



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

**Propuesta de un modelo para gestionar la calidad de la atención
médico quirúrgica a pacientes con cáncer de mama del servicio de
oncología del Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario
de la Independencia del ISSSTE**

TESIS

Que para optar por el grado de:

Maestra en administración

Presenta:

Paolette Marlenne Ayala Vergara

Tutor:

Dra. Luisa María Catalina Tenorio Téllez
Facultad de Contaduría y Administración

México, D. F., Noviembre de 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MI MADRE

A LA UNAM Y MIS PROFESORES

POR TODO SU AMOR, APOYO Y COMPRENSIÓN

RESUMEN

La presente investigación se desarrolla para proponer un modelo que permita gestionar la calidad del servicio de oncología quirúrgica del Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (HRAEBI).

El modelo está basado en el Modelo Global de Calidad, desarrollado por el Prof. Luis Alfredo Valdés Hernández, catedrático de la Universidad Nacional Autónoma de México, reforzado con teorías como las de Ishikawa, Jurán, Deming, Abedis Donabedian, entre otros autores de la calidad. Dicho modelo permite gestionar la calidad del servicio, mediante la identificación las necesidades implícitas y explícitas de las pacientes con cáncer de mama que acuden a recibir atención médica al HRAEBI.

De acuerdo a la teoría general de sistemas, se define un sistograma del servicio a partir de las necesidades de las pacientes. Se identifican los procesos clave y se determinan las características del servicio de oncología quirúrgica. Derivado del sistograma se desarrolla el modelo para la gestión de la calidad del servicio, asegurando con ello que el HRAEBI cumpla con su misión y que las pacientes reciban un servicio de calidad.

Para un mejor análisis, en la metodología se aplican encuestas a las pacientes que han recibido el servicio médico-quirúrgico dentro del periodo de investigación.

Con el modelo propuesto, se pretende colaborar con la gestión de la calidad de la atención a las pacientes, identificando y definiendo las necesidades, y coadyuvando al cumplimiento de la misión del HRAEBI.

PALABRAS CLAVE:

- Necesidades del paciente
- Calidad
- Modelo global de calidad

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA (HRAEBI)	8
1.1 Antecedentes del HRAEBI	8
1.2 Estructura del HRAEBI	11
1.3 Funcionamiento del HRAEBI	13
1.4 Impacto en el sector salud	16
1.5 Diagnóstico situacional del HRAEBI	16
1.6 Planteamiento del problema	17
2. MARCO NORMATIVO	19
3. MARCO TEÓRICO: CALIDAD	22
3.1 Definición	22
3.2 Principales exponentes de la calidad	22
3.3 Modelo global de calidad	38
4. REFERENCIAS INTERNACIONALES DE CALIDAD EN EL SECTOR SALUD	43
4.1 Canadá	44
4.2 Cuba	48
4.3 España	50
4.4 Estados Unidos	54
4.5 México	57
5. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	64
5.1 Premisa	64

5.2 Objetivos de la investigación	64
5.3 Modelo teórico práctico	64
5.4 Operacionalización de variables	73
5.5 Marco metodológico	75
6. RESULTADOS	78
6.1 Resultados	78
7. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES	85
7.1 Recomendaciones	85
7.2 Conclusiones	87
REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXO 1	92

Introducción

Las necesidades del paciente vistas desde el concepto de calidad, hacen referencia a que todo servicio médico debe satisfacer las necesidades sentidas y no sentidas del paciente.

La calidad de la atención en salud a nivel nacional e internacional, es relevante por diversos factores. Para esta investigación, el factor son las necesidades y las exigencias de los pacientes que requieren ser cubiertas.

Las necesidades de los pacientes nos dan las pautas para descubrir las áreas de oportunidad y los puntos que se pueden mejorar, es por eso que es importante contar con un modelo de gestión de calidad, constituye una ventaja competitiva y un marco de referencia para la mejora continua.

La calidad en salud no depende de una sola característica, sino de varios aspectos, los cuales son valorados de diferente manera.

Desde el enfoque médico-administrativo, se trata de otorgar calidad en los servicios de salud prestados, a personas y poblaciones en general, que coadyuven al logro de los efectos buscados en la mejora de la salud.

Además de lo anterior, deben considerarse otros factores como el tiempo y forma en que se atienden las necesidades de los pacientes; que el personal esté capacitado y que sea suficiente para cubrir la demanda, que el uso de materiales sea el adecuado, que los equipos sean de alta tecnología, las instalaciones se encuentren limpias y sean adecuadas, entre otros.

Los dos componentes del término calidad son, la necesidad sentida (eficacia; la paciente quiere recibir el tratamiento correcto que resuelva su necesidad en tiempo y forma) y la necesidad no sentida (seguridad; concepto introducido por la Organización Mundial de la Salud)

El objeto de estudio en la presente investigación son las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que acuden al servicio oncología quirúrgica del

HRAEBI, ubicado en el Estado de México sobre Boulevard Tultitlán, en la colonia Lázaro Cárdenas.

