y mejorar los procesos en los que participan dentro de su esfera de responsabilidad.

Alcanzar niveles suficientes de compromiso y participación permite a las empresas, además, delegar la planificación, ejecución y control de las tareas, facilitando así la actuación y la iniciativa de aquéllos que la realizan. Delegar la administración y el control de departamentos o tareas, apoyándose en el compromiso y la participación activa de los miembros de la organización, contribuye de forma decisiva a obtener ventajas competitivas basadas en la calidad y en el acortamiento del tiempo de respuesta (Galbraith, 1998).

#### **1.2.4 Cambio cultural**

Frecuentemente existe necesidad de cambio cultural en las empresas, para poder iniciar el camino del compromiso y la cooperación que permita la implantación del sistema de gestión de calidad.

El cambio cultural como principio derivado de los principios motores del sistema de gestión de calidad como el liderazgo, formación, trabajo en equipo, administración basada en hechos y asignación de los recursos necesarios, propicia el inicio del camino del compromiso y la cooperación de los integrantes de la organización para realizar las actividades enfocadas a una mejora continua, que sobrepasen las expectativas del cliente por ende lograr su satisfacción (Moreno Luzón 2001). Sin embargo, el cambio cultural es difícil de realizar, ya que supone cambiar actitudes y comportamientos de las personas (Kanji, 1996) y la gestión de calidad exige un cambio cultural importante, ya que la calidad debe implantarse en todos los procesos y funciones de la organización.

Por otro lado, la incorporación de la filosofía de cultura de la calidad en una organización debe provenir de arriba hacia abajo, e implica generar un comportamiento diferente que conducirá a una reconversión integral, abarcando desde el replanteo de la misión y los objetivos, hasta los procedimientos y rutinas operativas.

La cultura es parte fundamental de cualquier grupo social, por lo tanto, los grupos humanos organizados, coordinados y dirigidos hacia un objetivo común -las organizaciones- poseen cultura. (Dávila A, Martínez N., 1999), y significa la manera tradicional de hacer las cosas en un grupo social determinado (Cantú, 1997) y contempla: el comportamiento social (hábitos, valores y actitudes que conforman las costumbres de una organización como parte fundamental de su cultura), aprendizaje (la cultura se aprende), historia (el pasado es de gran importancia en la cultura) y la manera tradicional de hacer las cosas (métodos de trabajo).

Cantú (2001) define a la cultura de calidad como el conjunto de valores y hábitos que poseen las personas, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, les permiten el cumplimiento de la misión de la institución.

Morgan G. (1998) la define como el conjunto de creencias y percepciones básicas de una organización expresada en sus creencias, sus normas operativas (muchas veces no cuestionadas), sus prácticas y rutinas, sus premisas que "pueden combinarse para crear visiones autocontenidas del mundo que proporcionan tanto un recurso como una obligación para la acción organizada"

Este concepto incluye elementos explícitos e implícitos, entre los elementos explícitos o manifiestos se encuentran los conocimientos y tecnologías compartidos por los integrantes de la organización. Dentro de los implícitos se encuentran los mitos y leyendas, las imágenes y representaciones compartidas, estas representaciones constituyen la visión del mundo aceptada y toman la forma de esquemas mentales orientadores de la acción.

Concebir a la cultura como representación, permite la comprensión de las organizaciones como fenómenos culturales caracterizados por un sistema de significados compartidos. "Las estructuras organizacionales, las reglas, las políticas, los objetivos, las misiones, las descripciones de las tareas y los procedimientos normalizados de operaciones realizan una similar función interpretativa. Para ello actúan como puntos de referencia primarios en el modo de pensar de las personas y dan sentido al contexto en el cual trabajan" (Morgan, 1998).

Para que este cambio cultural se dé se requiere seguir un proceso: se debe de iniciar con la información, que es la parte del proceso donde se da a conocer la nueva cultura a todo el personal, seguida por la aceptación, lo que nos va a dar el cambio de actitud y una vez que la incorpore a su comportamiento habrá cambios en los hábitos y el proceso termina cuando se logra que todos los individuos en la organización conocen la nueva cultura, tienen una actitud favorable y se comportan consistentemente con los nuevos valores, políticas, objetivos etc. (Abravanel, 1998).

Mueller de la Lama (1997) menciona que para lograr este proceso en todos los niveles, es necesario que los directivos conozcan que existen factores claves para la adquisición de la nueva cultura como son: que la gente sepa qué hay que hacer, cómo hacerlo y para qué hacerlo, que la gente quiera y tenga una actitud positiva hacia los nuevos valores y la motivación para cambiar su comportamiento y que la gente pueda y tenga un entorno que le facilite la nueva actuación. Sin embargo para lograr una cultura de calidad se necesita cumplir con ciertos requisitos para poder involucrar a todos, de lo contrario, sería imposible lograr este cambio, los cuales se describen en el cuadro 1.2

CUADRO 1.2

FACTORES PARA ADQUISICIÓN DE LA NUEVA CULTURA

	SIGNIFICA QUE LA GENTE	REQUISITOS
QUERER	Quiera modificar su comportamiento para dar un mejor servicio.	Alto nivel de satisfacción de necesidades individuales.
	Tenga puesta la camiseta de la compañía y de la nueva cultura.	Se identifiquen sus beneficios. Comunicación fluida.
SABER	Sepa dar un buen servicio.	El máximo de experiencia establecida.
	Tenga la experiencia, los conocimientos y las habilidades necesarias para desempeñar su "nueva" función orientada al cliente.	Adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para lograr los nuevos estándares Desarrollo permanente Comunicación clara Constante retroalimentación
		Innovación de tecnología Filosofía y políticas congruentes con la nueva cultura.
PODER	Puede ofrecer un buen servicio.	Sistemas que le apoyen a hacer realidad la nueva actuación.
	Haga su trabajo en la manera que se espera, con el apoyo de los factores del entorno.	Jefes enfocados a "facilitarle" su trabajo y a delegarle.

Fuente: Mueller de la Lama (1997)

Estos cambios requieren de una planeación cuidadosa, paciencia y perseverancia, esfuerzo constante, una comunicación clara y constancia en el esfuerzo, y los encargados de propiciar estos cambios son los directivos.

Para esto, la alta dirección debe tomar en cuenta que las personas tienden a cambiar cuando han participado en esa decisión, ven a otros cambiar, esta decisión es apoyado por personas valiosas, trabajan en un ambiente seguro, tienen la capacidad, los conocimientos y habilidades requeridas y cuando ven que el cambio ha sido exitoso.

La posibilidad y capacidad de los directivos para modificar la cultura depende de la forma de dirección y liderazgo y los propios procesos de implantación y desarrollo de sistemas de gestión de calidad. En este sentido, es útil establecer proyectos que vinculen compromiso, responsabilidad, aprendizaje y objetivos, en el marco de una visión de la empresa suficientemente compartida (Ciampa, 1996).

Por lo anterior podemos afirmar, que para que se dé el cambio hacia una cultura de calidad es necesario que se den las condiciones adecuadas dentro de una organización

para propiciar que todos los que trabajan en los diferentes niveles, realicen las actividades adecuadamente para garantizar la mejora continua de los servicios proporcionados.

### **1.2.5 Cooperación en el ámbito interno de la empresa.**

La cooperación es una de las características más importantes para aquellas organizaciones en las que se implanta la gestión de calidad. Para que exista cooperación son necesarios niveles suficientes de participación y compromiso, y de relaciones de confianza que se apoyen en un liderazgo claro de la dirección. Esta cooperación es importante porque: facilita el cumplimiento de los estándares al colaborar más estrechamente trabajadores y directivos de diferentes áreas y especialidades; mejora la comunicación en y entre las diferentes unidades; propicia la formación de equipos de trabajo; facilita el aprendizaje al compartirse de forma más profunda conocimientos, habilidades y experiencia; y permite reducir el tiempo y aumentar la capacidad de respuesta a los cambios a los que tenga que adaptarse la empresa. El énfasis en los procesos más que en la especialización funcional, implica relaciones laterales entre las diferentes áreas y la necesidad de aprendizaje, lo que hace que la cooperación, en el ámbito interno de la organización, sea muy importante para la gestión de calidad.

La cooperación interna depende en gran medida de un clima organizativo en el que predominen las relaciones de confianza, pero también depende e interacciona con los principios de liderazgo y cambio cultural entre otros.

### **1.2.6 Trabajo en equipo**

Un elemento clave en el enfoque de la gestión de calidad, que está estrechamente vinculado con el principio anterior, es el trabajo en equipo. Esta forma de organizar el trabajo facilita la participación de los miembros de la organización en la resolución efectiva de problemas y ha sido valorada por algunos autores como factor clave para conseguir la excelencia organizacional (Peters y Waterman, 1998).

Por lo que se refiere a los distintos tipos de equipos de trabajo, existe un panorama heterogéneo de éstos. Bowen y Lawler (1996) presentan tres tipos de equipos, que clasifican en función de los componentes de éstos y su capacidad de decisión. En primer lugar presenta los círculos de calidad, que se generan al margen de la estructura organizativa existente y tiene capacidad de realizar propuestas. En segundo término están los grupos autónomos de producción, formados por unidades de trabajo de la organización y con capacidad para decidir sobre los temas relacionados con el desarrollo de sus tareas. Finalmente, los equipos de mejora, de carácter temporal, formados por personal de diversos niveles jerárquicos y departamentos, que estudian problemas concretos y deciden el mejor modo de solucionarlos.

Independientemente de la clasificación de los tipos de equipos, son necesarias ciertas condiciones para su buen desarrollo, en concreto, el diseño de equipos de trabajo se deberá adecuar a las condiciones de su organización, así como a las características del problema a resolver. En todos los casos el equipo deberá estar integrado por personas con los conocimientos necesarios para lograr el objetivo asignado, y debe gozar de la

capacidad de decisión y actuación adecuada (Quinn, 1995). Asimismo, como equipos al servicio del funcionamiento de un sistema de calidad, los equipos deben ir precedidos de un plan de formación, tener asignados unos objetivos claros, utilizar herramientas de análisis definidas y, finalmente, disponer de los recursos necesarios para actuar (O'Brien y Walley, 1999).

Muy relacionados con la implicación y el compromiso, y con el trabajo en equipo, están los sistemas de reconocimiento, los que se utilizan para hacer conscientes a todos los miembros de la organización de los logros alcanzados, mediante la adecuada comunicación de éstos a toda la organización. Constituye un buen procedimiento para obtener mayor motivación para esfuerzos futuros (O'Brien y Walley, 1999).

El trabajo en equipo, en el sentido de equipo formalmente decidido por la dirección y diseñados según su criterio, pertenece a los principios motores y requiere especialmente el cumplimiento de otros como son: formación, dirección y diseño de la organización que les permita disponer de suficiente capacidad de decisión.

En las instituciones de salud, el trabajo en equipo para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes está determinado por las actividades que realiza el equipo multidisciplinario, en donde es importante la cooperación para alcanzar niveles suficientes de participación y compromiso, y de relaciones de confianza que se apoyen en un liderazgo claro de la dirección.

### 1.2.7 Formación y capacitación

La necesidad que reciban la suficiente formación y capacitación, tanto de los empleados como de los directivos está estrechamente relacionada con la implementación de un sistema de calidad (Moreno Luzón y Herrera 1993). Se debe proveer a los empleados de un nivel de formación tal que se asegure que todos tienen conocimiento de los conceptos de la calidad, así como que incorporen las aptitudes (manejo de las herramientas y técnicas de calidad) y actitudes (cooperación), para poder aplicar una filosofía de mejora continua en la que puedan tomar parte (Randolph, 1995).

Para que la formación sea efectiva deberá ser planificada de una forma sistemática y objetiva, para lo cual se necesita un adecuado diagnóstico de las necesidades concretas de formación y de los medios más efectivos para cubrir estas necesidades. La necesidad de mejora continua, a su vez, implica que los planes de formación tendrán un carácter continuo. La formación tiene que ser continua en el tiempo para poder asumir no sólo los cambios en la tecnología, sino también los cambios en los entornos en los que la organización opera y las correspondientes modificaciones en las estructuras y las tareas a realizar (Oakland, 1997). Asimismo, si se desea que estas actividades de formación sirvan para fomentar un ambiente de trabajo en el que predomine la colaboración y la implicación (Hall, 1998), los planes de formación deben estar ajustados a las necesidades de cada trabajador y a la consecución de ese propósito.

También debe decirse que la formación está en la práctica muy vinculada al adoctrinamiento, ya que la formación suele utilizarse, no sólo para capacitar en el uso de

técnicas específicas que se pretendan aplicar en el marco de la garantía de calidad, sino también para comprender la filosofía de la mejora continua y los demás principios de la aplicación de este enfoque de dirección. De hecho, la formación es frecuentemente utilizada como medio para informar sobre los nuevos valores de la empresa, y para conseguir el compromiso de los empleados, directivos y técnicos, con la nueva filosofía de trabajo y de dirección.

La capacitación en servicio es considerada el remedio para muchos de los problemas relacionados con la calidad. Sin embargo, antes de recurrir a la capacitación, los directivos deben analizar las causas de un desempeño deficiente por parte del personal, por lo regular estas causas suelen encontrarse en los sistemas y desalientan a los proveedores de aplicar sus conocimientos y habilidades eficazmente (Claver, 1999).

### **1.2.8 Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones**

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información, por lo que es necesario medir y controlar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

Para ello se establecen indicadores de medida y retroalimentación que resultan claves para el seguimiento de las actividades y procesos. Estos indicadores pueden ser internos o externos, entre los primeros se encuentran todos los procedimientos de medición, evaluación y control de las formas de desempeño y del rendimiento. Es necesario que los sistemas de medición de las diferentes actividades que se llevan a cabo en las organizaciones sean técnicamente viables y estén presididos por la objetividad; ésta es una condición sin la cual no será posible el clima de equidad necesario para que se alcancen los niveles necesarios de implicación, compromiso y cooperación. Entre los indicadores de carácter externo tenemos la información sobre la percepción del usuario, estas actividades permiten conocer el grado de consecución de los objetivos y establecer dónde es necesario aplicar correcciones, dando una idea clara de los progresos efectuados y de los esfuerzos a realizar.

Un ejemplo de este enfoque en el área médica es la medicina basada en evidencias (MBE) como una estrategia clínica para la actualización y la toma de decisiones. La MBE ha sido definida como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible, obtenida a través de un proceso sistemático, para la toma de decisiones en pacientes individuales y es una estrategia adecuada para mejorar la calidad del cuidado médico, el uso racional de los recursos disponibles, y el control y la auditoría de los servicios de salud (Pardo, 1999).

Esta estrategia incorpora la mejor evidencia disponible, obtenida a través de un proceso sistemático, en el integrado de la experiencia clínica que permita diseñar la forma más juiciosa y científica de obtener la mejor evidencia publicada en la literatura médica para apoyar las decisiones médicas que se toman ante el paciente individual

Por tanto, la práctica de la MBE representa dos actividades separadas pero interrelacionadas, tales como la búsqueda, selección, captura y evaluación de la evidencia disponible, por una parte, y la aplicación de ellas en la vida real, por la otra; muchas veces

no hay respuestas absolutas sino condicionadas a tal evidencia y a los pacientes de la práctica particular. Se basa en cinco ideas fundamentales: primero las decisiones clínicas deben de basarse en la mejor evidencia científica disponible; segundo, el problema clínico debe determinar el tipo de evidencia que se busca; tercero, para identificar la mejor evidencia deben de usarse criterios epidemiológicos y bioestadísticos; cuarto, las conclusiones que se obtengan del análisis de la evidencia serán útiles solo si se aplican a los pacientes o para decisiones del cuidado de la salud y finalmente su práctica debe ser constantemente evaluada. (Benítez, 2004)

Esta práctica no es una nueva forma de medicina, es una herramienta eficiente de actualización y aprendizaje y no intenta desplazar el proceso tradicional de ejercicio clínico, sino fortalecerlo y robustecerlo con una imagen no sesgada de la evidencia existente, en donde cada nivel de evidencia sustenta un grado correspondiente de recomendación en salud de la siguiente manera:

Recomendación grado A: Existe evidencia satisfactoria que sustenta la recomendación para la condición/enfermedad/ situación en consideración.

Recomendación grado B: Existe evidencia razonable que sustenta la recomendación para la condición /enfermedad/ situación en consideración.

Recomendación grado C y D: Existe pobre o muy pobre evidencia que sustenta la recomendación para la condición /enfermedad/ situación en consideración (Ardila, 2001).

Esta estrategia emergió como una respuesta a la dificultad que existe para seleccionar los datos más confiables y serios de la gran cantidad de literatura biomédica y clínica que se publica en el mundo. Con esta técnica se provee un método estándar que permite obtener los datos más confiables de los resultados de investigaciones diagnósticas y terapéuticas que se publican en casi 25,000 revistas biomédicas. Las habilidades requeridas para desarrollar el enfoque crítico que requiere la selección de los mejores datos publicados son realmente muy simples y están basados en métodos disponibles actualmente de epidemiología y de investigación clínica. Para ello simplemente se recurre a seleccionar los estudios aleatorizados, los metanálisis y las revisiones sistemáticas. Esta información es la que debe ser usada por el médico practicante para responder en forma precisa las dudas y resolver los problemas relacionados con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cada paciente. (Benítez, 2004)

### **1.2.9 Mejora continua**

Es el aumento progresivo de la calidad de la atención en las organizaciones con la finalidad de incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas. (Malagón, 1999)

La mejora continua debe ser un objetivo permanente del desempeño global de las organizaciones y puede implicar cambios tanto incrementales como profundos, lo que significa que el esfuerzo de mejora en conocimientos y en los procesos directos e indirectos, productos y servicios, debe ser constante y continuado (Hodgetts y Lee, 1994).

La conveniencia y la necesidad de mejora continua tienen razones tanto externas como internas. En lo que se refiere al ámbito externo de la organización, si ésta considera que ha alcanzado sus objetivos y abandona el esfuerzo para mantenerse en la mejora continua, su estancamiento provocará que otras organizaciones competidoras se sitúen en mejor posición competitiva. En lo que se refiere al ámbito interno, las mejoras - incrementales o radicales- en conocimientos, diseño y ejecución de procesos, productos y/o servicios, son el eje central de la aplicación de este enfoque, lo que posibilita la consecución de sus objetivos. La aplicación de este principio está estrechamente relacionada con la formación y el aprendizaje, así como con el compromiso de empleados y directivos, ya que, de hecho, constituye una manifestación de la implicación, la participación y el compromiso de todo el personal, el resultado de las políticas de asignación de recursos y formación y del aprendizaje real en la organización.

#### **1.2.10 Asignación de los medios necesarios**

La asignación de los medios necesarios para alcanzar los objetivos definidos en cualquier unidad o área de la organización cobra particular importancia en este sistema, ya que también debe concretarse en la práctica eficiente y eficaz, y son indispensables para la realización de las actividades.

### **1. 3. Responsabilidad de la alta dirección en la gestión de calidad**

El liderazgo, compromiso y la participación activa de la alta dirección son esenciales para desarrollar y mantener una gestión de la calidad eficaz y eficiente para lograr beneficios para todas las partes interesadas. Para alcanzar estos beneficios es necesario establecer, mantener y aumentar la satisfacción del cliente o usuario.

Las técnicas de liderazgo son una condición necesaria para que la dirección pueda implantar con éxito una gestión de calidad y el proceso de cambio organizativo que implica. Aquí no es suficiente que los directivos reciban entrenamiento específico en el área de calidad, es necesario que se transformen en verdaderos impulsores y líderes del proyecto (Moreno Luzón, 1998). Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización, deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

Los directivos y los líderes de la unidad para cumplir con la misión, visión y valores de la unidad deben de ser congruentes en su estilo de dirección y actuar como modelo de referencia, con los principios éticos y valores que fundamentan la creación de una cultura de la organización, implicarse personalmente con la gestión de calidad y en las actividades de la mejora, dar y recibir formación en gestión de calidad, ser accesibles y mantener una actitud de escucha y receptividad, estimular y animar la creatividad, innovación y responsabilidades de los empleados, fomentar y generar los cambios necesarios en actitudes y comportamientos del personal para conseguir la mejora de la unidad administrativa.

Así mismo, la alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación de la gestión de la calidad, así como con la mejora continua (ISO 9000:2000) a través de:

**Comunicación interna.** A la alta dirección de la organización le corresponde definir e implementar un proceso eficaz y eficiente para la comunicación de la política de la calidad, los requisitos de calidad, los objetivos de la calidad y los logros. Proporcionar esta información puede ayudar a la mejora del desempeño de la organización y comprometer directamente a las personas en el logro de los objetivos de la calidad. La dirección debe promover activamente la retroalimentación y la comunicación del personal de la organización como un medio para su participación a través de diferentes actividades: comunicación conducida por la dirección en las áreas de trabajo, reuniones informativas en equipo y otro tipo de reuniones, como los reconocimientos a los logros, información a través de tableros de noticias, periódicos y revistas internas, encuestas a los empleados, esquemas de sugerencias y medios audiovisuales y electrónicos, tales como correo electrónico o sitios en la red.

La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia de la gestión de la calidad.

**Establecer la política de la calidad.** La alta dirección deberá utilizar la política de la calidad como un medio para conducir a la organización hacia la mejora de su desempeño, ésta tiene que ser coherente con las otras políticas y estrategias globales de la organización. Al establecer la política de la calidad, la alta dirección tiene que considerar el nivel y tipo de mejoras futuras necesarias para el éxito de la organización, el grado esperado o deseado de satisfacción del cliente, el desarrollo de las personas en la organización, las necesidades y expectativas de otras partes interesadas, los recursos necesarios para ir más allá de los requisitos de la Norma ISO 9001 y las potenciales contribuciones de proveedores y asociados.

La política de la calidad puede utilizarse para la mejora siempre que sea coherente con la visión y estrategia de la alta dirección para el futuro de la organización y permita que los objetivos de calidad sean entendidos y perseguidos a través de toda la organización, demuestre el compromiso de la alta dirección hacia la calidad y la provisión de recursos adecuados para el logro de los objetivos, ayude a promover un compromiso hacia la calidad en todos los niveles de la organización, con claro liderazgo por la alta dirección, incluya la mejora continua en relación con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas y se formule de manera eficaz y se comunique eficientemente.

**Evaluación de la gestión de la calidad.** En la revisión de la gestión de la calidad, el papel de la alta dirección es llevar a cabo de forma regular evaluaciones sistemáticas de la conveniencia, adecuación, eficacia y eficiencia de la gestión de la calidad con respecto a los objetivos y a la política de la calidad, esta revisión puede considerar la necesidad de adaptar la política y objetivos de la calidad en respuesta a las cambiantes necesidades y expectativas de las partes interesadas.

La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar la gestión de la calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en la gestión, incluyendo la política y los objetivos de la calidad.

La evaluación de la gestión de la calidad puede variar en alcance y comprender una diversidad de actividades, tales como revisiones de la gestión de la calidad, auto evaluaciones y auditorías. Estas últimas no son competencia de los directivos; sin embargo, su participación en la revisión y auto evaluación, le facilitará realizar cambios en la gestión de la calidad, lo que le permitirá ser evaluados adecuadamente a través de las auditorías.

La auto evaluación de una organización es una revisión completa y sistemática de las actividades y resultados de la organización con referencia a la gestión de la calidad o a un modelo de excelencia y proporciona una visión global del desempeño de la organización y del grado de madurez de la gestión de la calidad. Asimismo, puede ayudar a identificar las áreas que precisan mejora en la organización y a determinar las prioridades.

Las auditorías se utilizan para determinar el grado en que se han alcanzado los principios de gestión de la calidad. Los hallazgos de las auditorías se utilizan para evaluar la eficacia de la gestión de la calidad y para identificar oportunidades de mejora y son realizadas por organizaciones externas independientes.

**Asegurar la disponibilidad de recursos.** La alta dirección se debe asegurar de que los recursos esenciales tanto para la implementación de las estrategias como para el logro de los objetivos de la organización se encuentran disponibles. Esto debería incluir los recursos para la operación y mejora del sistema de gestión de la calidad, así como para la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas. Los recursos pueden ser personas, infraestructuras, ambiente de trabajo, información, proveedores y aliados de negocios, recursos naturales y recursos financieros.

Para mejorar el desempeño de la organización deberían considerarse recursos, tales como: la provisión oportuna, eficaz y eficiente de recursos en relación con las oportunidades y restricciones, recursos tangibles tales como mejores instalaciones de realización y apoyo, recursos intangibles tales como : recursos y mecanismos para alentar la mejora continua innovadora, estructuras de organización, incluyendo la gestión de proyectos y la gestión matricial necesarias, gestión de la información y tecnología, incremento de la competencia del personal a través de la formación, educación y aprendizaje dirigidos, desarrollo de habilidades de liderazgo y perfiles de los futuros directores de la organización, el uso de recursos naturales y el impacto de los recursos sobre el medio ambiente y la planificación de futuras necesidades de recursos.

La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para: implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia y aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus expectativas.

La dirección debe mejorar tanto la eficacia como la eficiencia de la organización, incluyendo el sistema de gestión de la calidad, mediante la participación y el apoyo de las personas. Como ayuda en el logro de sus objetivos de mejora del desempeño, la organización debe promover la participación y el desarrollo de su personal: proporcionando formación continua, definiendo sus responsabilidades y autoridades, estableciendo objetivos individuales y de equipo, gestionando el desempeño de los procesos y evaluando los resultados, facilitando la participación activa en el establecimiento de objetivos y la toma de decisiones, mediante reconocimientos y recompensas, facilitando la comunicación de información abierta y en ambos sentidos, revisando continuamente las necesidades de su personal, creando las condiciones para promover la innovación, asegurando el trabajo en equipo eficaz, comunicando sugerencias y opiniones, utilizando mediciones de la satisfacción del personal, e investigando las razones por las que el personal se incorpora a la organización y se retira de ella.

En la gestión los directivos juegan un papel de suma importancia ya que de ellos depende el éxito de ésta, con su comportamiento y acciones deben de ser capaces de influir positivamente en todos los involucrados para convertir a la calidad como un valor primordial dentro de su escala de valores, para que posteriormente ellos mismos quieran modificar sus conductas habituales en beneficio del paciente o usuario.

#### **1.4 Satisfacción de necesidades y expectativas del personal en la gestión de calidad.**

Uno de los problemas más serios que encaran las organizaciones, es precisamente con el personal, en relación de cómo encontrar la manera de lograr que éste mejore la calidad del producto o servicio. Se pone especial empeño en las técnicas de reclutamiento, elección y capacitación del personal; sin embargo, ninguna de estas técnicas logrará mejorar la calidad del trabajo a menos que el personal esté motivado para ello, para esto es necesario conocer las expectativas que tienen en relación a su trabajo y el grado de satisfacción o insatisfacción con el trabajo realizado. (Ordoñez, 1996)

La satisfacción es un proceso dinámico, en donde interviene un conjunto de sentimientos favorables o desfavorables con los que los empleados perciben su trabajo (Keith, 1998) y se evalúa en función del logro de sus expectativas. Por lo tanto, la organización debería identificar las necesidades y expectativas del personal en aspectos como el reconocimiento, la satisfacción en el trabajo y el desarrollo personal. (ISO 9000:2000).

Las expectativas y deseos de los prestadores de servicio, se refiere a las características o cualidades que esperan encontrar en el lugar de trabajo. Bower (1996) ha identificado los siguientes indicadores:

- Disponibilidad, suficiente y adecuada de las áreas físicas, mobiliario y equipo para la realización de las actividades, con facilidad, eficiencia y calidad deseada.

- Remuneración congruente con la eficiencia, calidad, complejidad y responsabilidad inherente al trabajo que se realiza y que sea suficiente para cubrir sus necesidades familiares.
- Reconocimiento de los superiores por el trabajo realizado con calidad, eficiencia y por los logros alcanzados.
- Oportunidades de superación y progreso a través del buen desempeño de su trabajo.
- Seguridad laboral de no perder el puesto y el trabajo sin haber dado motivo para ello.
- Identificación, integración y participación del trabajador con su equipo de trabajo en el ámbito laboral y de la institución.
- Congruencia del perfil profesional y capacitación del trabajador, con el trabajo específico que desempeña.
- Comunicación constante en todas direcciones.

La satisfacción de los trabajadores, es importante, aunque ésta es una dimensión que rara vez se menciona, es razonable suponer que no se puede proporcionar una atención de calidad, si las personas que la imparten están a disgusto con el trabajo que realizan y con las condiciones en que lo llevan a cabo, es por eso que para este trabajo se incluye la satisfacción del personal como un elemento indispensable para implementar un sistema de gestión de calidad.

Una vez revisado este sistema, se tendría que analizar qué tanto este modelo de calidad se puede aplicar en las instituciones de salud. En las empresas industriales, el usuario es el que determina la calidad final, con base en el cumplimiento de las necesidades y expectativas, y el objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción, sino conservarlo como usuario cautivo, se podría pensar que el conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad; sin embargo, la aceptación del usuario es la que finalmente, valida el producto o servicio. Por otro lado el costo del producto o servicio forman parte de la definición de calidad; precio y calidad están interrelacionados, por consiguiente el precio forma parte de la satisfacción del usuario.

En los servicios de salud, existen algunas semejanzas, pero también diferencias importantes con respecto al modelo industrial. Una similitud es que la satisfacción del paciente es parte de la definición de calidad de la atención de los servicios; pero en este caso con frecuencia el paciente no está capacitado para distinguir entre una buena y mala atención, y por consiguiente es el prestador de servicio el que determina cuáles son las necesidades del paciente.

La eficiencia al igual que en la industria se considera como un elemento básico de la calidad de los servicios de salud, aun cuando es necesaria, debe ser complementada con

la eficacia de los servicios , es decir , que cumplan con los objetivos de calidad que son fundamentales en los servicios de salud.

También se debe de considerar que las relaciones interpersonales son diferentes; el cuidado de la salud involucra aspectos íntimos, sensibles e importantes del paciente, las relaciones interpersonales son mucho más complejas que los intercambios entre usuarios y proveedor en la industria. Por otro lado también es importante señalar que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de prestadores de servicio y pacientes o familiares.

A pesar de las diferencias existentes, las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud se podrían beneficiar con la aplicación de este sistema, siempre y cuando se adecúe y se tengan las condiciones necesarias para que se pueda implantar, por lo que en el segundo capítulo se revisan las características del Sistema Nacional de Servicios de Salud, sus reformas, así como la influencia del contexto del país para la prestación dichos servicios.

---

# CAPÍTULO 2

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD

---

En México el Sistema Nacional de Salud agrupa a las instituciones gubernamentales, de seguridad social y privado, que participan en el Programa de Certificación de Hospitales, por lo que en este capítulo se incluye el contexto del país en donde se proporciona los servicios de salud, la organización de las instituciones para satisfacer la demanda de atención, las reformas que estipula las principales transformaciones y las normas a seguir a través del Plan Nacional de Desarrollo en donde una de las estrategias es desplegar una cruzada por la calidad de los servicios y una de sus líneas de acción es certificar las unidades de atención del sistema; asimismo, se incluyen las acciones de mejora de la calidad que se han realizado en México. Esto nos permitirá tener un panorama de la factibilidad de los hospitales para implantar un sistema de gestión de calidad que le permita la mejora continua de los servicios de salud.

### **2.1 Contexto del país**

#### **2.1.1 Contexto económico**

La comprensión de las actuales condiciones de salud y de la forma en que la sociedad mexicana se ha organizado para responder a ellas, requiere en principio de la comprensión de uno de sus principales determinantes: la crisis económica.

Desde finales de 1982, la crisis económica obligó al gobierno mexicano a diseñar un programa de ajuste económico sobre el que se desenvolvería el país. El programa de ajuste se fue completando a lo largo del periodo 1983-1990, y dentro de las medidas implementadas cabe destacar: a) la internacionalización de la economía; b) la renegociación de la deuda externa; c) el control de la inflación; d) el saneamiento de las finanzas públicas; e) el cambio en la forma de participación estatal en la economía; f) el mejoramiento del nivel de vida de la población marginada, y g) la recuperación del crecimiento económico (Fundación Mexicana para la Salud, 1995).

Este procesos de reforma económica en los últimos años se han caracterizado por la disminución de aranceles y subsidios a productores nacionales, la eliminación de permisos de importación, la liberalización de las transacciones comerciales, el saneamiento del fisco federal, la reducción de las finanzas del sector público, la desregulación de las actividades productivas internas y la autonomía legal del Banco Central. La presencia de México en el escenario geopolítico y económico hemisférico y mundial se ha incrementado con su incorporación al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) y a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), así como con la firma de acuerdos comerciales con la Comunidad Económica Europea y ciertos países de América Latina y Asia.

En diciembre de 1994, a solo un año de haberse firmado el Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos de América, México sufrió una de las más severas crisis financieras en su historia contemporánea, cuyos efectos aun persisten, la gran mayoría de los mexicanos se vieron afectados, cientos de miles de familias y negocios fueron llevados a la quiebra debido a las altas tasas de interés en los mercados financieros, la inflación se disparó, se redujo el gasto de gobierno y la inversión privada y el PIB disminuyó notablemente. Sin embargo algunas personas se beneficiaron de esta crisis, principalmente los inversionistas de cartera que con su especulación ayudaron a crear un pánico financiero cuyos efectos dieron la vuelta a todo el mundo (efecto tequila).

El peso se devaluó de una paridad de 3.5 pesos por dólar el 20 de diciembre de 1994 a 6.3 pesos por dólar al 13 de febrero de 1995. Lo cual trajo graves consecuencias para México puesto que las tasas de interés se vieron seriamente afectadas y subieron a niveles que no se veían desde 1982, la deuda externa del gobierno se volvió mas cara, así como toda deuda contraída en dólares lo cual amenazo con llevar a la quiebra a los bancos mexicanos (Rubio, 1998).

Posteriormente entre 1997 y 2000, el producto interno bruto (PIB) creció; sin embargo, la economía no creció en el año 2001, en buena medida debido la recesión en Estados Unidos de Norteamérica (EUA). El PIB per capita creció entre 1997 y 1999 en valores corrientes, mientras que el gasto en salud tuvo muy poca variación, y en 2002 se mantuvo PIB en 6%. El valor de las exportaciones fue de 122 mil millones de dólares en el 2000, superior en 23% a 1999, con un crecimiento de 89.5% de las exportaciones petroleras y 18.5% de las exportaciones no petroleras. El déficit de la balanza comercial ascendió a 4.5 mil millones de dólares. El déficit de la cuenta corriente se financió sobre todo con fuentes externas de largo plazo e inversión extranjera directa. Los vínculos de la

economía mexicana con EUA han crecido proviniendo de ese país el 60% de la inversión extranjera en el 2000, al que también se dirigieron 90% de las exportaciones mexicanas (ONU, 2001).

A más de diez años después de iniciado el proceso de ajuste estructural, la economía empezó a mostrar claros signos de recuperación, al mejorar algunos indicadores macroeconómicos del país; sin embargo, aún no ha podido traducirse en una mejoría en el nivel de vida de la población. Un ejemplo es que el 44.58% de la población económicamente activa percibe un salario de menos de un salario a dos salarios mínimos, el 17.96% tres salarios mínimos, el 13.65% más de tres hasta 5 salarios mínimos, el 7.31% más de 5 hasta 10 salarios mínimos y sólo el 2.95% más de 10 salarios mínimos, el resto no reciben ingresos o no especificaron su ingreso (INEGI, Secretaria del Trabajo y Previsión Social, 2000).

En efecto, los años de crisis han modificado el panorama de la salud de la población y las instituciones de salud enfrentan el reto de atender las necesidades con menos recursos. A esto hay que agregarle que existen serias ineficiencias en la provisión de servicios de salud. Quizás la mejor muestra es esto es el alto costo administrativo del sistema, mismo que representa 9.5% del total del gasto de salud, el más alto de los países de la OCDE. (OCDE, 2004)

### **2.1.2 Contexto social**

El índice de desarrollo humano en 1999 fue de 0.790, que ubica al país en el lugar 51, con un nivel de desarrollo humano medio (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2001). En los últimos años creció la población que vive en condiciones de pobreza, que para el año 2000 ascendió hasta 40 millones y a casi 18 millones quienes viven en condiciones de pobreza extrema (ONU, 2001).

El 53.4% de la población está ocupada en el sector de comercio y los servicios, 15.4% en el sector primario y 27.8% en el industrial. El 87.3% de la población de entre 6 y 14 años sabe leer y escribir (87.8% de las niñas y 86.8% de los niños), elevándose a 90.5% en los mayores de 15 años. En contraste, en las zonas rurales poco más del 20 % de la población no sabe leer ni escribir. La escolaridad promedio es de 7.6 grados aprobados (7.8 en hombres y 7.3 en mujeres). Los estados con el nivel más alto de escolaridad son el Distrito Federal (9.7) y Nuevo León (8.9), y los más bajos Chiapas (5.6), Oaxaca (5.8) y Guerrero (6.3). Cabe destacar que estos tres estados concentran la mayor cantidad de población indígena del país. El 72.8% de los hombres y 69.1% de las mujeres han completado la enseñanza primaria. Los hombres analfabetos de 15 o más años representan el 7.4% y las mujeres el 11.3%. Los hombres son quienes se inscriben en la secundaria en mayor proporción (INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000,2001).

Por lo que se refiere a la pertenencia a alguna institución de seguridad social, declaran estar afiliadas a alguna institución de seguridad social 40 de cada 100 personas, encontrando las cifras más bajas en los estados de Chiapas y Guerrero (17.6% y 20.3%,

respectivamente) y las más altas en Coahuila (69.7%) y Nuevo León con 65.9% (INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000,2001).

Lo anterior nos permite afirmar que existe una desigualdad social muy marcada en el país, en donde el capital está en unas cuantas manos y cada vez es mayor la población que vive en condiciones de pobreza o extrema pobreza por los bajos salarios y escasez de empleos, otro elemento es que la población no posee la educación que le permita un entorno de competitividad, de igual manera existen diferencias importantes en la oportunidad que tienen para acceder a los servicios de salud de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, que les permita mantenerse sanos, recuperarse en caso de enfermedad y desarrollar una buena calidad de vida.

### **2.1.3 Contexto demográfico y epidemiológico**

Las características poblacionales y la forma como en ellas se distribuye el fenómeno salud-enfermedad son los aspectos a destacar para comprender las condiciones de salud en México. Estos fenómenos manifiestan actualmente una profunda transición demográfica y epidemiológica.

En la transición demográfica, se observa como principales características los descensos en la mortalidad, fecundidad e incremento de la esperanza de vida de 73.3 años en 1994 a 75.3 años en el 2000, siendo más alta en las mujeres (77.6) que en los hombres (73.1), lo que se va a manifestar por el envejecimiento de la población y elevado ritmo de crecimiento en las ciudades. El descenso en la mortalidad se ve reflejado en el crecimiento de la población, ya que para el año 2000 el país tenía 97.4 millones de habitantes (SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

En proyección para el año 2010, se estiman cambios por grupos de edad con repercusiones muy significativas en cuanto a las nuevas demandas de atención médica. La población de 15 a 64 años crecerá del 53 a 65%, la población menor de 15 años descenderá de 44 a 29% y los mayores de 65 años duplicarán su porcentaje, pasando de 3 a 6%. (CONAPO, 2001)

Esta transición epidemiológica se debe a que en México se ha presentado lo que se ha dado en llamar una polarización epidemiológica, en donde la población pobre y rural mantiene un esquema de morbilidad y mortalidad en donde la desnutrición y las infecciones son comunes, mientras que las ciudades enfrentan de manera creciente cuadros de mortalidad y morbilidad en los que predominan las enfermedades crónico degenerativas (diabetes, insuficiencia renal crónica y enfermedades del corazón entre otras) y los accidentes. Además, han surgido enfermedades que se consideran erradicadas como la tuberculosis, el paludismo y el dengue (Fundación Mexicana para la Salud, 1995).

Estos aspectos demográficos y epidemiológicos del país están determinados por las condiciones económicas, sociales y de salud. Ante esta desfavorable situación, es necesario el compromiso de los directivos y del personal que laboran en las instituciones

de salud a través de una administración que garantice una atención de calidad para disminuir al máximo los riesgos durante la atención y evitar así una situación más crítica.

## 2.2. Sistema de servicios de salud

### 2.2.1 Organización general.

El sistema de servicios de salud está segmentado en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, y al interior de éstos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones, según se describe a continuación:

**a) Instituciones de seguridad social.-** Prestan servicio a la población que tiene una relación laboral formal con empresas productoras de bienes o servicios (Fundación Mexicana para la Salud, 1995:30-41). Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por ley a alguna institución de seguridad social. En 2000 esta población ascendía alrededor de 50 millones de personas. El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) concentraba a la mayor parte de estos asegurados (cerca del 80%), seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales (INEGI anexo estadístico del I informe de gobierno, 2000). Su fuente de financiamiento es el presupuesto gubernamental, empleados y patrones o propio como es el caso de PEMEX (ver cuadro 2.1).

CUADRO 2.1  
SERVICIOS DE SALUD DE SEGURIDAD SOCIAL

Características	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	Estatales
Naturaleza jurídica	Órgano tripartita (gubernamental, empresarial y trabajadores)	Órgano bipartita (gubernamental y trabajadores)	Empresa pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Secretaría de Estado	Instituciones públicas en varios estados
Fuentes de financiamiento	Federal, empleado y empleador	Federal y empleado	Propia	Federal	Federal/Estatal y empleado

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud (1995)

**b) Instituciones de población abierta.-** Proveen atención médica y asistencia social a aquella población que no está involucrada en relaciones formales de trabajo y por lo tanto, no tienen acceso a instituciones de seguridad social (Fundación Mexicana para la Salud, 1995). Este sistema para población abierta o no asegurada (alrededor de 48 millones de personas) incluye los servicios de la Secretaría de Salud (SSA), opera en áreas urbanas y rurales de todo el país y el programa IMSS-Solidaridad, que atiende a población de zonas rurales definidas (alrededor de 11 millones de personas de 14 estados (INEGI anexo estadístico del I informe de gobierno, 2000). La SSA se financia por el presupuesto de la Federación y de los gobiernos estatales, esencialmente, y tiene ingresos por cuotas de recuperación de quienes pueden pagar, mientras que el IMSS-Solidaridad recibe una



En el actual esquema del Sistema de Salud no se contempla el Seguro Popular (SP) creado en el actual gobierno, con la finalidad de que el total de la población mexicana tenga acceso a un seguro médico accesible para evitar que la población que no tiene seguridad social sufra gastos catastróficos cuando requiera atención médica, Este programa busca mejorar la protección financiera para aquellos que no cuentan con cobertura de seguridad social; inyectar nuevos recursos al sistema, y equilibrar las transferencias financieras del gobierno federal a los Estados. Como un elemento fundamental complementario de la reforma, el nuevo SP proporciona a las familias un paquete de intervenciones esenciales y una selección de tratamientos, que en otras circunstancias podrían resultar financieramente catastróficos. La inscripción es voluntaria y el financiamiento del nuevo sistema incluye una combinación de recursos financieros existentes y nuevos. Los gobiernos Estatales y el Federal pagan cada uno contribuciones tomando como base a cada familia registrada, que se complementa con una prima pequeña, pagada por los asegurados, de acuerdo con sus ingresos. (OCDE, 2004)

### **2.2.2 Estructura organizacional de los hospitales del sistema de salud**

La finalidad de una estructura organizacional es establecer un sistema de papeles que han de desarrollar los miembros de una entidad para trabajar juntos de forma óptima y que se alcancen las metas fijadas en la planificación y es una estructura intencional de roles, cada persona asume un papel que se espera que cumpla con el mayor rendimiento posible.

Mintzberg (1998) define la estructura de una organización como es el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas y la posterior coordinación de las mismas. La estructura por lo tanto, es la forma de coordinación de los diferentes componentes de la organización, de establecer líneas de comunicación, transmisión de poder y autoridad y de situar los elementos humanos en el lugar preciso en que sean más útiles para la institución.

La estructura será entonces, la herramienta que le permita a la organización alcanzar sus objetivos, porque: permite lograr una determinada disposición de sus recursos, facilita la realización de las actividades y coordinación de su funcionamiento.

Para Volpentesta (2000) es la división del trabajo y el establecimiento de los puntos concretos donde se ejerce la autoridad, la responsabilidad, la dependencia y la toma de decisiones. Es, en definitiva, la clarificación y representación de cómo se organiza el trabajo, dónde se toman las decisiones, dónde se sitúa la autoridad y las responsabilidades de los directivos y los empleados. La estructura por lo tanto, configura el trabajo, el poder y los elementos de control en una organización.

En una empresa con variados aspectos, como puede ser una institución de salud, en las que las actividades comprenden las áreas asistenciales, las administrativas y las de gestión y dentro de cada una de ellas, una gran cantidad de actividades y de profesionales distintos, la estructura es la consecuencia de la necesidad de "dividir" el trabajo para conseguir una mayor efectividad y, en consecuencia, de "coordinar" todas las

tareas que se realizan, por lo tanto, la estructura de una organización refleja: el plan, tal como se haya diseñado, la situación del poder y la autoridad, la cultura de la organización y la situación del elemento humano.

Como ya se había mencionado anteriormente las instituciones de salud son organismos complejos, y dentro de estas instituciones se encuentran los hospitales públicos y privados objeto de estudio en esta investigación, los cuales tienen una estructura jerárquica en donde se contempla los tres criterios básicos de la organización propuestos por Navarro (2000) que son: componentes principales, unidades organizativas y relaciones organizativas.

En relación al primer criterio propuesto por Navarro (2000), los hospitales se componen de cuatro partes principales explicativas de las funciones o papeles organizativos básicos que son:

- Alta dirección.- Elemento que representa el papel de la dirección general del hospital, es el estrato superior.
- Dirección intermedia.- Elemento que representa el papel de los mandos intermedios.
- Base operativa.- Trabajadores que están directamente relacionados con la atención al paciente.
- Estructura de apoyo o staff de apoyo.- Elementos que integra a los expertos que apoyan logísticamente y asesoran el desarrollo de las actividades básicas y funciones directivas del hospital.

Con relación al segundo criterio hay que señalar que la estructura se compone de centros o unidades organizativas, las cuales se diferencian, según los papeles que desempeñan en:

- Unidades directivas jerárquicas.- Centros con autoridad y responsabilidad sobre los flujos del trabajo, que integran la alta dirección y la dirección intermedia.
- Unidades de gestión funcional.- Centros especializados en alguna función que apoyan a los flujos de trabajo.
- Unidades de apoyo.- Centros con funciones de apoyo logístico.
- Por último, el tercer criterio que incluye el conjunto de relaciones formales e informales que explican la red de comunicación que pone en contacto a las unidades. Las relaciones formales son las que establece la estructura formal o que han sido previamente definidas y comunicadas a todos los miembros de la institución y pueden ser lineal o de jerarquía (autoridad entre jefes y subordinados) y funcionales o de staff. (relación funcional entre asesores y línea jerárquica). Las

relaciones informales se ocasionan como consecuencia de las comunicaciones interpersonales y las formas de coordinación en las tareas y áreas de trabajo.

Este modelo jerárquico, que utilizan los hospitales puede ser considerado como el derivado de la aplicación estricta de los principios de Fayol que son: unidad de mando y autoridad y jerarquía. De acuerdo con la unidad de mando, cada superior posee una autoridad legal sobre sus subordinados y cada subordinado sólo se relaciona y obedece a su inmediato superior (anexo 6). Este tipo de modelo tiene una organización fácil de entender, permite una designación de autoridad y áreas de responsabilidad muy definidas, cada trabajador responde ante un jefe, existe una comunicación directa en sentido ascendente y descendente y su estructura tiene un bajo costo de funcionamiento, pero también existe una excesiva concentración de autoridad, tendencia a la rigidez e incremento de la burocracia.

### 2.2.3 Recursos del Sistema

a) **Recursos humanos.** En los últimos 10 años creció el número de profesionales y técnicos de la salud que trabajan en las instituciones públicas, aumentando las tasas de médicos y enfermeras por habitantes, aunque el número de enfermeras fue muy poco en los últimos 5 años (ver cuadro 2.2).

CUADRO 2.2  
RECURSOS HUMANOS CONTRATADOS (SECTOR PÚBLICO), 1990-2000

TIPO DE RECURSO	1990	1993	1995	1997	1999	2000
Total de médicos	89 330	107 495	118 254	129 031	135 159	140 629
Total de enfermeras	130 519	154 852	166 496	172 294	184 264	190 335
Personal de servicios de diagnóstico y tratamiento*	21809	25 244	27 386	33 602	34 857	36 388
Egresados de postgrado en ciencias de la salud	3,807	4,036	3,024	4,451	ND	ND
Médicos por 10 000 hab.	11.0	9.3	10.7	11.2	11.8	12.1
Enfermeras por 10,000 hab.	16.0	16.8	18.4	18.3	18.8	19.0

Fuente: SSA. DGIED, Boletín de Información Estadística, 1994-2000. Salud Pública de México 42(6);2000.

\* Se refiere a profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de diagnóstico y tratamiento.

La SSA contrata el mayor número de médicos y el IMSS de enfermeras, mientras que el resto de las instituciones no alcanzan ni la mitad de los contratados por estas dos, esto se puede explicar porque la SSA y el IMSS cuentan con el mayor porcentaje de hospitales generales, de especialidad y unidades de consulta externa. Trabajaban en el sector privado casi 63 mil médicos en 1999, de los cuales 27 501 eran contratados en unidades médicas privadas, el resto eran vinculados por acuerdos especiales (SPM, Sector Privado, 2001). Por otro lado, la distribución de los recursos humanos es desigual, ya que mientras los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos en instituciones públicas por cada 1 000 habitantes, el D.F. y Baja California Sur tenían 3.2 y 2.5, respectivamente. La tasa de médicos por 1 000 habitantes en los municipios de muy alta marginación es de 0.7 mientras en los de muy baja marginación es de casi 2.5, al tiempo que los municipios indígenas de Oaxaca cuentan con sólo 0.13 médicos por 1 000 habitantes (SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

CUADRO 2.3  
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD 2000

INSTITUCIÓN	MÉDICOS	ENFERMERAS	PERSONAL AUX. DE DIAGNÓSTICO	PERSONAL ADMINISTRATIVO
SSA y SESA*	54 293	73 502	15 438	41 521
IMSS-Solidaridad	5 541	6 847	294	2 210
IMSS	53 473	79 100	13 879	84 246
ISSSTE	17 886	20 052	3 230	10 790
PEMEX	2 386	2 678	527	674
SEDENA	1 753	2 128	1 951	-
MARINA	829	1 025	196	421
Sector privado	62 951	29 365	4 791	12 744
TOTAL	199 112	214 697	40 306	152 605

Fuente: SSA. Boletín de información estadística: recursos y servicios. 2000.

Aspectos relevantes de infraestructura de unidades médicas del sector privado. Salud Pública de México;43(2)

\* SESA = Secretarías Estatales de Salud.

### b) Recursos materiales

Las unidades médicas del sector público sumaban 19 107 en el año 2000, perteneciendo el 60.5% a la SSA, quien también posee el mayor porcentaje de camas censables (40.8%), de laboratorios de análisis clínicos (49.9%), salas de parto (87.5%) y quirófanos (54.9%), en cambio la mayor proporción de equipos de radiodiagnóstico lo tiene el IMSS con 42.4% (ver cuadro 2.4).

CUADRO 2.4  
PRINCIPALES RECURSOS MATERIALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2000

Institución	Unidad Médica	Consul Torios	Camas censable	Laboratorio clínico	Equipos de radiodiag.	Bancos Sangre	Salas Parto	Quirófanos
SSA y SESA	11 551	23 395	31 487	927	1 135	112	6 074	1 112
IMSS	3 609	4 193	1 994	69	69	0	69	69
Solidaridad	79	648	1 477	15	58	10	36	68
Otros	15 239	28 236	34 958	1 011	1 262	122	6 179	1 259
Subtotal Pob. Abierta								
IMSS	1 784	14 089	28 622	496	1 511	31	470	972
ISSSTE	1 244	5 313	6 745	201	436	58	159	286
PEMEX	215	1 538	980	22	60	8	28	52
SEDENA	296	1 053	3 885	39	92	6	44	84
MARINA	142	408	732	25	64	4	29	39
Otros	187	855	1 222	24	61	11	36	68
Subtotal Pob. Asegu.	3 868	22 041	42 186	807	2 224	118	766	1 501
Sector Privado <sup>&amp;</sup>	2 550	12 455	31 241	682	ND	211	2 392	2 568
Por c/ 1,000 habitantes	77.5	51.5	75.9	1.8	2.0	0.2	7.0	2.8

Fuente: SSA. DGIED. Boletín de Información estadística: recursos y servicios, 2000.

<sup>&</sup> Aspectos Relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. Sal Pub Méx 43(2);2001.

La distribución de estos recursos tienen diferencias importantes entre estados, mientras el D.F., Baja California y Sonora contaban con 1.9, 1.5 y 1.1 camas por 1000 habitantes respectivamente, los estados de Chiapas, Puebla, Veracruz y Oaxaca tenían 0.2, 0.19, 0.11 y 0.07, evidenciando una distribución desigual (SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001): sin embargo, no se cuenta con información concentrada sobre la ubicación de equipos médicos defectuosos o fuera de uso. El sector público ha crecido en equipos y tecnologías durante los últimos años, a juzgar por las compras que realizan, pero los informes de las instituciones refieren que persisten rezagos tecnológicos, particularmente en los hospitales.

En las unidades médicas del sector privado para el año 2000 se contabilizaron 2 550 unidades médicas privadas con servicios de hospitalización, que sumaban 31 241 camas, de las cuales 48% estaban en establecimientos con menos de 15 camas y cerca de la mitad de este universo lo conforman establecimientos con cinco camas o menos (INEGI. Sector Salud, 2001), y se estima que han aumentado los equipos de diagnóstico y tratamiento con tecnología de punta en el sector privado.

Con base en las condiciones descritas con anterioridad podemos decir que la distribución de recursos humanos y materiales no es equitativa para las diferentes instituciones, generalmente los recursos se concentran en las grandes ciudades, lo que propicia que el tipo de atención sea heterogéneo, y el acceso depende de las posibilidades de la población para las diferentes modalidades.

#### **2.2.4 Funciones del Sistema de Salud**

En el Sistema de Salud existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en salud, su existencia está prevista en la Constitución Política y sus funciones están definidas en la ley General de Salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud y está integrado por el Secretario de Salud y los 32 Secretarios estatales del ramo, desempeña una función trascendental en la coordinación del Sistema, sus acuerdos tienen carácter prioritario en la operación general de cada una de las dependencias y sus competencias se encuentran relacionadas con el gasto público, aseguramiento de los servicios y servicios de salud poblacional, y es la SSA la institución rectora del Sistema, que tiene como función verificar el cumplimiento de los acuerdos realizados por estas instancias.

En relación con la supervisión y control del gasto público, esto lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfiere los recursos financieros, y la entonces Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo que supervisa el gasto, que actualmente se llama Secretaría de la Función Pública. Cada prestador público realiza la conducción, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población blanco, contando para ello con su propia red de unidades de atención.

Los mayores avances en descentralización los tiene la SSA, gozando las SESA (Secretarías Estatales de Salud) de facultades para radicar plazas, contratar personal y ejecutar la organización, gestión y control de los servicios de salud. El IMSS inició en el año 2000 un programa de desconcentración de funciones administrativas, financieras y médicas a las 7 direcciones regionales y 37 delegaciones, que proyecta seguir avanzando hacia niveles más operativos a través de la creación de 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). El ISSSTE, SEDENA y PEMEX trabajan bajo esquemas más centralizados de manejo presupuestario y toma de decisiones.

**a) Financiamiento y Gasto.** La información sobre gasto público en salud es confiable y está bajo la responsabilidad de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Salud. Entre 1997 y 1999 el gasto total per cápita disminuyó 1.3%, pese al aumento del gasto público per cápita en 5.8%, mientras el gasto privado en salud global y per cápita disminuyó, aunque se mantiene superior al público.

La distribución del gasto público en salud es inequitativa, con 19 estados por encima de la media nacional y 13 por debajo, siendo los más rezagados Guanajuato, México, Michoacán, Puebla y Veracruz, lo que repercute en la calidad de la atención que se proporciona en estos estados. Los aportes de los gobiernos estatales al presupuesto de salud varían notablemente, encontrando en el año 2000 que sólo 5 estados (Aguascalientes, D.F., Morelos, Sonora y Tabasco) aportaban más del 20% del total de cada uno (SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

El gasto total en salud como porcentaje del PIB tuvo en 1998 su valor más elevado de los últimos años con 5.6%, disminuyendo a 5.5% en 1999, siendo la composición pública y privada de 2.6% y 2.9%, respectivamente (ver cuadro 2.5) El IMSS es la institución que tiene la mayor porción del gasto público, que para el año 2000 fue 1.46% del PIB, seguido por la SSA (0.65%) y el ISSSTE (0.23%) (DGIED, 2002).

CUADRO 2.5  
GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1996-2000

Indicador	1997	1998	1999	2000
Gasto público en Salud	126 638 mdp*	138 854	139 042	135 141
Gasto privado en Salud	161 421	165 806	155 105	ND **
Gasto total en salud	288 059	304 660	294 147	ND
Gasto público en salud per cápita	1 330 pesos	1 439	1 407	1 347
Gasto privado en Salud per cápita	1 696	1 719	1 581	ND
Gasto total en salud per cápita	3 027	3 159	2 988	ND

Fuente: SSA/DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (hasta 1998 datos recolectados por FUNSAUD).

\* mdp. Millones de pesos

\*\* ND. Información no disponible

Entre 1996 y 1999 todas las instituciones públicas, excepto el IMSS-Solidaridad, aumentaron su gasto como proporción del PIB, tendencia que para el año 2000 sólo mantuvieron la SSA y el ISSSTE. Hay diferencias en el gasto per cápita que ejerce cada

institución pública, PEMEX alcanza a ser dos veces superior al IMSS y más de tres veces a la SSA y el ISSSTE. El gasto público tiene una alta concentración en la atención curativa, los hospitales de segundo y tercer nivel del IMSS consumen cerca del 75% del presupuesto de la institución y en el ISSSTE esta cifra es del 69% (SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

El mayor porcentaje del gasto nacional en salud según la fuente –origen de los fondos– corresponde a los hogares, que pasó de 50% en 1993 a 57.5% en 1998; seguido por los aportes del gobierno federal que aumentaron de 19.4% a 23.8%, mientras que los gastos de los empleadores disminuyeron luego de reformarse la ley de seguridad social en 1997, siendo en 1998 de 18.4% cuando en 1993 eran 29.1%. Según la concentración de los fondos, el sector privado tiene el mayor porcentaje con 53.9% en 1998. Asimismo, los fondos de la seguridad social han disminuido luego de 1997 cuando se separaron los fondos de pensiones y de salud, a raíz de modificaciones introducidas a la Ley de Seguridad Social. (ver cuadro 2.6)

CUADRO 2. 6  
PORCENTAJES DEL GASTO NACIONAL EN SALUD  
SEGÚN FUENTES Y FONDOS

	1993	1994	1997	1998
<b>Fuentes:</b>				
Hogares	50.3 %	49.1 %	61.2 %	57.5 %
Empleadores	29.1 %	28.3 %	17.8 %	18.4 %
Gobierno Federal	19.4 %	19.7 %	20.7 %	23.8 %
Gobiernos Estatales	1.2 %	2.9 %	0.3 %	0.3 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Fondos:</b>				
Seguridad Social	42.4 %	42.6 %	32.2 %	32.8 %
No asegurados	12.8 %	12.9 %	11.5 %	13.3 %
Privados	42.4 %	41.9 %	56.3 %	53.9 %
Seguros privados	2.4 %	2.6 %	0 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: SSA/DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud. (datos recolectados por FUNSALUD)

El gasto nacional de salud que proviene de los hogares corresponde en buena medida a muchas familias de derechohabientes; sin embargo, pocas de estas personas son capaces de exigir que se les proporcione una atención de calidad, a diferencia de los usuarios que pagan en el momento de solicitar el servicio, o que cuentan con seguro de gastos médicos.

El poco presupuesto asignado a las instituciones de salud ha hecho que varios estados y unidades de atención, particularmente en los hospitales de la SSA, se introdujeran mecanismos para captar fondos adicionales mediante áreas de hospitalización para pensionados, venta de servicios según tarifa fijada o por acuerdos contractuales con otros proveedores públicos y privados, cuyos resultados claros son el incremento de los fondos para gastos operativos, que incluso alcanzan a superar la asignación del presupuesto en ese rubro.

En la seguridad social, las transformaciones más notables ocurrieron en el IMSS a partir de 1997 cuando se abrió un seguro familiar de salud para personas que estaban fuera del marco de derechohabencia.

**b) Aseguramiento de los servicios.** Se ha calculado que entre 50 y 55 % de la población está afiliada a la seguridad social. La SSA informó para 1999 que 78.3% de los derechohabientes de la seguridad social corresponden al IMSS, poco más del 17.2% al ISSSTE y el resto se distribuyen en las demás instituciones (Pemex, Sedena, Marina y seguros estatales). El aseguramiento es integral, basado en un modelo de medicina familiar en el primer nivel de atención, desde donde se refiere al paciente al segundo y tercer nivel de atención cuando lo necesita. Sin embargo, estos niveles de atención no funcionan adecuadamente por desconocimiento de los usuarios, muchos de ellos acuden a los hospitales generales para su atención (urgencias), sin haber pasado por un primer nivel, lo que propicia que en la mayoría de las ocasiones este servicio esté saturado, ocasionando retraso en las verdaderas urgencias. La subrogación de servicios y la reversión de cuotas se practica en muy pequeña escala, debido a que los criterios están poco reglamentados y los actores involucrados tienen posiciones diferentes. Hay racionamientos implícitos en los servicios, derivados de falta de medicamentos y el diferimiento de estudios diagnósticos, consultas especializadas e intervenciones quirúrgicas (Dávila E., 2000).

El IMSS oferta desde 1998 un seguro de salud para la familia a quienes no están vinculados a la economía formal, que alcanzaba un millón y medio de personas en el año 2000, que se financia con aportación del afiliado y del gobierno federal mediante el pago por adelantado de la cuota anual. Los beneficios son casi iguales a los del régimen ordinario de esa institución, pero no aceptan a quienes tienen enfermedades preexistentes y limita ciertas intervenciones quirúrgicas y tratamientos costosos en los primeros años.

Este tipo de seguros en un tiempo determinado no va a ser funcional, ya que por las características del contexto demográfico y epidemiológico un buen porcentaje de la población va a estar constituida por adultos jóvenes y mayores y muchas de las enfermedades preexistentes corresponden a las enfermedades crónico degenerativas, en donde la población blanco son los adultos jóvenes y sobre todo los mayores.

Los seguros privados brindan cobertura en el ramo de gastos médicos mayores a alrededor de 2,8 millones de personas (menos del 3% de la población) y en el año 2002 se inicia la oferta de seguros integrales por las empresas aseguradoras autorizadas, luego de modificarse la ley que prohibía este ramo para el sector privado. Este seguro está sujeto a una fuerte regulación por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y por la Secretaría de Salud (SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

**c) Servicios de salud poblacional.** La SSA es la responsable de los servicios de salud pública y las instituciones de seguridad social participan activamente en las actividades de prevención y control de enfermedades a través de campañas nacionales, también

desarrolla programas de salud escolar y del adolescente conjuntamente con la Secretaría de Educación Pública (SEP) y realiza actividades permanentes de comunicación social para la reducción del tabaquismo, el sedentarismo y la promoción de hábitos de vida saludables y el autocuidado de la salud, y la SSA tiene en el movimiento de municipios por la salud, un eje relevante, con 1 565 municipios incorporados en el año 2000 (OPS,2002 ).

La SSA y los diferentes niveles de mando de las instituciones, son los encargados de que se cumpla lo establecido en las normas oficiales mexicanas para la prevención, tratamiento y control de las principales enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH/SIDA, malaria, dengue, cólera, rabia, etc.) y no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión, cáncer cérvico uterino y de mama, desnutrición, etc.), en lo relacionado con los criterios diagnósticos y las actividades de prevención, tratamiento y control a realizar.

Como ya se había mencionado anteriormente la atención a las personas en los servicios públicos está estructurada por niveles de atención y no hay posibilidad de seleccionar el proveedor ni el médico, aunque el IMSS realizó una prueba piloto entre 1999 y 2000 de selección del médico familiar, pero no ha avanzado hacia la generalización (SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

En el primer nivel se realizan acciones de promoción de salud, prevención y atención ambulatoria a la morbilidad, brindada por médicos generales o familiares y personal de enfermería, apoyados por miembros de la comunidad capacitados. Cada institución conforma su propia red de servicios denominando a las unidades de modo diferente (medicina familiar en el IMSS e ISSSTE, centro de salud urbano o rural en la SSA, etc.). Para el año 2000, el IMSS otorgó el mayor número de prestaciones de servicio, seguida por la SSA, el ISSSTE, el IMSS-Solidaridad, PEMEX y la SEDENA, excepto en consultas odontológicas, donde la SSA brindó el mayor volumen y la SEDENA sobrepasa a PEMEX.

El segundo nivel de atención se brinda en hospitales generales, con servicios ambulatorios y de internamiento a cargo de médicos especialistas en las cuatro áreas básicas (pediatría, gineco obstetricia, cirugía y medicina interna) y cada institución pública conforma su propia red.

En el tercer nivel se realizan las atenciones especializadas de mayor complejidad, así como investigaciones clínicas y básicas, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y de otros profesionales. Reciben a los pacientes referidos de los niveles subyacentes y de los servicios de emergencia, y se brinda en hospitales de referencia nacional, regional y algunos estatales. La SSA tiene once institutos especializados (Cardiología, Pediatría, Perinatología, Nutrición, Psiquiatría, Cancerología, de Enfermedades Respiratorias, Ortopedia, Rehabilitación, Comunicación Humana y Salud Pública). La población asegurada es beneficiaria de una mayor proporción de servicios hospitalarios con respecto a la población abierta, y el IMSS es la institución pública que mayor número de las prestaciones otorga, seguida por la SSA, el ISSSTE, el IMSS-Solidaridad, PEMEX y la SEDENA.

## 2.3 Reforma del Sector Salud

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 enunció las principales transformaciones del sector para ese periodo, con seis lineamientos de trabajo que se implementaron en grado variable por la SSA y el IMSS. El gobierno federal varió el planteamiento de desarrollo del sistema de salud, presentando el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 que define el rumbo estratégico del Sistema Nacional de Salud con el propósito de que sus contenidos sean coherentes con los objetivos del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, y es la SSA la que ostenta el liderazgo de la implementación y la democratización de la salud.

Se identifican tres grandes retos en el sistema de salud mexicano actual:

Equidad.- Cambio en el perfil de salud con desigualdades sociales y regionales.

Calidad.- Desempeño heterogéneo y trato inadecuado, enfrenta problemas de calidad tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal.

Protección financiera.- Inseguridad por el riesgo de sufrir gastos catastróficos a través del Seguro Popular de Salud (SPM, Sistema Nacional de Salud, 2001).

Para enfrentar estos retos, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 plantea como objetivos los siguientes:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
- Abatir las desigualdades en salud.
- Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
- Asegurar la justicia del financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas, directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y cinco estrategias instrumentales que influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes: 1) Vincular la salud con el desarrollo económico y social; 2) Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres; 3) Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades; 4) **Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud**; 5) Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población; 6) Construir un federalismo cooperativo en materia de salud; 7) Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud; 8) Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud; 9) Ampliar la participación ciudadana y la

libertad de atención en el primer nivel de atención; y 10) Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

### **2.3.1 Marco Jurídico.**

Los cambios más trascendentes ligados a la Reforma del Sector Salud 1995-2000 tenían que tener como base la Ley General de Salud, por lo que en 1997 se incorporaron modificaciones que hicieron más efectiva la desregulación sanitaria, introdujeron una nueva clasificación de los medicamentos y permitieron desarrollar el uso de los medicamentos genéricos en el mercado privado, entre los más relevantes. Igualmente, la Ley General del IMSS se modificó en 1997 reduciendo la cuota patronal y se aumentó la aportación gubernamental a los regímenes de salud y pensiones, se creó el seguro de salud familiar voluntario y se clarificó la opción de reversión de cuotas para los colectivos atendidos por otros prestadores.

Se agregan a ese marco los decretos presidenciales de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 1996, sobre los acuerdos para la descentralización de los servicios de salud y la coordinación sectorial en 1997, de creación de las comisiones nacionales de Bioética y de Estudios del Genoma en el 2000 y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en el 2001. Se pusieron en vigor las Reglas para la Operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) como entidades administradoras de medicina prepagada y en el 2002 se publicaron las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación de varios programas nacionales como son: el Seguro Popular de Salud, de Comunidades Saludables, de Discapacitados, etc.

Entre 1995 y 2002 se han publicado alrededor de 150 Normas Oficiales Mexicanas (NOM) en salud y se promulgaron varias leyes importantes, como la antitabaco, que prohíbe fumar en los lugares públicos y contiene restricciones a la venta y publicidad; de los Institutos Nacionales de Salud que les concede plena autonomía; y la ley de violencia intrafamiliar (GM, Diario Oficial ,2002).

### **2.3.2 Derecho de los ciudadanos a la salud y el aseguramiento.**

El derecho a la salud está refrendado en el artículo 4º. de la Constitución de la República y su protección se consagra a través de los diferentes subsistemas de atención, que en los hechos establece una estratificación en el acceso a los servicios para cada grupo de población. Las políticas de salud vigentes no plantean una integración de los diferentes subsistemas de atención médica, ni la homogeneización de las prestaciones y contenidos de las coberturas.

Entre 1996 y 2000 la principal estrategia de reforma fue la ampliación de la cobertura a la población no asegurada mediante la prestación de un paquete básico de servicios de salud, señalando la SSA que al final de ese periodo sólo existían 0.5 millones de personas sin acceso al sistema sanitario, de 10 millones identificados al comienzo. A partir del 2001 la estrategia se enfocó a la atención integral y el aseguramiento, iniciando la oferta del seguro popular de salud en el año 2002, de carácter voluntario y que se financia con un

subsidio federal proveniente de recursos fiscales y los aportes de los beneficiarios mediante una cuota progresiva, según los ingresos de cada familia. Incluye 78 beneficios médicos y 191 medicamentos y vacunas, asociados, a ser prestados en establecimientos de primer y segundo nivel de la propia SSA. También se declara la intención de crecer medio punto porcentual la afiliación a la seguridad social cada año, avanzar en la regulación del prepago privado y fomentar los seguros privados mediante la deducción de impuesto (SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

### **2.3.3 Rectoría y separación de funciones.**

El PNS 2001-2006 reafirmó el papel rector de la SSA en el sistema de salud y junto con las reglas de operación de los programas nacionales y otros documentos normativos, se establecen claras acotaciones sobre las responsabilidades federales y estatales en materia de salud y prestación de servicios sanitarios. Entre 1997 y 1999 se crearon los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) en cada estado, que son las instancias administrativas con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargadas de dirigir, administrar y supervisar los servicios de salud, administrar los recursos asignados y las cuotas de recuperación, y desarrollar la investigación, el estudio y el análisis de la salud en sus territorios, determinando para la SSA la separación de la función de provisión, que quedó bajo la responsabilidad de cada estado, de las funciones de regulación, financiamiento y aseguramiento que se mantienen bajo esquemas compartidos de responsabilidad entre los estados y la federación, conservando esta última la tarea normativa.

Se fortalece el papel coordinador del Consejo de Salubridad General con la creación de la Junta Ejecutiva integrada por los titulares de las instituciones públicas de salud y se refuerza la coordinación intra e intersectorial a través de los Consejos (contra las Adicciones, para la Prevención de los Accidentes y de Prevención y Control del VIH/SIDA), Comisiones (Bioética, Genoma Humano, Seguridad e Higiene del Trabajo, Formación de Recursos y de Investigación en Salud), Comités (de Salud Bucal, para la Atención al Envejecimiento y de Vigilancia Epidemiológica) y del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001).

## **2.4 Acciones de mejorar de la calidad**

El Sistema Nacional de Salud enfrenta problemas de calidad, tanto en la dimensión técnica como en la Interpersonal. La Dirección de Calidad de la Atención Médica menciona que el problema de calidad en los servicios de salud es percibido como prioritario por la población y la media nacional de calidad proporcionada a los usuarios de los servicios de salud es de 64.2% .

La calidad de la atención es definida por la OMS (1996) como alto nivel de excelencia profesional con uso eficiente de los recursos, con un mínimo de riesgo para el paciente y un alto grado de satisfacción por parte del paciente y en donde el impacto final es la salud. Sin embargo, la calidad de la atención médica ha sido un problema que causa gran

preocupación en las instituciones públicas y privadas, pero no han existido programas oficiales de aplicación general y permanente para garantizarla. Por otro lado se han realizado esfuerzos independientes en las diferentes instituciones del Sector Salud, y últimamente se han implementado algunos programas oficiales e institucionales, pero no son de aplicación general porque la participación es voluntaria.

Estas acciones para mejorar la calidad en el Sector Salud se han realizado desde la década de los 50, en donde destaca la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social que ha desarrollado modelos sistemáticos de evaluación de la calidad de la atención. Las primeras actividades se efectuaron en el Hospital de la Raza en donde en forma extraoficial se revisaron los expedientes, y posteriormente se formó la Comisión de Supervisión Médica del IMSS.

### **Auditoria Médica**

En 1959 se constituyó la Auditoria Médica en el IMSS, cuya organización, funciones y procedimientos quedaron formalizados a través de su publicación en el "Boletín Médico del IMSS", sentando las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de a revisión del expediente clínico. Los pocos resultados de mejora de la calidad a través de la revisión de expedientes propició que en 1962 la Subdirección General Médica del IMSS publicara un fascículo denominado "auditoria médica" que fue reeditada en 1964 con políticas similares en cuanto a la evaluación; durante algún tiempo se realizaron auditorias con la finalidad de que la atención fuera de calidad, y es en 1972 cuando la Auditoria Médica evolucionó a Evaluación Médica, se elaboró un fascículo que contenía las "instrucciones"; también se diseñaron las "instrucciones" para la elaboración del expediente clínico en la atención médica como complemento indispensable para la realización de la evaluación sobre criterios previamente establecidos.

Los dos últimos documentos sirvieron de base para que el ISSSTE y el DIF, elaboraran sus propios documentos con fines de evaluación de la calidad de la atención médica (Aguirre Gas H., 1990).

### **Integración de los grupos básicos interinstitucionales de información, evaluación y planeación.**

Otro momento importante se produjo en 1983, cuando se encontraba en las etapas iniciales para la integración de un Sistema Nacional de Salud y como parte de la política de sectorización, se integraron los grupos básicos interinstitucionales de información, evaluación y planeación, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud (SSA), con participación del IMSS, ISSSTE, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), Secretaría de la Contraloría General de la Federación (SECOGEF), Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (SMDDF) y Gabinete de Salud de la Presidencia de la República (GSPR); sin embargo, no tuvo los resultados esperados (SSA. DGCS, 1983).

## **Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS**

Mientras tanto en 1987, el IMSS a través de la Subdirección General Médica del IMSS. (IMSS. SGM, 1983), editó el documento "Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS" que incluyó un sistema de evaluación integral de las unidades médicas en cuanto a calidad y eficiencia y se hizo énfasis en la satisfacción del usuario y del prestador de servicios, conjuntamente con instrumentos para su aplicación en los hospitales de la institución, incluyendo una cédula de registro y un instructivo. En estos documentos se conjuntaron los conceptos aplicados a partir de 1983 para la evaluación de la calidad de la atención médica por la jefatura de Centros Médicos y hospitales de alta especialidad del IMSS. Estos documentos representaron una aportación directa a los trabajos del grupo básico de evaluación del Sector Salud.

Con estas aportaciones del IMSS, en 1989 se reintegró el grupo básico interinstitucional de evaluación, pero ya habían generado hasta la fecha dos documentos: "Cuadro básico de indicadores para la evaluación de los servicios de salud" y la norma técnica para la "Evaluación de la calidad de la atención médica", este trabajo fue realizado en 1988 y publicado en 1990, y presenta una metodología para evaluar la calidad de los servicios que otorgan las instituciones de salud, con base en los procedimientos realizados y experiencias del Sector; con esta metodología se quería integrar el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica, así como facilitar la identificación de los programas en la prestación de los servicios y elaboración de alternativas de solución.

Esta metodología propuesta no tuvo los resultados deseados ya que se aplicó en algunas instituciones del Sector Salud, pero no hubo seguimiento ni continuidad en la evaluación.

### **Programa de círculos de calidad**

En los años 90 los "círculos de calidad" adquirieron relevancia como elementos promotores de "garantía de calidad" en la atención médica. Se diseñaron originalmente como elementos de control de calidad y eficiencia en la industria y fueron adaptados a la atención médica en el Hospital General "Adolfo López Mateos" del ISSSTE y al Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud (Ruelas, 1990).

Por estas mismas fechas en los Servicios Médicos del Distrito Federal se instituyó un programa de reordenación que tenía como objetivo fundamental la mejora de la calidad de la atención a través del reforzamiento de la red de servicios, considerando la reorientación y reestructuración de los mismos. Una de las tareas era crear una conciencia por la calidad a través de los círculos de compromiso, ya que uno de los problemas identificados y de mayor importancia fue precisamente la carencia de ésta, así como la preocupación por la calidad a nivel de los servicios personales que prestan los profesionales de la salud que laboran en la institución; en otros términos, la información empírica reveló la carencia de lo que podría llamarse "cultura de calidad", donde más que definir y delimitar la existencia de ésta, podría identificarse por patrones de actitudes y comportamientos en los prestadores de servicio de salud orientados a justificar con procesos de atención y no a obtener beneficios tangibles en la salud de los pacientes (Laguna, 1990).

De acuerdo a lo anterior, se inició un programa de "Círculos de Calidad" como una estrategia para la formación y capacitación de verdaderos equipos de trabajo, este programa fue fundamentado en técnicas y métodos dentro del campo del comportamiento organizacional, que centra sus objetivos en el desarrollo de los recursos humanos mediante la motivación y participación en la resolución de los problemas concretos (Fernández, 1985).

El programa de Círculos de Calidad proporcionó algunos resultados satisfactorios, pero nuevamente la falta de interés y continuidad por parte de los directivos propició que este programa pasara a ser un intento más por mejorar la calidad de los servicios de salud.

Aguirre (2000) propone la filosofía de calidad total a través de una metodología y menciona que debe iniciar a nivel de los directores generales y proyectarse en cascada hasta el nivel más bajo, incluyendo a todo el personal, debiéndose comprometer también a los sindicatos. Este programa no tuvo eco en las instituciones de salud.

### **Programas de Mejora Continua de Calidad**

En esta misma época se implementaron Programas de Mejora Continua de Calidad y Eficiencia en los Hospitales del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), se tuvieron algunas experiencias positivas; sin embargo, se concluyó que para que el programa tuviera éxito se requiere la capacitación en calidad del personal, la sistematización de las actividades e incorporarlas a las actividades cotidianas (Salgado, 1998).

Otro nuevo intento se da en 1998 cuando se presenta una metodología propuesta por Palencia Ávila (1998) en donde se mencionan sus principales características a través de 7 actividades básicas que se han de llevar a cabo para desarrollar los Programas de Mejora Continua de Calidad y Eficiencia en el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios de los Servicios de Salud del Estado de Morelos. Estas actividades son: diseño del programa, conformación y capacitación del comité de calidad y eficiencia de la unidad, conformación del subcomité de calidad y eficiencia de enfermería de la unidad, conformación y capacitación del equipo de alto desempeño como servicio piloto de la unidad, levantamiento de encuestas de satisfacción a trabajadores y a usuarios, realización de reuniones para la identificación y solución de los problemas de calidad y eficiencia en los diferentes niveles, monitoreo mensual del avance de los indicadores de calidad y eficiencia por parte del comité y difundirlos al resto de los servicios de la unidad (SOMECASA, 1998).

### **Intervención de la CONAMED para mejorar la calidad**

Posteriormente se buscaron algunas estrategias para mejorar la calidad a través de la labor de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas de la población por irregularidades en la prestación o no recibir la atención requerida. Esta Comisión durante el tiempo de su labor ha contribuido intensamente, favoreciendo la aplicación de medios alternativos para la

solución de conflictos, y no sólo ha puesto a disposición de médicos y pacientes la posibilidad de resolver sus diferencias a través de la conciliación y el arbitraje, sino que además, estadísticamente lleva a cabo acciones de gestión, que resuelven problemas inmediatos del paciente. De igual manera emite recomendaciones para contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos y mejorar la relación médico-paciente (CONAMED, 2003).

### **Premio IMSS de Calidad**

El Instituto Mexicano del Seguro Social con el propósito de promocionar, desarrollar y difundir los procesos de mejora continua de la calidad de la atención médica instituyó el Premio IMSS de la Calidad en el año de 1999 (IMSS, Premio IMSS, 1999). El Premio IMSS de Calidad es un sistema de evaluación y autoevaluación que se basa en el Premio Nacional a la Calidad que permite establecer qué medir, qué considerar en la medición, cómo medir y a partir de ello, qué debe mejorarse.

El Premio IMSS de Calidad permite la competitividad entre las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social de la República Mexicana al participar todas las unidades y departamentos y consiste en: reconocimiento a las unidades que hayan logrado la implantación del Modelo de Gestión avanzada en sus procesos y efectividad en sus sistemas, asignación de un presupuesto global de 10 millones de pesos a las unidades ganadoras distribuidos en los 19 premios para las diferentes categorías que se ocupará para las mejoras de la unidad, reconocimiento a cada uno de los trabajadores de la unidad ganadora mediante la entrega de un diploma individual, autorización expresa del Equipo Directivo del Premio para utilizar por 3 años consecutivos el emblema del "Premio IMSS de Calidad" en la documentación oficial de la unidad ganadora y publicación de los nombres y características generales de las unidades ganadoras en todos los medios de difusión del Instituto, a través de la Coordinación General de Comunicación Social. Las unidades del Instituto pueden participar voluntariamente conforme a las categorías y subcategorías de participación, sin consecuencia de ninguna naturaleza para las unidades no ganadoras.

Las bases del Premio IMSS de Calidad definen claramente los principios de calidad sobre los cuales debe estar basada la aplicación del modelo de evaluación y son: la calidad es un proceso de mejora continua, la calidad se prevé y se diseña y la calidad la constituyen las personas y tiene como objetivos: crear valor para los usuarios (cómo se satisfacen sus necesidades y expectativas), para el personal (situaciones a las que está expuesto el personal para realizar su trabajo), para la unidad y para la sociedad ( las unidades son dirigentes de la sociedad en el área de la salud ).

Para evaluar las unidades, el premio se basa en ocho criterios que son: satisfacción del usuario, liderazgo, satisfacción del prestador del servicio, información y análisis, planeación, administración de procesos, impacto en el entorno social y ecológico y resultado del desempeño organizacional, de estos criterios se desprenden 22 sub criterios a los cuales se les asigna una puntuación, la cual da un total de 1000 puntos.

## **Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**

En el año 2001 participaron la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos, Academia Mexicana de Cirugía, Academia Nacional de Medicina, Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y Federación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina en un proyecto para mejorar la calidad de los servicios públicos y privados denominado "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", que incluye la definición y registro de indicadores de calidad en unidades y la conformación de una red nacional de monitoreo, la capacitación de trabajadores y directivos en áreas que inciden en la calidad de los servicios, la elaboración y divulgación de derechos de los pacientes y de códigos de ética de enfermeras y médicos, así como el otorgamiento de apoyos técnicos y financieros federales a proyectos locales que apuntan a mejorar la calidad.

El objetivo de este proyecto es promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos y la meta, colocar a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud, en beneficio de la población. (SS. DGRSS. Típico informativo 2001).

Se Incluyeron dos grandes acciones concretas: 1) ofrecer un trato digno a los usuarios de los servicios de salud y a sus familiares y 2) mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica. Dentro de los servicios de salud, el trato digno a los usuarios se debería de reflejar en: respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona, información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan y amabilidad por parte de los prestadores de servicio.

Este proyecto estaba encaminado a lograr mejoras evidentes en el término de cien días. Con este propósito, se seleccionaron cuatro indicadores representativos de la calidad en la atención proporcionada: 1) tiempo de espera en consulta general, 2) tiempo de espera en urgencias, 3) surtido de recetas y 4) información proporcionada al usuario en consulta general y en urgencias; se complementan con el procedimiento para medir los resultados obtenidos y con cuestionarios para conocer la percepción del usuario en tales situaciones.

La Dirección de Calidad de la Atención Médica diseñó una guía para la solución de problemas, (SSA Guía 2001) que está dirigida fundamentalmente a los directivos de las unidades médicas y sus colaboradores con responsabilidad directiva. En su contenido, se enfatizan aquellas condiciones que, con mayor frecuencia, propician las desviaciones en la calidad de estos indicadores y con un enfoque práctico, se incluyen las recomendaciones que se han considerado pertinentes, de pronta aplicación, de fácil ejecución y bajo costo.

Esta Cruzada tiene varias líneas de acción y una de estas líneas es ampliar la **certificación de las unidades de atención** y la extensión de este procedimiento a otras instituciones, como son: laboratorios gabinetes de rayos X y unidades de cirugía ambulatoria y no nada más a hospitales.

Este proyecto surge como respuesta a una percepción generalizada de una mala calidad del servicio, información deficiente y poco confiable y una heterogeneidad del servicio a nivel nacional. Han transcurrido casi tres años de implementar este proyecto de manera voluntaria en las instituciones de salud, públicas y privadas, y no se han cumplido los compromisos para los primeros cien días, sobre todo lo relacionado a la reducción del tiempo de espera y surtido de recetas. Por otro lado, el hecho de ser un proyecto voluntario no garantiza la homogeneidad de los servicios de salud,

### **Sistema de Gestión de Calidad de la CONAMED**

Posteriormente la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, se propuso consolidarse en una institución que fuera Centro Nacional de Referencia para la resolución de conflictos entre los profesionales de la salud y los pacientes y/o sus familiares, y ser reconocido por su objetividad, imparcialidad, confidencialidad y respeto en el manejo de los asuntos que le son presentados para su resolución.

Pretende además ser una Institución que influya en la mejoría de la práctica de la medicina y que sirva de elemento para fortalecer la calidad de los servicios médicos que, tanto prestadores públicos como privados, otorgan a los ciudadanos. La realización de este propósito implica contar con una planeación y organización meticulosa de la operación de la Institución, que armonice todos los elementos que concurren para la prestación de su servicio con calidad.

Por tal motivo, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico decidió establecer un Sistema de Gestión de Calidad acorde con los lineamientos de la Norma ISO 9000 versión 2000 (CONAMED, 2003). Este Sistema de Gestión de Calidad garantiza que la Institución conozca las necesidades y expectativas de los usuarios sobre sus servicios, para diseñar procesos que satisfagan en la medida de lo posible tales expectativas. Además, obliga a contar con personal competente y actualizado para el desempeño de sus responsabilidades, a establecer objetivos de calidad y monitorear constantemente su cumplimiento, a revisar constantemente la operación y a implementar acciones de mejora, que reditúen en un mejor servicio a los usuarios.

Al ser usado este enfoque dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la CONAMED, se enfatiza la importancia de:

- Entender y cumplir totalmente los requerimientos de los usuarios.
- La necesidad de considerar procesos en términos de valor agregado.

- Obtener resultados del desempeño de los procesos y su efectividad.
- Mejora continua de los procesos basada en mediciones objetivas.

En este sentido, cuando se desarrolló, implementó y administró el Sistema de Gestión de Calidad en la CONAMED, la alta dirección consideró las siguientes actividades como claves para la eficiencia del sistema:

- La planificación del futuro de la organización y la gestión del cambio. En el contexto de implantación del Sistema de Gestión de Calidad, la primera fase consistió en la determinación, a través del proceso de planeación estratégica, de la dirección que debe seguir la CONAMED y las grandes líneas de acción para el logro de su propósito institucional.

Como resultado de este proceso, se actualizó el planteamiento de la misión, la visión y los objetivos estratégicos de la CONAMED, así como los indicadores y metas para medir el logro de dichos objetivos.

- Comprensión de las necesidades y expectativas actuales y futuras del cliente, además de los requisitos. En la CONAMED se afirma que el éxito depende de entender y satisfacer las necesidades, expectativas actuales y futuras de los clientes o partes interesadas, por lo tanto el equipo directivo de la CONAMED se asegura que los requerimientos del cliente sean determinados y cumplidos con el objeto de aumentar la satisfacción del cliente. En CONAMED se tienen diversas categorías de partes interesadas, cada una con necesidades y expectativas propias.

Para los propósitos del Sistema de Gestión de Calidad de CONAMED, las partes interesadas incluyen: Pacientes, familiares y demás usuarios de servicios médicos y Médicos, Instituciones y demás prestadores de servicios.