El objetivo es hacer proponer un modelo para gestionar la calidad de la atención médico quirúrgica a pacientes con cáncer de mama del servicio de oncología del HRAEBI, detectando sus necesidades sentidas y no sentidas para descubrir las áreas de oportunidad para la mejora del servicio.

En el capítulo uno se presentan las características generales del Hospital General de Alta Especialidad “Tipo B” Bicentenario de la Independencia del ISSSTE, así como el planteamiento del problema.

En el capítulo dos se redacta el marco normativo.

En el capítulo tres se presenta el marco teórico de la calidad; una descripción de las aportaciones de los principales exponentes y el Modelo Global de Calidad.

En el capítulo cuatro se realiza un comparativo entre México y otros cuatro países para obtener el marco de referencia de calidad en salud.

En el capítulo cinco se desarrolla el diseño de la investigación, presentando la premisa, los objetivos, el modelo que se usará y el marco metodológico.

En el capítulo seis se presentan los resultados de la investigación y en el capítulo siete se encuentran las conclusiones y recomendaciones.

1. Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia (HRAEBI)

1.1 Antecedentes del HRAEBI

Es hasta 1917, al promulgarse la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que los derechos de los trabajadores son reconocidos y quedan protegidos con auténtica fuerza de ley máxima.

La Constitución otorgó a la seguridad social carácter ineludible al incorporarla al artículo 123, con la obligación patronal de proporcionar a los trabajadores, pensiones, habitaciones cómodas e higiénicas, escuelas, enfermerías y otros servicios. Resaltó además la obligatoriedad de la capacitación y la prerrogativa de los trabajadores a organizarse para garantizar estos derechos.

En 1959 se transforma y adiciona el apartado B del artículo 123 constitucional, donde se incorporan las garantías que el Estatuto Jurídico de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) había planteado para los servidores públicos.

El mismo año, con motivo del XXI aniversario de la expedición de dicho Estatuto, en una ceremonia en el Palacio de Bellas Artes, el presidente Adolfo López Mateos anunció que presentaría al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la cual fue discutida, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, por lo que la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma, en 1960, en el ISSSTE.

Las palabras con las que se refirió a la Ley el entonces presidente de la República no dejan lugar a duda acerca de la relevancia que para el Ejecutivo tenía la creación del ISSSTE.

La Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como

prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores

El patrimonio del ISSSTE se integró principalmente con las propiedades, derechos y obligaciones que formaban parte de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, así como con sus fuentes de financiamiento.

En agosto de 1960, el ISSSTE inició la construcción de las tres primeras clínicas en el Distrito Federal y compró el Centro Hospitalario 20 de Noviembre, con capacidad de 600 camas. (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)

Para la presente investigación, el objeto de estudio es el Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia (HRAEBI) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ubicado en Tultitlán de Mariano Escobedo, Estado de México, en la colonia Lázaro Cárdenas, a unos 400 metros de distancia de la vía José López Portillo, una de las principales vialidades que comunica a este municipio con Coacalco, Ecatepec y Tlalnepantla.

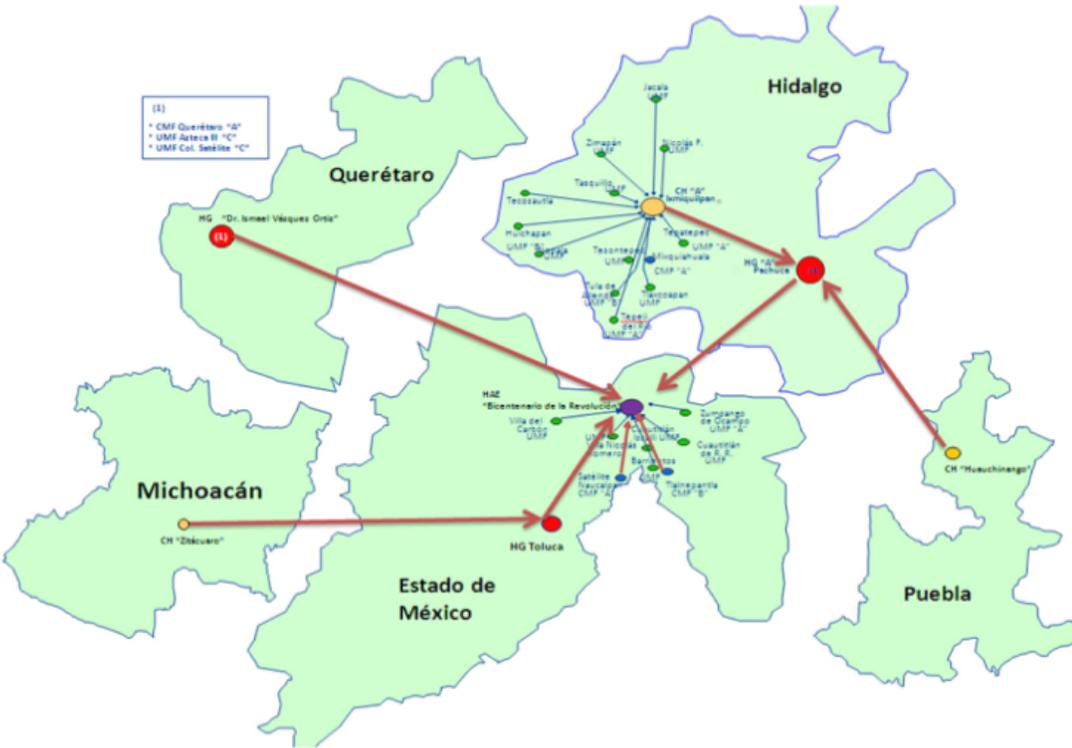
El HRAEBI es una de las obras realizadas más importantes en materia de salud. Con más de diez años de planeación, casi tres de construcción y una inversión de 775.8 millones de pesos, fue inaugurado el 07 de junio del 2010 por el entonces presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos C. Felipe Calderón Hinojosa.

La construcción del nosocomio de Tultitlán se llevó a cabo en un terreno de 10 mil 940 metros cuadrados, con 25 mil 539 metros cuadrados de construcción, divididos en cuatro bloques: el edificio denominado A, donde se encuentran 28 consultorios para 33 especialidades, así como la sección de consulta externa. Todo lo relacionado con la hospitalización, con 200 camas instaladas y servicios como rayos X, tomografías, laboratorios clínicos, banco de sangre, entre otros, están ubicados en el edificio B. Por su parte, el edificio C fue destinado para urgencias, para la parte de gobierno y asuntos administrativos. Por último el edificio D, resguarda el cuarto de máquinas y los servicios de mantenimiento. (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)

Ante el incremento de la población derechohabiente en la zona norte del Valle de México, que ha saturado los servicios médicos del hospital Regional 1° de Octubre, ubicado en el Distrito Federal y que atiende a los estados de México, Querétaro e Hidalgo; el ISSSTE determinó fortalecer su estructura médica.

De esta manera, se realizó el proyecto para la construcción de un centro hospitalario, lo que dio como resultado la puesta en funcionamiento del HRAEBI en Tultitlán.

Figura 1: Zona de Influencia HRAEBI



Fuente: Coordinación de Recursos Humanos HRAEBI, 2014.

La misión del HRAEBI: “Somos un hospital de alta especialidad conformado por un equipo multidisciplinario de excelencia para brindar atención integral a derechohabientes mediante el uso responsable y racional de los recursos de alta tecnología, caracterizado por la calidad de la atención y comprometidos con la formación de recursos humanos, la educación continua y la investigación.”

La visión del HRAEBI: “Llegar a ser un hospital de alta especialidad modelo en el ámbito institucional, nacional e internacional, a la vanguardia y comprometido con la atención, la formación de recursos humanos, la educación continua y la investigación, en donde se reconozca nuestra calidad, compromiso, humanismo, excelencia y conocimientos puestos al servicio de los derechohabientes.”

La política de calidad del HRAEBI: “Brindar servicios de forma eficaz, confiable y de calidad a nuestros derechohabientes y usuarios satisfaciendo sus necesidades y expectativas. Para lograrlo el personal que participa está comprometido a realizar sus actividades mediante la mejora continua y el logro de la excelencia”. (*Ibidem*)

Si bien, el objetivo del hospital es otorgar a la población derechohabiente servicios de salud de alta calidad, para lo cual, se dice que cuenta con una infraestructura humana y tecnológica efectiva y suficiente, con las especialidades médico quirúrgicas de mayor demanda en la región.

Entre dichas especialidades se encuentra la oncología quirúrgica, ésta especialidad estudia y trata las neoplasias; tumores benignos y malignos. El servicio de oncología quirúrgica del HRAEBI ha mostrado un incremento en la demanda por parte de pacientes con cáncer de mama, que son derivadas al servicio para ser atendidas por los especialistas.