- Identificación de los procesos vitales de la organización y sus interacciones.
- El establecimiento de la mejora continua como un objetivo de los procesos de la organización.

### **Premio ISSSTE a la Calidad**

Otra acción que se llevó a cabo para mejorar la calidad fue la creación del Premio ISSSTE a la Calidad, en el 2002, el cual considera a la calidad como filosofía de trabajo y se ha ido incorporando de manera gradual. El ISSSTE al igual que las otras dos instituciones de mayor representatividad en el sector salud, han incorporado áreas específicas para el manejo de la calidad de sus procesos internos y en los servicios que ofrece a los usuarios.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se buscó como prioridad instrumentar un sistema de evaluación y reconocimiento de la calidad con el propósito de evaluar y reconocer a las unidades médicas más destacadas que hayan desarrollado y avanzado en la implantación exitosa de un sistema de gestión de la calidad y la participación en el premio es voluntaria.

El Premio ISSSTE a la Calidad de la Atención Médica 2002 es un reconocimiento que entrega el Instituto al esfuerzo para la mejora continua de la calidad en las unidades medicas, y consiste en la transferencia presupuestal de \$1, 250. 000 a las unidades de salud premiadas distribuidos en diversas cantidades de acuerdo a la categoría, entrega de una placa a las unidades ganadoras y un reconocimiento personalizado, firmado por el Director General del ISSSTE, a todo el personal de las mismas.

El Premio será respaldado por la siguiente estructura: un Comité de Calidad, un Comité Técnico, el equipo directivo de la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud y el equipo de evaluadores, el cual se encargará de revisar los informes técnicos enviados por las unidades médicas aspirantes al Premio, así como de visitar las unidades cuyos informes reflejen un mejor cumplimiento de los criterios establecidos para la obtención del Premio.

Los criterios mediante los cuales se evaluará a las unidades son los siguientes: satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, liderazgo, desarrollo de personal con enfoque de calidad, administración y mejora de procesos, planeación, información, impacto en la sociedad y valor creado (Premio ISSSTE, 2003).

El IMSS y el ISSSTE que tienen instituido el Premio manejan los mismos criterios de evaluación y el peso relativo de los criterios recae en el desempeño organizacional y satisfacción del cliente, pero desafortunadamente no todas las unidades (IMSS o ISSSTE) participantes terminan todo el proceso, ya que únicamente reciben la visita del equipo evaluador las unidades seleccionadas a través del informe y son las que tienen la oportunidad de conocer más a fondo qué criterios están desarrollando adecuadamente y cuáles requieren ser reforzados; sin embargo los resultados han demostrado que la madurez del sistema de gestión de calidad en los servicios de salud es variable.

Como estos Premios utilizan los principios de gestión de la calidad resultaría interesante, con base en el Premio IMSS verificar qué elementos de dicho premio se incluyen en el Programa Nacional de Certificación de Hospitales (ver anexo 7).

### **Certificación ISO 9001:2000**

Es importante mencionar que algunas instituciones han buscado otras alternativas de mejora a través de la Certificación ISO 9001:2000 para certificar procesos, como es el caso del Hospital del Niño Dr. Federico Gómez Santos-Daimler Chrysler, Hospital Médica

Sur y Hospital The American British Cowdray Medical Center, I.A.P, que certificó su laboratorio y banco de sangre.

Una vez que se revisó este capítulos podríamos concluir que la calidad de los servicios de salud no es una inquietud actual, pero este tópico ha tomado relevancia en el país a partir de la década de los ochentas, y es un hecho concordante con otros más del mismo tema escenificados en diferentes sectores de la sociedad mexicana. El origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y para algunos, de responsabilidad social.

Así mismo, se han utilizado diferentes modelos y metodologías para medir la calidad; sin embargo, la evaluación en el sector salud tradicionalmente se han dirigido a medir estructuras, procesos y/o resultados de servicios, programas y políticas. Estas evaluaciones han permitido medir el cumplimiento de metas operativas y, en ocasiones, cuantificar el impacto de los servicios, programas y políticas sobre algunos indicadores simples de salud y servicios de salud. Pero, el cumplimiento de las metas operativas no supone el éxito de un servicio, un programa o una política, y la suma de sus logros no necesariamente constituye un fiel reflejo del desempeño agregado de un sistema de salud. También es cierto que las instituciones, con el afán de mejorar la calidad han buscado algunas alternativas que se han aplicado principalmente en las industrias como es el caso de los ISO 9001:2000 para certificar alguno de sus procesos; sin embargo estos hospitales son muy pocos.

A pesar de estos esfuerzos por mejorar el nivel de calidad de la atención, observamos la existencia de un sistema heterogéneo, caracterizado por diferencia en cobertura, base legal, recursos humanos, materiales y financieros, que va a repercutir en el tipo de atención proporcionada.

A esto hay que agregarle que el presupuesto asignado a salud cada vez es menor, y con la transición demográfica en relación al descenso de la mortalidad y fecundidad y aumento de la esperanza de vida, se estiman cambios por grupo de edad con repercusiones muy significativas, en cuanto a la nueva demanda de atención.

Tendremos entonces una población cada vez más grande, que ha influido en la polarización epidemiológica que se está presentando actualmente, caracterizada por presencia de enfermedades crónicas degenerativas en las grandes ciudades y enfermedades infecciosas y de nutrición en poblaciones pobres.

Por estas razones resulta necesario que de acuerdo a las características del Sistema Nacional de Salud, se encuentren algunas formas que faciliten que las instituciones de salud adopten estrategias que les permita la mejora continua de la atención brindada y una vez implementada se complemente con el reconocimiento de que la institución tiene la capacidad para garantizar atención de calidad a través de la **certificación**, lo que propiciará la disminución de la baja calidad de los servicios de salud, la heterogeneidad del servicio y la percepción generalizada de una mala calidad del servicio.

Por lo que en el tercer capítulo se revisa el Programa Nacional de Certificación y las Normas ISO 9000:2000 como opciones para la Certificación de Hospitales o procesos.

---

# CAPÍTULO 3

## CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES

---

En este capítulo se incluyen los antecedentes internacionales y nacionales como base para el diseño del Programa Nacional de Certificación de Hospitales (en algunos países Programa de Acreditación de Hospitales), bases para el establecimiento de normas y los criterios de evaluación de dicho Programa, también se consideró la normatividad internacional de la Norma ISO 9000:2000 y su aplicación en los servicios de salud. Se entiende por Certificación de Hospitales el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados. (C.S.G, Programa Nacional de Certificación de Hospitales, 1999).

### **3.1 Programa Nacional de Certificación de Hospitales**

#### **3.1.1 Antecedentes Internacionales del Programa**

Hoy en día existe en todo el mundo tendencia hacia la certificación, tanto en el sector privado como en el público y los servicios de atención a la salud no escapan a estas acciones. Sin embargo, no en todos los países se realizan funciones de certificación de establecimientos de salud, entre los países que han implementado este programa

destacan Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Australia, Nueva Zelanda, Lituania, Corea, China, Sudáfrica y la República Checa.

Estos países, han tenido resultados diversos, esto se debe en parte a las características socioculturales de cada nación, estas actividades no se pueden desarrollar dentro de un vacío sociocultural, sino que se realizan dentro del marco de diversas sociedades y culturas (Ishikawa, 1996).

Un ejemplo de lo anterior es Japón y Estados Unidos, Japón que a través de los círculos de calidad ha logrado garantizar la mejora continua de la calidad y Estados Unidos cuenta con uno de los Programas de Certificación más avanzado.

Sabemos que estos dos países son completamente opuestos, mientras que Japón es una sociedad vertical con una fuerte relación entre los de arriba y los de abajo, con un nivel educativo alto, modalidad de contratación familiar o vitalicia, con un sistema de mejora continua desde hace muchos años, identificado por el liderazgo, participación del personal, relación mutuamente beneficiosa con el proveedor, comunicación, cultura de calidad en todas sus actividades y satisfacción con lo que hace, que se demuestra por el compromiso, bajo ausentismo y permanencia en la misma organización.

En Estados Unidos, sus actividades se desarrollan por especialidad, su sistema de pago se basa en los méritos y a pesar de que cuenta con uno de los Programas de Acreditación (en nuestro país certificación) más avanzado ocurre lo contrario que en Japón, ya que no tiene establecido un sistema de calidad y por consiguiente no se ha logrado el compromiso por parte de los trabajadores, además existe una gran inconformidad con la Comisión Mixta de Acreditación (JCAH, siglas en inglés)

Esta Comisión (JCAH) ha desarrollado y publicado normas profesionales enfocadas al continuo mejoramiento en la calidad de los servicios del cuidado de la salud. Cualquier hospital puede solicitar el reconocimiento de acreditación siempre y cuando se cumplan los requisitos estipulados por ésta, entre los más importantes se encuentran: que el hospital tenga un promedio de estancia de 30 días o menos, que haya estado funcionando y prestando cuidado activo a pacientes durante por lo menos seis meses antes del reconocimiento, que el hospital tenga la función primordial de llevar a cabo diagnósticos, tratamiento y/o rehabilitación y que el hospital suministre lo siguiente: edificio y áreas circundantes, seguros, servicio de dietología, servicio de urgencias, control de infecciones, servicio de medicina nuclear, servicio de patología, laboratorio médico, farmacia, biblioteca y programa de Control de Calidad (Comisión Mixta de Acreditación, 1999).

Maneja normas específicas para los servicios de anestesia, dietología, urgencias, junta de gobierno, cuidados domiciliarios, cuidado ambulatorio, control de infecciones, servicios administrativos, expedientes clínicos, cuerpo médico, medicina nuclear, servicio de

enfermería, patología, laboratorio, farmacia, biblioteca, radiología, servicio de rehabilitación, trabajo social, cuidados respiratorios y programa de garantía de calidad. En cada uno de estos servicios se maneja un principio y varias normas con su interpretación y características. Esta evaluación se realiza con base en procedimientos.

Sin embargo, la Comisión Mixta de Acreditación es constantemente criticada por los hospitales porque se perciben "problemas de comunicación" y encuestas costosas. En julio de 1999, un estudio del gobierno Federal concluyó que la JCAH no está haciendo su trabajo y que su rol debe cambiar de manera fundamental. Uno de sus argumentos claves fue que el descuido de la JCAH se inclinó hacia un enfoque colegiado (*collegial*), más que hacia un enfoque regulatorio.

Algunos consideran, que después de 48 años, probablemente es hora de reconsiderar si la acreditación es una función legítima del gobierno y, como tal, debe ser diseñada y administrada por una agencia estatal. La publicación *Modern Healthcare* (2000), que por mucho tiempo ha criticado la JCAH, ha dicho lo siguiente: "En sus 48 años, la Comisión nunca ha juzgado la acreditación con base en qué tan bien un hospital cuida a sus pacientes". En otras palabras, la acreditación debería tener en cuenta el resultado de la atención médica en vez de exámenes de procedimientos.

Como todas las grandes organizaciones, la JCAH ha recibido la influencia de su entorno social. Una de las presiones proviene de los consumidores norteamericanos. El programa estadounidense es más abierto al público en cuanto al acceso a la encuesta y a la disponibilidad de los resultados de ella. Otras presiones derivan de los grupos de trabajadores, y ellas han causado considerable preocupación a la Comisión con respecto a la seguridad del trabajador y a la protección de su salud. Se han desarrollado y evaluado de manera rigurosa las nuevas normas con respecto al efecto de los hospitales sobre el medio externo. Es decir, en relación a los residuos y a la contaminación producida por los hospitales.

Se puede también ver cambios significativos en la JCAH con relación a los aspectos clínicos de sus normas. Posteriormente, se hizo énfasis en el resultado de las intervenciones clínicas, luego del descontento expresado por los profesionales clínicos en cuanto al procedimiento tradicional de garantía de calidad. La Comisión Mixta de Acreditación ha invertido grandes cantidades de dinero para la investigación de este nuevo enfoque y trató de lograr el establecimiento de criterios de resultados para algunos procedimientos clínicos que puedan medirse por estadísticas.

En relación a la Administración del Programa de Acreditación de Hospitales, también se ha expresado descontento en la Asociación Americana de Hospitales y en otras organizaciones de Juntas de Hospitales. A pesar de esto, la JCAH sigue siendo la organización por excelencia en el campo de la acreditación de hospitales.

Con toda esta problemática, a pesar de ser considerado el Programa de Certificación como de los más avanzados, se han dado cuenta que tiene deficiencias y se ha trabajado dando mayor énfasis en el proceso y resultado que a la infraestructura como se tenía inicialmente.

Otro país en donde la acreditación de hospitales es una realidad desde 1973 es Canadá, este país tiene un programa nacional de seguro de salud administrado por el gobierno y su estructura y método se amplían continuamente con relación a las áreas que cubren del hospital y en cuanto al número de exigencias que se formulan mediante las normas dentro de cada servicio y han ampliado su función en el campo de la atención médica de largo plazo, a la rehabilitación y a la salud mental (OPS, 1992).

Ante este panorama en 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1992) inició un proyecto para fomentar la certificación de organizaciones de salud en América Latina y el Caribe, con este fin se diseñó el Manual "Estándares de Acreditación para América Latina", en donde se consideró la situación real de los hospitales latinoamericanos, principalmente en relación al número de camas y su operación, comparada con los grandes hospitales de países desarrollados. Este manual se compone de dos grupos de requisitos de acreditación, estándares obligatorios y no obligatorios (OPS, 1996); los estándares incluidos en el primer grupo deben ser considerados mínimos y obligatorios para todo establecimiento que solicite la acreditación y los comprendidos en el segundo grupo, dependerán de la existencia o no del servicio en la institución evaluada o de la decisión de cada país o región de incluirlos entre las exigencias.

Los estándares mínimos obligatorios incluidos fueron: organización de la atención médica, áreas técnicas y de apoyo, documentación de planos, estructura físico-funcional e instalaciones. Los estándares no obligatorios fueron: cuidados críticos, neonatología, medicina nuclear, terapia radiante, rehabilitación, servicio social y biblioteca. (OPS, OMS, 1992). Este programa se basa en evaluación de las características físicas de la institución y los procedimientos.

El propósito del manual era estimular a los gobiernos de los países de la región para que desarrollaran sus propios criterios y establecieran sus estructuras certificadoras. Los criterios determinados se basaron en la experiencia norteamericana, que ya para entonces, se encontraba en pleno proceso de cambio, por lo que el proyecto de la Organización Panamericana de la Salud se hizo pronto obsoleto.

A pocos años de la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, el resultado no fue favorable, ya que en la mayor parte de los países latinoamericanos, el proceso se interrumpió por múltiples causas y en aquellos en que aún existen rastros, la certificación como se planteó originalmente, no adquirió plena presencia en el sistema de salud respectivo.

### 3.1.2 Antecedentes Nacionales del Programa

Con la reforma del artículo 4o. Constitucional que consagra el derecho a la protección de la salud como garantía social, se sientan los fundamentos para el nuevo Sistema Nacional de Salud, cuyos principios fundamentales están establecidos en el Programa Nacional de Salud que marca con precisión las políticas a seguir, entre las que se encuentran: acceso universal a los servicios de salud con equidad y *calidad*, política establecida a partir de 1990, ante esto la Secretaría de Salud incorporó a los programas de trabajo en materia de atención médica la política, los objetivos y las metas concretas para aplicar el proceso de mejoría de los servicios de salud.

Para dar cumplimiento a esta política, se buscó a través de la Certificación de Hospitales (en otros países Programa de Acreditación de Hospitales) que los sectores públicos y privados garantizaran la capacidad técnica del personal médico, de los servicios de atención médica y de los auxiliares de diagnóstico, pero en realidad no se pudo establecer un sistema efectivo de evaluación.

En mayo de 1990, el entonces Secretario de Salud Dr. Jesús Kumate, instruyó a la Subsecretaría de Servicios de Salud y bajo el auspicio de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, desarrollar un programa con un grupo representativo de los hospitales privados establecidos en el área metropolitana de la Ciudad de México y formó un equipo de trabajo enfocado al desarrollo de estrategias que coadyuvaran a elevar la calidad de los servicios que se otorgan en las unidades hospitalarias.

Este grupo decidió que era importante conocer cuantas unidades médicas privadas existían en el país, y se llevó a cabo un censo nacional de unidades hospitalarias del sector privado, que les permitió conocer la capacidad instalada y sus características.

Asimismo, se convino establecer como proyecto prioritario la elaboración de una propuesta que permitiera al país contar con un modelo de certificación hospitalaria; dicho modelo debería de incluir el manual de estándares y los mecanismos de certificación, así como las características del organismo certificador.

En la realización de ambas tareas participaron la Secretaría de Salud, las Instituciones de Seguridad Social y otras instancias como la Organización Panamericana de la Salud, Academia Nacional de Medicina, Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud, la Fundación Mexicana para la Salud, la Academia Mexicana de Cirugía, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Asociación Mexicana de Hospitales, entre otras.

A diferencia de los modelos estadounidense y canadiense, que cuentan con un manual de estándares hospitalarios único, dada la homogeneidad en las características de sus unidades, en el caso de México se consideró necesario establecer una clasificación de estándares de acuerdo con tres categorías, diferenciadas por el grado de complejidad de las unidades (baja, mediana y alta), ya que particularmente dentro del sector privado existe una gran heterogeneidad entre éstas, con predominio de las de baja complejidad.

El censo fue realizado de abril a agosto de 1993 bajo la coordinación de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, en donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Se censaron 2 705 unidades distribuidas en el territorio nacional, que suman un total de 31,062 camas. Destaca el hecho que de estas unidades el 82% corresponde a las de baja complejidad (hasta 14 camas) el 15% a las de mediana (15 a 49 camas) y el restante 3% a las de alta complejidad (más de 60 camas) (Hurtado, 1994).

Aunque existió una correlación entre la complejidad y el número de camas, los factores de mayor peso para clasificarlos fueron el grado de especialización de los recursos humanos, la tecnología de apoyo disponible y las características de organización.

Como resultado de las reuniones de expertos convocadas con el fin de establecer los lineamientos generales que deberían considerarse al iniciar el proceso de certificación de hospitales en México y tomando como punto de partida el documento elaborado por la OPS. "La garantía de calidad: acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe", se analizaron diversos aspectos que se consideraron fundamentales para establecer el modelo mexicano de certificación.

En junio de 1993 se aprobó la propuesta para la integración del manual de estándares considerando tres tipos de unidades (baja, mediana y alta complejidad), mismo que incluye los mecanismos de certificación hospitalaria (OPS, 1992).

Esta propuesta no tuvo los resultados deseados ya que fracasó debido a que contemplaba niveles muy bajos de aceptación.

Con estos resultados y con el inminente Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá en noviembre de 1993 se realizó un foro trinacional sobre el ejercicio profesional del médico ante la apertura comercial, en el que intercambiaron experiencias sobre el tema; se coincidió en la gran importancia que reviste el que los tres países firmantes cuenten con procedimientos homólogos de acreditación de unidades hospitalarias que permitan estandarizar la calidad de los servicios de salud. Sin lugar a duda, el motor que mueve la economía contemporánea es la competitividad y el comercio internacional, que es uno de los objetivos principales que se busca con los Acuerdos o Tratados Comerciales.

Para México, la firma del Tratado de Libre Comercio fue vital, ya que sólo de esta manera podría integrarse a un bloque competitivo no sólo a nivel regional sino también mundial (Centro de Estudios Estratégicos, 1994). A partir de ese momento se ha tratado de fomentar la calidad de los productos y servicios y de esa manera poder competir en el exterior y por ende elevar los niveles de intercambio comercial. Sin embargo, habría que cuestionar hasta donde los Tratados propician la calidad de productos y servicios.

### **3.1.3 Acuerdos por el que se establece las bases para la instrumentación del Programa en México.**

El Plan Nacional de Desarrollo para el periodo 1994-2000 determina como uno de sus objetivos impulsar la protección a todos los mexicanos brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de las condiciones de bienestar social. Para lograrlo, el Sistema Nacional de Salud deberá orientar sus acciones hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Para tratar de contribuir a lograr estos objetivos, el 8 de marzo de 1999 el Consejo de Salubridad General acordó instrumentar un programa para la Certificación de Hospitales (Consejo de Salubridad General, 1999). Previo a esto se publicó el acuerdo que establece las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales (véase anexo 8).

### **3.1.4 Objetivos del Programa Nacional de Certificación de Hospitales**

El Programa Nacional de Certificación de Hospitales se sustenta en la protección de la salud de los mexicanos, demanda creciente de calidad de los servicios, mayor exigencia de los usuarios y de los terceros pagadores (aseguradoras) y sus objetivos son:

- Contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud.
- Determinar objetivamente la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para garantizar atención de calidad.
- Establecer mínimos homogéneos de calidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Promover acciones de mejora de la calidad (C.S.G, Programa Nacional de Certificación de Hospitales, 1999).

Se certificará con base en criterios establecidos a aquellos hospitales que se desempeñen bajo normas de garantía de calidad, además se motivará a todos a mejorar permanentemente y, con ello, se beneficiará a la población al garantizarle una mayor calidad y así proteger su derecho a la protección de su salud.

### **3.1.5 Hospitales Certificados**

Los hospitales que solicitaron y se les certificó en el primer bloque fueron 111 hospitales en toda la República Mexicana (véase cuadro 3.1).

**CUADRO 3.1**  
**HOSPITALES CERTIFICADOS POR ENTIDAD FEDERATIVA**

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE HOSPITALES	PORCENTAJE
Aguascalientes	2	1.80%
Baja California	5	4.50%
Campeche	5	4.50%
Coahuila	2	1.80%
Distrito Federal	26	23.42%
Estado de México	4	3.60%
Guanajuato	1	.90%
Jalisco	3	2.75%
Michoacán	1	.90%
Morelos	1	.90%
Nuevo León	8	7.20%
San Luis Potosí	9	8.10%
Sonora	14	12.61%
Tabasco	13	11.71%
Tamaulipas	11	9.86%
Tampico	3	2.75%
Tijuana	2	1.80%
Veracruz	1	.90%
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales

Como podemos observar el mayor porcentaje de hospitales certificados son del Distrito Federal.

Por el subsidio que reciben, los hospitales certificados se clasifican en públicos y privados (véase cuadro 3.2).

**CUADRO 3.2**  
**TIPOS DE HOSPITALES CERTIFICADOS**

TIPO DE HOSPITAL	NUMERO DE HOSPITALES	PORCENTAJE
Públicos	66	59.45%
Privados	45	40.55%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales

El mayor porcentaje de hospitales certificados son públicos, de los cuales 65 pertenecen a la Secretaría de Salud y 1 a PEMEX.

1

Por el servicio que presta, los hospitales públicos y privados certificados en la República Mexicana son generales, de especialidad e institutos nacionales, los cuales son públicos y privados (véase cuadro 3.3).

CUADRO 3.3  
HOSPITALES CERTIFICADOS PÚBLICOS Y PRIVADOS POR EL SERVICIO QUE PRESTA HASTA 1999  
EN LA REPÚBLICA MEXICANA

Estado	Públicos			Privados			Total	Total
	Especialidad	Generales de + de 30 camas	Generales de hasta 30 camas	Especialidad	Generales de + de 30 camas	Generales de hasta 30 camas		
Aguascalientes	2						2	2
Baja California				1		4	5	5
Campeche		1	4				5	5
Coahuila					2		2	2
Distrito Federal	9	1		12	4		16	26
Estado de México				3	1		4	4
Guanajuato		1					1	1
Jalisco				1	1	1	3	3
Michoacán		1					1	1
Morelos						1	1	1
Nuevo León		1		3	3	1	7	8
San Luis Potosí	2	3	1	1	2		3	9
Sonora	3	1	10				0	14
Tabasco	1	3	9				0	13
Tamaulipas	2	6	2			1	1	11
Tampico	1	2					0	3
Tijuana				1		1	2	2
Veracruz					1		0	1
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>45</b>	<b>111</b>

Fuente: Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales

El Distrito Federal tiene el 50% del total de hospitales de especialidad y en relación a su total de hospitales certificados, el 80.77% son de especialidad y solo el 19.23% son hospitales generales.

### 3.1.6 Criterios para la Certificación de Hospitales

El 25 de junio de 1999 se publicaron los criterios para la certificación de hospitales (C.S.G., Criterios para la Certificación de Hospitales, 1999) y las especificaciones que el hospital debe cumplir para estar en condiciones de recibir la certificación oficial y todas las acciones que el evaluador realizará para verificar cada especificación y criterio. Además se estableció que la certificación de hospitales la llevará a cabo el Consejo de Salubridad General, a petición de las personas interesadas en obtener dicha certificación y para obtener la certificación del Consejo de Salubridad General los hospitales interesados deberán reunir los requisitos que para cada área se señalan y de acuerdo con el tipo de hospital de que se trate.

Para establecer los criterios se tomaron en cuenta el servicio que otorga el hospital, el número de camas y las actividades de enseñanza e investigación. Una vez que se diseñaron los criterios se elaboraron manuales para el evaluador con la forma en que se presentan los criterios, especificaciones y actividades a realizar durante la visita de verificación al hospital, así como los valores ponderales para cada criterio.

Se determinó diseñar cuatro manuales del evaluador:

- Hospitales generales hasta con 30 camas
- Hospitales generales con más de 30 camas
- Hospitales de especialidad
- Enseñanza e Investigación (Manual del evaluador, 1999)

Los criterios a evaluar se determinaron con base en los requisitos mínimos de la normatividad vigente en materia de atención hospitalaria.

Según su importancia se clasifican los criterios generales en:

- Criterio a: es un criterio importante pero no indispensable para que se cumplan las condiciones mínimas de calidad de la atención, se le asigna puntuación de 0 a 3.
- Criterio b: es un criterio cuya deficiencia o ausencia pone en riesgo la salud y la seguridad de un paciente, es indispensable para garantizar calidad de la atención, se le asigna puntuación de 0 a 5 (Manual del evaluador, 1999).

Estos manuales independientemente del hospital de que se trate, tienen los mismos capítulos: estructura, funciones de atención al paciente, funciones de apoyo e indicadores y éstos a su vez contienen los mismos subcapítulos, en donde se establecen los criterios de evaluación, los cuales varían dependiendo del tipo de hospital (véase anexo 9).

La estructura incluye los siguientes subcapítulos: recursos humanos, instalaciones físicas, equipamiento e insumos.

En las funciones de atención al paciente se incluye los subcapítulos: derechos del paciente, valoración del paciente, expediente clínico, urgencias, hospitalización, cirugía y anestesia.

Las funciones de apoyo a la atención contempla los subcapítulos: gobierno, ambiente hospitalario, seguridad hospitalaria, personal médico y paramédico.

En los indicadores se incluye: porcentaje general de ocupación hospitalaria, número total de egresos en el último año, número de cirugías efectuadas en el último año, tasa de mortalidad hospitalaria, porcentaje de cesáreas, tasa bruta de infecciones intrahospitalaria, promedio de estancia hospitalaria, tasa ajustada de mortalidad

hospitalaria, porcentaje de reingresos hospitalarios, porcentaje de pacientes reintervenidos quirúrgicamente y porcentaje de congruencia entre diagnóstico clínico y el histopatológico.

Además se cuenta con un cuarto manual que contiene los criterios para evaluar el departamento de enseñanza e investigación. (véase anexo 10)

Para establecer estos criterios se utilizaron dos fuentes principales, que fueron la Academia de Acreditación Canadiense y la Joint Comisión de Estados Unidos, a pesar de que OMS y la OPS ejercían presión para que los países participantes desarrollaran sus propios criterios con base en las características de su contexto y la de su Sistema de Salud.

### **3.1.7 Bases para el establecimiento de normas**

La OPS (1992) menciona que es de gran utilidad revisar los enfoques exitosos para la fijación de normas aplicadas en los países que han implementado este programa. Quizás lo que más resalta del establecimiento de programas en otros países es que inicialmente las normas deben ser simples. Además, se ha comprobado que las normas deben abarcar todas las áreas del hospital. Es de gran importancia que ninguna profesión en particular sienta que constituye el núcleo para la fijación de las normas. Esto es particularmente importante con respecto a la profesión médica y al personal de enfermería.

La otra característica de los programas exitosos de fijación de normas, es que se concentraron, al menos inicialmente, en torno a las áreas con problemas particulares. Por medio de la identificación de los problemas y de la formulación de normas es posible que los profesionales de salud acepten con mayor facilidad cumplir con las normas establecidas. Es decir, que entiendan la necesidad del uso de las normas.

Cuando cada país establece sus normas para acreditación, no quiere aceptar que las normas de otros países también pueden ser apropiadas. Si observamos las normas publicadas en los Estados Unidos, Canadá, Australia y Gran Bretaña, se descubre que los modelos de cada país se asemejan extraordinariamente. Por lo tanto, cuando un país considere el establecimiento de un programa de acreditación de hospitales debe reconocer estos hechos, no necesariamente tiene que adoptar las normas en su totalidad, sino utilizar las normas fundamentales y adaptarlas al sistema de salud de cada país.

Otro de los elementos esenciales en el desarrollo de los programas de fijación de normas es que deben realizarse consultas a gran escala. Es decir, todas las organizaciones profesionales de salud deben participar activamente en el desarrollo y aceptación de las normas. Esto se refiere tanto a las asociaciones médicas y de enfermería, como al conjunto de asociaciones de profesionales de la salud en todo el país. También es cierto que, en los países donde el sistema de salud es esencialmente privado, debe haber participación continua de los servicios del gobierno en el desarrollo de las normas. Hay pocas posibilidades de que el programa tenga éxito si no se obtiene un consenso nacional

sobre las normas requeridas para la acreditación (en el caso de otros países) o certificación (en el caso de México).

Con base en estos enfoques exitosos para la fijación de normas aplicadas en los países que han implementado este programa, se analiza si en la construcción del PNCH fueron consideradas.

Podemos darnos cuenta que de acuerdo a estos enfoques las normas son simples, se abarcó todas las áreas del hospital y se consideró las normas establecidas por otros países que han implementado el Programa: sin embargo, no se cumplieron algunos de estos enfoques, en este caso los médicos constituyeron la mayoría de integrantes de la comisión, se incluye únicamente a un licenciado en enfermería, no se invitó a participar a otros profesionales del equipo de salud.

El diseño del programa se concentró en torno a las áreas con problemas particulares, con el fin de que los profesionales entendieran la necesidad del uso de la norma, por consiguiente es importante que estas normas se deriven de la identificación de problemas.

Tampoco se realizaron consultas a gran escala durante el desarrollo y aceptación de las normas con las asociaciones médicas y de enfermería, así como, con el conjunto de asociaciones de profesionales de la salud en todo el país, principalmente de las asociaciones de enfermería y otras asociaciones de profesionales de la salud.

También las experiencias de otros países demuestran que los programas no deben de ser administrados por el gobierno como es el caso del PNCH, ya que las autoridades gubernamentales transforman estos Programas en inspección y las visitas no serían consideradas como apoyo.

### **3.1.8 Criterios de evaluación y cumplimiento de objetivos**

Considerando los criterios de evaluación como elementos fundamentales para el logro de los y objetivos del PNCH, y así disminuir el rezago en relación a la calidad nos dimos a la tarea de analizar si los criterios de evaluación son suficientes para cumplir con dichos objetivos.

Iniciaremos por mencionar que al ser consideradas las características del SNS, se diseñaron cuatro manuales (hospitales generales de hasta 30 camas, hospitales generales de más de 30 camas, hospitales de especialidades y actividades de enseñanza e investigación), en donde se incluyeron los mismos capítulos pero con criterios diferentes para cada uno de los tres hospitales, lo que propicia que la calidad de la atención brindada sea heterogénea en las diferentes instituciones de salud.

La asignación de los capítulos para los manuales dio como resultado manuales fuertemente influenciados por el modelo de evaluación propuesta por Donabedian, en

donde encontramos la estructura representada por los recursos humanos, físicos y materiales, el proceso en la realización de las actividades y el resultado a través de indicadores.

En relación a los criterios de evaluación podemos mencionar que existen algunos criterios ambiguos como son: tener personal, en "cantidad necesaria" y con la calificación técnica "idónea", para prestar los servicios de hospitalización que ofrece, las 24 horas del día, los 365 días del año, para lo cual se le solicita la documentación en donde se defina por escrito la cantidad y calificación técnica del personal, esto ocasionan que la evaluación sea diferente en cada hospital dependiendo del grupo evaluador que la realice, cabe mencionar que existen indicadores dependiendo del tipo de hospital, que se pueden tomar como referencia.

Consideramos que con el afán de que la mayoría de los hospitales pudiera obtener la certificación se determinaron criterios mínimos de calidad que propiciaron que se filtraran hospitales que no cuentan con la capacidad para garantizar atención de calidad, además éstos pueden ser rebasados fácilmente por algunos hospitales cercanos a las 30 camas o más y sobre todo por hospitales de especialidad.

A pesar de la intención de crear criterios específicos por la cantidad de camas, consideramos que éstos son difíciles de alcanzar en hospitales de hasta 14 camas, que constituyen según Huerta (2000) el 82% del total de hospitales, y de éstos la mitad lo constituyen hospitales de 5 camas o menos, se menciona lo anterior en base a la escasa participación de estos hospitales ya que constituyeron solo el 2.7% del total de hospitales certificados en este primer bloque.

Mencionamos los casos en donde consideramos que resulta difícil que los hospitales de 14 camas que representan el 48% del total de hospitales, pero sobre todo los hospitales de 5 camas o menos constituido por cerca de la mitad de este universo, puedan cumplir:

- Resulta complicado que tengan un médico especialista en medicina crítica, capacitado para la atención de urgencias (ATLS, ACLS) y otro en urgencias médico quirúrgicas (guardia imaginaria) por los pocos recursos que tienen, sobre todo, que no se caracterizan por contar con profesionales altamente capacitados.

- Por los escasos recursos con los que cuentan, sobre todo los hospitales de cinco camas o menos, difícilmente pueden tener mantenimiento preventivo y correctivo en las instalaciones físicas de todo el hospital.

- Es difícil que los hospitales de cinco camas o menos, cuenten con equipo de cómputo y sistemas informáticos para apoyar los servicios que ofrece el hospital.

- No todos los hospitales pueden garantizar el servicio de unidades de apoyo diagnóstico, propios o subrogados, durante todo el proceso de atención, incluyendo: radiología e imagen, laboratorio clínico, banco de sangre y laboratorio de patología, las 24 horas del

día, todos los días del año; así como contar con controles internos de calidad en las áreas de apoyo diagnóstico.

- Por el número de camas no todos los hospitales pueden contar por lo menos con los comités de Auditoría Médica, Mortalidad e Infecciones Hospitalarias, por el poco personal que labora en la institución.

- Para la mayoría de los hospitales, sobre todo los de cinco camas o menos, les resulta difícil contar con los medios adecuados para trasladar a los pacientes que lo requieran, cuando el hospital no cuente con terapia intensiva.

- Además muchos de estos hospitales no cuentan con registros confiables y oportunos de los indicadores.

Por lo anterior consideramos que a pesar de que se trato que todos los hospitales pudieran participar, al disminuir los criterios mínimos de calidad, les va a resultar difícil alcanzarlos, por lo que es importante que los criterios se determinen en función de una atención de calidad y no en función de las características de los hospitales.

Otro elemento importante de comentar es que no se les exige a los hospitales, sobre todo a los de especialidad, que tengan el departamento de enseñanza e investigación, este es opcional y se evalúan siempre y cuando la institución tenga estos servicios, la enseñanza y la investigación son elementos importantes que contribuyen a mejorar la calidad de los servicios de salud.

En relación a los recursos físicos, no se mide la obsolescencia de los equipos, aunque según los indicadores del Instituto de Geografía, Estadística e Informática (INEGI, 1999), el promedio es de 20 años, lo que puede dar como resultado que físicamente se cuente con el equipo pero en ese momento ya no es funcional.

También se buscó que dentro de estos criterios, se encontraran contemplados los principios de gestión de calidad, indispensables para que las instituciones realicen acciones de mejora continua, uno de los objetivo del Programa, para éste fin se retomaron los principios propuestos por Moreno Luzón (2000) y se obtuvo lo siguiente:

Como el usuario es la parte más importante dentro de un hospital, es primordial comprender sus necesidades y satisfacer sus requisitos; sin embargo, no se contemplan criterios para valorar si los prestadores de servicio y los propios directivos tienen conocimiento profundo de las necesidades y expectativas de éstos, tampoco se incluye la medición de la satisfacción, únicamente se evalúa en el capítulo de funciones de atención, en el subcapítulo relacionado con derechos del paciente algunos criterios de las expectativas del usuario como son: información completa sobre padecimiento, diagnóstico y tratamiento, así como otorgar un trato digno.

Los criterios de certificación no incluyen evaluación del liderazgo a pesar de ser uno de los principios motores más importantes dentro de la gestión, en donde se determina el

compromiso de la alta dirección en la implantación del sistema de calidad, elemento necesaria para la implantación del sistema de gestión de calidad y el proceso de cambio organizativo que implica.

El principio de participación y compromiso de los miembros de la organización no se evalúa, al no explorar si éstos están bien informados de los objetivos y políticas de calidad del hospital, así como el grado de motivación para participar activamente en su cumplimiento.

Tampoco existen criterios para determinar si en el hospital se contempla la necesidad de cambio cultural.

El principio de cooperación en el ámbito interno de la empresa no se contempla al no incluir criterios que midan los niveles de participación y compromiso y la relación de confianza que se apoyen en un liderazgo claro de la dirección. Esta cooperación es importante porque facilita el cumplimiento de los estándares al colaborar más estrechamente trabajadores y directivos.

No se evalúa el trabajo en equipo, a pesar de que esta forma de organizar el trabajo facilita la participación de los miembros de la organización en la resolución efectiva de problemas.

El principio de formación se incluye en el capítulo de estructura en lo relacionado con recursos humanos como formación y capacitación especializada de acuerdo al área de competencia, en donde solicitan el programa de educación y/o capacitación continua verifican la asistencia del personal. La formación es una necesidad tanto de los empleados como los directivos y es importante que reciban la suficiente formación y capacitación: sin embargo, a pesar de que existen criterios para evaluar este principio no están enfocados a conocimiento de los conceptos de calidad, se debe proveer a los empleados de un nivel de formación tal que se asegure que todos tienen conocimiento de los conceptos de la calidad, así como que incorporen las aptitudes y actitudes, para poder aplicar una filosofía de mejora continua.

El principio relacionado con el enfoque basado en hechos para la toma de decisión, esta representado por los indicadores hospitalarios; sin embargo, no contempla dentro de los criterios de evaluación todas las actividades que se llevan a cabo en las instituciones de salud, ni tampoco información sobre la percepción del usuario que permita conocer el grado de consecución de los objetivos y establecer dónde es necesario aplicar correcciones, dando una idea clara de los progresos efectuados y de los esfuerzos a realizar.

En relación al diseño y conformidad de procesos y productos que permite que las actividades y los recursos relacionados se gestionen como un proceso, tampoco aparecen en dichos criterios.

De igual manera, no se incluyen criterios para evaluar el principio de mejora continua del desempeño global de la organización como objetivo permanente del hospital. Este principio es muy importante, ya que si los hospitales han alcanzado sus objetivos y abandona el esfuerzo para mantenerse en la mejora continua, su estancamiento provocará que otras organizaciones competidoras se sitúen en mejor posición competitiva y la mejora continua es el eje central de la aplicación de este enfoque y como menciona Malagón (1999), la aplicación de este principio está estrechamente relacionada con la formación y el aprendizaje, así como con el compromiso de empleados y directivos, ya que, de hecho, constituye una manifestación de la implicación, la participación y el compromiso de todo el personal, el resultado de las políticas de asignación de recursos y formación y del aprendizaje real en la organización.

Una vez que se revisaron las características de los criterios de evaluación podemos mencionar que se cumplen parcialmente los objetivos planteados en el Programa enfocados a contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud, determinar objetivamente la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para garantizar atención de calidad, establecer mínimos homogéneos de calidad en el Sistema Nacional de Salud y promover acciones de mejora de la calidad.

El objetivo enfocado a contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud, consideramos que por las características del Sistema Nacional de Salud en cuanto a cobertura, recursos y base legal, se ejerce este derecho de manera diferente, mientras algunos usuarios pueden seleccionar el hospital en donde consideren que se proporciona una atención de calidad, el mayor porcentaje de la población no lo puede hacer, y acuden a la institución que le corresponda a pesar de la insatisfacción con el servicio recibido, es importante mencionar que para garantizar este derecho constitucional, la atención se debe proporcionar con calidad.

El segundo objetivo, es determinar objetivamente la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para garantizar atención de calidad, este objetivo se cumple parcialmente, se cumple en relación a que los criterios de evaluación están enfocados principalmente a este aspecto, pero se cuestiona si estos criterios garantizan una atención de calidad.

Con respecto al objetivo enfocado a establecer mínimos homogéneos, podríamos decir que el Programa los establece por tipo de hospital, lo que va a dar como resultado grados de calidad diferentes en las distintas instituciones dependiendo el tipo de hospital del que se trate. Estos mínimos homogéneos son rebasados por algunos hospitales, sobre todo los de especialidad, pero a pesar de las características de los criterios, para la mayoría de los hospitales de cinco camas o menos que constituyen un alto porcentaje de los hospitales que constituyen el SNS son difíciles de alcanzar.

En relación a promover acciones de mejora, en términos generales podríamos decir que no se cumple, a pesar de que las instituciones realizan algunas acciones de mejora para obtener la certificación, sin embargo estas son aisladas y temporales, lo que ocasiona que no se realicen cambios permanentes para mejorar la calidad; además, el manual no

contempla todos los criterios para evaluar si las instituciones se manejan bajo una gestión de calidad, necesaria para propiciar que las instituciones promuevan actividades de mejora de manera continua para propiciar una cultura de calidad en los involucrados.

Con lo anterior corroboramos la hipótesis de que los criterios de evaluación del Programa de Certificación de Hospitales no son suficientes para cumplir con los objetivos de dicho Programa.

### 3.1.8.1 Indicadores hospitalarios

En el manual del evaluador para verificar los criterios de certificación se incluye en uno de sus capítulos los indicadores y éstos contemplan el porcentaje general de ocupación, número total de egresos en el último año, número de cirugías efectuadas en el último año, tasa bruta de mortalidad hospitalaria, tasa bruta de infecciones intrahospitalarias y promedio de estancia hospitalaria.

Consideramos fundamental conocer si estos indicadores hospitalarios se modificaron positivamente después de haber obtenido la Certificación que nos indique que la institución es competitiva y contribuye a garantizar una atención de calidad con el menor riesgo posible para el paciente. Para conocer esta información se recurrió a la información estadística de diez de los once hospitales públicos y privados seleccionados para este estudio, ya que en uno de los hospitales privados no tenían la información actualizada, obteniéndose lo siguiente:

CUADRO 3.4  
OCUPACIÓN HOSPITALARIA

Ocupación	HOSPITALES			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
Disminuyo la ocupación	2	40.0	1	20.00
No se modificó la ocupación	2	40.0	3	60.00
Aumento la ocupación	1	20.0	1	20.00
TOTAL	5	100.0	5	100.00

Fuente: Información estadística de los 10 hospitales públicos y privados seleccionados

En el mayor porcentaje de los hospitales públicos y privados no se modificó o disminuyó la ocupación hospitalaria. No lográndose el objetivo de los hospitales privados de aumentar la ocupación por el hecho de estar certificados.

**CUADRO 3.5  
EGRESOS HOSPITALARIOS**

Egresos	HOSPITALES			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
Disminuyeron los egresos	2	40.0	1	20.00
No se modificaron los egresos	2	40.0	3	60.00
Aumentaron los egresos	1	20.0	1	20.00
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Información estadística de los 10 hospitales públicos y privados seleccionados

El mayor porcentaje de los hospitales no tuvieron modificación en el porcentaje de egresos o disminuyeron los egresos, esto esta relacionado con la ocupación hospitalaria.

**CUADRO 3.6  
CIRUGÍAS EFECTUADAS EN LOS HOSPITALES CERTIFICADOS**

Cirugías efectuadas	HOSPITALES			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Disminuyeron las cirugías	3	60.0	1	20.00
No se modificaron las cirugías	2	40.0	3	60.00
Aumentaron las cirugías	0	00.0	1	20.00
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Información estadística de los 10 hospitales públicos y privados seleccionados

En el mayor porcentaje de los hospitales públicos tuvieron una disminución en las cirugías y en los hospitales públicos no se modificó el número de cirugías realizadas y solo en un hospital aumentaron.