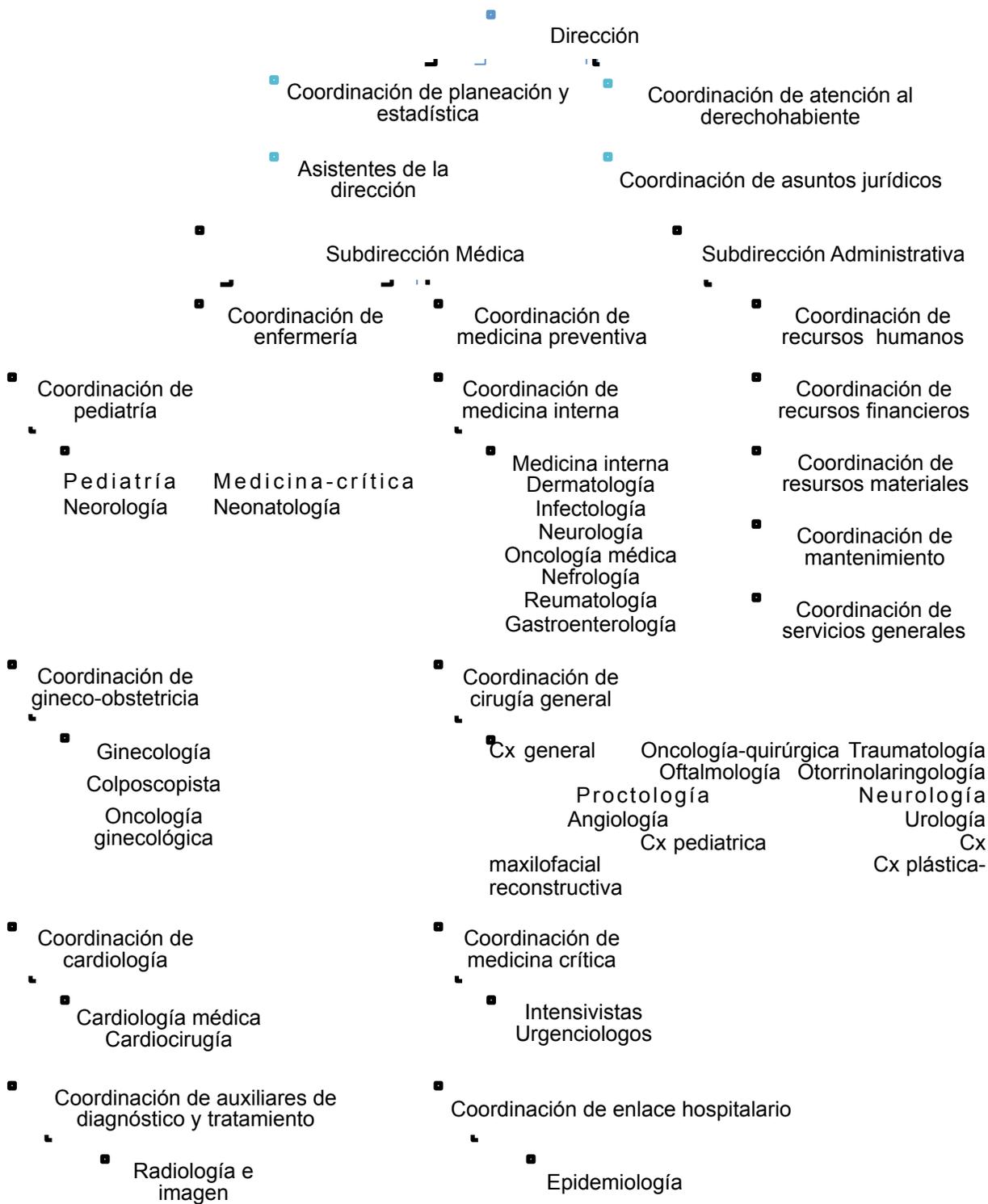
1.2 Estructura del HRAEBI

La estructura orgánica permite ubicar a las unidades de trabajo en relación con las que le son subordinadas, representa el esquema de jerarquización y división de las áreas por las que se compone el hospital, respecto de quien da las órdenes y quien las obedece.

La manera en que se dividen y coordinan las tareas en los puestos, depende de cada instituto. Dentro de la estructura del HRAEBI, de la Subdirección Médica se deriva la Coordinación de Cirugía General, de la cual depende el servicio de Oncología quirúrgica.

A continuación, se presenta la estructura orgánica del HRAEBI.

Figura 2: Estructura organizacional



Fuente: Elaboración propia con información de la coordinación de Recursos Humanos HRAEBI, 2015.

1.3 Funcionamiento del HRAEBI

Parte de la tarea del HRAEBI es mejorar el desempeño de la prestación de los servicios para contribuir a elevar los niveles de salud, responder a las necesidades y expectativas en relación con la salud de la población derechohabiente.

Funge como órgano de asesoría de la Dirección Médica y de los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica del instituto. Somete a la aprobación del director General y del Subdirector Médico sus proyectos de programas operativos anuales y administra los ingresos y recursos derivados de los servicios que se otorguen en los términos que emita la ley.

Por ello, se creyó conveniente distribuir el hospital en cuatro edificios:

Cuadro 1: Distribución de los edificios del HRAEBI

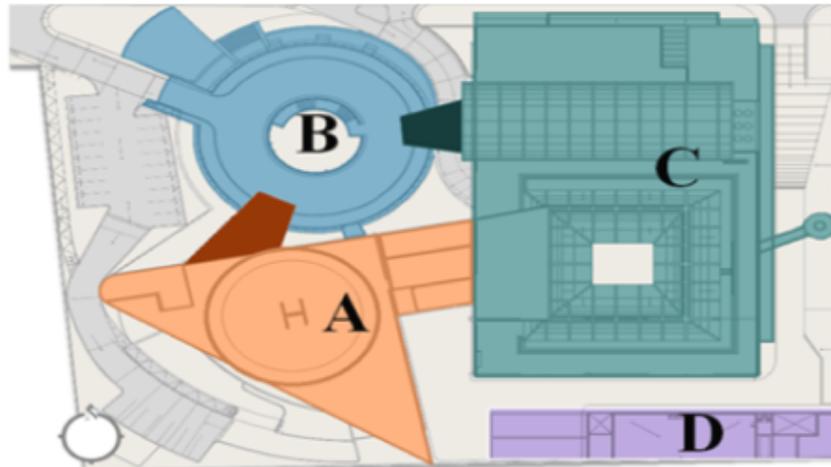
EDIFICIO A	Semisótano	<ul style="list-style-type: none">• Comedor• Cafetería• Cocina• Medicina física
	Planta baja	<ul style="list-style-type: none">• Urgencias• Cuidados intensivos
	1° piso	<ul style="list-style-type: none">• Pediatría• UCIN
	2° piso	<ul style="list-style-type: none">• Gineco-obstetricia• Sistema de comunicaciones
	3° piso	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía general
	4° piso	<ul style="list-style-type: none">• Medicina interna
EDIFICIO B	Semisótano	<ul style="list-style-type: none">• Cuerpo de gobierno• Aulas 1, 2 y 3• Bibliothemeroteca• Auditorio
EDIFICIO C	Semisótano	<ul style="list-style-type: none">• Atención al derechohabiente• Banco de sangre• Laboratorios• Inhalo terapia

		<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Diálisis • Hemodiálisis • Almacén general • Anatomía patológica • Mortuorio
	Planta baja	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados intensivos coronarios • Cirugía ambulatoria • Hemodinámica • Cirugía (Quirófanos) • CEYE • Toco cirugía • Imagenología
	1° piso	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina preventiva • Archivo clínico • Farmacia • Consulta externa
EDIFICIO D	Semisótano	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema hidroneumático y protección contra incendio
	Planta baja	<ul style="list-style-type: none"> • Subestación principal • Planta de emergencia 750 • Calderas
	1° piso	<ul style="list-style-type: none"> • Planta de emergencia 125 • Bombas de vacío, condensores y agua helada • Sistema de envíos neumáticos
	2° piso	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas administrativas • Talleres • Oficina de biomédica • Almacén de mantenimiento

Fuente: Coordinación de Recursos Humanos HRAEBI, 2014.

Figura 3:

Distribución de los edificios del HRAEBI



Fuente: Coordinación de Recursos Humanos HRAEBI, 2014.

Las 33 especialidades con las que cuenta el hospital son:

Pediatría	Dermatología	Otorrinolaringología
Medicina crítica pediátrica	Infectología	Proctología
Neurología pediátrica	Neurología	Neurología
Neonatología	Oncología medica	Angiología
Ginecología	Nefrología	Urología
Colposcopia	Reumatología	Cirugía pediátrica
Oncología ginecológica	Gastroenterología	Cirugía maxilofacial
Cardiología medica	Cirugía general	Cirugía plástica y reconstructiva
Cardiocirugía	Oncología quirúrgica	Intensivistas
Radiología e imagen	Traumatología	Urgenciologos
Medicina interna	Oftalmología	Epidemiología

Fuente: Elaboración propia, 2015.

En el servicio de oncología quirúrgica se atiende a las pacientes con cáncer de mama que son derivadas para cirugía. Dentro del servicio, se lleva a cabo un programa estadístico, donde registra a todos los pacientes que ingresan y egresan, recabando sus datos personales y quirúrgicos; tipo de padecimiento, tipo de operación requerida, tratamiento indicado y derivación.

Se promueven acciones para la protección de la salud, mediante la formación y educación continua del personal médico y paramédico. El área de oncología quirúrgica coadyuva a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas y crónico degenerativas. (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)

1.4 Impacto en el sector salud

Los servicios de salud han avanzado gradualmente a través de cambios organizacionales, estructurales y gerenciales, que incluyen la reformulación del sistema de atención:

1. En el primer nivel de atención a través del proceso de mejora de medicina familiar.
2. En el segundo nivel a través de la creación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), la aplicación del sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), o la instrumentación del Plan Integral de Calidad (PIC) y la capacitación gerencial del personal directivo.

La población beneficiada con la construcción del HRAEBI es de: 800,000 derechohabientes en total; 200,000 de su área de influencia y 600,000 de los estados de Hidalgo, Querétaro, Estado de México y zona norte del Distrito Federal. (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)

1.5 Diagnóstico situacional del HRAEBI

El HRAEBI otorga atención médica de segundo nivel de atención a los derechohabientes del ISSSTE y los no derechohabientes que ampare la ley. Otorga servicios de salud en aspectos preventivos, de tratamiento médico quirúrgico y de rehabilitación de alta especialidad.