**CUADRO 3.7  
INFECCIONES HOSPITALARIAS**

Infecciones hospitalarias	HOSPITALES			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
Disminuyeron las infecciones	0	00.0	1	20.00
No se modificaron las infecciones	4	80.0	4	80.00
Aumentaron las infecciones	1	20.0	0	00.00
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Información estadística de los 10 hospitales públicos y privados seleccionados

En el mayor porcentaje de los hospitales públicos y privados no se modificó la tasa bruta de infecciones intrahospitalarias, por lo tanto no hubo una reducción de los riesgos durante la atención.

**CUADRO 3.8  
ESTANCIA HOSPITALARIA**

Estancia hospitalaria	HOSPITALES			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
Disminuyo la estancia	2	40.0	1	20.00
No se modifico la estancia	3	60.0	4	80.00
Aumento la estancia	0	00.0	0	00.00
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Información estadística de los 10 hospitales públicos y privados seleccionados

En la mayoría de los hospitales públicos y privados no se modificó el promedio de estancia hospitalaria.

**CUADRO 3.9  
MORTALIDAD HOSPITALARIA**

Mortalidad hospitalaria	HOSPITALES			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
Disminuyo la mortalidad	1	20.00	0	00.0
No se modifico la mortalidad	4	80.00	5	100.0
Aumento la mortalidad	0	00.00	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Información estadística de los 10 hospitales públicos y privados seleccionados

En el mayor porcentaje de los hospitales públicos y en la totalidad de los particulares no se modificó la tasa bruta de mortalidad hospitalaria.

**CUADRO 3.10  
REINGRESO HOSPITALARIO**

Reingreso hospitalario	HOSPITALES			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
Disminuyeron los reingresos	0	0.00	0	0.00
No se modificaron los reingresos	5	100.00	5	100.00
Aumentaron los reingresos	0	0.00	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Información estadística de los 10 hospitales públicos y privados seleccionados

En la totalidad de los hospitales públicos y privados no se modificó el porcentaje de reingresos hospitalarios.

Con esta información podemos concluir que no hubo cambios positivos importantes con la implementación del Programa, se esperaba que con la certificación disminuyera la

mortalidad hospitalaria, el promedio de estancia y las infecciones hospitalarias como indicadores de que se está proporcionando una atención de calidad. De igual manera se esperaría que con la certificación las instituciones, sobre todo las particulares aumentara la ocupación hospitalaria, cirugías efectuadas y por consiguiente los egresos hospitalarios al ser consideradas por los usuarios como instituciones que proporcionan una atención de calidad.

### 3. 2 Normas ISO 9000:2000

ISO (la Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). El trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de los comités técnicos de ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representados en dicho comité. Las organizaciones internacionales, públicas y privadas, en coordinación con ISO, también participan en el trabajo. (ISO 9000:2000 Fundamentos y vocabulario)

Los Proyectos de Normas Internacionales (FDIS) adoptados por los comités técnicos son enviados a los organismos miembros para votación. La publicación como Norma Internacional requiere la aprobación por al menos el 75% de los organismos miembros requeridos a votar.

La familia de Normas ISO 9000 citadas a continuación se han elaborado para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de sistemas de gestión de la calidad eficaces.

- La Norma ISO 9000 describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología para los sistemas de gestión de la calidad.
- La Norma ISO 9001 especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.
- La Norma ISO 9004 proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas. La orientación para la dirección de esta Norma Internacional se basa en ocho principios de gestión de la calidad. Estos principios se han desarrollado con la intención de que la alta dirección pueda utilizarlos para liderar la organización hacia la mejora del desempeño y son: enfoque al cliente, liderazgo, participación del personal, enfoque basado en procesos, enfoque del sistema para la gestión, mejora continua,

enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

- La Norma ISO 19011 proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

Estas normas se basan en principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

La gestión de la calidad ayudar a las organizaciones a aumentar la satisfacción del cliente y los anima a analizar los requisitos del cliente, definir los procesos que contribuyen al logro de productos aceptables para el cliente y a mantener estos procesos bajo control.

Un sistema de gestión de la calidad puede proporcionar el marco de referencia para la mejora continua con objeto de incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción del cliente y de otras partes interesadas. Proporciona confianza tanto a la organización como a sus clientes, de su capacidad para proporcionar productos que satisfagan los requisitos de forma consistente.

### 3.2.1 Campo de aplicación.

Esta Norma Internacional es aplicable a:

- Las organizaciones que buscan ventajas por medio de la implementación de un sistema de gestión de la calidad;
- Las organizaciones que buscan la confianza de sus proveedores, en que sus requisitos para los productos serán satisfechos;
- Los usuarios de los productos;
- Aquellos interesados en el entendimiento mutuo de la terminología utilizada en la gestión de la calidad (por ejemplo: proveedores, clientes, entes reguladores);
- Todos aquellos, que perteneciendo o no a la organización evalúan o auditan el sistema de gestión de la calidad para determinar su conformidad con los requisitos de la Norma ISO 9001 (por ejemplo: auditores, entes reguladores, organismos de certificación/registro);
- Todos aquellos, que perteneciendo o no a la organización asesoran o dan formación sobre el sistema de gestión de la calidad adecuado para dicha organización;
- Aquellos quienes desarrollan normas relacionadas.

En las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, se pueden adecuar estas normas a pesar de las diferencias que existen entre los hospitales y las empresas; sin embargo, comparten, Ola importancia que para ellos significa la satisfacción del paciente y usuarios respectivamente. La gestión de calidad puede representar una alternativa que le permita mejorar la calidad de la atención en beneficio de paciente.

### **3.2.2 Requisitos para los sistemas de gestión de la calidad**

La familia de Normas ISO 9000 distingue entre requisitos para los sistemas de gestión de la calidad y requisitos para los productos.

Los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad se especifican en la Norma ISO 9001. Los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad son genéricos y aplicables a organizaciones de cualquier sector económico e industrial con independencia de la categoría del producto ofrecido. La Norma ISO 9001 no establece requisitos para los productos.

Los requisitos para los productos pueden ser especificados por los clientes o por la organización anticipándose a los requisitos del cliente o por disposiciones reglamentarias. Los requisitos para los productos, y en algunos casos, los procesos asociados pueden estar contenidos en, por ejemplo, especificaciones técnicas, normas de producto, normas de proceso, acuerdos contractuales y requisitos reglamentarios.

A diferencia de las empresas en donde el usuario o cliente determina los requisitos del producto o servicio, en los hospitales el prestador de servicio, es el que decide por el paciente.

### **3.2.3 Enfoque de sistemas de gestión de la calidad**

Un enfoque para desarrollar e implementar un sistema de gestión de la calidad comprende diferentes etapas tales como:

- Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas.
- Establecer la política y objetivos de la calidad de la organización.
- Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad.
- Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad.
- Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.

- Aplicar estas medidas para determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas.
- Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

Un enfoque similar es también aplicable para mantener y mejorar un sistema de gestión de la calidad ya existente.

Una organización que adopte el enfoque anterior genera confianza en la capacidad de sus procesos y en la calidad de sus productos, y proporciona una base para la mejora continua. Esto puede conducir a un aumento de la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas y al éxito de la organización (ISO 9000-2000).

Todas estas etapas son factibles de aplicar en los diversos servicios para evaluar los diferentes procesos de un hospital.

### **3.2.4 Certificación ISO 9000:2000 en Hospitales de México**

Es evidente que ISO 9000:2000 pueda aplicarse en las instituciones de salud, en los servicios, departamentos o áreas en donde se generan productos finales como son laboratorios clínicos, imagenología, central de equipos entre otros.

Ejemplo de lo anterior es el Hospital del Niño “Dr. Federico Gómez Santos-Daimler Chrysler”, de Saltillo, Coahuila, que en diciembre del 2002 recibió la Certificación ISO 9001:2000 por parte de la Compañía TUV América, por haber demostrado que tienen un sistema de gestión de la calidad eficiente, con lo que se convierte en la primera institución médica en su tipo en obtenerlo en América Latina y en México.

Este enfoque basado en procesos les permitió desarrollar, implementar y mejorar la eficacia y eficiencia de su sistema de gestión de la calidad, para alcanzar la satisfacción de las partes interesadas mediante el cumplimiento de sus requisitos.

En fechas recientes se han certificado algunas áreas de varios hospitales por esta norma, uno de ellos es el Hospital The American British Cowdray Medical Center, I.A.P., que obtuvo la certificación del laboratorio y banco de sangre en diciembre de 2003, dicho logro permite a la institución ratificar los estándares de calidad con los que trabaja, al considerar al paciente como principio y fin del proceso de mejora continua.

Podemos decir que la Certificación a través de las Normas ISO 9000:2000 se rige por los principios de gestión de calidad; sin embargo, son pocos los hospitales que deciden

certificar uno de sus procesos y actualmente los hospitales interesados en certificarse por medio de estas Normas son particulares, se puede inferir que están interesados en ser competitivos para aumentar su clientela.

A lo largo de este capítulo pudimos darnos cuenta de que el Programa Nacional de Certificación de Hospitales, nace a partir del compromiso que se adquirió con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte y por la iniciativa de la OMS y la OPS para que todos los países participantes implementaran el Programa a partir de un documento desarrollado por estas organizaciones que serviría de guía, pero con la opción de que cada país desarrollará sus propios criterios.

En el caso de México ya se tenía como antecedente que la primera vez que se llevó a cabo el Programa no tuvo el impacto deseado. Del Programa Nacional de Certificación de Hospitales actual podemos decir que si bien, los parámetros se retomaron de países en donde el Programa ha sido exitoso, en nuestro país los criterios establecidos no fueron los idóneos, en primer lugar porque con el afán de incluir a todos los hospitales algunos de los criterios eran fácilmente rebasados y por otro lado no se incluyeron algunos criterios importantes para lograr los objetivos de dicho Programa. También observamos que algunas instituciones de salud particulares han buscado certificar alguna área o servicio a través de ISO 9000:2000 que se han utilizado en las industrias de la producción principalmente, con el afán de ser competitivas dentro de mercado de los servicios de salud.

Este capítulo y los dos anteriores sirvieron de marco de referencia para conocer los elementos que se encuentran involucrados para lograr una mejora de la calidad en las instituciones que constituye el sector salud a partir del Programa Nacional de Certificación y los sistemas de gestión, para analizar las variables gestión de calidad, certificación de hospitales, satisfacción y expectativas del prestador de servicio y necesidades, expectativas y satisfacción de los pacientes. A continuación se enlistan los indicadores que se incluyeron en cada una de estas variables:

### **Gestión de calidad**

Liderazgo

Participación y compromiso de los miembros de la organización.

Cambio cultural.

Cooperación en el ámbito interno de la institución.

Trabajo en equipo.

Formación.

Enfoque basada en hechos para la toma de decisiones

Mejora continua.

Asignación de los medios necesarios

Certificación de hospitales

Construcción del programa

**Satisfacción y expectativas del prestador de servicio**

Disponibilidad de recursos

Remuneración

Reconocimiento de los superiores

Oportunidad de superación y progreso

Seguridad laboral

Participación e integración en equipo

Congruencia del perfil profesional y capacitación

Comunicación

**Necesidades, expectativas y satisfacción de los pacientes**

Respeto

Comprensión

Información completa

Acceso

Ambiente agradable

Oportunidad de servicio

Competencia profesional

Recursos humanos suficientes

Recursos humanos necesarios

Equidad

Resultados (ver anexo 1)

El siguiente capítulo está destinado al análisis de los resultados en donde se analizan estas variables.

---

# CAPÍTULO 4

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

### 4.1 CONSTRUCCIÓN DEL PROGRAMA

#### 4.1.1 Intereses para la construcción del Programa

La población mexicana enfrenta un importante cambio hacia un mundo globalizado, mayor competencia, alta movilidad de capital financiero, uso de alta tecnología y mano de obra calificada, con un alto grado de economía informal, subempleo, pobreza, también rezago en alimentación, educación, vivienda, infraestructura y servicios de salud.

Los rezagos de los servicios de salud están determinados por un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, problemas asociados a la industrialización y urbanización, prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza y la insuficiencia de recursos para satisfacer la creciente demanda, por lo que la salud como derecho constitucional no se cumple de igual manera para la población mexicana, ya que no se satisfacen las necesidades de atención con equidad y calidad, por la existencia de un sistema heterogéneo, caracterizado por diferencia en cobertura, base legal, recursos humanos, materiales y financieros, lo que ha dado como resultado calidad poco halagadora.

Por lo anterior consideramos que es necesario que las acciones que se realizan en los hospitales deben de estar encaminadas a propiciar una mejora continua de la calidad; se

seleccionó el Programa Nacional de Certificación de Hospitales porque uno de sus objetivos está enfocado a promover acciones de mejora de la calidad y para lograrlo es fundamental que el Programa contemple criterios que evalúen si los hospitales implementan una gestión de calidad, a través del cumplimiento de los principios motores para propiciar las condiciones para el desarrollo de los principios derivados, y uno de estos principios derivados es la mejora continua.

Por lo que los ejes de análisis estuvieron enfocados a la Certificación de Hospitales como estrategia para mejorar la calidad, la gestión de calidad como elemento indispensable en las unidades certificadas para mejorar la calidad en las instituciones de salud, la intervención de los directivos para propiciar la participación de todos los involucrados, el significado que tiene para los prestadores de servicio el programa como estrategia de mejora de la calidad, su participación, así como sus expectativas y satisfacción con el trabajo realizado y lo que representa para el paciente la implementación del programa, enfocado a la satisfacción de sus necesidades y expectativas con el tipo de atención recibida. Consideramos necesario iniciar con aspectos relacionados con la construcción del programa, por lo que se realizaron entrevistas a profundidad a integrantes de la Comisión para la certificación de Hospitales (véase anexo 11).

Al respecto podemos mencionar que algunos integrantes de la Comisión nos relataron de acuerdo a sus vivencias que fue lo que dio origen a este programa y como se construyó.

Nos comentan que el actual Programa de Certificación de Hospitales nace a partir de la corriente de tratar de certificar los establecimientos de la atención médica por las presiones que estaba ejerciendo en calidad total las normas ISO en Estados Unidos.

Nos dicen que con anterioridad, se habían realizado intentos para evaluar los hospitales mediante las normas ISO, pero fueron más bien de carácter comercial, otro intento fue a través de un sistema parecido al de Estados Unidos, pero en México no tuvieron éxito.

A pesar de lo anterior, había la inquietud en algunas instancias y personas y en cierta ocasión se mencionó a través de la Asociación Mexicana de Hospitales que en Estados Unidos la que patrocinaba el programa era la Asociación Americana de Hospitales, pero en ese momento no había un interés colectivo ni eco; sin embargo, una de las situaciones que ocasionó mayor inquietud a nivel internacional en toda América Latina fue que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud reunieron a un grupo de expertos y crearon un manual para evaluar a los hospitales en América Latina, ya que se tenía la idea de que no era posible aplicar el de la Asociación Americana de Hospitales y la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, después de algún tiempo se editó el ejemplar y se recomendó que se aplicara, pero no tuvo éxito ya que no se aplicó en ningún país de América Latina y ahí quedó ese intento.

Con este ambiente y con la apertura del Tratado de Libre Comercio se pensó que era importante certificar a los hospitales de México; fue entonces cuando el gobierno mexicano, se dio a la tarea de hacerlo, a pesar de que sabía que estas actividades las efectuaban agrupaciones no gubernamentales interesadas, pero en nuestro país no

había Cámara Nacional de Hospitales y la Asociación Mexicana de Hospitales se enfocaba más a la divulgación, por lo que se le encomendó al organismo supremo de la salud en México (SSA) se encargara de la certificación. Es importante aclarar que se tiene como antecedente que en los programas de acreditación más avanzados el gobierno no tiene representación en la Comisión y en los países en donde tiene representación, ésta es minoritaria.

A instancias del Dr. Juan Ramón De la Fuente (entonces Secretario de Salud), se decidió iniciar acciones a través del Consejo de Salubridad General, que estaba representado en ese momento por el Dr. Octavio Rivero Serrano, para impulsar la certificación de los servicios de atención médica e inducir mecanismos que permitieran a corto y mediano plazo mejorar la calidad de la atención a la salud.

Se facultó al Consejo de Salubridad General en su sesión reglamentaria, celebrada el 8 de marzo de 1999, instrumentar las bases para el Programa Nacional de Certificación de Hospitales, en donde se retomaron las siguientes consideraciones: el derecho a la salud como garantía constitucional, promover la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, reconocer a las instituciones que proporcionan una atención de calidad y la conveniencia de establecer un programa de certificación de hospitales que permita reconocer una infraestructura hospitalaria que cumpla con criterios de calidad.

#### **4.1.2 Actores que intervinieron**

Para elaborar los criterios de certificación se contrató al Dr. Enrique Ruelas que era uno de los principales promotores de calidad y el que había invitado y hecho famoso a Donabedian en México y América Latina, también había creado una Asociación para evaluación de la calidad de hospitales en México, esta Asociación por un lado era de tipo académico y por el otro tenía compañías o negocios relacionados con evaluación de calidad.

El Dr. Enrique Ruelas hizo mucho hincapié en que se debería de crear un sistema propio y no era posible copiar sistemas extranjeros, no se trataba de adoptarlos, sino de adaptarlos, la idea era que él realizara las bases de la Certificación de Hospitales en México, pero para que no se viera que era unilateral y gubernamental puro se invitó a que participaran otras agrupaciones relacionadas con la atención médica en México.

En marzo de 1999 se instituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, de acuerdo a sus estatutos de formación estaba integrada por un presidente y vocales que son los representantes de diversas academias como la de Medicina, Cirugía, Asociación Mexicana de Hospitales, Asociación de Universidades con programas en Medicina, y como representante de la facultad de Medicina el Dr. Manuel Barquín, tal vez por su conocimiento en esta materia se le incluyó, ya que no existe representante de ninguna

otra escuela o facultad , también se invitó a otra persona de Monterrey representante de una agrupación de hospitales privados.

Entre las funciones y actividades más importantes que tenían que realizar se encuentran la de discutir y aprobar los criterios que serán utilizados para la certificación de hospitales, discutir y aprobar las especificaciones que evaluarán los criterios para la certificación de hospitales, discutir y aprobar los mecanismos de certificación, discutir y aprobar el perfil de los organismos evaluadores y acreditar a los organismos evaluadores.

Y una vez constituida la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se analizó que en ese momento no se tenía una forma de evaluación y se pensó que poco a poco se tenían que ir haciendo las modificaciones pertinentes a la propuesta del Dr. Ruelas de acuerdo a las experiencias, ya que los estándares del país eran muy difíciles de establecer, se sabía que había una gama muy diversa de hospitales y de calidad de la atención médica, no solamente de hospitales gubernamentales en relación con los de seguridad social, sino entre ellos mismos a pesar de pertenecer a la misma Institución. Por lo que se determinó realizar cuatro manuales para: hospitales generales de hasta 30 camas, hospitales de más de 30 camas, hospitales de especialidades y actividades de enseñanza e investigación.

Con base en lo anterior el Consejo de Salubridad y la Comisión elaboraron los capítulos y subcapítulos y criterios, tomando como referencia las especificaciones en relación a tendencias y recomendaciones internacionales. Se determinó considerar cuatro capítulos: estructura, funciones de atención al paciente, funciones de apoyo a la atención del paciente e indicadores de productividad, eficiencia y calidad.

Para la elaboración de los criterios se tomaron en cuenta el servicio que otorga el hospital, el número de camas y las actividades de enseñanza e investigación. Se realizaron especificaciones de los criterios y se determinó clasificar los criterios en criterios a y b, el criterio a es importante pero no indispensable para que se cumplan las condiciones mínimas de calidad de la atención y se le asignará puntuación de cero a tres y el criterio b es un criterio cuya deficiencia o ausencia pone en riesgo la salud y la seguridad del paciente, es indispensable para garantizar calidad de la atención, se le asignará puntuación de cero a cinco.

Si comparamos la manera en que se establecieron estos criterios con lo que menciona la OPS de los enfoques exitosos para la fijación de normas aplicadas en los países que han implementado este programa, observamos que en nuestro país se cumple con el enfoque de abarcar todas las áreas del hospital; sin embargo, no fue así con la mayoría de estos enfoques, uno de éstos es que ninguna profesión en particular debe sentir que constituye el núcleo para la fijación de las normas, en este caso los médicos constituyeron la mayoría de integrantes de la comisión, se incluye únicamente a un licenciado en enfermería, no se invitó a participar a otros profesionales del equipo de salud.

Otra característica de los programas exitosos, es que se concentraron, al menos inicialmente, en torno a las áreas con problemas particulares, esto posibilita que los profesionales de salud acepten con mayor facilidad cumplir con las normas establecidas, la comisión consideró conjuntamente todos los servicios básicos y no se jerarquizaron con base en los problemas particulares.

El otro enfoque se refiere a que deben realizarse consultas a gran escala. Es decir, todas las organizaciones profesionales de salud deben participar activamente en el desarrollo y aceptación de las normas. En el caso de México no se realizaron consultas a gran escala con las asociaciones médicas y de enfermería, así como, con el conjunto de asociaciones de profesionales de la salud en todo el país, principalmente de las asociaciones de enfermería y otras asociaciones de profesionales de la salud. Existen pocas posibilidades de que el Programa tenga éxito si no se obtiene un consenso nacional sobre las normas.

### **4.1.3 Proceso para implementar el Programa**

Desde un principio se sabía que para iniciar la implementación del Programa existían muchos problemas, uno de ellos era quién haría las evaluaciones, en México no había gente ni organizaciones capacitadas para evaluar, quizá la única era la del Dr. Enrique Ruelas, pero él se mantenía al margen de esta situación, por lo que se hizo una invitación abierta a través de una convocatoria en el Diario Oficial para que se sumaran gentes, se crearon grupos para este fin, algunos tenían gente con ciertos conocimientos, no experiencia porque nadie la tenía y se contrataron a compañías evaluadoras que cumplieron de alguna manera con los requisitos de la convocatoria que fueron: experiencia específica en verificación de estándares de calidad en servicio de salud, competencia técnica, neutralidad, confiabilidad y confidencialidad y capacidad de cobertura.

A pesar de esto se continuó con el proceso de certificación de la siguiente manera: convocatoria pública, a través del Diario Oficial, el hospital interesado debería de enviar una solicitud, una vez que el Consejo de Salubridad recibe la solicitud, envía al director o representante legal del hospital los siguientes documentos: lista de criterios y especificaciones para evaluarlos de acuerdo al tipo de hospital, lista de organismos evaluadores propuestos con el resumen de su curriculum empresarial, costo de la evaluación de acuerdo a la categoría del hospital en base al tabulador aprobado por la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y el porcentaje de subsidio aprobado en el mismo tabulador, 50% para hospitales privados y 66% para hospitales públicos.

El hospital fija la fecha para la visita de evaluación con el organismo evaluador, firman el contrato correspondiente y los envían al Consejo de Salubridad General. Al recibir el contrato firmado con la fecha de la evaluación, el Consejo de Salubridad General inicia

trámite para cubrir al hospital el subsidio correspondiente en un lapso no mayor de 10 días después de terminada la evaluación.

El organismo evaluador entrega al Consejo de Salubridad General el informe final del proceso de evaluación realizado al hospital. La información va acompañada de la verificación correspondiente de cada criterio, así como del resultado general.

Posteriormente la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales analiza el informe de la evaluación, más la información que haya sido enviada por el organismo evaluador y emite un dictamen en base al cual, el Consejo de Salubridad General certificará o no al hospital evaluado.

Se pensó que la certificación se daría por tres o cinco años de acuerdo al puntaje alcanzado y durante ese tiempo la institución tendría que revisar en qué aspectos no salió bien calificado y realizar los cambios necesarios y de esa manera cumplir con el propósito de este programa de mejorar la calidad de la atención médica en México.

Por otro lado, se tenía la idea de que los hospitales mejor calificados sirvieran de modelo para que los otros hospitales trataran de imitarlos y que realmente un hospital tenga prestigio por la buena calidad de la atención médica que ofrece y no por publicidad, renombre o tradición.

Sin embargo, no todos los actores estaban convencidos de que el proceso de certificación se llevaría a cabo con éxito, ya que consideraban que los objetivos del Programa (contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud, determinar objetivamente la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para garantizar atención de calidad, establecer mínimos homogéneos de calidad en el Sistema Nacional de Salud y promover acciones de mejora de la calidad) serían difíciles de cumplir, sobre todo el de mejora continua, a pesar de esto lo consideraron como un buen intento.

### **4.2 GESTIÓN DE CALIDAD EN HOSPITALES CERTIFICADOS**

Una vez que se analizó la construcción del programa y los criterios de evaluación como medio para cumplir los objetivos, determinamos que éstos no son suficientes para lograrlos, sobre todo el relacionado con promover acciones de mejora de la calidad; como ya lo habíamos mencionado, para contribuir a disminuir el rezago en calidad, estas acciones no únicamente se tienen que realizar en ciertos momentos para cubrir los requisitos de estrategias o programas, es necesario que estas acciones sean continuas para realmente garantizar una atención de calidad, por lo que es necesario verificar si los hospitales certificados tienen implementada una gestión de calidad que permita que todos los actores involucrados se comprometan. Este estudio retoma los principios de gestión de calidad propuestos por Moreno Luzón (2001): atención a la satisfacción del cliente,

liderazgo, participación y compromiso de la organización, cambio cultural, cooperación en el ámbito interno de la empresa, trabajo en equipo, formación, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, mejora continua y asignación de los medios necesarios.

Pierce (1998) menciona que la gestión de calidad es la encargada de la búsqueda permanente de mejorar, no solo los resultados, sino también la satisfacción de todos los que participan, por lo que es necesario analizar si la certificación de hospitales promueve que las instituciones de salud la implementen.

Por lo que los ejes de análisis se centran en la gestión de calidad como elemento indispensable en las unidades certificadas para mejorar la calidad en las instituciones de salud y lograr la satisfacción de todos los que participan y la intervención de los directivos para propiciar la participación de todos los involucrados en acciones que los lleven a la adquisición de hábitos favorables que propicien una cultura de calidad; con el propósito de analizar si los directivos de los hospitales públicos y privados implementan una gestión de calidad durante el proceso de certificación que propicie una cultura de calidad, se plantea la siguiente hipótesis: el que un hospital haya obtenido la certificación no implica que tenga implementada una gestión de calidad en los servicios de salud; para buscar evidencias de la hipótesis se realizaron entrevistas a profundidad a directivos de los hospitales certificados seleccionados.

Es importante señalar que las instituciones que no quisieron participar por diferentes motivos, forman parte de los hospitales privados más grandes y con mayor prestigio, el resto de los hospitales privados mostraron disponibilidad, mientras que la totalidad de los hospitales públicos mostraron interés por participar, esto se puede deber a que todos pertenecen a la Secretaría de Salud.

Se decidió realizar entrevistas a profundidad a los directivos por ser los encargados de la gestión de los hospitales públicos y privados (véase anexo 12), en donde se establece con base en su estructura organizativa una red de comunicación jerárquica y lineal con todo el personal, caracterizada por la existencia de línea de autoridad entre jefe y subordinado y la información relevante que se obtuvo fue la siguiente: de los once directivos que se encuestaron, cinco son de instituciones públicas y seis de instituciones privadas, (dos directores generales, cuatro directores médicos, tres directores administrativos y dos responsables del programa). Dos de estos directivos tienen el nivel académico de licenciatura, ocho posgrado y uno maestría. El 72.72% tienen en el puesto menos de seis años y el resto más de seis años.

Podríamos mencionar que los hospitales certificados seleccionados pertenecen a instituciones de población abierta y al sector privado, que corresponden a dos de los tres grupos que constituye el Sistema Nacional de Salud (instituciones de población abierta y sector privado); estos tres grandes grupos (instituciones de seguridad social, instituciones de población abierta y sector privado), se constituyen de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas.

Las instituciones públicas o de población abierta (SSA), son las que proveen atención médica y asistencia social a aquella población que no está involucrada en relaciones formales de trabajo y por lo tanto, no tienen acceso a instituciones de seguridad social y de acuerdo a la información que proporciona la Dirección General de Estadística e Informática (2000) abarca alrededor de 48 millones de personas; esto quiere decir que proporciona atención a casi el 50% de la población, y su financiamiento es del presupuesto de la Federación y de los gobiernos estatales, esencialmente, y tiene ingresos por cuotas de recuperación de quienes pueden pagar (Fundación Mexicana para la Salud, 1995); el Diario Oficial de la Federación define al sector privado como el conjunto de individuos, organizaciones e instituciones que desarrollan actividades en salud con bienes de propiedad particular, desafortunadamente este sector está bastante fragmentado y funciona en un contexto poco supervisado, con un tipo de atención desigual, recursos diferentes, precios variables; según la Fundación Mexicana para la Salud (1995) el mayor porcentaje de estos establecimientos tienen menos 15 camas y cerca de la mitad de este universo lo conforman establecimientos con cinco camas y un número muy pequeño tienen reconocimiento por parte de la población en general.

Es importante decir que la mayoría de los directivos de los hospitales privados que participaron mostraron disponibilidad, mientras que la totalidad de los directivos de los hospitales públicos mostraron interés por participar, esto se puede deber a que todos estos hospitales pertenecen a la Secretaría de Salud, responsable de este programa.

Por su estructura organizativa, a los directivos les compete propiciar la participación de todos los involucrados en acciones que los lleven a la adquisición de hábitos favorables que propicien una cultura de calidad, a través de la implantación de una gestión de calidad que permita una mejora continua en la atención proporcionada.

Claver (1999) refiere que la gestión de calidad comienza cuando se toma en cuenta la calidad al definir entre otras cosas la misión, ya que es la que va a dar un sentido de propósito y dirección a los esfuerzos de un equipo.

Para los directivos de los hospitales públicos la misión del hospital en términos de calidad es brindar a la población abierta en un ámbito de respeto y dignidad, una atención especializada en la prevención, diagnóstico, atención y rehabilitación de las enfermedades, a través de una eficaz y eficiente gestión de su infraestructura hospitalaria, así como, fomentar la formación de recursos humanos altamente calificados y promover la investigación de elevado nivel para coadyuvar a mejorar la calidad de vida del paciente.

En los hospitales particulares, la misión contiene los elementos centrales de la anterior misión; sin embargo, hace énfasis en la satisfacción de las necesidades del paciente, esto se debe a que en este tipo de hospitales es muy importante que los pacientes estén satisfechos con el tipo de atención. Freire (1997) dice que es muy evidente el hecho de que cuando un usuario está satisfecho con el servicio lo volvería a utilizar y lo recomendaría a posibles usuarios que pudieran requerirlo, con lo cual se vería incrementada la economía de la organización y su predominio sobre la competencia se haría evidente.

Con base a las cualidades que se deben de considerar, según Abravanel (1998) la misión cumple la cualidad de ver hacia el futuro, expresada en un lenguaje claro, no presentar exclusivamente una meta económica. Sin embargo, no cumple con la característica de que esta misión no debe de ser dictada desde arriba, ya que no permite que todo el personal la haga suya y por consiguiente produzca satisfacción.

Si consideramos que la misión hace énfasis en la satisfacción de las necesidades y satisfacción plena del paciente, tendríamos que verificar qué tanto los directivos de las instituciones tienen conocimiento de las expectativas y satisfacción de los pacientes con los servicios de salud. Para esto retomaremos uno de los principios de gestión de calidad propuestos por Moreno Luzón (2001) relacionado con atención a la satisfacción del cliente, y posteriormente se manejarán los otros principios: liderazgo, participación y compromiso de la organización, cambio cultural, cooperación en el ámbito interno de la empresa, trabajo en equipo, formación, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, mejora continua y asignación de los medios necesarios, ya que como se había mencionado anteriormente, servirán de referencia para este estudio.

### **4.2.1 Atención a la satisfacción del cliente**

Para determinar si los directivos de las instituciones públicas y privadas tienen pleno conocimiento de las necesidades y expectativas del paciente, se inició por conocer la conceptualización que éstos tienen de la calidad de la atención médica, y ésta se traduce en lograr la satisfacción del conjunto de necesidades o requerimientos del paciente, proveer al paciente de los servicios médicos de la más alta calidad técnica, profesional y de infraestructura física; para obtener el mayor beneficio posible. Es importante decir, que en los hospitales privados pusieron énfasis en lo relacionado con proporcionar al médico los medios necesarios para brindar atención al paciente y obtener los resultados deseados proporcionando servicios de salud al menor costo y obtener la satisfacción del usuario.

Como se puede observar el concepto de calidad se centra en el cliente como principal actor, Moreno Luzón (2001) refiere que la gestión de calidad maneja como eje central la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o usuario. Estas necesidades y expectativas se expresan por las características del servicio y son generalmente denominadas como requisitos del cliente o usuario. Estos requisitos pueden estar especificados por el cliente o usuario o pueden ser determinados por la propia institución.

Los directivos reconocen que actualmente se cuenta con algunos indicadores que los clientes comparten y que pueden servir de referencia para conocer las expectativas y deseos de los usuarios, pero en ningún hospital se realizan encuestas para conocerlas, por lo regular las necesidades y requerimientos las especifica la propia institución, la mayoría de los prestadores de servicios y demás miembros del personal de salud han dado por sentado que ellos, como expertos en el campo de la salud, saben lo que más le conviene al cliente. Coinciden en que la mayoría de los pacientes no tiene la capacidad y

conocimientos que le permita decidir cuáles son las necesidades en relación a su estado de salud.

Sin embargo, los directivos entrevistados de cinco hospitales públicos y cuatro de los seis directivos de los hospitales privados refieren que aunque no se miden directamente las necesidades y expectativas de los pacientes, se aplican encuestas periódicas para conocer el nivel de satisfacción de los pacientes y pueden inferir algunas de las necesidades.

Los directivos mencionan que la insatisfacción del paciente está relacionada con tiempos prolongados de espera, trato inadecuado e incompreensión por parte del personal, alimentos fríos y poco atractivos, falta de material y equipo, información insuficiente, y en menor grado insatisfacción con el tratamiento, probablemente por el poco conocimiento que tiene la mayoría de los pacientes sobre dichos tratamientos, y si estas insatisfacciones se traducen a necesidades éstas serían: trato digno y respetuoso, comprensión, oportunidad del servicio, información completa y exacta y recursos suficientes, también manifiestan que los pacientes no perciben como necesidad que los procedimientos y tratamiento sea el adecuado y aparentemente confían en los integrantes del equipo de salud. Los directivos dicen que comprenden los motivos de insatisfacción y tratan de intervenir para disminuir al máximo la insatisfacción del paciente con la atención recibida.

Malagón (1999) menciona que para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente o usuario, la dirección de una organización deberá entender las necesidades y expectativas de sus clientes o usuarios en los propios términos de éstos, ya que en algunas ocasiones es difícil que el cliente o usuario sienta la necesidad de algo que no entra dentro de su marco de referencia.

Una vez que conocimos la postura de los directivos con este principio de gestión de calidad, consideramos importante para ampliar esta información contar con la opinión de los pacientes y de los médicos como usuarios de un servicio (véase anexo 13, 14 y 15), en relación a sus necesidades y expectativas.

La opinión de los usuarios es de suma importancia, por lo que se trató de conocer la satisfacción de los pacientes a través del cumplimiento de las expectativas y deseos en relación a la atención que proporcionan las instituciones de salud y su percepción del programa para elevar la calidad de los servicios, por lo que se aplicaron cuestionarios y se realizaron entrevistas a profundidad a pacientes de los hospitales que participaron en el estudio.

Así mismo es importante conocer los criterios que utilizan los médicos para seleccionar a los hospitales privados para dar atención a sus pacientes y así lograr la satisfacción de estos, por lo que se aplicaron cuestionarios a médicos que utilizan los hospitales como usuario de los servicios.

Las expectativas, por su propia naturaleza, son básicamente subjetivas y más cambiantes que las necesidades, y es precisamente la existencia de expectativas, lo que hace que cada cliente sea distinto. De acuerdo con Clearly (1998), las necesidades y expectativas son: acceso, ambiente agradable, recursos humanos suficientes, recursos humanos necesarios, información completa y exacta, respeto, comprensión, oportunidad de servicio, equidad y resultados, con base en éstas se analizarán las respuestas de los pacientes.

### Acceso

De los pacientes entrevistados el 38% solicitaron el servicio en consulta externa y el 62% en hospitalización (medicina interna, cirugía y gineco obstetricia), en este último servicio el 63% estaban dados de alta y el 37% permanecían hospitalizados. Los principales diagnósticos fueron Diabetes mellitas (17.27%), nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis (3.63%), cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (6.36), enfermedades del corazón (18.18%), Infección de vías respiratorias (4.54%), tumores malignos (10.90%), neumonía e influenza (.90%), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (.90%), enfermedades infecciosas intestinales (16.42), enfermedades cerebrovasculares (2.72%), enfermedades neurológicas (9.09%), puerperio fisiológico y patológico (9.09%).

Los pacientes de los hospitales públicos y privados eligieron el hospital para ser atendido principalmente por recomendación de su médico responsable, es importante aclarar que el 38% de los pacientes de los hospitales públicos eran del interior de la República y los médicos los enviaban al hospital de acuerdo a su diagnóstico, ya que en su lugar de origen no se contaba con los recursos necesarios para su tratamiento. La opción de elección que tuvo el menor porcentaje en los hospitales públicos fue la satisfacción con el tipo de atención y en los privados la cercanía; cabe mencionar que de acuerdo a los datos obtenidos a los pacientes no les interesa si el hospital está certificado (ver cuadro 4.1).

**CUADRO 4.1**  
**FACTORES QUE DETERMINARON LA ELECCIÓN DEL HOSPITAL EN LOS PACIENTES**

Factores	HOSPITALES			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Económicos	4	8.0	6	10.0
Recomendación por parte del médico	17	34.0	18	30.0
Buenas referencias	16	32.0	15	25.0
Satisfacción con el tipo de atención	3	6.0	14	23.0
Cercanía	4	8.0	2	3.3
Que el hospital esté certificado	0		0	
Otros	6	12.0	5	8.3
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados seleccionados

El 33.33% de los pacientes refieren que acuden a los hospitales de la SSA porque tienen lo necesario para tratar de resolver su problema de salud, y el 66.67% dicen que no tienen otra alternativa porque no cuentan con Seguro Social o ISSSTE y tampoco disponen de los recursos económicos para asistir a un hospital particular. Para la mayoría de los pacientes foráneos, es problemático venir desde su lugar de origen, ya que tienen que viajar por muchas horas, contar con el recurso económico para el viaje, alimento y pago de consulta, así como del tiempo para desplazarse, además de exponerse por el hecho de estar enfermos; sin embargo, no tienen otra alternativa, les gustaría que el hospital tuviera una ubicación conveniente tanto en función de distancia y transporte, porque por lo regular los pacientes se vienen un día antes de la cita, tratan de viajar por la noche para evitar pagar hospedaje. Generalmente el paciente acude solo, con excepción de los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, ellos tienen que acudir con un familiar por norma institucional.

Como podemos observar, los pacientes de los hospitales públicos, a pesar de que les gustaría asistir a un hospital con una ubicación conveniente en distancia, no dudan en acudir a los hospitales, para ellos es importante contar con el servicio y están agradecidos, porque “han batallado para encontrar ayuda”

Los datos encontrados concuerdan con los indicadores propuestos por Clearly (1998) que menciona que el usuario desea tener acceso inmediato a los servicios, una ubicación conveniente tanto en función de distancia y transporte, como de los trámites que se requieran para poder disponer del servicio, pero el acceso también significa que los servicios sean confiables.

El 44% de los pacientes de los hospitales públicos y el 35% de los privados tienen entre 1 y 3 años de acudir al hospital, seguido de menos de un año con un 28% para los hospitales públicos y 28.4% para los privados, lo que indica que son usuarios recientes (ver cuadro 4.2), si tomamos en consideración que los servicios de salud, se utilizan esporádicamente, sobre todo en los casos agudos.

CUADRO 4.2

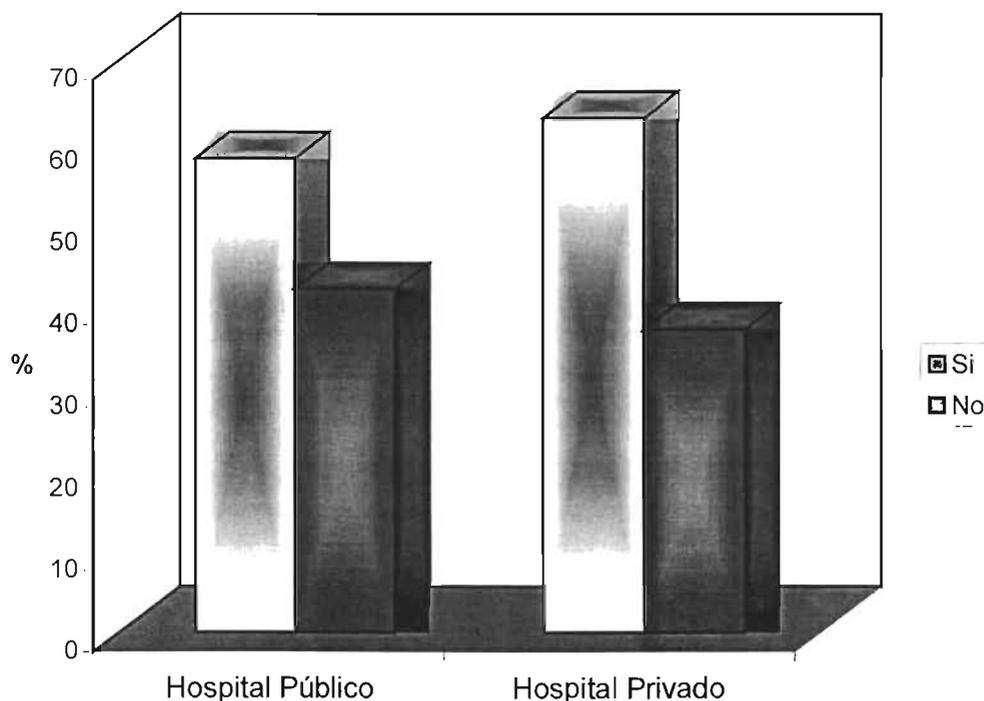
TIEMPO QUE TIENE EL PACIENTE DE ACUDIR AL HOSPITAL

Años	Hospitales			
	Públicos		Privados	
Años	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menos de 1 año	14	28.0	17	28.4
Entre 1 y 3 años	22	44.0	21	35
entre 4 y 6 años	9	18.0	13	21.6
Más de 6 años	5	10.0	9	15.0
TOTAL	50	100.0	60	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados seleccionados

El 58% de los pacientes de hospitales públicos y el 63.34% de privados refieren haber buscado información sobre el tipo de atención y el resto de los pacientes de los hospitales privados mencionan que actualmente no buscaron información sobre la atención que brinda el hospital porque conocen el servicio ya que lo han utilizado con anterioridad; como podemos observar, los pacientes de hospitales privados están más interesados en conocer el tipo de atención que proporcionan las instituciones de salud, probablemente por la posibilidad que tienen de elegir el hospital para su atención, pero sobre todo porque pagan el servicio en el momento de solicitar la atención. Las referencias que tenían la mayoría de los usuarios de los hospitales públicos se las proporcionaron los médicos que los estaban tratando y el resto de los pacientes que no solicitaron información acudieron a los hospitales por recomendación de familiares, amigos o conocidos. (ver gráfica 4.1).

**GRÁFICA 4.1**  
**REFERENCIAS SOBRE EL TIPO DE ATENCIÓN**



Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados

Así como algunos pacientes tienen oportunidad de seleccionar hospitales que brindan una atención de calidad, el 59.99% de los médicos entrevistados como usuarios de los servicios, buscan hospitales que proporcionen atención de calidad, sumados a otros criterios como son: económicos, convenio o certificación, llama la atención que del anterior porcentaje solo el 7.27% están interesados que el hospital esté certificado.

Para el 36.36% de los médicos entrevistados el costo debe de ser accesible para la mayoría de los pacientes que requieren ser internados para tratamiento médico y quirúrgico, con trámites administrativos sencillos para la atención del paciente, estar localizados en un lugar de fácil acceso y cuente con diferentes medios de transporte.

### **Ambiente Agradable**

Otro de los indicadores propuesto por Clearly (1998) de las necesidades y expectativas del paciente es el ambiente agradable.