Las características de heterogeneidad y alta complejidad de los procesos del hospital hacen necesaria una estructura organizacional cuya función sustantiva sea el eje principal en el análisis y control de procesos, la concentración, análisis, difusión y retroalimentación de la información para análisis estadístico y planeación estratégica.

Considerando las necesidades institucionales de los derechohabientes y de los propios trabajadores del hospital, la dirección del hospital se dio a la tarea de estructurar diversas estrategias para la instalación de los procesos hospitalarios, que tienen como objetivo implementar acciones de promoción, formación y desarrollo de una nueva cultura interhospitalaria, que oriente las actitudes y practicas personales e institucionales hacia la valoración, uso eficiente y protección de los recursos con los que se cuenta, así como la eficaz atención a los derechohabientes de todos los estados que se atienden en el HRAEBI. (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)

Las zonas de influencia se muestran en la Figura 1.

1.6 Planteamiento del problema

Actualmente el proceso administrativo del HRAEBI, no incluye ninguna herramienta que permita identificar las necesidades de las pacientes que utilizan los servicios médicos otorgados, por lo que no se puede asegurar que sean de calidad.

Dentro del servicio de oncología, el alto porcentaje de pacientes con cáncer de mama que se reciben, da la pauta para proponer una herramienta para la identificación de sus necesidades y que su satisfacción resulte en un servicio de calidad que favorezca a la institución y a sus pacientes, contribuyendo así al cumplimiento de la misión y visión del instituto.

A pesar de que en la página del HRAEBI se plasma que se cuenta con equipo y los recursos humanos suficientes, realmente el personal del área de oncología quirúrgica es insuficiente para la demanda total que presenta el servicio.

La tecnología de hace tres o cuatros años, se va volviendo obsoleta frente a nuevas tecnologías y los avances en medicamentos son cada día más. Los

quirófanos se ven saturados ante el incremento de cirugías por este tipo de neoplasia. Aunado a lo anterior, se comparten los quirófanos con el resto de las especialidades quirúrgicas, esto va generando un desfase en cirugías, ocasionando que la necesidad de atención oportuna del paciente sea mermada y la calidad que pretende lograr el HRAEBI en sus servicios se vea afectada.

2. Marco Normativo

Dentro del marco normativo del HRAEBI, se encuentran el conjunto general de leyes, estatutos, reglamentos, planes, programas y manuales, que establecen la forma en que deben desarrollarse las acciones para alcanzar los objetivos propuestos. Los documentos que integran el marco normativo son los que se enlistan a continuación:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Promulgada el 05 de febrero de 1917 y sus reformas.

Leyes:

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2007 y sus reformas.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de marzo de 2002 y sus reformas.

Ley de Planeación. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 1983 y sus reformas.

Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984.

Estatutos:

Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 2008 y sus reformas.

Reglamentos:

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987 y sus reformas.

Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 09 de junio de 2011 y sus reformas.

Reglamento Orgánico de las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 01 de julio de 2011.

Reglamento Orgánico de los Hospitales Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 09 de junio de 2011 y sus reformas.

Reglamento de Organización Interna del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Establecido en el Reglamento Orgánico de las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 01 de julio de 2011.

Reglamento: Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983

Planes:

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND). Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de Mayo de 2013.

Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la Infraestructura y los Servicios de Salud del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado. Establecido en la Ley del ISSSTE publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2007 y sus reformas.

Programas:

Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA). Publicado en el Oficial de la Federación el 12 de Diciembre de 2013.

Programa Nacional de Salud 2013-2018 (PRONASA). Establecido en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA) publicado en Oficial de la Federación el 12 de Diciembre de 2013.

Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2014-2018. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Mayo de 2014.

Manuales:

Manual de Organización de Hospitales Regionales. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 09 de noviembre del 2000.

Fuente: Coordinación de Recursos Humanos HRAEBI, 2015.

3. Marco teórico: Calidad

3.1 Definición

Existen varias perspectivas que son útiles a la hora de abordar el concepto de calidad. La presente investigación se refiere a la calidad en salud, referente a los servicios del sector sanitario en México, que son de tipo cualitativo, lo cual implica que para que el servicio sea considerado de calidad, debe de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario.

La calidad tiene su origen en el latín *qualitas*, y significa: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. (Real Academia Española, 2014)

Actualmente existen varias definiciones dadas por especialistas del tema, una de ellas según la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC, por sus siglas en inglés) es: “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.

Dadas las diversas definiciones de la calidad, a continuación se presentan las ideas de los principales exponentes de la calidad, cuyas aportaciones son eje para el desarrollo de la investigación.