Para el mayor porcentaje de los pacientes de los hospitales privados (55%) las condiciones de las instalaciones son importantes para elegir el hospital, mientras que no lo es para la mayor cantidad de pacientes de los hospitales públicos (78%); esto se debe a que un alto porcentaje viene a un hospital específico de acuerdo a su padecimiento para que le resuelvan su problema de salud y lo que menos les interesa son las condiciones en que se encuentra el hospital, pero sí refieren que es agradable estar en un sitio cómodo.

Los pacientes de los hospitales particulares consideran importante el aspecto físico del hospital, consideran necesario que el sitio en donde se les proporcione el servicio esté iluminado, ventilado, limpio, temperatura agradables, cómodo y funcional, el 83.4% está satisfecho con el ambiente físico; sin embargo, el 16.6% piensan que se puede mejorar.

En los hospitales públicos, por las condiciones en que llegan los pacientes a solicitar el servicio no son determinantes las características físicas del hospital, pero manifiestan que les gustaría ser atendidos en un lugar limpio, que tuviera lo necesario para su atención, les gustaría que tuvieran suficientes asientos, y sobre todo más cómodos, "se cansa uno de estar sentado tanto tiempo" y que hubiera una televisión para que la espera no fuera tan tediosa.

Las respuestas de los pacientes concuerdan con lo que menciona Clearly (1998) en relación con el ambiente agradable, él refiere que el cliente desea que el lugar o sitio en donde se le proporciona el servicio esté iluminado, ventilado, limpio, temperatura agradables, cómodo y funcional. Este es uno de los elementos que contribuyen a lograr uno de los principios de la gestión de calidad, relacionado con atención a la satisfacción del cliente.

### **Recursos humanos suficientes**

Otro de los indicadores de necesidades y expectativas mencionados por Clearly (1998), es que los pacientes esperan contar con personal suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, congruente con el tipo de servicio solicitado. En efecto el 100% de los pacientes de hospitales públicos y privados manifiestan que esperarían que en la institución existiera personal necesario para brindar la atención que se requiera, aunque la mayoría refiere desconocer la cantidad y capacidad profesional que se necesita para su tratamiento. El 96.7% de los pacientes de los hospitales privados refieren que asisten a instituciones que consideran que cuenta con los recursos humanos capacitados ya que son determinantes para su pronta recuperación y el 96% de los pacientes de los hospitales públicos manifiestan que por tratarse de los principales hospitales públicos deben de contar con mayor cantidad de personal y mejor preparado en relación con los centros de salud u hospitales pequeños de su comunidad.

Además el 81.67% de los pacientes de hospitales privados y el 98% de los pacientes de los hospitales públicos desconocen si los procedimientos médicos son los adecuados; sin embargo, si recuperan el estado de salud, o logran controlar sus padecimientos crónico degenerativos, consideran que los procedimientos fueron los idóneos y por ende la atención fue buena.

### **Recursos materiales necesarios**

De los pacientes que acuden a hospitales públicos para su atención médica, el 64% no preguntó sobre la existencia de equipo indispensable para su tratamiento, algunos mencionan que los médicos que los recomendaron les hablaron sobre la existencia de recursos, y esto los motivó a recorrer grandes distancias. Este porcentaje se invierte en los hospitales privados en donde el 60% de los pacientes sí preguntan sobre la existencia de equipo indispensable para su tratamiento, y el resto manifiesta que ya conocían la infraestructura del hospital.

De los pacientes que se les realizó entrevista a profundidad el 33.33% de los pacientes de hospitales particulares con diagnóstico de enfermedad crónico degenerativa, manifiestan tener conocimiento de lo que se requiere para su tratamiento, por lo que consideran importante que el hospital cuente con los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para brindar una atención de calidad. El resto de los pacientes dicen que no conocen con precisión qué recursos materiales se requieren pero consideran que la institución los debe de tener.

El 100% de los pacientes de los hospitales públicos que se les realizó entrevista a profundidad desconoce los recursos materiales que se requieren para su tratamiento, algunos consideran que la institución debe de contar con lo mínimo necesario para su atención, otros dicen desconocer lo que se requiere para su tratamiento, pero han notado que en algunas ocasiones no se les toma la presión porque no tienen el equipo para realizarlo. Clearly (1998) refiere que el usuario puede o no conocer los recursos que se

necesitan para su atención, pero es capaz de detectar cuando no se encuentran disponibles o no funcionan adecuadamente.

### **Competencia profesional**

Clearly (1998) menciona que el usuario puede y suele juzgar la competencia profesional y técnica de los servicios que recibe, aunque no siempre use los mismos criterios del prestador de servicios y no sea preciso técnicamente. En definitiva, el cliente juzga la competencia técnica conforme al hecho de que se cubran sus necesidades o se resuelvan sus problemas.

En relación a este indicador, podemos decir que el mayor porcentaje de los pacientes de hospitales públicos (92%) no exigen que el personal que los atienda sea profesional o tenga la especialidad en caso necesario y son muy pocos los pacientes que se preocupan del nivel académico del personal, por lo regular les basta la recomendación hecha por su médico.

En contraste con lo anterior, en los hospitales privados se observa que casi la mitad de los usuarios (41.66%) solicitan que los prestadores del servicio sean profesionales o tengan la especialidad (específicamente médicos), refieren que exigen porque están pagando el servicio.

Para el paciente la competencia profesional tiene que ver con la realización de las actividades que a cada profesional le corresponde realizar; sin embargo, el 76.66% de los pacientes o familiares que acuden a los hospitales privados están pendiente de que se les realicen los estudios y tratamiento indicado y el resto mencionan que es obligación del personal de la institución se efectúen los estudios y tratamientos. De los pacientes de los hospitales públicos el 50% sí verifica que se les realicen los estudios y tratamiento y el 45.5% menciona que desconocen el tratamiento médico que se le está proporcionando y si se les va a efectuar algún estudio y el 4.5% menciona que es responsabilidad del personal de la institución.

Para determinar si el profesional está cumpliendo con las actividades que le corresponden es necesario que el paciente identifique al equipo de salud. El 60% de los pacientes de hospitales privados sí conocieron al equipo de salud encargado de su manejo y el resto tenía conocimiento únicamente de su médico responsable; en los hospitales públicos el 72% identifican a alguno de los integrantes del equipo, y el 20% desconoce el equipo de salud encargado de su manejo (ver cuadro 4.3).

**CUADRO 4.3**  
**EQUIPO DE SALUD ENCARGADO DEL MANEJO DEL PACIENTE**

	Hospitales			
	Públicos		Privados	
Conoció al equipo de salud encargado de su manejo	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	4	8.0	36	60.0
No	10	20.0	0	0.0
A algunos	36	72.0	24	40.0
TOTAL	50	100.0	60	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados seleccionados.

El 96% de los pacientes de los hospitales públicos desconocen si los profesionales son competentes o no, pero piensan que sí lo son, ya que las instituciones a donde asisten son de los principales hospitales públicos de la República Mexicana, algunos refieren que son buenos porque han notado una mejora considerable en su estado de salud. En efecto el cliente juzga la competencia técnica conforme al hecho de que se cubran sus necesidades o se resuelvan sus problemas como lo menciona Clearly (1998).

En relación a la identificación de las actividades de cada uno de los integrantes del equipo de salud, por lo regular, el 90.90% de los pacientes de los hospitales públicos y privados reconoce con mayor facilidad las actividades del médico y enfermera, a diferencia del resto del equipo de salud, esto se debe probablemente a que son los integrantes de dicho equipo que tienen mayor contacto con ellos.

Los indicadores relacionados con recursos humanos suficientes, recursos materiales necesarios y competencia profesional son otros de los elementos necesarios para lograr el principio de gestión de calidad relacionado con la atención a la satisfacción del paciente y contribuir a que se proporcione una atención de calidad.

De la misma manera que los pacientes, el 100% de los médicos como usuario del servicio, para seleccionar a los hospitales busca que éstos cuenten con instalaciones, servicios, mobiliario, material y equipo necesario para el buen funcionamiento del hospital, así como de personal técnico y profesional en constante capacitación y actualización y proporcionen un trato digno y respetuoso al paciente, ya que es uno de los elementos importantes que contribuyen a lograr la satisfacción del paciente.

### **Oportunidad del servicio**

El 90% de los pacientes de los hospitales privados que se entrevistaron y el 35% de los hospitales públicos refieren haber recibido el servicio con prontitud; el resto de los pacientes de los hospitales privados mencionan que tuvieron que esperar un tiempo moderado para recibir el servicio; en cambio el 65% de los pacientes entrevistados de los hospitales públicos dicen haber tenido que hacer largas filas para obtener su ficha y poder

ser paciente del hospital. Consideran que por sus condiciones se deberían buscar otras estrategias para agilizar los trámites que se requieren para recibir el servicio.

De las entrevistas a profundidad que se realizaron el 100% de los pacientes de los hospitales particulares, tenían la cita programada y la recepcionista le pide al paciente, de manera amable y cordial esperar un momento en las amplias y cómodas salas; en términos generales, el tiempo de espera es corto; sin embargo, se percibe en los pacientes ansiedad y desesperación por ser atendidos, aunque también se encuentran aquéllos que esperan pacientemente, por lo regular los adultos mayores son los que muestran mayor tranquilidad. Muchos de los pacientes llegan acompañados por un familiar, casi no establecen conversación con otros pacientes, ya que es poco el tiempo que permanecen en la sala, y por lo regular siempre hay poca gente, la mayoría no tolera que se les cite a una hora y se les atienda a otra.

En cambio los pacientes de los hospitales públicos a pesar de que tienen cita, por lo regular tienen que esperar mucho tiempo. En el caso de los pacientes que vienen del interior de la república (50%) algunos llegan al hospital antes de las 7 de la mañana, porque se trasladan inmediatamente de la central camionera, o en algunos casos se esperan ahí y después se van al hospital. La consulta inicia un poco después de las 8 de la mañana, el tiempo de espera es variado hay quien espera minutos, pero hay también quien espera horas.

En las entrevistas a profundidad realizadas a los pacientes estos manifiestan que les gustaría que los tiempos de espera disminuyeran, "no sabemos a qué hora nos van a atender a pesar de que se tiene la cita programada", el paciente desea que los servicios se le proporcionen con prontitud, muchas veces les resulta cansado esperar para que se les atienda.

Según Clearly (1998) el paciente desea que los servicios se les proporcione con prontitud, los usuarios están cansados de hacer filas para recibir el servicio. La oportunidad en el servicio se considera como uno de los elementos más importantes para que el paciente perciba que la atención proporcionada es de calidad.

### **Información completa y exacta**

Otro de los indicadores de necesidades y expectativas del paciente es que al paciente se le proporcione información completa y exacta. Al 84% de los pacientes entrevistados de los hospitales públicos y al 93.3% de los privados sí se les proporcionó información sobre su padecimiento, y del resto de los usuarios llama la atención que al 8% de los pacientes de hospitales públicos a pesar de que no se les informó no preguntaron (ver cuadro 4.4).

**CUADRO 4.4**  
**INFORMACIÓN AL USUARIO SOBRE SU PADECIMIENTO Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y**  
**TERAPÉUTICOS**

Solicitó información	Hospitales			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	4	8.0	4	6.7
No	4	8.0	0	0.0
Se la proporcionaron	42	84.0	56	93.3
TOTAL	50	100.0	60	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados seleccionados.

Con las entrevistas a profundidad realizadas a los pacientes de los hospitales privados pudimos darnos cuenta que las pacientes del sexo femenino son las que solicitan con mayor frecuencia al médico se les proporcione la información necesaria en relación a diagnóstico y tratamiento, a diferencia de los hombres que generalmente se conforman con lo que el médico les dice. A los pacientes les preocupa que los prestadores de servicios no les den la información completa y exacta, "en algunas ocasiones utilizan términos que sólo ellos entienden y por no demostrar ignorancia, no pregunto".

Al 100% de los pacientes de los hospitales públicos les gustaría ser escuchados y que les proporcionen la información de manera clara y precisa, consideran que cuando se habla con alguien se comparte el problema o inquietud y disminuye la tensión, generalmente los pacientes hablan de estas aspectos con los mismos compañeros de cuarto o pacientes que comparten la sala de espera, por un lado lo ven benéfico porque comparten el mismo lenguaje y les pueden dar algún consejo. Dicen que cuando hablan con los profesionales, específicamente con el médico, a pesar de que éste trata de explicarle de manera sencilla, en algunas ocasiones dicen términos no claros para ellos. Clearty (1998) asegura que el usuario desea que los prestadores de servicios lo escuchen, le expliquen las opciones en términos que pueda entender y le aseguren que los problemas se pueden resolver y serán resueltos y esperan información completa y exacta. El usuario valora la información y le preocupa que los prestadores de servicios no le den la información completa y exacta, esto influye en la opinión del paciente en relación a la calidad de los servicios proporcionados.

### **Respeto**

El respeto es uno de los indicadores más importantes que el paciente espera en las instituciones de salud. Al 90% de los pacientes de los hospitales públicos se les

proporcionó un trato digno y respetuoso; sin embargo, al 10% de los pacientes de los hospitales públicos que percibieron un trato grosero por parte de algún prestador del servicio no manifestaron su inconformidad a diferencia de los hospitales privados en donde el paciente manifiesta que se le debe tratar bien, de lo contrario no regresa a la institución (ver cuadro 4.5).

**CUADRO 4.5**  
**TRATO DIGNO Y RESPETUOSO DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL**

	HOSPITALES			
	Públicos		Privados	
Pidió un trato digno y respetuoso	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	3	6.0	5	8.34
No	5	10.0	0	0
Se la proporcionaron	42	84.0	55	91.66
TOTAL	50	100	55	100.00

Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados seleccionados.

En las entrevistas a profundidad que se realizaron a pacientes de los hospitales privados manifestaron que les agrada ser tratados con amabilidad y respeto, y perciben un trato adecuado por parte del médico, únicamente un paciente refiere que no está completamente satisfecho con el trato que le da el médico, ya que no le gusta como le dice las cosas, “es un viejito regañón igual que yo, estoy pensando seriamente en cambiarlo, no quiere que coma pan y a mí me gusta mucho”.

Mencionan que la enfermedad los hace ser más sensibles, en esos momentos les gustaría ver caras sonrientes desde que entran al hospital hasta que salen, y ser tratados con amabilidad, cordialidad, respeto y por qué no con cariño, consideran que las personas que laboran en un hospital deben de ser positivos y humanos y transmitirlo a los pacientes.

A los pacientes de los hospitales públicos al preguntarles sobre lo que esperan del hospital y cómo les gustaría que se les brindara la atención, éstos manifiestan que les gustaría ser tratados como seres humanos, sobre todo porque están enfermos; el 66.66% de los pacientes comentan que en ocasiones el personal de la institución es grosera o hace las cosas de mal modo, principalmente las señoritas de recepción, “les molesta que preguntemos cuando tenemos dudas o la información no es clara”. El 33.34% refieren ser tratados con amabilidad por parte del personal, sobre todo del médico, por ser la persona con la que más tienen relación, Hall y Dornan (1994) entienden que la satisfacción se

relaciona con un elevado número de variables, entre las que se encuentra la calidad afectiva del proveedor de salud.

En relación al trato que reciben, los pacientes refieren que es variado, y que depende del estado de ánimo del personal, sobre todo de recepción y de limpieza, estos últimos se enojan porque se consume alimentos en la sala y les ensucian el piso; con respecto a los médicos, mencionan que el trato es bueno, aunque existen algunos muy serios que dan la impresión que están enojados. Otros consideran que el trato que reciben es adecuado por parte de todo el personal, aunque algunos pacientes piensan que el trato que reciben en consulta y hospitalización es diferente. Las experiencias que han vivido no son del todo agradables, sobre todo en el Hospital Juárez, en donde se les solicita que permanezca un familiar con ellos para ayudarles a realizar algunas actividades como: el baño, alimentación y colocación de cómodo entre otras.

Cuando no hay familiar no se baña el paciente, es más ni siquiera les proporcionan un poco de agua para lavarse las manos y efectuar el aseo bucal, ellos refieren que las malas condiciones de higiene en las que se encuentran los hacen sentirse mal, aunado a las condiciones generales de su enfermedad, un paciente comenta haber escuchado a una enfermera decir " que no se les realiza algunos procedimientos a los pacientes porque los familiares se mal acostumbran" siendo que estas acciones son competencia de enfermería; por otro lado la presencia del médico en caso de que el paciente lo requiera, no es inmediata por diferentes circunstancias como son: " está con otro paciente, para qué lo quiere si acaba de pasar la visita médica, ya dejó las indicaciones, está en una reunión, entre muchas otras".

El 58.33% de los pacientes de los hospitales públicos mencionan que los familiares tienen que aprender algunas cosas para poderlos ayudar durante este episodio, consideran que para no ser catalogados por el personal como "pacientes conflictivos" no deben de molestar mucho. Otro aspecto del que se quejan se refiere a las dietas, por lo regular éstas siempre llegan frías, e incluyen alimentos que no están acostumbrados a comer o no les gustan. De igual manera reconocen que cuando son del interior de la República y un familiar los acompaña, éste pasa la noche en el hospital y algunas enfermeras les consiguen una charola de comida, esto es benéfico para ellos, ya que regularmente vienen muy limitados económicamente.

Otro aspecto que comentan es que no hay privacidad, ya que en los cubículos se encuentran de seis a ocho pacientes, y a pesar de que se recorren las cortinas para realizar los procedimientos, no es suficiente. Ellos refieren que les gustaría que les dieran un trato adecuado en todos los sentidos, que pudieran satisfacer sus necesidades relacionadas con su enfermedad, así como el aspecto emocional, un paciente menciona que "la mayoría del personal se olvida de este aspecto, e influye negativamente en nuestra enfermedad", también les gustaría que la relación con el personal fuera más estrecha, que les inspiraran confianza para poder tener una buena comunicación.

Los resultados coinciden con los indicadores propuestos por Clearly (1999), quien afirma que el usuario desea ser tratado respetuosa y amigablemente. El paciente interpreta la

cortesía, confidencialidad y privacidad como signos de que los prestadores de servicios lo están tratando con equidad. Actualmente muchos clientes no están dispuestos a tolerar que los prestadores de servicios los traten mal.

### **Comprensión**

El 30% de los pacientes de los hospitales públicos y el 63% de los privados refieren haber sido comprendidos en su situación y necesidades específicas (fisiológicas), los escuchan y les explican sus dudas e inquietudes, principalmente por parte del médico, algunos pacientes de los hospitales públicos, manifiestan que es el personal de enfermería quien más los comprende, porque con éste conviven mayor cantidad de tiempo, al grado de confiarle algunos problemas o conflictos que se presenten. Al resto de los pacientes les gustaría que aparte de comprender su problema de salud, el personal entendiera su angustia, inquietudes, temores y miedo.

Algunos otros pacientes de los hospitales particulares manifiestan que durante los momentos de enfermedad se sienten susceptibles a todo lo que les rodea, les agradaría ser comprendido por el personal de salud, consideran que en la mayoría de los casos, el trato con el personal es el necesario, por lo que es importante la presencia del familiar durante el proceso de internamiento por si se les ofrece "algo" , ya que por lo regular el personal de enfermería acude en pocos momentos, uno de ellos es para dar medicamentos o "chechar la presión"; además, de necesitar su comprensión y apoyo en esos momentos difíciles, en donde está en peligro su vida o integridad, por ser el hospital un sitio extraño. Refieren tener temor cuando pierden la salud o se les complica alguna enfermedad y de igual manera tienen miedo a lo desconocido, no saben cuál va a ser el tratamiento, si van a sufrir, si les va a doler y sobre todo si van a poder superar ese episodio. Algunos refieren que les gustaría escuchar el consuelo de algún sacerdote o profesional que les permitiera pasar más fácilmente esos momentos de incertidumbre y angustia.

Clearly (1998) menciona que el cliente valora el servicio individualizado y prefiere ser atendido por alguien que se esfuerza por entender su situación y necesidades específicas. El paciente desea que los prestadores de servicio lo escuchen, le expliquen las opciones en términos que pueda entender y le aseguren que los problemas se pueden resolver y serán resueltos.

### **Equidad**

El 96.66% de los pacientes de los hospitales privados y el 70% de los públicos refieren haber recibido un trato similar a los otros pacientes. El resto de los pacientes consideran que no existe equidad en las instituciones de salud, porque existe personal que trata mejor a algunos pacientes por el hecho de ser recomendado y en el caso de los públicos por verse de mejor nivel socioeconómico o cultural. Estos pacientes desean que sean

tratados todos por igual, a veces observan que algunos pacientes llegan más tarde y salen primero que ellos o reciben un trato privilegiado.

Para Clearly (1998), el paciente desea que los prestadores de servicio ofrezcan explicaciones detalladas a todos por igual, y que no exista diferencia en el servicio por el hecho de ser recomendados, amigos, personas de una clase social alta, personas con conexiones políticas o a aquellos que los sobornan.

### Resultados esperados por el paciente

Para Clearly (1998), el cliente espera se le proporcione un buen servicio y sea el resultado de todas sus expectativas.

Con respecto al servicio que recibieron, el 76% de los pacientes que asisten a los hospitales públicos consideran que la calidad de los servicios muy buena, el 20% buena y el 4% como regular y en los hospitales privados la calidad que se proporciona fue considerada para el 80% como muy buena (ver cuadro 4.6).

Esto se puede explicar porque los pacientes de los hospitales públicos están satisfechos porque el 58% de los pacientes son foráneos y han tenido problemas para que en su lugar de origen le resuelvan su problema de salud, y el resto de los pacientes por ser atendidos en hospitales de especialidad o generales de renombre, además por percibir mejoría en su estado de salud. Mientras que los pacientes de los hospitales privados tienen la opción de cambiar de hospital, cuando éste no satisface sus necesidades y expectativas y son más exigentes con la calidad del servicio, ya que les cuesta mucho dinero.

CUADRO 4.6

#### CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO

Cómo considera la calidad del servicio que recibió en el hospital	Hospitales			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	
Muy buena	38	76.0	48	80.00
Buena	10	20.0	12	20.0
Regular	2	4.0	0	0.0
Mala	0	0.0	0	0.0
TOTAL	50	100.0	60	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados seleccionados

El mayor porcentaje de los pacientes de los hospitales públicos (96%) y privados (98%) sí volverían a elegir el hospital para recibir atención médica (ver cuadro 4.7).

Con esto se corrobora lo que menciona Freire (1997), independientemente de las variables que se consideren, es evidente el hecho de que cuando un usuario está satisfecho con el servicio, lo volvería a utilizar y lo recomendaría a posibles usuarios.

CUADRO 4.7  
ELECCIÓN DEL MISMO HOSPITAL PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Volvería a elegir el hospital para recibir atención médica	Hospitales			
	Públicos		Privados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	48	96.00	59	98.34
No	1	2.00	1	1.66
Tal vez	1	2.00	0	0.00
TOTAL	50	100.0	60	100.00

Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados seleccionados

Para los pacientes, la calidad de la atención está determinada básicamente por la forma en que se les trata, para ellos es muy importante dos momentos para determinar si la atención es adecuada o no y éstos son: el trato que recibe al solicitar el servicio, generalmente este filtro está representado por el personal administrativo y el trato que recibe por parte del médico. Refieren conocer poco de tecnología necesaria para su tratamiento, así como de recursos humanos y materiales.

Los elementos que guardan mayor relación con respecto a la satisfacción fueron el ambiente físico y el trato recibido por el personal que brinda los servicios de salud.

Generalmente el usuario evalúa la calidad recibida por el trato del médico y la persona que sirve de filtro para proporcionar la atención, estos resultados concuerdan con los descritos por Hall y Dornan (1998), quienes mencionan que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables, entre las que se encuentran la calidad afectiva del proveedor de salud.

Nos llama la atención que cuando al paciente se le aplica un cuestionario y no existe una relación de confianza, como sucedió con los 110 pacientes de los hospitales seleccionados, éstos no manifiestan que existe una mala atención, al contrario refieren que la atención es excelente o muy buena, en cambio los pacientes que se les realizaron

entrevistas a profundidad manifestaron su insatisfacción en algún momento del proceso de atención.

Clearly (1998) menciona que existen indicadores de expectativas que los usuarios comparten; en este caso nos dimos cuenta que en efecto el cliente desea ser tratado con respeto, que se esfuercen por comprenderlo, que lo escuchen, que le expliquen las opciones en términos que pueda entender, que le den información completa y que tenga acceso inmediato a los servicios, que el lugar o sitio en donde se le proporciona el servicio esté iluminado, ventilado, limpio, temperatura agradable, cómodo y funcional, que los servicios se les proporcione con prontitud, que el hospital cuente con personal suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica congruente con el tipo de servicio solicitado, material suficiente, no esperar mucho tiempo para recibir el servicio y sobre todo esperan que se les proporcione un buen servicio.

Con respecto a los médicos como usuario del servicio el 52.74% consideran que la calidad de los servicios de los hospitales que ocupan para atender a sus pacientes es muy buena y un 32.72% la califican como buena.

Para el 52.74% de los médicos que han utilizado los servicios del hospital en los dos últimos años la calidad ha mejorado y para el 30.90% permanece igual.

Con las entrevistas realizadas podríamos decir que si bien los pacientes de los hospitales públicos no tienen la capacidad de percepción o está muy limitada en relación a los conocimientos técnicos, sus expectativas las tienen muy claras y éstas al igual que en los usuarios de los hospitales privados se centran en las relaciones interpersonales, trato recibido, atención, tiempo de espera y sobre todo recuperación del estado de salud, es más algunos manifestaron estar satisfechos porque han notado mejoría en su estado de salud.

Con respecto a los médicos como usuarios del servicio, éstos buscan a través de la selección de los hospitales, los mismos indicadores que los pacientes entrevistados, con la finalidad de brindar una atención de calidad y así lograr satisfacer las necesidades y expectativas de sus pacientes pero con la diferencia que ellos cuentan con los conocimientos suficientes en relación a los aspectos técnicos y de recursos.

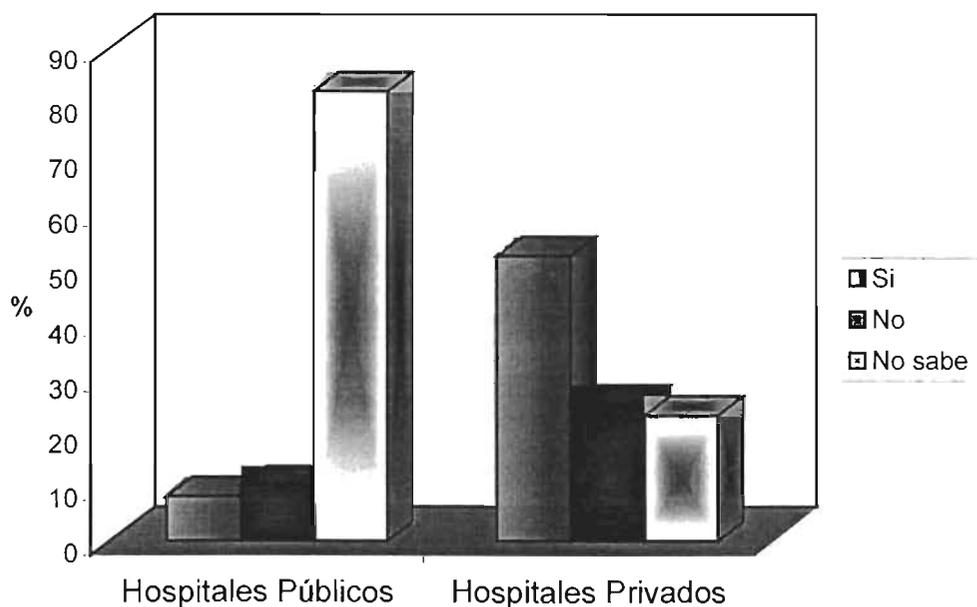
Podemos concluir, que este principio de gestión de calidad relacionado con la atención a la satisfacción del paciente, analizado a través de los indicadores propuestos por Clearly (1998) es muy importante para la percepción que tienen los pacientes con respecto a la calidad de la atención en los servicios recibidos, así como de su posible utilización o recomendación.

Otro aspecto importante que se analizó para complementar este apartado fue el conocimiento que tienen los pacientes y los médicos entrevistados en relación al Programa de Certificación de Hospitales, tenemos que el 65% de los pacientes de los hospitales particulares tienen conocimiento de lo que es la certificación y únicamente el 6 % de los pacientes de los hospitales públicos refieren conocerla: generalmente la

relacionan con las Normas ISO, que se aplican principalmente en la industria, aunque recientemente se han certificado procesos en instituciones de salud.

El 96% de los pacientes de los hospitales públicos no saben si se mejora la calidad de la atención con la certificación y el 4% manifestaron que sí, mientras que para los pacientes de los hospitales privados el 33.33% afirman que la certificación asegura una atención médica de calidad, y el resto no saben (ver gráfica 4.2). Esto nos habla del poco impacto que ha tenido el Programa en la sociedad, ya que tienen un gran desconocimiento del Programa y sus posibles beneficios.

**GRÁFICA 4.2**  
**MEJORA DEL SERVICIO EN LOS HOSPITALES**  
**CERTIFICADOS**

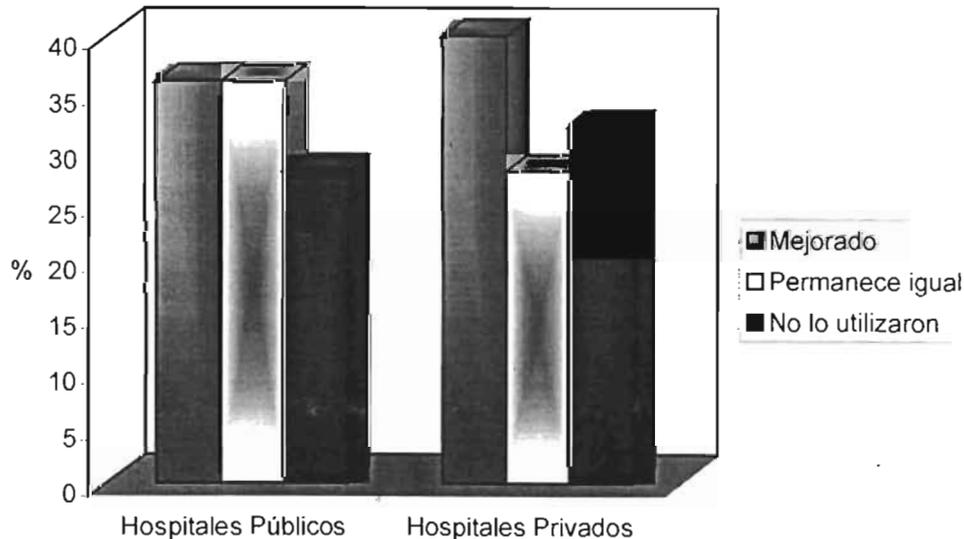


Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados

El mayor porcentaje de los pacientes de los hospitales públicos que han utilizado los servicios en los dos últimos años consideran que la calidad ha mejorado o permanece

igual, mientras que los usuarios de los hospitales privados piensan que éstos han mejorado (ver gráfica 4.3). Esta información nos hace reflexionar que probablemente, esta percepción que tienen los pacientes de los hospitales públicos se deba a que son los principales hospitales de la SSA y algunos de estos hospitales son de tercer nivel, y en el caso de los hospitales privados, últimamente se está reforzando el respeto de los derechos del paciente, y con esto satisfacer sus necesidades en relación con el trato digno y respetuoso.

**GRÁFICA 4.3**  
**CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN HOSPITALES**  
**CERTIFICADOS**



Fuente: Cuestionarios aplicados a 110 pacientes de los hospitales públicos y privados

Con respecto a los médicos usuarios de los servicios entrevistados, el 89.09% conocen la finalidad del PNCH.

#### 4.2.2 Liderazgo

El liderazgo como principio de gestión de calidad es otro de los elementos necesarios para que se propicie esta gestión. Para esto es indispensable, una fuerte implicación y compromiso de la alta dirección, Moreno Luzón (2001) refiere que los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización, ellos deberán crear y mantener

un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

A partir de esto, se requiere el compromiso de todos, pero este compromiso debe iniciar con los directivos, partiendo de lo anterior se podría pensar que este programa debería de ser de suma importancia para los directivos por lo que representa para el hospital; sin embargo, nos pudimos dar cuenta que no todos los directivos le dieron la misma importancia, en algunas instituciones la responsabilidad era del director general, por ser para ellos el programa eje de la institución, para otros era uno más de los programas implementados en el hospital, lo que mostró el poco compromiso de los directivos, al no comprometerse e involucrarse en este programa.

Moreno Luzón, Peris y Santonja (1998) refieren que es indispensable que la alta dirección se transforme en verdaderos impulsores y líderes para poder impactar a los otros miembros. Badri (1995) sostiene que si el compromiso y el liderazgo del director general y colaboradores es insuficiente, los cambios organizativos que deben producir no tendrán el impacto suficiente y las prioridades que deben orientar a la organización no serán suficientemente difundidas ni percibidas por sus miembros.

Un elemento importante que se requiere para que los directivos sean verdaderos impulsores, es el conocimiento de todo lo que sucede en la institución, ganas y compromiso. En relación a este aspecto encontramos que sólo en un hospital público y en un privado el director tenía la información completa del proceso de certificación de su hospital y mostraban gran interés en conocer las observaciones por parte del Consejo, ya que no las habían recibido en la fecha fijada por los evaluadores. El resto de los directivos conocían la información general, no así la específica, por lo que se determinó que se entrevistara a la persona responsable de la certificación. Este nos demuestra que no existe un compromiso por parte de los directivos con este programa.

Esta situación fue muy representativa en el Hospital Médica Sur y en el Hospital Ángeles de las Lomas, ya que no pudieron participar, el primero por no tener la información, ya que el responsable del programa ya no trabajaba con ellos y no había otra persona enterada del proceso. Una situación similar fue la que se vivió en el segundo hospital, en donde el director no pudo asignar a la persona que sería entrevistada, porque no sabía quién había participado.

Los directivos o responsables del programa de los hospitales públicos estaban muy preocupados en cumplir con los criterios de evaluación del Programa y realizaron algunas acciones con la finalidad de dar a conocer al personal que el hospital iba a participar en el programa, las actividades se centraron por el tipo de estructura organizativa en reuniones informativas dirigidas a los titulares de las direcciones médica, investigación, docencia y administrativa; además se informó y sensibilizó respecto a los beneficios que se obtendrían al conseguir la certificación, se programaron reuniones semanales o quincenales con los directores, subdirectores y jefes de servicios, primero para dar a conocer los lineamientos y posteriormente para analizar cada una de las áreas para detectar las deficiencias de éstas, corregir y cumplir con lo solicitado, para lo cual se

integraron equipos de trabajo representativos de las diferentes áreas, que se hicieron responsables del cumplimiento de los parámetros establecidos por la comisión. Peters (1998) menciona que esta forma de organizar el trabajo facilita la participación de los miembros de la organización en la resolución efectiva de problemas. Sin embargo, en este caso no se logró la participación del personal.

Se entregaron circulares a los diferentes servicios y se envió a todo el personal médico, paramédico y administrativo un oficio para informarles del proceso y de la importancia de su participación para lograr la certificación del hospital, también se difundió la información durante las sesiones generales sobre el interés de los directivos por lograr la certificación y la importancia de la participación de cada uno de los trabajadores para lograr este objetivo.

Los hospitales privados utilizaron los mismos procedimientos, aunados a la participación del grupo asignado para recopilar la información en relación a las condiciones del hospital con respecto a los criterios de evaluación, que al ir realizando el levantamiento de la información en cada una de las áreas se encargó de enterar al personal que el hospital iba a participar en el proceso de certificación.

También se sostuvo una reunión con el personal de primer y segundo nivel dentro de la estructura organizacional, a los que se les entregó los puntos específicos para cada área para lograr la certificación, y así poder detectar los que necesitaban modificar o faltaban por cubrir. Badriy (1995) menciona que si el compromiso y el liderazgo de los directivos y colaboradores es insuficiente, los cambios organizativos que deben producir la implantación del sistema de calidad no tendrán el impacto suficiente y las prioridades que deben orientar a la organización no serán suficientemente difundidas ni percibidas por sus miembros.

Además se realizó una campaña de información para sensibilizar al personal sobre el proceso de evaluación para poder contar con su participación y entusiasmo en beneficio del paciente y se efectuó un compromiso en fecha y hora para el cumplimiento y requerimientos de apoyo con las áreas involucradas. Esta campaña, en los mejores casos se quedó a nivel de información, pero como menciona Keith D (1998), para lograr cambios en el personal que reditúen en la colaboración y participación se requiere seguir un proceso, que inicia con la información, ésta debe ser seguida por la aceptación del personal involucrado, para lograr esto es necesario que los directivos se transformen en verdaderos impulsores y líderes del proyecto (Moreno Luzón 2001).

En el 100% de los hospitales públicos y privados el personal tuvo conocimiento del proceso de certificación, pero únicamente participaron los jefes de las áreas correspondientes de acuerdo con los manuales de organización, cabe mencionar que únicamente en un hospital fue notoria la participación de todo el personal en sus áreas de competencia durante el proceso y en dos más participó el personal, pero en menor grado.

Nos damos cuenta que a pesar de que se informó al personal sobre el proceso, no se propició que el personal de base se comprometiera totalmente durante la certificación.

Como menciona Muller de la Lama (2001), que uno de los requisitos para que un programa tenga éxito, es necesario involucrar a todo el personal para que hagan suyo el proyecto, de lo contrario se queda únicamente a nivel de información general, lo cual no va a tener impacto en sus actividades habituales.

Lo anterior nos permite observar que el compromiso de la alta dirección estuvo centrado en cumplir con los requisitos establecidos por el Programa, no le dieron importancia a la participación del personal durante este proceso y la responsabilidad para realizar modificaciones del área física, elaboración de manuales y formatos recayó en el mando medio, por consiguiente para el personal los directivos no representaron modelos de referencia y cambio, hubo implicación personal para el cumplimiento de los criterios para la certificación, pero no para establecer procedimientos para facilitar el sistema de gestión.

### 4.2.3 Cambio cultural

Para que exista un cambio cultural es necesario que se informe de la nueva cultura, que el personal tenga una actitud positiva al cambio, uso de prácticas y herramientas de calidad y se fomente la participación y mejora continua.

Los directivos de los hospitales certificados no tenían contemplado un cambio cultural, dicen que es difícil que la gente quiera cambiar y en ese momento la prioridad era la certificación.

En los dos de los tres hospitales en donde se incluyó al personal operativo, se percibió un cambio en la conducta habitual de éstos durante el proceso de certificación; se usaron prácticas y herramientas de calidad; sin embargo, una vez que se certificó el hospital, el personal poco a poco ha adoptado el comportamiento habitual anterior al proceso. Esto habla de que las instituciones de salud no han desarrollado e implementado un sistema de gestión de calidad que permita efectuar cambios permanentes de comportamiento, tanto de directivos como del personal, que les permita asimilar los nuevos procedimientos implicados en este cambio, (Gutiérrez, 1998). Únicamente el hospital privado en donde fue notoria la participación de todo el personal en sus áreas de competencia durante el proceso, continúa laborando con calidad, ya que ellos laboran bajo normas internacionales de calidad y este cambio no se dio por el proceso de certificación, sino que ya lo tenían instituido por las características e intención de la institución.

En el resto de los hospitales en donde participaron únicamente los directivos y responsables de áreas, estas acciones no tuvieron impacto en el personal y su participación es la habitual; esto es comprensible, porque únicamente la alta administración puede efectuar *cambios culturales*, en donde la información es parte del proceso para propiciar un cambio en la conducta de las personas, y la velocidad y grado de cambio depende en gran medida si las pulsaciones de energía son fuertes y frecuentes, o sea la manera y frecuencia de las acciones (Mueller de la Lama, 1997).

El 90.90% de los directivos trataron de incorporar a su sistema tradicional de administración algunos elementos del sistema de gestión de calidad, pero mientras no estén convencido que es necesario que ellos actúen como verdaderos líderes de transformación e incluyan a todo el personal para que haga suyos los programas, no se podrá lograr una cultura de calidad en los involucrados.

Por otro lado, los prestadores de servicio no tenían conocimiento que a partir del proceso de certificación se tenía la necesidad de un cambio cultural para propiciar una mejora continua en la atención proporcionada, mencionan que los directivos no les comunicaron la importancia del cambio cultural. Consideran que es importante que se tenga una actitud positiva hacia la cultura de calidad, lo que dará como resultado un cambio en el comportamiento habitual, pero para eso es necesario que se den las condiciones necesarias; el personal de las instituciones públicas percibe deficiencias, sobre todo de recursos humanos y materiales, no están satisfechos con el tipo de administración que se implementa en su institución y con las condiciones laborales que tienen. El personal de las instituciones privadas refiere que no todo el personal tiene conocimientos en relación a la calidad, las condiciones laborales no son las idóneas y existe una escasa participación en cuestiones de calidad.

Kanji (1996) menciona que la incorporación de la filosofía de cultura de la calidad en una organización debe provenir de arriba hacia abajo, e implica generar un comportamiento diferente que conducirá a una reconversión integral, abarcando desde el replanteo de la misión y los objetivos, hasta los procedimientos y rutinas operativas, y como dice Mueller (1997) que para lograr este proceso en todos los niveles, es necesario que los directivos conozcan que existen factores claves para la adquisición de la nueva cultura y son: que la gente sepa que hay qué hacer, cómo hacerlo y para qué hacerlo, que la gente quiera y tenga una actitud positiva hacia los nuevos valores y la motivación para cambiar su comportamiento.

### **4.2.4 Cooperación en el ámbito interno de la empresa**

La cooperación en el ámbito interno de la empresa está representada por niveles suficientes de participación y compromiso y el trabajo estrecho con todo el personal.

Peters (1998) afirma que la cooperación es una de las características más importantes para aquellas organizaciones en las que se implanta la gestión de calidad. Para que exista cooperación son necesarios niveles suficientes de participación y compromiso y de relaciones de confianza que se apoyen en un liderazgo claro de la dirección. Esta cooperación es importante porque: facilita el cumplimiento de los estándares al colaborar más estrechamente trabajadores y directivos de diferentes áreas y especialidades; mejora la comunicación en y entre las diferentes unidades; facilita la formación de equipos de trabajo; facilita el aprendizaje al compartirse de forma más profunda conocimientos, habilidades y experiencia; y permite reducir el tiempo y aumentar la capacidad de respuesta a los cambios a los que tenga que adaptarse la organización.

Con respecto a lo anterior, los directivos mencionan que no existen niveles suficientes de participación y compromiso por parte de los trabajadores, refieren que es difícil lograr que se involucren con todas las actividades que se realizan en los hospitales, por lo regular la mayoría se compromete con las actividades que le competen observándose poca cooperación con los demás integrantes del equipo de salud o con integrantes de su misma profesión.

Esto se confirma con los comentarios del personal de enfermería, al referir que es difícil realizar un trabajo estrecho con todo el personal, mencionan que por lo regular existe una sobrecarga de trabajo, aunado a que la actividad que realizan los profesionales de la salud les causa cierto grado de estrés ya que se encuentran ante el dolor, enfermedad y muerte y en algunas ocasiones se enfrentan con pacientes problemáticos, tratan de realizar su trabajo lo mejor posible, pero reconocen que lo podrían hacer mejor si tuvieran las condiciones necesarias, mientras que el personal médico entrevistado menciona que su participación y compromiso es directamente con el paciente y por ende con la institución, concuerdan que tratan de coordinarse con los otros profesionales para proporcionar una mejor atención, aunque en algunas ocasiones resulta difícil, sobre todo con aquellos que tienen poca relación, por lo regular se coordinan más estrechamente con el personal de enfermería y éstas a su vez con los otros integrantes. Refieren que pocas veces pueden colaborar con sus colegas u otros profesionales ya que cada uno tiene asignado un servicio u actividades específicas de cada profesión.

En el plano de las relaciones interpersonales con los compañeros de igual o diferente categoría, el personal médico refiere que éstas son de trabajo, y tratan de respetar las opiniones y comentarios de los demás, en cambio, para el 83.33% del personal de enfermería, menciona que en algunas ocasiones son tensas y conflictivas y existe poca colaboración dentro de la misma área, por lo regular cada quién se preocupa de cumplir con sus actividades, mencionan que en muchas ocasiones termina el turno y si a algún compañero o compañera le falta realizar alguna acción, es escaso el personal que está dispuesto a colaborar, casi siempre se retiran sin preocuparse por sus compañeros.

Con lo comentado anteriormente podemos deducir que no existe un liderazgo claro de la dirección que impulse la mejora continua de la calidad de los servicios, ni tampoco niveles suficientes de participación y compromiso.