3.2 Principales exponentes de la calidad

3.2.1 *Walter A. Shewart*

En el intento de encontrar sistemas más económicos para controlar la calidad, se desarrolló el Control Estadístico de la Calidad. En este método se aplican conceptos estadísticos para analizar y controlar la calidad en los procesos de transformación permitiendo examinar un número reducido de piezas en una muestra significativa de un lote, en lugar de tener que inspeccionar el total de la producción. El método de muestreo fue desarrollado en 1923, cuando la Western Electric solicitó a los Bell Telephone Laboratories, un procedimiento para controlar los defectos de su producción, para lo cual se formó el equipo integrado por Walter A. Shewart, Harold F. Dodge, Henry G. Romig, George G. Edward y Donald A. Quarles, quienes en varios años perfeccionaron el instrumento de trabajo denominado Control Estadístico

de la Calidad (SQC) mismo que se transformó, en la piedra angular del proceso industrial japonés. Shewart hace énfasis en la medición de la calidad y ofrece un concepto pragmático de la misma al indicar que la medida de la calidad es cuantitativa y puede tomar diversos valores, dicho en otras palabras, la calidad sin importar cual sea su medición y definición, siempre será una variable, este concepto está orientado al control estadístico de la calidad, sin embargo este autor fundamenta a la calidad en tres orientaciones; producto, manufactura y cliente.

Walter A. Shewhart publicó en 1931, "Economic Control of Quality of Manufactured Product". Harold F. Dodge y Henry G. Romig, publicaron en 1929 "A Method of Sampling Inspection" y con la dirección de Dogde, se publicó "Manual of Presentation of Data" en 1933.

En 1941, el Ministerio de la Guerra de Estados Unidos pidió a la American Standard Society realizar un proyecto para aplicar los métodos de SQC a los materiales destinados al ejército; se formó el Emergency Technical Committee, el cual, bajo la presidencia de Harol F. Dodge y con la participación de W. Edwards Deming, publicó en mayo de 1941 los American Standards Z 1.1 y Z 1.2, que fueron utilizados por los proveedores del ejército y de la marina para fijar las cláusulas en sus contratos de material bélico. (Hernández, 3. PRINCIPALES EXPONENTES DE LA CALIDAD TOTAL, 2014)

3.2.2 Armand V. Feigenbaum

En 1949 se edita por primera vez en Estados Unidos un libro intitulado "Total Quality Control", en donde introduce por primera vez conceptos en la calidad que son considerados como el fundamento de la calidad total que actualmente conocemos. Feigenbaum es uno de los pioneros del movimiento hacia la calidad y productividad. Fue conocido por los Japoneses casi al mismo tiempo que Deming y Juran ya que como jefe de calidad de General Electric, tuvo muchos contactos con compañías japonesas tales como, Hitachi y Toshiba.

Fue el primero en afirmar que la calidad debe considerarse en todas las diferentes etapas del proceso y no sólo en la función de manufactura. Sostiene que

la contribución de la función de manufactura considerada de manera aislada, no es suficiente para obtener productos de alta calidad, expresó lo siguiente:

"El principio fundamental del concepto de calidad total, así como su diferencia con otros conceptos, es que, para que sea de una efectividad genuina, el control debe iniciar por la identificación de los requerimientos de la calidad del cliente y termine solamente cuando el producto que llega a sus manos produzca un cliente satisfecho. El control de calidad total guía las acciones coordinadas de personas, máquinas e información, para alcanzar este objetivo. El primer principio que debe tomarse en cuenta es que la calidad es responsabilidad de todos".

Feigenbaum sostiene que el curso de los nuevos productos en una fábrica pasa por etapas similares a lo que él llama el ciclo industrial. Considera tres categorías de etapas:

- Control de nuevos diseños
- Control de materiales de insumo
- Control del producto o del proceso.

Introdujo grandes avances al estudiar los costos de la calidad, identifica a los diversos costos en lo que designa como la fábrica oculta, esto es la proporción de la capacidad total que se dedica de manera específica a los reprocesos y correcciones. Considera que el tamaño de la fábrica oculta puede llegar a 15-40% de la capacidad total de la fábrica.

Definición de Control Total de la Calidad (CTC), es un conjunto de esfuerzos efectivos de los diferentes grupos de una organización para la integración del desarrollo, del mantenimiento y de la superación de la calidad de un producto, con el fin de hacer posibles fabricación y servicio, a satisfacción completa del consumidor y al nivel más económico.

La totalidad implica tener o dar calidad a partir de todos los elementos de la organización, es decir, las especificaciones del producto son importantes, pero no son suficientes, ya que es indispensable el servicio que se ofrece dentro y fuera de la empresa hacia los clientes, esto es lo que le da el carácter de total y lo que propicia

la satisfacción total del consumidor, que es el gran cambio en el concepto de calidad, anteriormente cuando se hablaba si un producto tenía o no calidad se verificaban sus dimensiones contra un plano y si cumplía con las normas se consideraba que tenía calidad; Feigenbaum al introducir el concepto de la satisfacción total provoca que ya no sea suficiente cumplir con las especificaciones de un producto hay que buscar la satisfacción total del cliente a fin de permanecer en el mercado.