Un claro reflejo de esto fue que en el 72.72% de los hospitales se le dio al personal que proporciona una atención directa al paciente una hoja con la información que debería de aprenderse, la respuesta del personal fue de indiferencia, apatía o molestia, por sentirse utilizado para lograr un objetivo que no lo identifica como suyo. Gutiérrez (1998) menciona que para lograr la participación es esencial que la gente se sienta importante dentro de una organización y que esté consciente de que de ella depende el éxito de la organización y que tiene significado e importancia para ellos.

### 4.2.5 Trabajo en equipo

A pesar de que el 83.33% de los directivos de los hospitales privados afirman que solicitaron un esfuerzo de trabajo en equipo en los diversos niveles jerárquicos y áreas que integran la institución para contar con su apoyo en esta importante tarea, para recabar veraz y oportunamente la información con base a los puntos específicos que el manual requería, así como conjugar su trabajo diario con las nuevas tareas para estar en tiempo y forma con los requerimientos establecidos, se percibió durante el recorrido al platicar con los actores que brindan la atención directa al paciente, que ellos no participaron durante este proceso, generalmente el equipo se diseñó con los niveles jerárquicos medios y fueron ellos los encargados de resolver los problemas existentes.

Los directivos mencionan que el trabajo en equipo no es únicamente para brindar atención al paciente, que existen equipos de trabajo a través de los diferentes comités, en donde participa personal de diferente nivel jerárquico para dar resolución a los problemas que se presentan en cada uno de los ámbitos.

Peters (1998) menciona que el trabajo en equipo es un elemento clave en el enfoque de la gestión de calidad, que está estrechamente vinculado con el principio de colaboración. Esta forma de organizar el trabajo facilita la participación de los miembros de la organización en la resolución efectiva de problemas y ha sido valorada por algunos autores como factor clave para conseguir la excelencia de la organización.

### 4.2.6 Formación

Cabe mencionar que en la mayoría de los hospitales privados visitados no existe una programación de formación profesional y capacitación que responda a las necesidades del personal, Hall (1998) menciona que los planes de formación deben estar ajustados a las necesidades de cada trabajador. Además, para que la formación sea efectiva deberá ser planificada de una forma sistemática y objetiva, para lo cual se necesita un adecuado diagnóstico de las necesidades concretas de formación y de los medios más efectivos para cubrir estas necesidades, esta formación tiene que ser continua para poder asumir no sólo los cambios en la tecnología, sino también los cambios en los entornos en los que la organización opera y las correspondientes modificaciones en las estructuras y las tareas a realizar, Oakland (1997).

Los hospitales privados tuvieron problemas para cumplir con la plantilla de personal profesional, específicamente con el personal de enfermería, ya que tienen personal no profesional con muchos años de antigüedad, porque con anterioridad se contrataba mayor cantidad de personal auxiliar y en la plantilla se observa un bajo porcentaje de enfermeras profesionales, como estrategia se ha enviado poco a poco a ese personal a estudiar la carrera; sin embargo, una vez que se logra el objetivo se van a otra institución, esto obedece en gran medida que el personal que labora en las instituciones privadas percibe un salario y prestaciones menores a las de los hospitales públicos.

Los hospitales públicos cuentan con programación de cursos de capacitación, principalmente para médicos y enfermeras, pocos hospitales contemplan cursos relacionados con la calidad.

#### **4.2.7 Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones**

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información, por lo que requiere realizar medición, evaluación, control de las formas de desempeño e informe sobre la percepción de usuarios.

Algunos directivos refieren que el proceso de certificación es un procedimiento de medición y evaluación. Previo a esto se realiza una preevaluación con los parámetros establecidos por el Consejo de Salubridad, para conocer, revisar y analizar el estado actual de los diferentes servicios, los métodos y procedimientos establecidos, recursos humanos, materiales y financieros, lo que les facilitó buscar alternativas de solución para poder participar con éxito a través de la implementación de estrategias encaminadas a lograr que sus instituciones contaran con una infraestructura que cumpliera con los criterios de calidad y los procesos y los recursos aseguraran los mejores resultados posibles para el paciente, también el proceso de certificación permitió en algunas instituciones replantear los objetivos en relación con la calidad de la atención médica.

Esta actividad se efectuó de manera interna en los hospitales públicos a diferencia de los hospitales privados, que contrataron agencias de evaluación; esto se entiende, ya que tienen el recurso económico y al lograr la certificación, la inversión se reeditaría al aumentar el porcentaje de ocupación hospitalaria.

Para realizar estas actividades no se pidió la colaboración del personal involucrado de todos los niveles, Rodríguez (1997) menciona que el personal es una parte importante dentro de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización. Este principio es uno de los pilares más importantes, en donde los directivos y empleados, sea cual sea su nivel jerárquico, va a estar bien informado de los objetivos en materia de calidad y van a estar motivados para participar activamente en su cumplimiento.

La mayoría de los directivos dicen que de manera cotidiana se llevan registros que les permite tomar decisiones.

#### **4.2.8 Diseño y conformidad de proceso y servicios**

El 27.27% de los directivos refieren que en su hospital se trata de realizar las actividades como un proceso, en donde cada uno de los integrantes del equipo de salud deben efectuar las acciones de su competencia de manera coordinada ya que consideran que los resultados deseados se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los

recursos relacionados se gestionan como un proceso; sin embargo, el 72.73% mencionan que es difícil brindar la atención como un proceso porque no existe compromiso y disponibilidad de muchos prestadores de servicio, por lo que las actividades relacionadas con la certificación de hospitales no se efectuaron como un proceso, se realizaron a través de funciones independientes, sin incluir a la mayoría del personal de los hospitales.

#### **4.2.9 Mejora continua**

La mejora continua debería ser un objetivo permanente de los hospitales, para lo que se requieren cambios incrementales que permitan mejorar los conocimientos, procesos y por ende el servicio proporcionado.

Es importante mencionar que el 20% de los hospitales públicos y el 33.33% de los privados no tenían programas de calidad al solicitar la evaluación y a pesar de esto se les dio la certificación; en la fecha en que se realizó la investigación, un hospital público aún no contaban con él y en los privados se implementaron después de la certificación, pero no propician actividades que lleven a las instituciones a una mejora continua.

Es importante mencionar que en un hospital pediátrico que se visitó, la atención que brinda se basa en estándares internacionales (ICAO), el cual está patrocinado por fundaciones norteamericanas y proporciona atención a pacientes de escasos recursos; es diferente al resto de los hospitales por su estructura y tipo de atención que proporciona; ésta se asemeja a la de algunos hospitales de Estados Unidos, la central de enfermería está en medio del servicio, con el objeto de visualizar a todos los pacientes, los niños que por sus condiciones de salud pueden realizar alguna actividad salen al jardín, asisten a clases o participan en juegos; para estas actividades se cuenta con personal especializado, el familiar acompaña al niño en todo momento y el hospital cumple con todos los requerimientos necesarios para su funcionamiento de acuerdo a normas de la Secretaría de Salud, SEMARNAP, sector laboral etc.; además es sometido a regulaciones americanas. En este hospital el directivo refiere que están interesados en la mejora continua y para ello es importante la participación del personal.

Este principio de gestión de calidad se considera como uno de los más importantes ya que el objetivo de las instituciones es mejorar continuamente para lograr la satisfacción del usuario al proporcionar atención cada vez de mejor calidad.

#### **4.2.10 Asignación de los medios necesarios**

En los hospitales públicos no se invirtió en el área física, material o equipo a diferencia de algunos hospitales privados en donde fue indispensable adquirir material y equipo para cumplir con los criterios establecido por el Programa, algunos otros hospitales se vieron forzados a realizar modificaciones o crear nuevas áreas y a diseñar o rediseñar los formatos que ya se tenían.

Algunos hospitales que requerían hacer o modificar alguna área, por el poco tiempo con el que contaban no terminaron cuando se efectuó la evaluación, pero a la fecha de la entrevista ya se había concluido.

Sin embargo, es importante mencionar que uno de los hospitales general particulares de 35 camas no tenía un sistema de información de indicadores de calidad, ni el servicio de urgencias en el momento de la evaluación, durante el recorrido al hospital se observó que todavía no estaba terminado, se había acondicionando en un área inapropiada, ya que no reunía las características físicas, dimensiones y accesibilidad; cabe mencionar que ese hospital ha trabajado únicamente con pacientes programados, sobre todo de gineco-obstetricia y el porcentaje de ocupación era mínimo; a pesar de lo anterior el Consejo lo certificó por cinco años. Este mismo hospital no contaba con equipo de cómputo, lo adquirió para mantener actualizada la información y cumplir con este requisito para la certificación, pero fue imposible contar con los datos, ya que no tenían personal para la captura de la información y por otro lado no los tenían completos, durante el recorrido se observó que se estaba entrevistando a personal que sería contratado para realizar esta actividad.

En los hospitales públicos no se tuvieron que hacer acciones extras para poder cumplir con los criterios de evaluación a diferencia de los hospitales particulares, probablemente por tratarse de los principales y más grandes hospitales e institutos, a diferencia de algunos hospitales particulares que no tienen la infraestructura mínima necesaria; si bien, no se encuentran entre los de mayor demanda, ni son de los más grandes, tampoco pertenecen a la mayoría de los hospitales constituidos por menos de quince camas, sin prestigio o reconocimiento por parte de la población.

Los directivos de las instituciones públicas mencionan que no fue necesario realizar grandes acciones o modificaciones para participar en el programa, la mayoría no tuvo problema, ya que contaban con la infraestructura hospitalaria necesaria para cumplir con los criterios de certificación, solamente un hospital tuvo que poner señalamientos. Esto se debe a que en el primer bloque participaron los principales hospitales.

Otra actividad que tuvieron que realizar todos los hospitales fue la actualización o elaboraron de manuales para los diversos servicios, los que deberían de estar en un lugar accesible para su consulta. Sin embargo, estos manuales se elaboraron únicamente para cubrir el requisito y algunos directivos los presumieron y los guardaban bajo llave para que no se les maltrataran. El personal de la mayoría de los hospitales no los ocupa y en algunas ocasiones no los conoce, porque no están en un lugar accesible o simplemente porque no les interesa consultarlos, lo que indica la poca o nula colaboración del personal para realizarlo.

A pesar de las implicaciones que tuvo la certificación para los directivos, éstos se muestran optimistas, sobre todo aquéllos que involucraron al personal y esperan que de manera paulatina modifiquen su actitud hacia la atención que proporcionan al paciente.

Según la opinión de los directivos de los hospitales privados, participar en este evento propició que se implementaran los programas de mejora de calidad en los diferentes servicios, favoreció una integración de trabajo en equipo entre áreas médico operativas y administrativas y se implementó un programa de capacitación para todo el personal en los hospitales que no tenían.

También comentan los directivos que se realizaron modificaciones en algunas áreas y se dotó al hospital de equipos nuevos, planta de luz y equipo de computación con sistemas de control. Consideran que es un compromiso constante la investigación de nuevas técnicas y dotación de equipo que permita una mejor atención para la comunidad usuaria que requiere de los servicios de la institución.

Algunos directivos no tenían integrado o actualizado el documento normativo para establecer estándares de cantidad de personal y calificación técnica por tipo y área, por lo que tuvieron que trabajar arduamente porque contaban con poco tiempo y no tuvieron soporte documental suficiente.

Sin embargo, también encontramos que uno de los hospitales particulares de 35 camas no cuentan con una infraestructura mínima, esta situación es preocupante, ya que este hospital a pesar de que no se encuentran entre los de mayor demanda, ni son de los más grandes, tampoco pertenecen a la mayoría de los hospitales constituidos por quince camas o menos, con esto nos podemos imaginar las grandes deficiencias en recursos y tecnología de los hospitales pequeños.

### **4.2.11 Participación y compromiso de los miembros de la organización**

El conocimiento de la misión y políticas de calidad, incremento de la motivación, comprensión de lo que se espera de cada uno de los integrantes y el uso de habilidades para beneficio de la organización son elementos importantes para conocer la participación y el compromiso de todos los que participan para brindar servicios de salud. En relación a la promoción de la misión y políticas de calidad en los hospitales certificados, los directivos de los hospitales públicos y algunos de los privados mencionan que se divulgan éstas a través de medios escritos, los cuales se colocan en lugares visibles para todo el personal, pero no corroboran si el personal las conoce y sobre todo si las comparten para poder trabajar hacia el mismo objetivo, algunos otros refieren que se encuentran en los manuales de organización.

La mayoría de los directivos reconoce que no se estimula frecuentemente a los prestadores de servicio, para aumentar la motivación por el trabajo realizado, consideran que es obligación del trabajador realizar bien sus actividades, algunos otros piensan que la recuperación del estado de salud de los pacientes debe de ser el principal estímulo para hacer las cosas bien.

Refieren que cuando el personal ingresa se le hace saber que el paciente es el elemento central de la institución, y todos deben participar para satisfacer sus necesidades; así mismo, se les hace saber qué se espera de cada uno de los profesionales. Algunos

comentan que esta postura en algunos momentos se refuerza para que todo mundo tenga claro que el paciente es el motor de las acciones.

Algunos directivos refieren que por el tipo de organización del hospital, tienen poco contacto con el personal de base; sin embargo, la mayoría considera que a través de las diferentes líneas de mando se involucra al personal en las acciones a realizar.

Para complementar esta información consideramos importante entrevistar a personal de los hospitales para conocer su sentir en relación con estos puntos.

Rodríguez (1997) menciona que el personal, de todos los niveles, es una parte importante de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización; para esto es necesario que esté bien informado de los objetivos y políticas desarrolladas por la institución en materia de calidad.

Los profesionales comentan que se les han dado a conocer en forma verbal o por escrito los objetivos, misión y políticas; sin embargo, algunos dicen desconocer si éstos son específicos de la calidad o son generales del hospital, para otros no les queda claro cuál es la diferencia entre cada uno de estos conceptos y por consiguiente no significan pertenencia, involucramiento o participación.

Con lo anterior nos damos cuenta que el compromiso de la dirección en relación con el proceso de comunicación interna no ha sido eficaz, de acuerdo a lo que se menciona en la Norma ISO (9000:2000) ya que los prestadores de servicio no tienen claro qué se persigue con los objetivos misión y políticas de calidad, por otro lado se puede pensar que la alta dirección no ha utilizado la política de calidad como un medio para conducir a la mejora y lograr un ambiente interno, que permita involucrarse al personal en el logro de los objetivos.

También refieren que generalmente no participan en la elaboración de misión y políticas de calidad, son los directivos quienes las elaboran, y posteriormente tratan de difundirlas, o es más se les solicita que se las aprendan de memoria "por si los evaluadores les preguntan". La toma de decisiones por lo regular corre a cargo de los directivos, no se realiza de manera conjunta con el personal involucrado, no se les pide sugerencias o puntos de vista, y las decisiones que toman en algunas ocasiones se les comunican, o definitivamente no se enteran de los acuerdos a los que llegan.

Rodríguez (1997) menciona que es necesario contemplar los puntos de vista y las sugerencias de los empleados para motivarlos a participar activamente dentro de la organización.

Por otro lado, el 83.3% de los prestadores de servicio refieren que los directivos de las diferentes instituciones no les dicen lo que se espera de ellos, así como la importancia de sus actividades en la atención del usuario, el 16.7% mencionan que cuando ingresaron se les mencionó, pero no se refuerza. Esta información difiere con lo que mencionaron los

directivos, afirman que a todos los trabajadores cuando ingresan se les informa lo que se espera de ellos y el 91.6% no se encuentran motivados para participar activamente.

Los trabajadores saben cuál va a ser su participación y las actividades que van a realizar, su participación la refieren como “rutinas del servicio” y en algunas ocasiones se tienen que realizar actividades que no van de acuerdo con su competencia laboral por diferentes circunstancias, una de ellas es la falta de personal en las otras áreas; sin embargo, otros se niegan a realizarlas ya que comentan que tienen mucho trabajo como para realizar actividades de otros trabajadores y prefieren esperar a que las realice el personal que le compete, esto sin lugar a duda va a repercutir en el tipo de atención brindada al usuario.

En los hospitales públicos algunos prestadores de servicio mencionan que no se aprovechan todas sus habilidades porque trabajan por funciones y la mayoría refiere que tratan de poner en práctica sus conocimientos y habilidades y ocupar una categoría acorde a sus conocimientos. En relación a estos aspectos los directivos refieren que la gente ocupa un puesto de acuerdo a sus habilidades y conocimientos.

Randolph (1995) dice que una cuestión extremadamente importante para que las personas se involucren es asegurarse de que todo mundo ha comprendido claramente lo que se espera de él, la tarea o actividad que debe realizar y cuál es la aportación de su tarea, de este modo los trabajadores entienden qué es lo que pueden aportar a la mejora de la calidad.

Esta poca participación y compromiso por parte de la organización se observa en los hospitales públicos, en donde el mayor porcentaje refiere que participaron en primer lugar por cumplir con un requisito ya que consideran que como instituciones gubernamentales que son, deben de apoyar al Consejo de Salubridad; aunadas a esta razón se encuentra la de proporcionar un servicio que garantice el derecho a la salud con calidad y permita asegurar los mejores resultados posibles para el paciente.

Al participar las instituciones por compromiso u obligación, por el hecho de ser el gobierno el representante, a través de la Secretaria de Salud transforman estos programas en inspección (OPS 1992), lo que no permite que realmente las autoridades de las instituciones se comprometan por convicción.

Para la minoría de los directivos el compromiso fue para retroalimentar los procesos de la atención médica que proporcionan las instituciones, para inducir mecanismos que redunden a corto y mediano plazo en una mejor calidad de atención a los pacientes y obtener reconocimiento de las actividades de calidad que proporcionan las instituciones a través de la certificación de hospitales; así mismo, proyectar la capacidad y la calidad de los servicios para mantenerse a la vanguardia y competir con otras instituciones que brindan atención de calidad.

Para los hospitales particulares, uno de sus compromisos para participar en el programa está enfocado a garantizar a los pacientes un servicio médico de calidad que logre un equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos que repercute en la satisfacción del usuario para hacerlo cliente potencial en la institución: sin embargo, el principal compromiso de los directivos es incrementar el porcentaje de ocupación hospitalaria ya que consideran que con la certificación tendrán un incremento en el número de pacientes que soliciten servicio médico al ocupar un lugar privilegiado en el grupo de hospitales del mismo rango; así mismo, tener mayor prestigio con los usuarios, sobre todo con aseguradoras y médicos en relación con los hospitales del mismo nivel de atención, al ofrecer a los médicos y aseguradoras la garantía de los servicios institucionales ya que cumplen con estándares mínimos de calidad que les confirma que el hospital cuenta con una infraestructura adecuada para ofrecer a sus clientes.

Lo anterior nos lleva a la reflexión que el principal interés de los hospitales privados, está relacionado con lograr a través de la certificación prestigio y competitividad, sin que esto sea necesariamente cierto, lo que los conlleva a su objetivo principal que es incrementar el porcentaje de ocupación hospitalaria.

Un ejemplo de lo anterior se detectó cuando el director de uno de los hospitales privados certificados, estaba más preocupado en difundir a través de diferentes medios electrónicos que su hospital estaba certificado y que ya contaban con el servicio de urgencias, con el propósito de captar clientes particulares u ofrecer sus servicios a las diferentes aseguradoras, a pesar de que no contaban con los requerimientos necesarios.

Con respecto a la participación de los trabajadores en el proceso de certificación, los trabajadores mencionan haber percibido un gran movimiento en el 91.6% de los hospitales, algunos notaron que se hacia remodelación en alguna área específica, se compraba material y equipo, se realizaba limpieza profunda, los directivos pasaban con mayor frecuencia a las diferentes áreas, a algunas personas se les pidió que realizaran su trabajo con base al manual de procedimientos; sin embargo, esos manuales se encontraban guardados bajo llave o en la dirección de los hospitales, otros ni siquiera estaban enterados si se habían actualizado éstos o si estaban actualizados antes de decidir certificarse, la mayoría no tenían conocimiento de todo el proceso de certificación y los criterios de evaluación, otros refirieron conocer algunos indicadores de evaluación.

Mencionan que su participación durante el proceso de certificación se limitó a recibir información de lo que se iba a evaluar en su departamento o servicio, y en pocos casos participaron para lograr algunos criterios a evaluar y en los mejores de los casos en tratar de realizar las actividades lo mejor posible durante el proceso de evaluación.

Posteriormente se les informó a través de diferentes medios que se había logrado la certificación, la mayoría desconoce si se les realizaron algunos comentarios o indicaciones al hospital porque no se les dijo; sin embargo, reconocen que tampoco ellos solicitaron información o se involucraron en el proceso por diferentes razones, algunas de ellas son: exceso de trabajo, falta de interés, apatía e indiferencia.

Podríamos decir que el compromiso de los directivos se limitó a que el hospital cumpliera con la estructura y funciones de atención al paciente y de apoyo a la atención, y se olvidaron de aplicar los principios de gestión de calidad, con lo que se pudo lograr algunos avances en relación a la participación de todos los involucrados, e iniciar el cambio de cultura de calidad a pesar de las deficiencias del Programa.

Con lo anterior encontramos evidencias de que la certificación no implica que los hospitales tengan implantada una gestión de calidad en los servicios de salud.

### **Comunicación e información del dictamen del Consejo de Salubridad**

Una vez que los directivos de los hospitales públicos y privados conocieron el fallo de la Comisión del Consejo de Salubridad se realizó una reunión con los directivos de las diferentes áreas para que ellos fueran los encargados de comunicar al personal operativo que el hospital estaba certificado, esto se realizó únicamente de manera general, no se detallaron los pormenores. Otros enviaron una circular a los jefes de departamento en donde notificaban el resultado de la evaluación y la hicieron extensiva al personal operativo.

En el 36.36% de los hospitales certificados la información para el personal de la institución, de que se había logrado la certificación se realizó a través de su página web, otros utilizaron las sesiones generales para informar directamente al personal directivo y operativo del resultado de la evaluación.

Otra forma de dar a conocer el dictamen del Consejo de Salubridad en los hospitales públicos fue a través de una nota publicada en la revista interna del hospital, también se ocuparon canales internos de comunicación como fueron mamparas y franelógrafos, la impresión del logo en diversa papelería permitió que la información se divulgara en todos los niveles.

Solo en el 33.33% de los hospitales privados se les envió a todo el personal una carta de agradecimiento por su colaboración y entusiasmo y se les informó sobre el resultado de la evaluación, y un director general les comunicó al personal el dictamen del proceso de evaluación mediante una visita a cada una de las áreas.

Los hospitales públicos y privados colocaron la placa proporcionada por el Consejo de Salubridad que los acreditaba como hospitales certificados en un lugar visible, tanto para el personal como para los pacientes y familiares.

A quien le interesó principalmente difundir esta información fue a los hospitales particulares, para que a su vez el personal se lo informara a los clientes y los clientes a otras personas.

El 83.33% de los hospitales privados realizaron promoción con los usuarios a través de la colocación de la placa a la entrada de la institución o en un lugar visible, la papelería del hospital también fungió como promotora ya que tiene impreso el logo de la certificación

por lo que es factible que el paciente se entere, así mismo en los diferentes servicios se le dice al paciente y/o al familiar que el hospital se encuentra certificado.

El hospital privado que no cuenta con la infraestructura mínima necesaria, para informar de manera masiva sobre la obtención de la certificación a los usuarios, utilizó la página Web de las instituciones, y promueve sus servicios conjuntamente con esta notificación, además envió propaganda a los usuarios potenciales ( médicos y aseguradoras) para ofrecer los servicios del hospital; solamente en un hospital privado que recibe subsidio de organismos internacionales no se llevaron a cabo acciones por considerarlas innecesarias ya que siempre han ofrecido una atención de calidad y los usuarios lo saben.

En los hospitales públicos se difundió a través de la colocación de la placa, papelería del hospital con el logotipo de la certificación y a través de notas publicadas en la gaceta del hospital, la cual es accesible a todo el público. Por último se le pidió a los directivos su opinión en relación al Programa.

### **Opinión de los directivos y médicos sobre ventajas y desventajas del Programa**

Los directivos entrevistados refieren que la implementación del Programa tiene ventajas y desventajas, entre las ventajas los directivos de los hospitales públicos y privados coinciden que a través de éste se puede mejorar la calidad de los procesos asistenciales, docentes y de investigación, lo que repercutirá en la disminución de los riesgos para el paciente, asimismo el proceso de evaluación le permitió a todo el personal conocer en que áreas o servicios se requiere reforzar el programa de calidad y posteriormente mantener o aumentar esta calidad.

También señalaron los directivos que el Programa permite guiar las acciones de las instituciones en la búsqueda permanente de mejora, no sólo en los resultados, sino en el logro de satisfacción de todos los que participan o están ligados a ellos.

Otra de las ventajas señaladas por los entrevistados es que la implementación de este Programa permitió establecer estándares e indicadores mínimos de calidad para todas las instituciones públicas y privadas de la República Mexicana con base en estándares internacionales, por consiguiente la certificación garantiza que las instituciones se desempeñan bajo normas de garantía de calidad y los motiva para mantener o aumentar esta calidad en beneficio de la población.

Para el 33.33% de los directivos entrevistados de hospitales particulares, lo importante es contar con un documento que avale la calidad de los servicios que se proporcionan en los hospitales para que los usuarios tengan la certeza de que la atención médica es de calidad.

Cuatro directivos de los hospitales públicos y privados refieren que las principales desventajas del Programa es que la certificación por sí sola no garantiza mantener o incrementar la calidad de la atención, se requiere de la implementación de acciones

conjuntas por parte del Consejo de Salubridad para que se incremente la calidad en las instituciones, ya que en los hospitales certificados no se perciben cambios sustantivos después de la certificación.

Para el resto de los directivos no tiene ninguna desventaja, ya que la finalidad del Programa es reconocer a aquellos hospitales que se desempeñan bajo normas de garantía de calidad e invitarlos a que cada día sean mejores, todo esto en beneficio del paciente.

Con respecto a los médicos como usuarios del servicio el 28.18% consideran que los hospitales certificados proporcionan una atención de calidad; sin embargo el 71.82% mencionan que se tiene que realizar otro tipo de actividades conjuntamente con este Programa para que realmente se logren los objetivos de éste.

El 90.90% coinciden en que si realmente se cumplieran los objetivos del PNCH se unificaría el tipo de atención proporcionada en todos los hospitales, se tendría competitividad entre los hospitales de la misma categoría y por ende la confiabilidad de que un hospital certificado proporciona una atención de calidad. Para el 89.09% las principales desventajas se encuentran: criterios mínimos necesarios poco rigurosos que propician que se filtren hospitales que no cuentan con una infraestructura adecuada, los hospitales certificados no garantizan que se proporcione una atención de calidad, los hospitales participan por ser un programa gubernamental y no por convicción, y esto se detecta por los escasos cambios permanentes que se han realizado en las instituciones que han obtenido la certificación.

Con lo anterior podríamos determinar que los hospitales certificados no tienen implementados todos los principios y por ende el sistema de gestión de calidad, con lo que se corrobora la hipótesis: el que un hospital haya obtenido la certificación no implica que cuente con un sistema de gestión de calidad de los servicios de salud.

Además de saber si se implementan estos principios en los hospitales certificados consideramos importante conocer las expectativas y satisfacción de los prestadores de servicio por ser elementos claves en la gestión de calidad, por lo que fue necesario entrevistar a médicos y enfermeras que laboran en los hospitales certificados para complementar la información proporcionada por los directivos.

### **4.3 Necesidades y expectativas de los prestadores de servicio.**

En los hospitales seleccionados se realizaron entrevistas a profundidad a 12 prestadores del servicio: médicos y enfermeras (véase anexo 16).

La satisfacción y participación de los prestadores de servicio es indispensable, Cantú (2001) menciona que uno de los problemas que enfrentan las instituciones es precisamente el personal; en relación a cómo encontrar la manera de lograr que éste mejore la calidad del servicio, se ha puesto especial empeño en las técnicas de reclutamiento, selección y capacitación del personal; sin embargo, ninguna de éstas logrará mejorar la calidad de la atención a menos que el personal esté motivado; para ello

es necesario conocer la percepción y expectativas que tienen en relación a su trabajo y el grado de satisfacción o insatisfacción con el trabajo realizado.

Por lo que el eje de análisis se enfocó al significado que tiene para los prestadores de servicio el programa como estrategia de mejora de la calidad, así como sus necesidades, expectativas y satisfacción con el trabajo realizado, por lo que es importante determinar lo que representa para los prestadores de servicio el Programa de Certificación de Hospitales como estrategia de mejora continua, así como conocer la satisfacción del personal de los hospitales certificados con el trabajo realizado a través del logro de las expectativas.

Pero para que la gente logre tener una actitud positiva hacia un cambio de cultura de la calidad, es necesario que los trabajadores tengan cubiertas sus necesidades y expectativas; para conocer qué tanto están satisfechas se retomaron los indicadores propuestos por Bower (1996), quien manifiesta que los prestadores de servicios desean un lugar agradable para trabajar, contar con material y equipo para proporcionar la atención, tener una remuneración congruente, reconocimiento por el trabajo bien realizado, oportunidad de superación y progreso, seguridad laboral, comunicación constante y participación e integración de equipos de trabajo.

En seguida se analizará la respuesta de los entrevistados en relación a dichos indicadores.

#### **4.3.1 Disponibilidad de recursos**

El 100% de los médicos y enfermeras entrevistadas refieren que un aspecto importante para que se dé una buena atención son las condiciones en que se trabaja. El 50% de los médicos y el 66.66% de las enfermeras refieren que dichas condiciones no siempre son las adecuadas, mencionan que el área en donde laboran en algunas ocasiones tiene carencias con respecto a sus características físicas o de equipamiento. Pero durante el proceso de certificación, algún tiempo se contó con material y equipo suficiente para trabajar, sobre todo en los hospitales públicos y se notaron algunos cambios en relación a la forma de trabajo; sin embargo, al poco tiempo de que fue certificado el hospital se notó otra vez la carencia de recursos materiales y nuevamente se regresaron a las "rutinas".

En los hospitales particulares se mencionó que por lo regular cuentan con el material necesario para atender al paciente, el cual forma parte del listado que el usuario tiene que pagar, de igual manera se tiene el equipo y tecnología necesario; a pesar de esto, algunos profesionales mencionan que el equipo es insuficiente cuando se deteriora o se descompone ya que no cuentan con equipo adicional para sustituir el deteriorado. A ellos les gustaría disponer de áreas físicas adecuadas y mobiliario y equipo suficiente para realizar sus actividades con facilidad, eficiencia y calidad. No están de acuerdo con la exigencia de los directivos en relación de brindar una atención de calidad cuando no se tienen los recursos y equipo necesario, a lo anterior Hodge (1998) afirma que la

asignación de medios necesarios para alcanzar los objetivos es indispensable para la realización de las actividades.

#### **4.3.2 Reconocimiento**

En relación al reconocimiento a través de la remuneración, reconocimiento de los superiores y seguridad laboral, el personal de enfermería refiere que la remuneración que reciben no es congruente con la responsabilidad, ya que trabajan con seres humanos y un error puede costar la vida del paciente, les gustaría que se les pagara más para poder cubrir sus necesidades familiares y trabajar solamente un turno, ellas consideran que el exceso de horas de trabajo en algunas casos les ocasiona agotamiento físico y emocional, traducido en mal humor, irritabilidad, enfado, cansancio y en algunos casos trastornos gastrointestinales; en relación al personal médico el 33.33% refieren estar satisfechos con el salario y el resto dicen que la responsabilidad de trabajar con seres humanos es mucho mayor que el salario, pero aseguran que independientemente del salario realizan su trabajo con responsabilidad, ya que la salud es lo mas valioso que tienen las personas.

Otro aspecto que comenta el personal de enfermería es el poco reconocimiento y valoración de su trabajo por parte de las autoridades y pacientes, es más fácil que se llame la atención por una actividad o actuación inadecuada. Les gustaría que se les reconociera sus cualidades en primer lugar como persona, y en segundo lugar como profesionales, este reconocimiento los motivaría para tratar de ser cada vez mejores, piensan que la falta de reconocimiento es un elemento que propicia que las actividades se realicen como "rutina". En cambio los médicos tienen su autoestima muy elevada, el

100% refiere que son de los profesionales que desde estudiantes tienen el reconocimiento social y profesional y tratan de valorar los conocimientos y capacidades entre compañeros, y solo el 33.33% mencionan que a pesar de lo anterior reconocen que en algunas ocasiones las autoridades no valoran su trabajo, y el reconocimiento es un elemento importante para tratar de ser mejores cada día.

Otro elemento importante es la seguridad laboral, esta va a estar determinada por el tipo de contratación que el personal tenga dentro de la institución. En este aspecto, los médicos y enfermeras de las instituciones públicas tienen plazas, lo que les da seguridad laboral, a diferencia de algunos de hospitales privados, en donde el 33% de las enfermeras temen que a pesar del tiempo que llevan trabajando, en cualquier momento pierdan el trabajo, esto les preocupa ya que su ingreso es importante para la economía familiar, en cambio los médicos de los hospitales privados no manifestaron tener problema en este aspecto.

#### **4.3.3 Oportunidad de superación y desarrollo**

Con respecto a la oportunidad de superación y progreso, el 50% de los médicos y el 100% de las enfermeras no han tenido la oportunidad de ser becados por la institución

para prepararse y así poder brindar una mejor atención, y con ello tener una mejor remuneración; sin embargo, dicen que sí se programan cursos de actualización, pero no siempre pueden asistir porque tienen trabajo. El personal de enfermería reconoce que no siempre utilizan todas sus habilidades para proporcionar la atención por exceso de trabajo, conflictos con compañeros, falta de reconocimiento, poca motivación, falta de material y equipo, entre otras. Les gustaría disponer de tiempo para asistir a los cursos de actualización. En cambio el personal médico asegura que es indispensable la actualización constante para estar al día, con los avances científicos, así como poner en práctica las habilidades y conocimientos para el bienestar del paciente.

Con lo anterior, estamos de acuerdo con lo que dice Randolph (1995), que se debe proveer a los empleados un nivel de formación tal que se asegure que todos tienen conocimiento de los conceptos de la calidad, así como que incorpore las aptitudes (manejo de las herramientas y técnicas de calidad) y actitudes (cooperación), para poder aplicar una filosofía de mejora continua en la que pueden tomar parte.

### **4.3.5 Participación e integración de equipos de trabajo**

El 41.66% de las enfermeras refieren que en las instituciones de salud teóricamente se habla del equipo multidisciplinario e interdisciplinario; sin embargo, en la práctica no existen tales equipos, ya que los profesionales, técnicos y auxiliares están preocupados por realizar sus actividades y cada quien está centrado en lo que le corresponde. El personal médico menciona que siempre han existido equipos de trabajo ya que la atención integral al paciente no la puede dar un solo profesional, aunque reconocen que es difícil que funcionen los equipos, ya que se requiere del compromiso y entusiasmo de todos los que participan en la atención directa o indirecta del paciente. Al 100% de los médicos y al 66.66% de las enfermeras les gustaría participar en los equipos de trabajo para proporcionar una atención integral al paciente, así mismo también les gustaría participar en equipos que tienen como finalidad la resolución de problemas de los servicios. Al resto de las enfermeras no les gusta trabajar en equipo, piensan que esto dificulta la actividad que le corresponde a cada uno de los profesionales.

Sin embargo, la totalidad de los médicos y la mayoría de las enfermeras concuerdan con lo que menciona Peters y Waterman (1998) que organizar el trabajo en equipo propicia la participación de los miembros de la institución hacia un mismo objetivo y facilita el trabajo, además de que los autores dicen que un elemento clave en el enfoque de la gestión de calidad es precisamente el trabajo en equipo.

### **4.3.5 Comunicación**

En relación a la comunicación, el 100% de los médicos y enfermeras refieren que por el tipo de estructura organizativa que tienen, ésta se da a través de su jefe inmediato, por lo que son escasas las ocasiones en que se omite alguna información que tenga que ver directamente con el manejo y tratamiento de los pacientes, pero el 25% de los médicos y

enfermeras entrevistados consideran que algunas veces no se les informa sobre eventos, cursos, becas, permisos etc. Les gustaría que ese tipo de comunicación fuera más efectiva y se diera en tiempo.

Con los datos recabados corroboramos la hipótesis con el personal de enfermería y algunos médicos al no tener cubiertas sus necesidades y expectativas, relacionadas con disponibilidad suficiente y adecuada de áreas físicas, mobiliario y equipo, remuneración, reconocimiento por el trabajo realizado, oportunidades de superación y comunicación constante en todas direcciones, ya que en algunos casos no existen las condiciones adecuadas de acuerdo a la percepción y expectativas, sobre todo de las enfermeras para lograr su satisfacción con el trabajo realizado. A la mayoría de los médicos y enfermeras les agrada participar en la toma de decisiones que los involucra, tener jefes que los comprendan y los hagan sentir importantes dentro de la institución, tener un lugar agradable para trabajar y sobre todo tener los recursos necesarios, poderse superar para ocupar una plaza mejor y tener un salario de acuerdo a su responsabilidad.

Por lo que es importante que los directivos de las instituciones encuentren estrategias que les permita satisfacer estas necesidades y expectativas de los prestadores de servicio, ya que la satisfacción de este es indispensable para que pueda participar activamente en un sistema de gestión de calidad para brindar una atención de calidad y a su vez lograr la satisfacción del paciente.

Otro elemento importante además de conocer las necesidades y expectativas de médicos y enfermeras en el eje de análisis se enfocó al significado que tiene para los prestadores de servicio el programa como estrategia de mejora de la calidad, por lo que se investigó lo que representa para los prestadores de servicio el PNCH. Para el 91.66% de los prestadores de servicio el Programa es una estrategia de evaluación de la calidad de la atención brindada, que se realiza de manera periódica, sin cambios trascendentales para el personal e institución y tipo de atención proporcionada, sin garantizar que por ser una institución certificada, ésta presta una atención de calidad y mucho menos propicia acciones permanentes para mejora la calidad de la atención.

Después de haber revisado los resultados obtenidos a través de directivos, médicos, enfermeras, médicos como usuarios del servicio y pacientes con la finalidad de analizar si la certificación de hospitales promueve que las instituciones de salud implementen una gestión de calidad, si los directivos de los hospitales públicos y privados implementan una gestión de calidad durante el proceso de certificación para propiciar una mejora continua, determinar lo que representa para los médicos y enfermeras PNCH como estrategia de mejora continua y su participación para lograr la certificación, conocer la satisfacción en el trabajo del personal de los hospitales certificados y en qué medida se han logrado sus expectativas; así como, conocer la satisfacción de los pacientes a través del cumplimiento de sus expectativas y deseos en relación a la atención que proporcionan las instituciones de salud y como perciben el PNCH en relación a la calidad de los servicios, se llegan a las conclusiones que se presentan en el siguiente apartado.

---

# CONCLUSIONES

---

Para poder lograr los objetivos propuestos para esta investigación fue necesario analizar la información obtenida a través de encuestas y entrevistas, lo que nos aportó evidencias a favor de las hipótesis planteadas. Con base en lo anterior se llegó a las siguientes conclusiones:

En relación a la Certificación de Hospitales, podemos decir que la construcción del Programa obedeció por un lado a dar cumplimiento al compromiso que se adquirió con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte y por el otro, a las presiones que estaban ejerciendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para que los países participantes desarrollaran sus propios criterios. En nuestro país, para construir los criterios de evaluación para la certificación no se desarrollaron parámetros propios, éstos se retomaron de los manuales de acreditación de Estados Unidos y Canadá, es importante mencionar que dichos países tienen un contexto y un Sistema de Salud diferente al nuestro.

En el diseño de los manuales de evaluación trataron de integrar todo el proceso de atención a través de la utilización modelo de calidad propuesto por Donabedian (estructura, proceso y resultado), la estructura constituye el primer capítulo, el proceso está representado por las funciones de atención y los resultados a través de indicadores; sin embargo, a pesar de que dichos manuales contemplan los mismos capítulos y

subcapítulos para hospitales generales y de especialidad, los criterios de evaluación son distintos para cada uno de ellos, lo que propicia que el tipo de atención sea diferente en los hospitales certificados.

Consideramos que con el afán de que la mayoría de los hospitales pudiera obtener la certificación se determinaron criterios mínimos de calidad que propiciaron que se filtraran hospitales que no cuentan con la capacidad para garantizar atención de calidad, lo que da como resultado que sean rebasados fácilmente por algunos hospitales cercanos a las 30 camas o más y sobre todo por hospitales de especialidad. Además Algunos criterios de evaluación son ambiguos como son: tener personal, en "cantidad necesaria" y con la calificación técnica "idónea", esto ocasionan que la evaluación sea diferente en cada hospital dependiendo del grupo evaluador que la realice.

Los manuales del evaluador para verificar los criterios de certificación no incluyen todos los principios de gestión de la calidad, solo se incluyen ciertos elementos de alguno de los principio como es el caso de la atención a la satisfacción del cliente, asignación de los medios necesarios y formación, no se incluyen la satisfacción del prestador de servicio, liderazgo, cambio cultural, cooperación en el ámbito interno de la institución, mejora continua, por lo que la certificación no implica que las instituciones tengan implementada una gestión de calidad.

Dando como resultado que los objetivos del PNCH, se cumplieran parcialmente: el objetivo enfocado a contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud, consideramos que por las características del Sistema Nacional de Salud en cuanto a cobertura, recursos y base legal, se ejerce este derecho de manera diferente, mientras algunos usuarios pueden seleccionar el hospital en donde consideren que se proporciona una atención de calidad, el mayor porcentaje de la población no lo puede hacer, y acuden a la institución que le corresponda a pesar de la insatisfacción con el servicio recibido, es importante mencionar que para garantizar este derecho constitucional, la atención se debe proporcionar con calidad.

El segundo objetivo relacionado con determinar objetivamente la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para garantizar atención de calidad, se puede decir que se determina la capacidad de los hospitales pero esto no garantiza que se proporcione una atención de calidad, ya que consideramos que algunos criterios son poco rigurosos para garantizar dicha atención.

Con respecto al objetivo enfocado a establecer mínimos homogéneos, podríamos decir que el Programa establece estos mínimos homogéneos por tipo de hospital, lo que va a dar como resultado grados de calidad diferentes en las distintas instituciones dependiendo el tipo de hospital del que se trate. Estos mínimos homogéneos son rebasados por algunos hospitales, sobre todo los de especialidad, pero a pesar de que los criterios mínimos son poco rigurosos, para la mayoría de los hospitales de cinco camas o menos que constituyen un alto porcentaje de los hospitales que constituyen el SNS son difíciles

de alcanzar, por lo que se hace necesario se revise las características mínimas que debe tener un hospital para evitar que proliferen hospitales que no cuentan con lo necesario, poniendo en peligro la vida de los pacientes y no se diseñen criterios para favorecer la permanencia y legitimación de un alto porcentaje de hospitales que no garantizan una atención de calidad.

Además de lo anterior, uno de los elementos que nos permitieron reforzar el cumplimiento parcial de los objetivos del PNCH fueron los escasos cambios positivos que se presentaron en los indicadores de calidad, se esperaría que con la certificación disminuyera la mortalidad hospitalaria, el promedio de estancia y las infecciones hospitalarias como indicadores de que se esta proporcionando una atención de calidad.

Con lo anterior corroboramos la hipótesis de que los criterios de evaluación del Programa de Certificación de Hospitales no son suficientes para cumplir con los objetivos de dicho Programa y por consiguiente, el hecho de haber obtenido la certificación no implica que tenga implementada una gestión de calidad que propicie la mejora continua de los servicios de salud.

Con respecto a la gestión de calidad como elemento indispensable en las unidades certificadas para mejorar la calidad en las instituciones de salud y lograr la satisfacción de todos los que participan, encontramos que en los hospitales se desarrollan algunos de los principios motores de la gestión de calidad: liderazgo y compromiso de la dirección con la calidad, trabajo en equipo, formación y capacitación del personal, administración basada en hechos y asignación de los medios necesarios, de manera aislada y no como un sistema, que dio como resultado que no se desarrollaran las condiciones idóneas para lograr una mejora continua.

Además en estos principios se encontraron diferencias importantes entre los hospitales públicos y privadas con respecto a: formación, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, asignación de los medios necesarios y mejora continua. Los hospitales públicos tienen programación de formación profesional y capacitación a diferencia de la mayoría de los privados, sin embargo pocos hospitales incluyen la capacitación sobre calidad; los hospitales privados tuvieron más problemas en relación con los públicos para cumplir con la plantilla de personal profesional, específicamente de enfermería debido a que este profesional espera la oportunidad de ingresar a una institución en donde tenga mayor salario y prestaciones; para conocer el estado actual de los diferentes servicios y tomar decisiones para lograr la certificación los hospitales públicos realizaron autoevaluación y los privados contrataron agencias de evaluación, lo que les permitió tener una visión externa previa al proceso; en los hospitales públicos no se invirtió en el área física, material o equipo a diferencia de algunos hospitales privados en donde fue indispensable adquirir material y equipo necesario o realizar modificaciones o crear nuevas áreas, esto se puede explicar porque los hospitales públicos que participaron son los principales hospitales generales o son institutos de tercer nivel de atención y no todos los hospitales públicos y privados tenían programas de calidad al lograr la certificación; sin embargo, los hospitales privados lo implementaron posteriormente.

Otro elemento indispensable para lograr que en las instituciones se trabaje bajo un sistema de gestión de calidad es el compromiso y participación de los directivos, en los hospitales certificados objeto de este estudio, la participación de los directivos, se limitó al cumplimiento de los criterios de evaluación para la certificación de hospitales (estructura, funciones de atención al paciente y funciones de apoyo a la atención) y para cumplirlos los directivos implementaron algunos principios aislados; sin embargo, como estos principios no se efectuaron de manera sistemática no se desarrollaran las condiciones necesarias para lograr la satisfacción del cliente, participación y compromiso de los prestadores de servicio, cooperación en el ámbito interno y mejora continua en los hospitales certificados.

No hubo condiciones necesarias para propiciar la participación y compromiso de los prestadores de servicio (médicos y enfermeras), ya que los objetivos, misión y políticas de calidad no significan para ellos pertenencia o involucramiento. No se reforzó la importancia de sus actividades en la atención del usuario y sobre todo lo que se espera de ellos, Randolph (1995) dice que una cuestión extremadamente importante para que las personas se involucren es asegurarse de que todo mundo ha comprendido claramente lo que se espera de cada uno.

Durante el proceso de certificación, se concretaron a conocer los aspectos generales de dicho proceso a través de diferentes vías de comunicación, así como presenciar algunas modificaciones y actividades que se tuvieron que realizar para cumplir con los indicadores de evaluación. En pocos hospitales los prestadores de servicio tuvieron la oportunidad de participar para lograr algunos criterios a evaluar y en los mejores de los casos en tratar de realizar las actividades lo mejor posible durante el proceso de evaluación, es importante mencionar que para que un programa tenga éxito es necesario involucrar a todo el personal para que haga suyo el proyecto, de lo contrario se queda únicamente a nivel de información general, lo cual no va a tener impacto en sus actividades habituales como sucedió en este estudio.

Otro aspecto que influyó en la escasa participación y compromiso de los prestadores de servicio, sobre todo de las enfermeras, es que no siempre pueden satisfacer todas sus necesidades y expectativas, relacionadas con disponibilidad suficiente y adecuada de áreas físicas, mobiliario y equipo, remuneración, reconocimiento por el trabajo realizado, oportunidades de superación y comunicación constante en todas direcciones, Cantú (1997) menciona que para que el personal participe y mejore la calidad del servicio, es necesario que este motivado, y para ello es necesario conocer la percepción y expectativas que tienen en relación a su trabajo y el grado de satisfacción o insatisfacción con el trabajo realizado.

Otro elemento importante además de conocer las necesidades y expectativas de médicos y enfermeras en el eje de análisis se enfocó al significado que tiene para los prestadores de servicio el programa como estrategia de mejora de la calidad, podemos decir que el PNCH no representa para ellos una estrategia para elevar la calidad de la atención, es uno más de los programas gubernamentales, una buena intención para mejorar la calidad, un programa que por sí solo no propicia la mejora continua de los servicios de salud, la consideran como una estrategia de evaluación de la calidad de la atención brindada que

se realiza de manera periódica; sin cambios trascendentales para el personal e institución y tipo de atención proporcionada, sin garantizar que por ser una institución certificada.

Consideran que los criterios mínimos necesarios son poco rigurosos, lo que propician que se filtren hospitales que no cuentan con una infraestructura adecuada, los hospitales participan por ser un programa gubernamental y no por convicción, y esto se detecta por los escasos cambios permanentes que se han realizado en las instituciones que han obtenido la certificación.

Además coinciden en que no se logran los objetivos del Programa, y si se llegaran a cumplir se unificaría el tipo de atención proporcionada en todos los hospitales, se tendría competitividad entre los hospitales de la misma categoría y por ende la confiabilidad de que un hospital certificado proporciona una atención de calidad.

Con lo anterior se tiene evidencias de que la participación de los médicos y enfermeras para lograr la certificación en los hospitales se limitó a conocer los aspectos generales del proceso de certificación y el Programa no representa para ellos una estrategia para elevar la calidad de la atención proporcionada y en términos generales el personal de los hospitales sobre todo el de enfermería no tiene cubiertas sus necesidades y expectativas.

Con respecto a la percepción y satisfacción de los pacientes de las instituciones de salud con la atención recibida en hospitales certificados podríamos decir, que si bien el paciente no tiene la capacidad de percepción o está muy limitada en relación a los conocimientos técnicos, sus expectativas las tiene muy claras y están relacionadas con lo parámetros que menciona Clearly (1998), como son: las relaciones interpersonales, trato recibido, atención, tiempo de espera y sobre todo recuperación del estado de salud, algunos manifestaron estar satisfechos porque han notado mejoría en su estado de salud. También éste aspecto es importante en la evaluación que realizan con respecto a la competencia profesional refieren que son buenos cuando se cubren sus necesidades o se resuelven sus problemas de salud.

Aunque pudimos detectar que los parámetros propuestos Clearly (1998) sobre las necesidades y expectativas del paciente se identifican tanto en los pacientes de los hospitales públicos como en los privados, algunas son más evidentes en los pacientes de los hospitales privados como son: trato digno y respetuoso, ambiente agradable, información completa y exacta y sobre todo oportunidad del servicio, no toleran esperar para recibir la atención.

En cambio en los pacientes de los hospitales públicos a pesar de que tienen muy claro cuales son las necesidades y expectativas toleran muchas situaciones como son: falta de privacidad, tiempo prolongado de espera, incompreensión, trato inadecuado, falta de atención; por el hecho de que no tienen otra opción para resolver su problema de salud y en algunos otros existe agradecimiento con la institución por el hecho de ser atendidos.

Con respecto al conocimiento que tienen los pacientes de la certificación, los de los hospitales privados refieren conocen más en relación de los pacientes de los públicos; sin

embargo, lo relacionan con la Norma ISO y el PNCH no representa nada para ellos, ya que a pesar de referir saber lo que es el Programa cuentan con poca información de éste, lo que nos indica la poca difusión que tiene el programa.

Nos llama la atención que cuando al paciente se le aplicó un cuestionario y no existe una relación de confianza, como sucedió con los 110 pacientes de los hospitales seleccionados, éstos no manifestaron que existe una mala atención, al contrario refieren que la atención es excelente o muy buena, en contraste con los pacientes que se les realizó entrevista a profundidad, los cuales manifestaron sus inconformidades con el tipo de atención, trato recibido entre otros, por lo que es necesario realizar entrevistas a profundidad con los pacientes para que realmente se conozca la satisfacción del paciente, con base en cumplimiento de expectativas y necesidades.

En esta información se encontraron evidencias de que la satisfacción de los pacientes está determinada por el logro de las expectativas referentes a relaciones interpersonales, trato recibido, tiempo de espera y recuperación del estado de salud y el Programa no representa nada para ellos.

Podemos concluir que la Certificación de Hospitales no favorece una mejora de la calidad de manera permanente, ya que no se efectuaron cambios efectivos en los prestadores de servicio y las acciones que los directivos realizaron fueron temporales y no todos los pacientes percibe cambios en relación al aumento de la calidad después de la certificación y que la gestión de la calidad es un elemento indispensable para mejorar la calidad.

Por lo anterior podemos decir que para disminuir el rezago en la calidad que tienen los servicios de salud no basta con implementar programas para evaluar con criterios homogéneos la capacidad de los hospitales de proporcionar servicios de salud con calidad, es necesario evaluar si los hospitales efectúan actividades coordinadas encargadas de la búsqueda permanente de mejorar, no sólo los resultados, sino también la satisfacción de todos los que participan.

Con base en los resultados encontrados se realizan en el siguiente apartado recomendaciones y se exponen las limitaciones que se presentaron en la realización de este estudio.

---

# LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

---

## LIMITACIONES

En la realización de esta investigación se tuvieron las siguientes limitaciones:

Poco interés de algunos integrantes de la comisión de certificación encargada de la elaboración de los criterios de evaluación para colaborar en este estudio. Por lo que fueron seleccionados los integrantes de manera intencional.

Indisponibilidad de algunos hospitales seleccionados para participar por diferentes circunstancias; una de ellas fue por políticas de la institución, en donde tenían establecido que nadie puede aplicar encuestas o cuestionarios a pacientes, ya que existe un departamento encargado de ese fin, en otros hospitales los directivos no pudieron asignar al profesional que tuviera conocimiento del proceso de certificación y en otro por falta de interés. Por lo que fue necesario reducir el tamaño de la muestra inicial, no se sustituyeron por otros hospitales porque se consideró que era una evidencia importante del poco compromiso que tienen algunos hospitales con el programa.

Algunos pacientes no querían o no quisieron participar en el estudio, mencionan que con frecuencia les aplican cuestionarios y no ven cambios en el tipo de atención, se les mencionó la importancia de conocer su opinión en relación a la satisfacción con el servicio recibido con base en el cumplimiento de sus expectativas.

---

## RECOMENDACIONES

1. Implementar en las instituciones de salud la gestión de calidad previo al Programa de Certificación de Hospitales, se requiere que los hospitales tengan una gestión de calidad, en donde la filosofía y políticas sean congruentes con la nueva cultura, que los prestadores del servicio tengan un alto nivel de satisfacción de necesidades individuales, oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades, desarrollo permanente, comunicación en todos los niveles, constante retroalimentación y jefes facilitadores, lo que va a tener impacto en sus actividades habituales. Esta nueva cultura se debe de iniciar con los altos directivos para lograr que la hagan suya y posteriormente la puedan transmitir en forma descendente a los diferentes niveles jerárquicos. Los directivos de los hospitales pueden tomar como marco de referencia los sistemas de gestión de calidad ya probados en las instituciones de salud como son: Premio de calidad: IMSS, ISSSTE y SSA e ISO 9000:2000, para que se trabaje de manera permanente con estos sistemas y no únicamente cuando van a participar en algún programa.
2. Revisar los criterios de certificación con la finalidad de que éstos realmente garanticen una atención de calidad e eliminar la ambigüedad de éstos, ya que con el afán de adaptarse a las necesidades del sistema algunos que son fáciles de superar.
3. Incluir criterios para evaluar los principios de gestión de calidad para determinar si las instituciones tienen implementado una gestión de calidad que le permita realizar acciones de mejora continua, se sugiere incluir: expectativas y satisfacción del cliente, satisfacción del prestador de servicio, liderazgo, compromiso de los directivos, acciones de mejora continua de la calidad en los diferentes servicio, programas de mejora continua de calidad (que el hospital cuenta con un comité de calidad, cuyas acciones estén alineadas con su plan estratégico y con las necesidades de mejora), participación y compromiso del personal de salud, en cada uno de los procesos en los que interviene. y obsolescencia de los equipos.
4. Programar cursos de capacitación para el manejo de los manuales de criterios de evaluación, para unificar la actividad.
5. Que sea obligatorio en los hospitales de especialidad el departamento de enseñanza e investigación, esto se hace necesario por su función trascendental en la formación de recursos e investigación.
6. Buscar un organismo no gubernamental que se encargue del Programa para evitar que este programa se convierta en un proceso de inspección.
7. Involucrar a mayor cantidad de representantes de asociaciones de todo el país, para realizar consultas a gran escala.

8. Integrar en los organismos evaluadores diferentes profesionales que trabajen en las instituciones de salud, lo que les permitiría tener una visión más amplia de los servicios específicos.
9. El tiempo destinado a la evaluación debería de ser flexible, de acuerdo al tamaño del hospital, para evitar que por el poco tiempo no se realice una evaluación adecuada.
10. Conocer las necesidades y expectativas de los prestadores de servicio para lograr la satisfacción con el trabajo realizado. Es importante, que una vez que las instituciones de salud decidan implementar un sistema de gestión de calidad, lograr la satisfacción de los trabajadores a través del cumplimiento de sus expectativas y necesidades, ya que es un elemento importante para el éxito de este sistema, de lo contrario difícilmente se va a involucrar con la institución, y no va a hacer suyas la misión, objetivos y políticas del hospital.
11. Difundir los derechos de los pacientes para involucrarlos en el proceso de atención.
12. Conocer las expectativas y necesidades del paciente e incluirlas hasta donde sea posible con las que deciden los prestadores de servicios, podríamos decir que si bien el paciente no tiene la capacidad de percepción o esta muy limitada en relación a los conocimientos técnicos, sus expectativas las tiene muy claras. Las instituciones de salud habrá de realizar un seguimiento de la información sobre la satisfacción y/o insatisfacción del paciente como medida de la prestación del sistema de gestión de la calidad, para esto se deben establecer los métodos para obtener y utilizar dicha información. Para este fin se pueden retomar los indicadores de satisfacción del paciente propuestos por los Premios de Calidad: IMSS, ISSSTE y SSA, los indicadores sobre expectativas actuales y futuras de los clientes del Premio de Calidad o los propuestos por Clearly.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Abravanel, et al. (1998), *Cultura organizacional*, Colombia: Editorial Legis.

Aguirre Gas H. (1990), "Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas", en *Salud Pública de México*, marzo-abril, vol. 32, pp. 170-180.

Aguirre Gas H. (2000), *Calidad de la atención médica*, México: Serie estudio 54 Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 3ª edición.

Ardila E, Sánchez R. Echeverry J. (2001), *Estrategías de investigación en medicina clínica*, México: editorial Manual Moderno.

Badri M., et al. (1995), "A study of measuring the critical factors of quality management" *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 12, núm. 2, pp 36-53.

Benítez B.L. (2004), "La medicina basada en evidencias" en *Gaceta Médica*, vol 140 suplemento No. 1.

Black S, Porter L. (1995), "An empirical model for total quality management", *Total Quality Management*, vol. 6, núm. 2, pp 149-164.

Bower D., Lawler E. (1996), "The empowerment of service workers: what, why, how and when", *Sloan Management Review*, vol. 33, núm. 3, pp 31-39

Campbell A. (1994), *The sense of well-being in America*, New York: Editorial McGraw-Hill.

Cantú Delgado H. (2001), *Desarrollo de una cultura de calidad*, México: Editorial McGraw-Hill.

Centro de Estudios Estratégicos. (1994), *Entendiendo el T.L.C.* , México: Editorial Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V.

Ciampa D. (1996), *Calidad Total: guía para su implementación*, Buenos Aires: editorial Addison - Wesley Iberoamericana.

Claver E, et.al. (1999), *Calidad y dirección de empresas*, Madrid: Civitas.

Clearly P.D. (1998), *Patient satisfaction as an indicator of quality care*, Inquiry.

Comisión Mixta de Acreditación, (1999) "Manual de Acreditación para Hospitales", versión en español.

Consejo Nacional de Población (CONAPO), (2001), *Indicadores Básicos*. México.

Consejo Nacional de Arbitraje Médico (2003), *boletín informativo*, México.

Consejo de Salubridad General (1999), "Acuerdos por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales", en *el Diario Oficial*, jueves 1o de abril.

Consejo de Salubridad General (1999), *Programa Nacional de Certificación de Hospitales*, México.

Consejo de Salubridad General. (1999), "Criterios para la Certificación de Hospitales" en *el Diario Oficial de la Federación*, viernes 25 de junio.

Consejo de Salubridad General, Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, (1999), "Manual del Evaluador", México.

Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales. (1999), *Manual del evaluador para verificar los criterios de Certificación*, Hospital General de hasta 30 camas, México.

Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales. (1999), *Manual del evaluador para verificar los criterios de Certificación*, Hospital General más de 30 camas, México.

Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales (1999), *Manual del evaluador para verificar los criterios de Certificación*, Hospital de Especialidad, México.

Costa Font, J. (1999), *Evaluación de la satisfacción del paciente*, Barcelona: Departamento de Teoría Económica. Universidad de Barcelona.

Dávila E, Gujaro M. (2000), *Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México*. Santiago de Chile, Serie Financiamiento para el desarrollo núm. 91.Cepal.

Dávila Anabella, Martínez Nora (1999), *Cultura en Organizaciones Latinas*, México: Editorial Siglo veintiuno editores.

Dirección General de Estadística e Informática, SSA. (2000), *Aportación para la integración del anexo estadístico del I informe de gobierno*, México: Editorial Mimeo.

Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño SSA. (2002), *Sistema nacional de Cuentas Nacionales en Salud*, México.

Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED). Secretaría de Salud (SSA) (2002), *Mortalidad 2000*. México.

Dirección General de ISSSTE. (2003), "Premio ISSSTE a la Calidad de la Atención Médica 2003".

Fernández Aparicio JA. (1985), *Productividad del factor humano*. Círculos de Calidad, México: Editorial Alethia S.A. de C.V.

Freire Campos J.M., (1997), *Las preferencias del consumidor en los servicios sanitarios*, Barcelona: Editorial MAPFRE.

Fundación Mexicana para la Salud. (1995), *Innovaciones de los sistemas de Salud: una perspectiva internacional*, México: Editorial Panamericana, p.36

Galbraith J.R. (1998), *Competing with flexible lateral organizations*, Nueva York: Editorial Addison Wesley.

Gobierno de México Diario Oficial de la Federación (DOF). 15 de marzo de 2002.

Gutiérrez Mario (1998), *Administración para la calidad*, México: Editorial Noriega Limusa.

Hall J. (1998), "Americans know how to be productive if managers will let them", *Organizational Dynamics*, vol. 22 num.3, pp 33-46.

Hodge B, et al. (1998), *Teoría de la organización: un enfoque estratégico*, Madrid: Editorial Prentice Hall.

Hodgetts R.M. et al. (1994), "New paradigm organizations: From total quality to learning to world-class", *Organizational Dynamics*, vol. 22 núm.3, pp 5-19.

Hurtado Meléndez A. (1994), "Bases, objetivos y proyección de la acreditación hospitalaria", en *la revista Calidad de la Atención a la Salud*, vol. 1, núm. 2, octubre.

Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). (2001), *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, México.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2000), *Encuesta Nacional de Empleo*.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000), *Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social*. Cuaderno No. 15. México.

Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). (2001) anexo estadístico del I informe de gobierno 2000.

Instituto Nacional de Salud Pública, (2001), "La investigación en la toma de decisiones: ejemplo en el Sistema de Salud", 5 de junio pp. 6-10

Instituto Mexicano del Seguro Social.(1999), "Premio IMSS de Calidad", México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Jefatura de los Servicios de Hospitales, (1987) *Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS*, México.

ISO 9000-2000 (ES). *Sistema de Gestión de la calidad, Fundamentos y vocabulario*.

ISO 9004-2000 (ES). *Sistema de Gestión de la calidad, Directrices para la mejora del desempeño*.

Kanji G.P. (1996), "Implementation and pitfalls of total quality management", *Total Quality Management*, vol. 7 núm. 3, pp 331-343.

Keith D, Newstrom J. (1998), *El comportamiento humano en el trabajo. Comportamiento organizacional*, México: Editorial McGraw-Hill.

Laguna Calderón y Salinas Oviedo. (1990), "Mejoría de la Calidad de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, en *Salud Pública de México*, marzo-abril, vol.32, No 2 pp. 221-224.

Martínez C, López L, Montiel M. (2003) *Apuntes de administración para la calidad total*: Instituto Mexicano de Contadores Públicos A.C. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Contaduría y Administración.

- Majersky Andrés. (1995), "Control Total de Calidad. El rol de la alta gerencia", en *la revista Alta Gerencia*, núm. 12 , septiembre. p.519.
- Malagón London et.al. (1999), *Garantía de Calidad en Salud*, Colombia: Editorial Panamericana.
- Mintzberg Henry, (1998), *Diseño de organizaciones eficientes*, Buenos Aires: El Ateneo.
- Moreno Luzón et. al. (2001), *Gestión de la Calidad y Diseño Organizacional*, Madrid: Editorial Prentice Hall.
- Moreno Luzón M.D.(1993), "Can TQM make small firms competitive", *Total Quality Management*, vol. 4 núm. 2, pp 165-181.
- Moreno Luzón M.D., Herrera J. (1993), "La dirección y el modelo de empresas de calidad" en *memorias del III Congreso de la Asociación Científica de Economía y Dirección de Empresas*, Valencia 12-14 septiembre.
- Moreno Luzón et.al. (1998), "Quality Management in small and medium sized companies and strategic management", in *Madu C.N. The handbook of TQM. Pace University*, Nueva York.
- Morgan Gareth, (1998) *Imágenes de la organización*, México: Editorial Alfaomega.
- Muller de la Lama Enrique (1997), *Cultura de calidad de servicios*, México: Editorial Trillas.
- Navarro Elola Luis et.al (2000) *Gestión de Instituciones Sanitarias*, México: Mira editores
- Oakland J.S. (1997), *Total quality management. The route to improving performance*. Ltd. Oxford, Butterworth-Heinemann.
- O Brien P., Walley P. (1999), Total quality teamworking: what is different?" *Total Quality Management*, vol. 5 núm. 4, pp 151-160.
- Ordoñez O.M. (1996), *Modelos y experiencias innovadoras en la gestión de los recursos humanos*, España: Editorial Gestión 2000.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2004). *Estudio de la OCDE sobre Sistema de Salud en México*.
- Organización Mundial de la Salud, (2000) Perfil del Sistema de Servicios de Salud.
- Organización de Naciones Unidas. (2001) "Informe de la coyuntura económica". *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. México
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud Representación en México. (2002), Capítulo de "Salud en Las Américas 2002"

Pardo R, Gamarra G. (1999), Fuentes, búsqueda, análisis de información y calidad de la evidencia: Breve introducción a la medicina basada en evidencias en *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional*: 47(3): 64-68.

Peters T.J, Waterman R.H. (1998), *En busca de la excelencia: lecciones de las empresas mejor gestionadas de Estados Unidos*, Barcelona: Versión castellana

Pierce R. J., (1998), *Planificación de la calidad*, Barcelona: Editorial Reverté.

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, (2001), en *Diario Oficial*, miércoles 30 de mayo, pp. 11-12.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2001) "Informe sobre el desarrollo humano", Nueva York.

Quinn D.(1995), "The new management system", *European Management Journal*, vol. 13, núm. 3, pp. 251-256.

Ramírez Sánchez, et al. (1998), "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios", en *Salud Pública de México*, enero-febrero, vol. 40,núm. 1 pp. 3-12.

Randolph W.A. (1995), "Navigating the journey to empowerment", *Organizational Dynamics*, vol. 23, núm 4, pp. 19-32.

Rico Rubén (1997), *Calidad Estratégica Total*, Buenos Aires: Ediciones Macchi.

Rodríguez Porras J.M. (1997), *La participación y la calidad integral*, Bilbao: Editorial Deusto S.A.

Rubio Luis (1998). *Cómo va a afectar a México el Tratado de Libre Comercio*, México: Colección de Economía.

Ruelas, Enrique, et al. (1990), "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención medica en el Instituto Nacional de Perinatología", en *Salud Pública de México*, marzo-abril, vol.32, pp. 232-242.

Ruiz de Chávez M., et al.(1990), " Bases para la evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas del Sector Salud", en *Salud Pública de México*, marzo-abril, vol.32, pp. 156-169.

Salgado Joaquin. (1998), "Experiencias con Programas de Mejora Continua de calidad y eficiencia en Hospitales del ISSEMYM", en *memorias del Congreso Nacional de Calidad*, México.

Salud Publica de México.(2001) *Aspectos Relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado*, México, vol. 43(2)

Secretaría de Salud. (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México: Primera Edición.

Secretaría de Salud. Gasto público en salud 1999-2000. (2002), "Síntesis ejecutiva". México.

Secretaria de Salud, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Dirección de Calidad de la Atención Médica. (2001), "Guía para la solución de problemas. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios". Proyecto de cien días.

Secretaria de Salud, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. (2001), "Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud". *Tríptico informativo*. México.

Secretaria de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Comunicación Social. (1983), *Mecanismos de integración sectorial*, México; 5:32.

Sitkin S.B., et.a. (1994), "Distinguishing control from learning in total quality management: a contingency perspective" *Academy of Management Review*, vol. 19, núm. 3 pp.537-564.

Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, (1998), "Memorias de los trabajos libres", junio de 1998.

Solana Alvarez J.M. (1996), *Curso de gestión de calidad*, Madrid: CEPADE, Universidad Politécnica.

Taylor F.W. (1979), *Principios de la Administración Científica*, Buenos Aires: Editorial El Ateneo.

Varo Jaime. (1996), *Gestión estratégica de calidad en los servicios sanitarios*, Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Volpentesta, Jorge Roberto. (2000), *Organizaciones, procedimientos y estructuras*, Buenos Aires: Osmar D. Buyatti.

---

# ANEXOS

---

**ANEXO 1  
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Categoría de análisis	Definición de la categoría de análisis	Variables	Indicadores	Preguntas y anexo
Gestión de calidad	Sistema encargado de la búsqueda permanente de mejorar no solo los resultados, sino también la satisfacción de todos los que participan, a través de sus principios básicos.	<p>Atención a la satisfacción del cliente</p> <p>Liderazgo</p> <p>Participación y compromiso de los miembros de la organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de necesidades y expectativas de los pacientes</li> <li>• Satisfacción de los pacientes</li> <li>• Compromiso de la alta dirección con el sistema.</li> <li>• Propiciar que el personal se involucre totalmente en el logro de los objetivos.</li> <li>• Actuar como modelo de referencia de la cultura de la organización,</li> <li>• Implicación personal para establecer procedimientos que faciliten el sistema.</li> <li>• Conocimiento de objetivos y políticas de calidad</li> <li>• Actitud de atención a los puntos de vista y sugerencia de los trabajadores.</li> <li>• Comprensión de lo que se espera de cada uno de los integrantes de la organización y su aportación a la atención brindada.</li> <li>• Uso de habilidades para</li> </ul>	<p>5 anexo 12</p> <p>5 anexo 12</p> <p>7 anexo 12</p> <p>8 anexo 12</p> <p>12 Anexo 16</p> <p>4 anexo 12</p> <p>2 anexo 12 1 anexo 16</p> <p>3 anexo 16</p> <p>6 anexo 16</p> <p>7 anexo 16</p>

			habilidades para beneficio de la organización.	
		Cambio cultural.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información de la nueva cultura</li> <li>• Actitud positiva al cambio</li> <li>• Uso de prácticas y herramientas de calidad.</li> <li>• Fomento de la participación y mejora continua.</li> </ul>	<p>10 anexo 12 14 anexo 16 9 anexo 12 5 anexo 16 8 anexo 16 9 anexo 16 16 anexo 12</p> <p>16 anexo 12 10 anexo 16</p>
		Cooperación en el ámbito interno de la institución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles suficientes de participación y compromiso.</li> <li>• Trabajo estrecho con todo el personal.</li> </ul>	<p>8 anexo 12 3 anexo 16 4 anexo 16 23 anexo 16</p> <p>11 anexo 12 11 anexo 16</p>
		Trabajo en equipo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de equipos de trabajo</li> <li>• Participación de los miembros de una organización en la resolución efectiva de problemas</li> </ul>	<p>11 anexo 12 4 anexo 16 13 anexo 16</p> <p>8 anexo 12 3 anexo 16</p>
		Formación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación y capacitación del personal</li> </ul>	<p>12 anexo 12 16 anexo 16 17 anexo 16</p>
		Diseño y conformidad de procesos y servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades como proceso</li> </ul>	<p>11 anexo 12</p>
		Mejora continua.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios incrementales o profundos constantes hacia la calidad.</li> </ul>	<p>9 anexo 12</p>

		Asignación de los medios necesarios.	Recursos materiales para realizar el trabajo	13 anexo 12 2 anexo 16
Certificación de hospitales	Procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de la atención y la mejora continua a través de estándares previamente aceptados.	Construcción del programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intereses para la construcción del Programa.</li> <li>• Actores que intervinieron</li> <li>• Proceso para la implementación</li> <li>• Normas para la construcción del Programa</li> <li>• Problemas a los que se enfrentaron</li> <li>• Factibilidad del Programa</li> </ul>	1 anexo 11 2 anexo 11 4 anexo 11 3 anexo 11 6 anexo 11 7 anexo 11
Expectativas y satisfacción del prestador de servicio	Conjunto de sentimientos favorables o desfavorables con lo que los empleados perciben su trabajo, basadas en las características o cualidades que esperan encontrar en la institución.	<p>Disponibilidad de recursos</p> <p>Remuneración</p> <p>Reconocimiento de los superiores.</p> <p>Oportunidad de superación y progreso.</p> <p>Seguridad laboral</p> <p>Participación e integración en equipo.</p> <p>Congruencia del</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Áreas físicas</li> <li>• Mobiliario</li> <li>• Equipo</li> <li>• Congruencia con responsabilidad.</li> <li>• Congruencia con eficiencia, calidad y complejidad.</li> <li>• Suficiente para cubrir necesidades.</li> <li>• Estímulos afectivos.</li> <li>• Cursos de capacitación</li> <li>• Escalafones</li> <li>• Conservación del trabajo.</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Capacitación con base al</li> </ul>	2 anexo 15 4 anexo 15 6 anexo 15 2 anexo 16 21 anexo 16 18 anexo 16 22 anexo 16 20 anexo 16 16 anexo 16 17 anexo 16 19 anexo 16 13 anexo 16 16 anexo 16

		perfil profesional y capacitación.	con base al trabajo específico que realiza.	
		Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas diversas de transmitir mensajes en todas direcciones.</li> </ul>	15 anexo 12 14 anexo 16 15 anexo 16
Necesidades, expectativas y satisfacción de los pacientes	Grado de concordancia entre las expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida por el usuario	Respeto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato amigable y respetuoso</li> <li>• Cortesía</li> <li>• Confidencialidad</li> </ul>	6 anexo 13 5 anexo 14
		Comprensión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar al paciente</li> <li>• Esfuerzo por atenderlos</li> <li>• Alentar al paciente.</li> </ul>	14 anexo 13 6 anexo 14
		Información completa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Cuidados</li> </ul>	12 anexo 13 13 anexo 13 7 anexo 14
		Acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicación</li> <li>• Trámites sencillos</li> <li>• Entrada inmediata</li> </ul>	1 anexo 13
		Ambiente agradable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iluminación</li> <li>• Ventilación</li> <li>• Limpieza</li> <li>• Temperatura agradable</li> <li>• Cómodo</li> <li>• Funcional</li> </ul>	10 anexo 13 2 anexo 14 2 anexo 15 6 anexo 15
		Oportunidad del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio con prontitud</li> </ul>	7 anexo 13 8 anexo 13 1 anexo 14
		Competencia profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de problemas</li> <li>• Cubra necesidades</li> </ul>	20 anexo 13 21 anexo 13 9 anexo 14 5 anexo 15 9 anexo 13
		Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal suficiente en cantidad y</li> </ul>	11 anexo 13 3 anexo 14

			capacidad profesional.	8 anexo 14 5 anexo 15
		Recursos materiales Necesarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Material y equipo necesario para su atención.</li> </ul>	15 anexo 13 16 anexo 13 4 anexo 14 4 anexo 15
		Equidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trato igual para todos.</li> </ul>	19 anexo 13
		Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambios en salud</li> <li>Satisfacción con el servicio</li> </ul>	21 anexo 13 26 anexo 13 27 anexo 13 28 anexo 13 29 anexo 13 11 anexo 14 8 anexo 15

**ANEXO 2**  
**POBLACIÓN BAJO ESTUDIO**

Estado	Hospital	Tipo	Institución	No.de camas
1 D.F.	Hospital General de México	Especialidades	SSA	1008
2 D.F.	Sociedad de Beneficencia Española I.A.P.Hospital Español	Especialidades	Privado	405
3 D.F.	Hospital Juárez de México	General	SSA	383
4 D.F.	Instituto Nacional de Pediatría	Especialidades	SSA	223
5 E.M.	Hospital Angeles de las Lomas. Grupo Angeles	Especialidades	Privado	204
6 D.F.	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	Especialidades	SSA	200
7 D.F.	Hospital Angeles del Pedregal . Grupo Angeles	Especialidades	Privado	200
8 D.F.	The American British Cowdray Medical Center, I.A.P.	Especialidades	Privado	200
9 D.F.	Hospital Infantil de México " Dr. Federico Gómez"	Especialidades	SSA	195
10 D.F.	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Especialidades	SSA	195
11 D.F.	Hospital Metropolitano. Grupo Angeles	General	Privado	148
12 D.F.	Instituto Nacional de Cancerología de México	Especialidades	SSA	146
13 D.F.	Instituto Nacional de Perinatología	Especialidades	SSA	142
14 D.F.	Hospital Mocel. Grupo Angeles	Especialidades	Privado	125
15 D.F.	Hospital Infantil Privado, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	122
16 D.F.	Hospital de México. Grupo Angeles	General	Privado	122
17 D.F.	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"	Especialidades	SSA	114
18 D.F.	Médica Sur, S.A. de C.	Especialidad	Privado	111
19 D.F.	Hospital Santa Fé, S.A. de C.V.	General	Privado	94
20 D.F.	Hospital de Ginecología y Obstetricia, S.A. de C.V	Especialidades	Privado	86
21 D.F.	Clinica Londres (Servicio Médico Social, S.A. de C.V. )	Especialidades	Privado	85
22 E.M.	Centro Médico de Toluca	General	Privado	75
23 D.F.	Hospital Shriners para niños, A.C.	Especialidades	Privado	60
24 D.F.	Instituto Mexicano de Psiquiatría	Especialidades	SSA	50
25 E.M.	Corporativo Hospital Satélite	Especialidades	Privado	46
26	Hospital Santa Teresa, Institución Gineco-	Especialidades	Privado	36

D.F.	obstétrica, S.A. de C.V.			
27 D.F.	Sanatorio Notre Dame, S.A. de C.V.	General	Privado	35
28 E.M.	Institución Gineco-Obstétrica y de Perinatología, Hospital Río de la Loza, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	32
29 D.F.	Nuevo Sanatorio Durango, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	30
30 D.F.	Hospital CICER (Centro Integral de Cirugía Estética y Reconstructiva, S.A. de C.V. )	Especialidades	Privado	4

Fuente: Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales.

**ANEXO 3  
HOSPITALES DE LA REPÚBLICA MEXICANA CERTIFICADOS**

**AGUASCALIENTES**

No	HOSPITAL	TIPO	INSTITUCION	No. CAMAS
1	Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo	Especialidades	SSA	140
2	Hospital Cardiológica Aguascalientes	Especialidades	SSA	25

**BAJA CALIFORNIA**

3	Servicio Hospitalario Materno Infantil, S.A. de C.V.	Especialidad	Privado	17
4	Centro Médico Excel, S.C.	General	Privado	18
5	Centro Médico Nova, S.A. de C.V.	General	Privado	16
6	Sanatorio Santa Catalina de Baja California S.A.	General	Privado	16
7	Hospital Marlef, S. A. de C.V.	General	Privado	16

**CAMPECHE**

8	Hospital "Dr. Manuel Campos"	General	SSA	40
9	Hospital General de Cd. del Carmen	General	SSA	30
10	Hospital General de Candelaria	General	SSA	30
11	Hospital General de Campeche	General	SSA	25
12	Hospital General de Escárcega	General	SSA	22

**COAHUILA**

13	Hospital Universitario de Saltillo "Dr Gonzalo Valdez Valdes"	General	Privado	100
14	Beneficencia Española de la Laguna	General	Privado	80

**DISTRITO FEDERAL**

15	Hospital General de México	Especialidades	SSA	1008
16	Instituto Nacional de Pediatría	Especialidades	SSA	223
17	Hospital Infantil de México " Dr. Federico Gómez"	Especialidades	SSA	195
18	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Especialidades	SSA	195
19	Instituto Nacional de Cancerología de México	Especialidades	SSA	146
20	Instituto Nacional de Perinatología	Especialidades	SSA	142
21	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velazco Suárez"	Especialidades	SSA	114
22	Instituto Mexicano de Psiquiatría	Especialidades	SSA	50
23	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	Especialidades	SSA	200
24	Sociedad de Beneficencia Española I.A.P.Hospital Español	Especialidades	Privado	405
25	Hospital Angeles del Pedregal . Grupo Angeles	Especialidades	Privado	200
26	The American British Cowdray Medical Center, I.A.P.	Especialidades	Privado	200
27	Hospital Mocol. Grupo Angeles	Especialidades	Privado	125
28	Hospital Infantil Privado, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	122
29	Médica Sur, S.A. de C.V.	Especialidad	Privado	111

30	Hospital de Ginecología y Obstetricia, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	86
31	Clinica Londres (Servicio Médico Social, S.A. de C.V.)	Especialidades	Privado	85
32	Hospital Shriners para niños, A.C.	Especialidades	Privado	60
33	Hospital Santa Teresa, Institución Gineco-obstétrica, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	36
34	Nuevo Sanatorio Durango, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	30
35	Hospital CICER (Centro Integral de Cirugía Estética y Reconstructiva, S.A. de C.V.)	Especialidades	Privado	4
36	Hospital Juárez de México	General	SSA	383
37	Hospital Metropolitano. Grupo Angeles	General	Privado	148
38	Hospital de México. Grupo Angeles	General	Privado	122
39	Hospital Santa Fé, S.A. de C.V.	General	Privado	94
40	Sanatorio Notre Dame, S.A. de C.V.	General	Privado	35

## ESTADO DE MÉXICO

41	Hospital Angeles de las Lomas. Grupo Angeles	Especialidades	Privado	204
42	Corporativo Hospital Satélite	Especialidades	Privado	46
43	Institución Gineco-Obstétrica y de Perinatología, Hospital Rio de la Loza, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	32
44	Centro Médico de Toluca	General	Privado	75

## GUANAJUATO

45	Hospital Regional "Dr. Alejandro Castanedo Kimball"	General	Pemex	50
----	---	---------	-------	----

## JALISCO

46	Hospital "Dr. Angel Leaño", A.C.	Especialidades	Privado	77
47	Hospital "Ramón Garibay"	General	Privado	35
48	Sanatorio Versalles de Guadalajara S.A de C.V.	General	Privado	23

## MICHOACÁN

49	Hospital General Regional "Dr. Pedro Daniel Martínez"	General	SSA	90
----	---	---------	-----	----

## MORELOS

50	Servicios Médicos Morelos, S.A. de C.V. Hospital Cuemavaca	General	Privado	29
----	--	---------	---------	----

## NUEVO LEÓN

51	Hospital y Clínica Oca S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	160
52	Clinica y Maternidad Conchita, A.C.	Especialidades	Privado	114
53	Hospital San José de Monterrey, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	110
54	Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda"	General	SSA	219
55	Hospital Universitario de Nuevo León "Dr. José Eleutero Gonzáles"	General	Privado	484
56	Clinica Viidriera, A.C.	General	Privado	43

57	Hospital Dinámica, S.A. de C.V., (Clínica Nova)	General	Privado	33
58	Hospital San Pedro del Valle, S.A. de C.V.	General	Privado	13

**SAN LUIS POTOSÍ**

59	Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"	Especialidades	SSA	256
60	Hospital Materno Infantil " Dr. Alberto López Hermosa"	Especialidades	SSA	70
61	Centro Médico del Potosí, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	63
62	Hospital General de Ciudad Valles	General	SSA	96
63	Hospital General de Río Verde	General	SSA	42
64	Hospital Civil de Ciudad Mante	General	SSA	37
65	Hospital General de Matehuala	General	SSA	21
66	Hospital de Beneficencia Española, A.C.	General	Privado	60
67	Clínica Díaz Infante, S.A. de C.V., S.L.P.	General	Privado	42

**SONORA**

68	Hospital Infantil del Estado de Sonora	Especialidades	SSA	164
69	Hospital General del Estado	Especialidades	SSA	156
70	Hospital Oncológico del Estado de Sonora	Especialidades	SSA	12
71	Hospital General Ciudad Obregón Sonora	General	SSA	100
72	Hospital General Alamos	General	SSA	30
73	Hospital General de Caborca	General	SSA	30
74	Hospital General de Cananea " Dr. Rafael Sandoval Martínez"	General	SSA	30
75	Hospital General "Dr. Francisco Lanz Pérez"	General	SSA	30
76	Hospital General de Guaymas	General	SSA	30
77	Hospital General de Moctezuma	General	SSA	30
78	Hospital General de Navojoa	General	SSA	30
79	Hospital General Nogales	General	SSA	30
80	Hospital General de San Luis Río Colorado	General	SSA	30
81	Hospital General Ures	General	SSA	30

**TABASCO**

82	Hospital Psiquiátrico "Villahermosa"	Especialidades	SSA	120
83	Hospital General "Dr. Juan Graham Casaus"	General	SSA	144
84	Hospital General "Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez"	General	SSA	120
85	Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón"	General	SSA	111
86	Hospital General de Balancán "Dr. Francisco J. Pérez Solís"	General	SSA	30
87	Hospital General de Cárdenas	General	SSA	30
88	Hospital General de Comalcalco, Tab.	General	SSA	30
89	Hospital General de Cunduacán, Tab.	General	SSA	30
90	Hospital General de Macuspana, Tab.	General	SSA	30
91	Hospital General de Teapa "Dr. Nicandro L. Melo" Tab.	General	SSA	30
92	Hospital de la Mujer	General	SSA	30
93	Hospital General de Paraiso, Tab	General	SSA	20
94	Hospital General de Villa Benito Juárez, Tab.	General	SSA	20

**TAMAULIPAS**

95	Hospital General "Dr. Norberto Treviño Zapata"	Especialidades	SSA	103
96	Hospital Infantil Tamaulipas	Especialidades	SSA	37
97	Hospital General "Dr. Alfredo Pumarejo"	General	SSA	140
98	Hospital Civil de Cd. Victoria	General	SSA	94
99	Hospital Civil de Cd. Madero "Dr. Heriberto Espinosa Rosales"	General	SSA	75
100	Hospital General Nuevo Laredo	General	SSA	72
101	Hospital General de San Fernando	General	SSA	47
102	Hospital Civil de Reynosa	General	SSA	44
103	Hospital Civil Nuevo Laredo	General	SSA	30
104	Hospital Civil "Luis G. Falcón" Valle Hermoso	General	SSA	19
105	Clínica Hospital CEMAIN, S.A. de C.V.	General	Privado	24

**TAMPICO**

106	Hospital Psiquiátrico de Tampico	Especialidades	SSA	61
107	Hospital General de Tampico	General	SSA	172
108	Hospital General Reynosa, SSA	General	SSA	120

**TIJUANA**

109	Hospital Almater, S.A. de C.V.	Especialidades	Privado	37
110	Hospital México-Americano de Baja California, S.A. de C.V.	General	Privado	20

**VERACRUZ**

111	Sociedad Española de Beneficencia, Veracruz	General	Privado	43
-----	---	---------	---------	----

**ANEXO 3  
HOSPITALES CERTIFICADOS**

**HOSPITALES DE ESPECIALIDADES**

No.	HOSPITAL	ESTADO	INSTITUCION	No. DE CAMAS
1.	Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo	Aguascalientes	SSA	140
2.	Hospital Cardiológica Aguascalientes	Aguascalientes	SSA	25
3.	Servicio Hospitalario Materno Infantil, S.A. de C.V.	Baja California	Privado	17
4.	Hospital General de México	Distrito Federal	SSA	1008
5.	Instituto Nacional de Pediatría	Distrito Federal	SSA	223
6.	Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez"	Distrito Federal	SSA	195
7.	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Distrito Federal	SSA	195
8.	Instituto Nacional de Cancerología de México	Distrito Federal	SSA	146
9.	Instituto Nacional de Perinatología	Distrito Federal	SSA	142
10.	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velazco Suárez"	Distrito Federal	SSA	114
11.	Instituto Mexicano de Psiquiatría	Distrito Federal	SSA	50
12.	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chavéz"	Distrito Federal	SSA	20
13.	Sociedad de Beneficencia Española I.A.P.Hospital Español	Distrito Federal	Privado	405
14.	Hospital Angeles del Pedregal. Grupo Angeles	Distrito Federal	Privado	200
15.	The American British Cowdray Medical Center, I.A.P.	Distrito Federal	Privado	200
16.	Hospital Mocol. Grupo Angeles	Distrito Federal	Privado	125
17.	Hospital Infantil Privado, S.A. de C.V.	Distrito Federal	Privado	122
18.	Clinica y Maternidad Conchita, A.C.	Distrito Federal	Privado	114
19.	Médica Sur, S.A. de C.V.	Distrito Federal	Privado	111
20.	Hospital de Ginecología y Obstetricia, S.A. de C.V.	Distrito Federal	Privado	86
21.	Clinica Londres (Servicio Médico Social, S.A. de C.V.)	Distrito Federal	Privado	85
22.	Hospital Shriners para niños, A.C.	Distrito Federal	Privado	60
23.	Hospital Santa Teresa, Institución Gineco obstetrica, S.A. de C.V.	Distrito Federal	Privado	36
24.	Nuevo Sanatorio Durango, S.A. de C.V.	Distrito Federal	Privado	30
25.	Hospital CICER (Centro Integral de Cirugía Estética y Reconstructiva, S.A. de C.V.)	Distrito Federal	Privado	4
26.	Hospital Angeles de las Lomas. Grupo Angeles	Edo. de México	Privado	204
27.	Corporativo Hospital Satélite	Edo. de México	Privado	46
28.	Institución Gineco-Obstétrica y de Perinatología, Hospital Rio de la Loza, S.A. de C.V.	Edo de México	Privado	32
29.	Hospital "Dr. Angel Leaña", A.C.	Jalisco	Privado	77
30.	Hospital y Clínica Oca S.A. de C.V.	Nuevo León	Privado	160
31.	Hospital San José de Monterrey, S.A. de C.V.	Nuevo León	Privado	110
32.	Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"	S.L.P.	SSA	256
33.	Hospital Materno Infantil "Dr. Alberto López Hermosa"	S.L.P.	SSA	70
34.	Centro Médico del Potosí, S.A. de C.V.	S.L.P.	Privado	63
35.	Hospital Infantil del Estado de Sonora	Sonora	SSA	164
36.	Hospital General del Estado	Sonora	SSA	156
37.	Hospital Oncológico del Estado de Sonora	Sonora	SSA	12

38. Hospital Psiquiátrico "Villahermosa"	Tabasco	SSA	120
39. Hospital General "Dr. Norberto Treviño Zapata"	Tamaulipas	SSA	103
40. Hospital Infantil Tamaulipas	Tamaulipas	SSA	37
41. Hospital Psiquiátrico de Tampico	Tampico	SSA	61
42. Hospital Almater, S.A. de C.V.	Tijuana	Privado	37

### HOSPITALES DE MAS DE 30 CAMAS

No.	HOSPITAL	ESTADO	INSTITUCION	No. DE CAMAS
43.	Hospital "Dr. Manuel Campos"	Campeche	SSA	40
44.	Hospital Universitario de Saltillo "Dr. Gonzalo Valdes Valdes"	Coahuila	Privado	100
45.	Beneficencia Española de la Laguna	Coahuila	Privado	80
46.	Hospital Juárez de México	Distrito Federal	SSA	383
47.	Hospital Metropolitano. Grupo Angeles	Distrito Federal	Privado	148
48.	Hospital de México. Grupo Angeles	Distrito Federal	Privado	122
49.	Hospital Santa Fé, S.A. de C.V.	Distrito Federal	Privado	94
50.	Sanatorio Notre Dame, S.A. de C.V.	Distrito Federal	Privado	35
51.	Centro Médico de Toluca	Edo. de México	Privado	75
52.	Hospital Regional "Dr. Alejandro Castanedo Kimball"	Guanajuato	Pemex	50
53.	Hospital "Ramón Garibay"	Jalisco	Privado	35
54.	Hospital General Regional "Dr. Pedro Daniel Martínez "	Michoacán	SSA	90
55.	Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda"	Nuevo León	SSA	219
56.	Hospital Universitario de Nuevo León "Dr. José Eleuterio Gonzáles	Nuevo León	Privado	484
57.	Clínica Viidriera, A.C.	Nuevo León	Privado	43
58.	Hospital Dinámica, S.A. de C.V., (Clínica Nova)	Nuevo León	Privado	33
59.	Hospital General de Ciudad Valles	S.L.P.	SSA	96
60.	Hospital General de Río Verde	S.L.P.	SSA	42
61.	Hospital Civil de Ciudad Mante	S.L.P.	SSA	37
62.	Hospital de Beneficencia Española, A.C.	S.L.P.	Privado	60
63.	Clínica Díaz Infante, S.A. de C.V., S.L.P.	S.L.P.	Privado	42
64.	Hospital General Ciudad Obregón Sonora	Sonora	SSA	100
65.	Hospital General "Dr. Juan Graham Casusus"	Tabasco	SSA	144
66.	Hospital General "Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez"	Tabasco	SSA	120
67.	Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón"	Tabasco	SSA	111
68.	Hospital General "Dr. Alfredo Pumarejo"	Tamaulipas	SSA	140
69.	Hospital Civil de Cd. Victoria	Tamaulipas	SSA	94
70.	Hospital Civil de Cd. Madero "Dr. Heriberto Espinosa Rosales"	Tamaulipas	SSA	75
71.	Hospital General Nuevo Laredo	Tamaulipas	SSA	72
72.	Hospital General de San Fernando	Tamaulipas	SSA	47
73.	Hospital Civil de Reynosa	Tamaulipas	SSA	44
74.	Hospital General de Tampico	Tampico	SSA	172
75.	Hospital General Reynosa, SSA	Tampico	SSA	120
76.	Sociedad Española de Beneficencia, Veracruz	Veracruz	Privado	43

### HOSPITALES DE HASTA 30 CAMAS

77.	Centro Médico Excel, S.C.	Baja California	Privado	18
-----	---------------------------	-----------------	---------	----

78. Centro Médico Nova, S.A. de C.V.	Baja California	Privado	16
79. Sanatorio Santa Catalina de Baja California S.A.	Baja California	Privado	16
80. Hospital Marlef, S. A. de C.V.	Baja California	Privado	16
81. Hospital General de Cd. del Carmen	Campeche	SSA	30
82. Hospital General de Candelaria	Campeche	SSA	30

No.	HOSPITAL	ESTADO	INSTITUCION	No DE CAMAS
83.	Hospital General de Campeche	Campeche	SSA	25
84.	Hospital General de Escárcega	Campeche	SSA	22
85.	Sanatorio Versalles de Guadalajara S.A de C.V.	Jalisco	Privado	23
86.	Servicios Médicos Morelos, S.A. de C.V. Hospital Cuernavaca	Morelos	Privado	29
87.	Hospital San Pedro del Valle, S.A. de C.V.	Nuevo León	Privado	13
88.	Hospital General de Matehuala	S.L.P.	SSA	21
89.	Hospital General Alamos	Sonora	SSA	30
90.	Hospital General de Caborca	Sonora	SSA	30
91.	Hospital General de Cananea "Dr. Rafael Sandoval Martinez"	Sonora	SSA	30
92.	Hospital General "Dr. Francisco Lanz Pérez"	Sonora	SSA	30
93.	Hospital General de Guaymas	Sonora	SSA	30
94.	Hospital General de Moctezuma	Sonora	SSA	30
95.	Hospital General de Navojoa	Sonora	SSA	30
96.	Hospital General Nogales	Sonora	SSA	30
97.	Hospital General de San Luis Río Colorado	Sonora	SSA	30
98.	Hospital General Ures	Sonora	SSA	30
99.	Hospital General de Balancán "Dr. Francisco J. Pérez Solís"	Tabasco	SSA	30
100.	Hospital General de Cárdenas	Tabasco	SSA	30
101.	Hospital General de Comalcalco, Tab.	Tabasco	SSA	30
102.	Hospital General de Cunduacán , Tab.	Tabasco	SSA	30
103.	Hospital General de Macuspana, Tab.	Tabasco	SSA	30
104.	Hospital General de Teapa "Dr. Nicandro L. Melo"	Tabasco	SSA	30
105.	Hospital de la Mujer	Tabasco	SSA	30
106.	Hospital General de Paraiso, Tab	Tabasco	SSA	20
107.	Hospital General de Villa Benito Juárez, Tab.	Tabasco	SSA	20
108.	Hospital Civil Nuevo Laredo	Tamaulipas	SSA	30
109.	Hospital Civil "Luis G. Falcón" Valle Hermoso	Tamaulipas	SSA	19
110.	Clinica Hospital CEMAIN, S.A. deC.V.	Tamaulipas	Privado	24
111.	Hospital México-Americano de Baja California, S.A. de C.V.	Tijuana	Privado	20

## ANEXO 4

MUESTRA ALEATORIA ESTRATIFICA DE HOSPITALES CERTIFICADOS EN EL  
DISTRITO FEDERAL Y ESTADO DE MÉXICO

Estrato*	Número de camas	Tamaño de la población	Tamaño de la muestra	Nombre de los hospitales
1	Hospitales públicos de 122 camas o más	8	4	*Instituto Nacional de Cancerología de México *Hospital General de México *Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" *Hospital Juárez de México
2	Hospitales públicos menos de 122 camas	2	1	*Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"
3	Hospitales privados de 122 camas o más	8	1	*Hospital Metropolitano. Grupo Angeles
4	Hospitales privados de menos de 122 camas	12	5	*Hospital Santa Fé, S.A. de C.V., *Clínica Londres *Hospital Shriners para niños, A.C., *Sanatorio Notre Dame, S.A. de C.V., *Institución Gineco-obstétrica y de Perinatología, Hospital Río de la Loza, S.A de C.V.
Total		30	11	

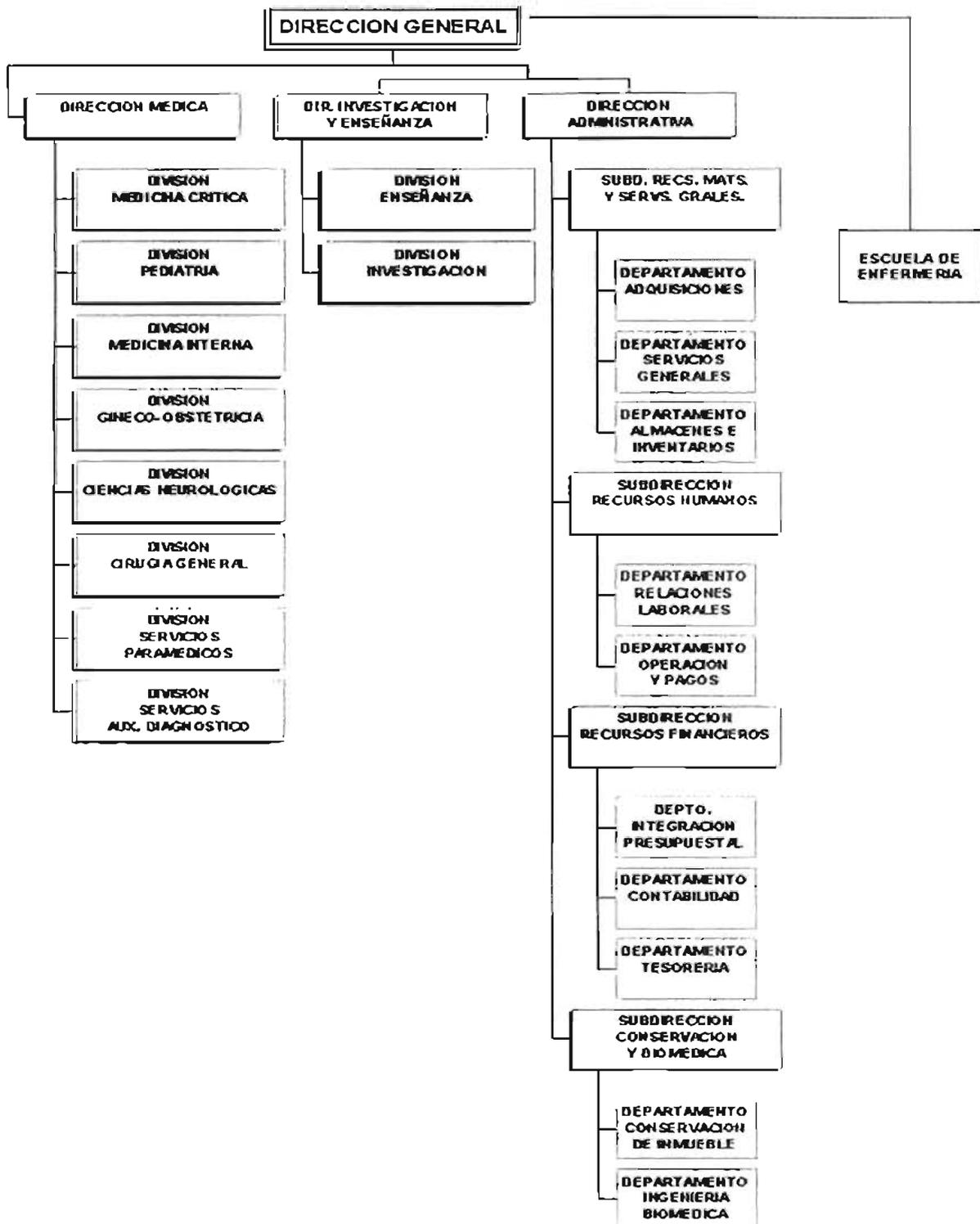
\* Se tomó como criterio para la estratificación la mediana del número de camas de los hospitales de la población que fue de 122.

## ANEXO 5

**NÚMERO DE ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS APLICADOS EN LOS  
HOSPITALES DE LA MUESTRA**

NOMBRE DEL HOSPITAL	Número de entrevistas			Cuestionarios aplicados	
	Directivos	Prestadores de servicio (médicos y enfermeras)	Pacientes	Médicos	Pacientes
Instituto Nacional de Cancerología de México.	1	3	3	5	10
Hospital General de México.	1			5	10
Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez.	1			5	10
Hospital Juárez de México.	1	3	3	5	10
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".	1			5	10
Hospital Metropolitano. Grupo Ángeles.	1	3	3	5	10
Hospital Santa Fé, S.A. de C.V.	1			5	10
Clínica Londres.	1	3	3	5	10
Hospital Shriners para niños, A.C.	1			5	10
Sanatorio Notre Dame, S.A. de C.V.	1			5	10
Institución Gineco-obstétrica y de Perinatología, Hospital Río de la Loza, S.A de C.V.	1			5	10
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>55</b>	<b>110</b>

## ANEXO 6 ORGANIGRAMA DE HOSPITAL GENERAL



## ANEXO 7

## CRITERIOS QUE CUMPLE EL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES EN RELACIÓN CON EL PREMIO IMSS.

CRITERIOS PREMIO IMSS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES
1.- Satisfacción del usuario 1.2 Administración de las relaciones con usuarios y entrega de servicios	II Funciones de atención al paciente II.1 Derecho de los pacientes II.1.1 Promover que los médicos den información completa, al ingresar los pacientes, sobre su padecimiento y de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico. II.2 Otorgar un trato digno y respetar la confidencialidad y seguridad del paciente
2.- Liderazgo	No se incluye
3.- Satisfacción del prestador de servicio 3.1 Sistema de trabajo de alto desempeño	II Función de atención al paciente Realización de los procedimientos en las diferentes áreas, con la mayor seguridad posible
4.- Información y análisis	No se incluye
5.- Planeación	No se incluye
6.- Administración de procesos	No se incluye
7.- Impacto en el entorno social y ecológico	No se incluye
8.- Resultado del desempeño organizacional	IV Indicadores

---

**ANEXO 8**  
**ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA LA**  
**INSTRUMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE**  
**HOSPITALES**

DIARIO OFICIAL

Jueves 1 de abril de 1999

---

**SECRETARIA DE SALUD**

**ACUERDO por lo que se establece las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales.**

---

Al margen un sello con el Escudo Nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos.-  
Secretaria de Salud.- Consejo de Salubridad General.

Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud, y Octavio Rivero Serrano, Secretario de Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 13 fracciones II, VII y X; 17 fracción VI; 24 Fracción I, 34, 35, 37 Y 38 de la Ley General de Salud; 5º, 7º fracción III, 8º, 10º fracción I y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicio de Atención Médica; 4º y 5º fracción XVII del Reglamento Interior de la Secretaria de Salud; 7º fracciones IV, V y VIII y 13 fracciones V y IX del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra, en su párrafo cuarto, el derecho de toda persona a la protección de la salud

Que entre los objetivos que establece el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, se encuentra el de establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios de salud.

Que la atención médica debe realizarse conforme a los principios científicos y éticos que rigen la práctica profesional.

Que uno de los instrumentos que permiten apoyar el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud, es la evaluación de las instituciones prestadoras de los servicios, ya sean públicas o privadas.

Que la evaluación de los prestadores de los servicios debe ser objetiva, cuidadosa y con criterios explícitos que responden a la diversidad de las áreas de salud, y a los niveles de atención.

Que el Reglamento de la materia prevé una serie de disposiciones que regulan a diversos establecimientos para la atención, dedicados a actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, entre los que se encuentran los hospitales.

Que es conveniente establecer un programa para la certificación de hospitales, que permita reconocer una infraestructura hospitalaria que cumpla con criterios de calidad.

Que diversos hospitales, públicos y privados, actualmente cuentan con la estructura y los procesos que les permitan asegurar un resultado óptimo de atención a los usuarios y que es conveniente fomentar y reconocer este ánimo de servicio.

Que por disposición constitucional el Consejo de Salubridad General, en lo sucesivo el Consejo, tiene el carácter de autoridad sanitaria y depende directamente del Presidente de la República, y que en su organización colegiada están representadas diversas dependencias y entidades públicas, así como instituciones nacionales de educación superior y asociaciones científicas de profesionales de las disciplinas para la salud.

Que el Consejo de Salubridad General en su sesión reglamentaria/99, celebrada el 8 de marzo de 1999, acordó instrumentar un programa para la certificación de hospitales.

Que la Ley General de Salud faculta a la Secretaría de Salud, en lo sucesivo la SSA, a realizar la evaluación general de la prestación de los servicios en el territorio nacional y que compete al Consejo participar en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud han tenido a bien suscribir el siguiente:

**ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA LA  
INSTRUMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE  
HOSPITALES**

PRIMERO. El presente acuerdo tiene por objeto establecer las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales a cargo del Consejo, así como la integración del Directorio de Hospitales Certificados.

Para efectos de este Acuerdo, se entenderá por certificación al documento que expida el Consejo, en el que se hará constar la calidad del hospital y de los servicios que preste.

SEGUNDO. En la elaboración e instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, se tomará en cuenta lo siguiente:

- I. La certificación se efectuará a los hospitales que la soliciten, y
- II. La vigencia de las constancias que se expidan sobre la evaluación de los hospitales será determinada por el Consejo.

Las constancias a que se refiere el párrafo anterior se dejarán sin efecto cuando el hospital certificado infrinja las disposiciones de la Ley General de Salud o de sus reglamentos.

TERCERO. Para el cumplimiento del presente Acuerdo toca al Consejo:

- I. Elaborar el Programa Nacional de Certificación de Hospitales;
- II. Determinar los criterios que deberán cumplir los hospitales certificados, los que publicará en el Diario Oficial de la Federación dentro de sesenta días siguientes a la entrada en vigor del presente Acuerdo. Los criterios deberán atender a las características de los establecimientos, a la naturaleza de los servicios, al grado de complejidad de uno y otro, a la capacidad instalada y a la tecnología que se aplique, entre otros.
- III. Definir los requisitos técnicos, materiales, humanos y financieros que deberán reunir los agentes evaluadores a que se refiere el presente Acuerdo;
- IV. Seleccionar y aprobar a las personas físicas o morales que puedan fungir como agentes evaluadores, para los cuales publicará en el Diario Oficial de la Federación la convocatoria respectiva;
- V. Recibir las opiniones de la Comisión para la Certificación de Hospitales, a que se hace referencia en el siguiente punto de este Acuerdo, sobre los informes de los agentes evaluadores;
- VI. Expedir las constancias de los hospitales certificados;
- VII. Evaluar sistemáticamente el Programa Nacional de Certificación de Hospitales, y
- VIII. Revisar y proponer modificaciones al marco jurídico.

CUARTO. El Consejo para el cumplimiento de los compromisos de este Acuerdo, se auxiliará de una comisión, que se integrará y funcionará conforme a lo siguiente:

- I. Se identificará como Comisión para la Certificación de Hospitales;
- II. Para su integración, el Consejo invitará a distinguidas personalidades de la sociedad, reconocidas por su honorabilidad y por su participación en acciones a favor de la salud, así como a las siguientes instituciones para que se sirvan designar representantes: Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, Asociación Mexicana de Hospitales, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud y Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería.
- III. Será presidida por el Secretario del Consejo de Salubridad General;
- IV. Se renovará cada 3 años;
- V. Se encargará de realizar los siguientes trabajos: estudiar y proponer al Consejo los criterios para la evaluación de los hospitales, proponer al Consejo los requisitos que deberán reunir los agentes evaluadores de los hospitales y recibir y revisar las evaluaciones que lleven a cabo los agentes evaluadores. El Consejo dispondrá lo necesario para que la Comisión para la Certificación de Hospitales esté integrada en un plazo no mayor de treinta días, contados a partir de la entrada en vigor del presente Acuerdo.

QUINTO. Para el cumplimiento del presente Acuerdo toca a la SSA:

- I. Informar al Consejo respecto de los hospitales que hayan incumplido las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud y sus reglamentos;
- II. Elaborar, a partir del primer año de vigencia del presente Acuerdo, conforme al procedimiento respectivo, las normas oficiales mexicanas a que deberán sujetarse los hospitales, para lo cual tomará en cuenta los resultados del Programa ejecutado por el Consejo, y
- III. Otorgar durante el primer año del Programa, en los términos que acuerde con el Consejo y conforme a su disponibilidad presupuestaria, el apoyo financiero para la instrumentación de este Acuerdo.

SEXTO. El presente acuerdo entrará en vigor a la fecha de su firma, tendrá vigencia indefinida y en cualquier tiempo podrá ser modificado o adicionado.

El presente Acuerdo se firma en dos ejemplares, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veinticinco días del mes de marzo de mil novecientos noventa y nueve. El Secretario de Salud, **Juan Ramón de la Fuente**.- Rúbrica.- El Secretario del Consejo de Salubridad General, **Octavio Rivero Serrano**.- Rúbrica.

---

---

## ANEXO 9

### CRITERIOS DE EVALUACION PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES

#### HOSPITALES DE MENOS DE 30 CAMAS

##### 1 Estructura

###### I.1 Recursos humanos

Contar permanentemente, 24 horas ,365 días al año, dentro de las instalaciones del hospital, con un médico titulado y personal de enfermería profesional y no profesional, para la atención de urgencias.

Tener personal, en la cantidad necesaria de acuerdo con el número de camas censables y con la calificación técnica idónea, para prestar los servicios de hospitalización y tococirugía que ofrece, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Tener, en el área de cirugía, personal en la cantidad y con la calificación técnica idónea, para brindar los servicios quirúrgicos y de anestesia que ofrece.

###### I.2 Instalaciones físicas

Contar con instalaciones adecuadas en tamaño, cantidad y distribución, al tipo de servicio y al volumen de pacientes que atiende el hospital.

Contar con mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones físicas, en todo el hospital.

Contar con planta de emergencia para el suministro de energía eléctrica, por lo menos en las áreas críticas: quirófano, terapia intensiva, tococirugía, urgencias, neonatología, imagenología y laboratorio.

###### I.3 Equipamiento

Contar con la cantidad y el tipo de equipo médico y de apoyo adecuado para brindar los servicios que ofrece el hospital.

Contar con la cantidad y calidad tecnológica adecuada de equipo de cómputo y sistemas informáticos para apoyar los servicios que ofrece el hospital.

Contar con mantenimiento preventivo y correctivo del equipo en todo el hospital, que garantice su óptimo funcionamiento.

## 1.4 Insumos

Almacenar, manejar y controlar, de acuerdo con su tipo, todos los insumos médicos y no médicos.

Contar con medicamentos suficientes para garantizar la atención que ofrece el hospital.

Manejar y controlar los medicamentos que sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, de acuerdo con las disposiciones legales y administrativas aplicables.

## 2 Funciones de atención al paciente

### 2.1 Derechos del paciente

Promover que los médicos den información completa, al ingresar los pacientes, sobre su padecimiento y de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que entrañe un alto riesgo. En todos los casos se debe solicitar el consentimiento del paciente o de sus familiares para el tratamiento.

Otorgar un trato digno y respetar la confidencialidad y seguridad del paciente durante su estancia en el hospital, según su padecimiento.

Promover que los médicos brinden al paciente, a su egreso, información completa sobre su tratamiento y cuidado en el hogar, así como las citas posteriores, según el caso.

### 2.2 Valoración del paciente.

Garantizar el servicio de unidades de apoyo diagnóstico, propios o subrogados, durante todo el proceso de atención, incluido radiología e imagen, laboratorio clínico, banco de sangre y laboratorio de patología, las 24 horas del día, todos los días del año

Contar con controles internos de calidad en las áreas de apoyo diagnóstico.

### 2.3 Expediente clínico

Abrir un expediente clínico, para cada uno de los pacientes, conforme a la normatividad aplicable al expediente clínico.

Conservar una copia del expediente clínico en los archivos del hospital, un mínimo de cinco años.

### 2.4 Urgencias

Realizar los procedimientos, en las áreas de urgencias, con oportunidad y con la mayor seguridad para el paciente, en los que se considere, incluso, la referencia de forma

expedita y segura del paciente a otra institución, si el caso excede a la capacidad de respuesta del hospital.

### 2.5 Hospitalización

Realizar los procedimientos, en las áreas de hospitalización, con la mayor seguridad para el paciente.

Contar, por lo menos, con los siguientes comités: Auditoría Médica, Mortalidad e Infecciones Hospitalarias.

### 2.6 Cirugía y anestesia

Realizar los procedimientos quirúrgicos y de anestesia, con la mayor seguridad para el paciente.

Observar en los procesos anestésicos la normatividad aplicable para la práctica de la anestesiología.

Contar con los procedimientos y medios adecuados para trasladar a los pacientes que lo requieran, cuando el hospital no cuente con terapia intensiva.

## 3 Funciones de apoyo a la atención

### 3.1 Gobierno

Contar con un director o consejo directivo como órgano de mayor jerarquía, con representación de las áreas clave, que funcione de forma efectiva y ágil en la toma de decisiones estratégicas del hospital.

Tener una enfermera titulada como Jefe de Enfermería.

### 3.2 Ambiente hospitalario

Cumplir con los requisitos y procedimientos que establece la normatividad aplicable, para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.

### 3.3 Seguridad hospitalaria

Contar con un comité de protección civil o de seguridad e higiene que haya definido los procesos de respuesta ante siniestros e incendios, en todos los servicios y departamentos del hospital, incluidas la ruta y acciones para la evaluación de pacientes y de personal.

## **4 Indicadores**

### **4.1 Indicadores**

Registrar de manera confiable y oportuna, la siguiente información:

- Porcentaje general de ocupación hospitalaria.
- Número total de egresos en el último año.
- Número de cirugías efectuadas en el último año.
- Tasa de mortalidad hospitalaria.
- Porcentaje de cesáreas.
- Tasa bruta de infecciones intrahospitalarias.
- Promedio de estancia hospitalaria.

## **HOSPITALES CON MÁS DE TREINTA CAMAS**

Lo anterior más lo siguiente:

### **1 Estructura**

#### **1.1 Recursos humanos**

Contar con internos o residentes y enfermeras en formación, las 24 horas del día, en las cuatro áreas básicas: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, con el apoyo y supervisión de personal responsable.

#### **1.2 Instalaciones físicas**

Contar con instalaciones adecuadas en tamaño, cantidad y distribución, para atender pacientes, por lo menos, de las cuatro áreas básicas.

#### **1.3 Equipamiento**

Contar con la cantidad y el tipo de equipo médico y de apoyo adecuado para brindar los servicios en las especialidades médicas que ofrece el hospital.

Contar con un quirófano equipado para atender cirugía mayor de las cuatro áreas básicas.

#### **1.4 Insumos**

Contar con una farmacia y un banco de sangre o un servicio de transfusión autorizados, con los insumos y recursos suficientes para atender las necesidades de hospitalización.

## **2 Funciones de atención al paciente**

### **2.5 Hospitalización**

Contar con servicios de cocina y alimentos suficientes para proveer las dietas de los pacientes y del personal del hospital.

Contar, por lo menos, con los siguientes comités: Auditoría Médica, Infecciones Intrahospitalarias, Seguridad e Higiene Laboral, Mortalidad, Enseñanza Investigación Capacitación y Ética, Insumos y adicionalmente, los que sean pertinentes conforme al nivel de complejidad. Dichos comités deberán cumplir con la función de detectar y resolver problemas relacionados con la atención.

## 2.6 Cirugía y anestesia

Contar con una área de recuperación postanestésica, que tenga el equipo y el personal idóneos para monitorear el estado del paciente.

Contar cuando se trate de hospitales de más de sesenta camas, con una área de terapia intensiva, que tenga el equipo idóneo para monitorear y atender a los pacientes de las especialidades que ofrece el hospital.

## 3 Funciones de apoyo a la atención

### 3.2 Personal médico y paramédico

Contar con manuales de procedimientos y reglamentos que orienten las actividades clínicas y de atención al paciente, por parte del personal médico, de enfermería y paramédico.

Tener preferentemente en su personal médico a miembros de los Consejos de Especialidades y a enfermeras pertenecientes a asociaciones o sociedades de carácter nacional.

## 4 Indicadores

### 4.1 Indicadores

Registrar de manera confiable y oportuna, la siguiente información:

- Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria
- Porcentaje de reingresos hospitalarios
- Porcentaje de pacientes reintervenidos quirúrgicamente
- Porcentaje de congruencia entre diagnóstico clínico y el histopatológico

## HOSPITALES DE ESPECIALIDAD

Cuando se trate de hospitales que atiendan una o varias especialidades médicas deberán reunir lo anterior más lo siguiente (Manual, Hospitales de Especialidad)

## 1 Estructura

### 1.1 Recursos humanos

Contar permanentemente, 24 horas ,365 días al año, con un médico con certificado de estudios de la especialidad o especialidades que atienda el hospital y con personal profesional de enfermería especializado, capacitado para la atención de urgencias.

Tener personal, en la cantidad necesaria y con la calificación técnica idónea, para prestar los servicios de hospitalización que ofrece, las 24 horas del día, los 365 días del año.

### 1.2 Instalaciones físicas

Contar con instalaciones adecuadas en tamaño, cantidad y distribución, para atender pacientes de la especialidad o especialidades que ofrezca el hospital.

### 1.3 Equipamiento

Contar con la cantidad y el tipo de equipo requerido para brindar los servicios de hospitalización, urgencias, quirófano y cuidados intensivos, de la especialidad o especialidades que ofrece el hospital.

Tener laboratorio clínico, con equipo para realizar las pruebas necesarias para satisfacer, por lo menos, el 80% de los exámenes que se requieran en la atención de los pacientes, en las especialidades que ofrece.

Tener servicio de imagenología, con equipo para realizar por lo menos el 80% de los estudios de rayos X y ultrasonido y en su caso, contar con convenios celebrados con otras instituciones para la realización de estudios más complejos que requieran los pacientes.

### 1.5 Hospitalización

Tener, por lo menos el 50% de enfermeras tituladas

---

---

## ANEXO 10

### CRITERIOS DE EVALUACION PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES

#### ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Cuando los hospitales realicen actividades de enseñanza o investigación, además de los requisitos, según se trate de hospitales generales o de especialidad deberán reunir lo siguiente (Manual del evaluador enseñanza e investigación):

##### Enseñanza

Contar con las instalaciones y el equipo necesario para el desarrollo de las actividades de enseñanza, conforme al número de personal médico, de enfermería y paramédico en formación.

Contar y cumplir con los reglamentos y normas que establezcan las funciones y responsabilidades de los médicos, enfermeras y paramédicos en formación, así como con el mecanismo de supervisión de sus actividades por parte del personal médico y de enfermería.

Contar con un departamento con personal asignado exclusivamente para programar, supervisar y evaluar las actividades de enseñanza del personal médico y paramédico en formación.

Tener un índice de internos, residentes y enfermeras en formación adecuado al personal de base o tutores en cada área y especialidad.

Tener un índice adecuado de internos, residentes y enfermeras en formación por cama, en cada área y especialidad.

Contar con un programa integral de enseñanza y capacitación continuo para todo el personal médico y paramédico.

##### Investigación

Contar con un Comité de Investigación y Bioética que evalúe los protocolos para su aceptación y dé seguimiento a todas las investigaciones aprobadas, hasta su adecuada conclusión.

Haber mantenido o incrementado, en los últimos cinco años, la proporción de investigadores que pertenezcan al Sistema Nacional de Investigadores.

Haber mantenido o incrementado, en los últimos cinco años, la proporción de artículos aceptados o publicados en revistas indexadas, respecto del número de investigaciones concluidas.

Haber mantenido o incrementado, en los últimos cinco años, la proporción de protocolos aceptados con financiamiento externo y el total de protocolos autorizados dentro del hospital.

**ANEXO 11**

**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN  
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
GUÍA DE ENTREVISTA PARA INTEGRANTES DE LA COMISIÓN PARA LA  
CONSTRUCCIÓN DEL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES**

- 1.- Causas e intereses que motivaron la construcción del Programa de Certificación de Hospitales.
- 2.- Actores que intervinieron y participación.
- 3.- Normas para la construcción del Programa
- 4.- Mecanismo para la implementación del Programa
- 5.- Problemas a los que se enfrentaron
- 6.- Factibilidad del Programa

COMENTARIOS

---

---

---

---

FECHA DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_

---

---

**ANEXO 12**  
**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN**  
**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**  
**GUÍA DE ENTREVISTA PARA DIRECTORES O ADMINISTRADORES DE LOS**  
**HOSPITALES**

Hospital \_\_\_\_\_  
Institución \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_  
Nombre del director o administrador \_\_\_\_\_  
Grado máximo de estudios del administrador o director \_\_\_\_\_  
Antigüedad en el puesto \_\_\_\_\_

- 1.- Misión del hospital en términos de la calidad
- 2.- Conocimiento de objetivos y políticas de calidad
- 3.- Causas que motivaron la participación del hospital en este programa
- 4.- Implicaciones que tuvo para la alta administración la participación en el programa
- 5.- Conocimiento de necesidades y expectativas del paciente
- 6.- Conocimiento de la satisfacción del paciente con la atención recibida
- 7.- Compromiso de los directivos durante el proceso de certificación
- 8.- Participación y compromiso de los miembros de la organización
- 9.- Cambios de actitud del personal para mejorar la calidad en los servicios que se ofrecen.
- 10.- Cultura de calidad en la institución
- 11.- Sistemas de trabajo
- 12.- Formación del personal
- 13.- Disponibilidad de recursos
- 14.- Problemas que tuvo el hospital para cumplir con los criterios de certificación
- 15.- Sistemas de comunicación

16. - Implementación de programa de calidad en los diferentes servicios antes de la certificación.

17.- Opinión del proceso de evaluación.

18.- Promoción de la certificación del hospital entre los usuarios.

19.- Ventajas y desventajas de la certificación de hospitales

20.- Acciones de mejora de la calidad en el hospital después de la certificación.

21.- Concepto que tiene de la calidad de la atención médica.

APLICADOR \_\_\_\_\_

COMENTARIOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FECHA DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_

**ANEXO 13**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN**  
**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**  
**CUESTIONARIO PARA APLICAR A USUARIOS**

HOSPITAL \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_  
 ESTADO \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ DX. MEDICO \_\_\_\_\_

1.- ¿Que factores determinaron la elección del hospital?

Económicos

Recomendación por parte del médico responsable

Buenas referencias

Satisfacción con el tipo de atención recibida con anterioridad

Cercanía del hospital

La certificación

Otros \_\_\_\_\_

2.- ¿Desde cuándo acude usted a este hospital?

\_\_\_\_\_

3.- ¿Cuál fue el motivo por lo que usted solicitó el servicio médico?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- ¿Conoce cuáles son sus derechos como pacientes?

Si

No

5.- ¿El hospital difunde los derechos de los pacientes?

Si

No

6.- ¿Pidió un trato digno y respetuoso durante su estancia en el hospital?

Si

No

Se lo dieron

7.- ¿Le respetan la hora de la cita o la atienden cuando llega a solicitar el servicio?

Siempre

A veces

Nunca

8.- ¿Qué tiempo espera para recibir la atención?

- 30 minutos

30 a 60 minutos

+ de 60 minutos

9.- ¿Buscó información sobre el tipo de atención que se brinda en el hospital y características del personal antes de solicitar el servicio?

Si

No

10.- ¿Las condiciones de las instalaciones hospitalarias influyen en la decisión para elegir el hospital?

Si

No

11.- ¿Exigió que el personal que lo (a) atendió fuera profesional y con especialidad en caso necesario?

Si No

12.- ¿Solicitó información al prestador de servicio sobre su padecimiento y procedimientos diagnósticos y terapéuticos?

Si No Se la proporcionaron

13.- ¿Quedó satisfecho (a) con la información recibida?

Si No

14.- ¿Los prestadores del servicio lo(a) escucharon, y le explicaron en términos que pudo entender?

Todos Algunos Ninguno

15.- ¿Preguntó sobre la existencia de equipo indispensable para su tratamiento?

Si No

16.- ¿Se percató de que faltaba equipo o material, para su tratamiento?

Si No

17.- ¿Verificó que se le realizaran los estudios y tratamiento indicado?

Si No

18.- ¿Conoció al equipo de salud encargado de su manejo?

Si No Algunos

19.- ¿Notó alguna diferencia en el trato a los pacientes por ser recomendados, conocidos, de nivel económico alto o con conexiones políticas?

Si No

20.- ¿Le resolvieron su problema de salud?

Si No

21.- ¿El servicio ofrecido cumplió con sus expectativas?

Totalmente Parcialmente No

22.- ¿Influye en su decisión el que el hospital esté certificado?

Si No

23.- ¿Sabe lo que es la certificación de hospitales?

Si No

24.- ¿Considera que los hospitales certificados mejoran la atención de los servicios?

Si No

25.- ¿En caso de haber utilizado los servicios del hospital con anterioridad, percibió algún cambio después de la certificación?

Mejorado significativamente

Mejorado

Permanece igual

Disminuido moderadamente

Disminuido notablemente

26.- ¿Cómo considera la calidad de los servicios que recibió en este hospital?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

---

---

27.- ¿Usted volvería a elegir este hospital para recibir atención médica?

Si

No

28.- ¿Qué espera de los servicios de salud?

---

---

---

---

29.- ¿Qué es para usted una atención de calidad?

---

---

---

---

APLICADOR \_\_\_\_\_

COMENTARIOS

---

---

---

---

FECHA DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_

---

---

**ANEXO 14**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN**  
**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**  
**CUESTIONARIO PARA APLICAR A PACIENTES**

HOSPITAL \_\_\_\_\_  
INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ DX. MEDICO \_\_\_\_\_

- 1.- Oportunidad de servicio
- 2.- Ambiente físico del hospital
- 3.- Existencia de recursos humanos para la atención
- 4.- Existencia de recursos materiales para la atención
- 5.- Respeto
- 6.- Comprensión
- 7.- Información recibida
- 8.- Competencia profesional
- 9.- Necesidades
- 10.- Expectativas de la atención
- 11.- Satisfacción con el servicio recibido.

COMENTARIOS

---

---

---

---

---

---

---

---

FECHA DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_

**ANEXO15**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN**  
**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**  
**CUESTIONARIO PARA APLICAR A MÉDICOS**

Hospital \_\_\_\_\_  
 Institución \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_  
 Grado máximo de estudios del médico \_\_\_\_\_  
 Antigüedad en el hospital \_\_\_\_\_  
 Esta certificado por el Consejo de Especialidad \_\_\_\_\_

1.- ¿Qué criterios utilizan para seleccionar a los hospitales?

Económicos

Que proporcionen una atención de calidad

Convenios

La certificación

Otros \_\_\_\_\_

2.- ¿Qué características físicas importantes deben reunir los hospitales para que usted los seleccione?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.- ¿Busca información sobre el tipo de atención que se brinda en el hospital y características del personal antes de solicitar el servicio?

Si

No

4.- ¿Realiza estudio de campo clínico para verificar las características físicas, recursos humanos y materiales y tipo de atención paramédica que proporciona el hospital antes de ocuparlo?

Si

No

5.- ¿Exige que el personal hospitalario que colabora con usted sea profesional y cuente con la especialidad en caso necesario?

Si

No

6.- ¿Las condiciones de las instalaciones hospitalarias influyen en el tipo de calidad de la atención médica que se le proporciona?

Si

No

7.- ¿Desde cuando utiliza los servicios de este hospital?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8.- ¿Cómo considera la calidad de los servicios?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

9.- ¿Si usted ha utilizado el hospital en los últimos 2 años, considera que la calidad de los servicios ha:

- Mejorado significativamente
- Mejorado
- Permanece igual
- Ha disminuido moderadamente
- Ha disminuido notablemente

10.- ¿Conoce la finalidad del Programa Nacional de Certificación de Hospitales?

- Si
- No

11. - ¿Considera que los hospitales certificados proporcionan una atención de calidad?

- Si
- No

12.- ¿Tiene conocimiento si los hospitales que usted utiliza están certificados?

- Si
- No

13.- ¿Ocuparía únicamente hospitales certificados?

- Si
- No

14.- ¿Cuáles serían las ventajas de que todos los hospitales que usted ocupa estuvieran certificados?

---

---

---

---

---

---

---

---

15.- ¿Cuáles serían las desventajas de que todos los hospitales que usted ocupa estuvieran certificados?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

16- ¿Qué es para usted la calidad de la atención médica?

---

---

---

---

---

---

---

---

APLICADOR \_\_\_\_\_

COMENTARIOS

---

---

---

---

FECHA DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_

---

---

**ANEXO16**  
**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN**  
**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**  
**GUÍA DE ENTREVISTA PARA PRESTADORES DE SERVICIO DE HOSPITALES**  
**PÚBLICOS Y PRIVADOS**

Hospital \_\_\_\_\_  
Institución \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_  
Plaza \_\_\_\_\_  
Antigüedad en la institución \_\_\_\_\_

- 1.- Objetivos, misión y políticas de calidad
- 2.- Disponibilidad de áreas físicas, mobiliario y equipo
- 3.- Participación en sugerencias para el servicio
- 4.- Participación en grupos de trabajo para decidir sobre los temas relacionados con el desarrollo de tareas
- 5.- Participación en decisiones de cambio
- 6.- Lo que espera la institución de los prestadores de servicio
- 7.- Aportación e importancia de su trabajo a la organización
- 8.- Actitud ante el proceso de certificación
- 9.- Cambio de conductas habituales
- 10.- Compromiso con la mejora de la calidad
- 11.- Trabajo estrecho entre trabajadores y directivos de diferentes áreas
- 12.- Directivos como modelos de referencia
- 13.- Trabajo en equipo
- 14.- Información de una nueva cultura dentro de la organización
- 15.- Comunicación de logros alcanzados a todos los miembros de la institución
- 16.- Formación y capacitación en mejora continua (filosofía y técnicas)
- 17.- Oportunidad de superación y progreso
- 18.- Realización de actividades de acuerdo a perfil profesional
- 19.- Seguridad laboral
- 20.- Reconocimiento de los superiores
21. Salario de acuerdo a responsabilidad
- 22.- Satisfacción de necesidades y expectativas
- 23.- Percepción y satisfacción con el trabajo realizado
- 24.- Participación en el proceso de certificación

APLICADOR \_\_\_\_\_

COMENTARIOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**Programa de Posgrado en Ciencias de la  
Administración**

**Oficio: PPCA/GA/2005**

**Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Doctorado.**

**Coordinación**

**Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez**  
**Director General de Administración Escolar**  
**de esta Universidad**  
**Presente.**

At'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde  
Jefe De La Unidad De Administración Del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que la alumna **Ana María Lara Barrón**, presentará Examen de Grado dentro del plan del Doctorado en Ciencias de la Administración toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Comité Académico del Programa, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

Dra. Nadima Simón Domínguez	Presidente
Dra. Rebeca de Gortari Rabiela	Vocal
Dr. Raúl Carvajal Moreno	Vocal
Dra. María Josefa Santos Corral	Vocal
Dr. Jorge Vera Martínez	Secretario
Dr. Ignacio Mercado Gasca	Suplente
Dr. Primitivo Reyes Aguilar	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente  
"Por mi raza hablará el espíritu"  
Cd. Universitaria, D.F., 24 de Agosto del 2005.  
El Coordinador del Programa

**Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez**

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**