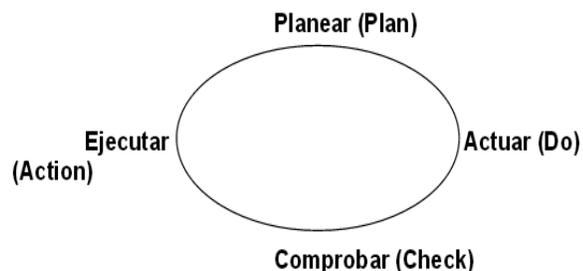
Cuando este autor se refiere "al nivel más económico", está considerando a hacerlo bien a la primera vez, sin errores, sin retrabajos, hacer el trabajo solamente una vez y hacerlo bien, este es el compromiso. (*Op Cit*)

3.2.3 William Edward Deming

Deming nació el 14 de octubre de 1900, y recibe su doctorado en físico matemático por la Universidad de Wyoming en 1926, inicialmente su interés principal fue la aplicación de las técnicas estadísticas ya que se formó en el grupo de Walter Shewart, quién desarrollo los métodos del control estadístico de la calidad (SQC). Fue Deming quien introdujo en Japón, después de la Segunda Guerra Mundial, los métodos del control estadístico de la calidad y que fundamentan el enfoque del control total de la calidad desarrollado por Kaoru Ishikawa.

Conceptualiza y desarrolla el círculo Deming para la mejora (figura 1), mismo que considera los elementos básicos del proceso administrativo, siempre consideró que el principal responsable del funcionamiento del programa para la calidad era la dirección de la organización, a través de técnicas administrativas.

Figura 4. Círculo de Deming



Fuente: Hernández, 2015

Este autor consideró que la responsabilidad de la dirección se centraba en dos áreas principales:

a) Creación de un clima laboral favorable para las mejoras de calidad.

Destaca la importancia de lo que él llama motivación intrínseca (autoestima y responsabilidad individual por el trabajo realizado) en lugar de una motivación extrínseca (aceptación de recompensas materiales por el trabajo realizado).

b) Énfasis en los trabajadores en lugar de estructuras rígidas.

Considera que la mayoría de los errores que se presentan en las organizaciones son causados o propiciados por la rigidez e imprecisión de la estructura organizacional más que por el personal mismo.

Su propuesta de catorce puntos son la base para la transformación, la adopción y la actuación de la administración se aplican tanto en las pequeñas como en las grandes organizaciones ya sean de servicios o dedicadas a la fabricación de bienes, estos se conocen como la filosofía Deming para la calidad, y son:

1. Crear constancia de finalidad para el mejoramiento de productos y servicios:

a) Innovar, asignando recursos para planes a largo plazo.

b) Asignar recursos a investigación y educación.

c) Mejorar constantemente el diseño de productos y servicios. y proporcionar empleo por medio de la innovación, el constante mejoramiento y el mantenimiento. De esta manera, las utilidades se darán implícitamente.

2. Adoptar la nueva filosofía:

a) No aceptar fabricación defectuosa ni servicio incompetente como situaciones normales.

b) Trabajar conjuntamente con clientes y proveedores.

3. Terminar la dependencia en la inspección:

a) Determinar, a lo largo del proceso, los puntos críticos en lo que sea absolutamente necesaria la inspección total.

b) Estimar, a modo de ejemplos, costos de fabricar producto defectuoso y de proporcionar servicios incompetentes.

c) Reemplazar la inspección total por mejoramiento de los procesos.

4. Considerar Calidad, servicio y precio en productos que se compran y servicios que se contraen:

a) Definir, de acuerdo con proveedores, medidas de calidad adecuadas y relaciones calidad/precio.

b) Especificar procedimientos para valorar calidad de componentes ya integrados dentro de un sistema funcional.

c) Definir relaciones técnicas con proveedores en base de intercambio de información estadística.

d) Con evidencia estadística formal, reducir el número de proveedores.

5. Mejorar constantemente los sistemas de producción y de presentación de servicio:

a) Establecer proyectos de reducción de desperdicio y de aumento de calidad en cada actividad: logística, ingeniería, métodos, mantenimiento, instrumentos y mediciones, ventas, métodos de distribución, contabilidad, recursos humanos, servicio a clientes.

b) Establecer proyectos para el estudio de los procesos que estén en estado de control estadístico.

c) Procurar la participación activa de los conocedores de los procesos de producción y de servicios.

6. Instituir métodos modernos de adiestramiento en el trabajo:

a) Estandarizar procedimientos de operación y definir lo que se entiende por calidad para cada trabajo.

b) Utilizar métodos estadísticos para conocer cuando se ha completado el adiestramiento. (el trabajador ha alcanzado el estado de control estadístico)

c) Instruir a los subordinados en los métodos estadísticos simples para que puedan tomar decisiones operativas adecuadas.

7. Instituir liderazgo en la supervisión:

a) Definir y dar a conocer los objetivos de la supervisión y la responsabilidades inherentes:

- Mejorar la eficacia de operarios y máquinas;
- Aumentar producción en cantidad y calidad;
- Reducir la carga del operario, buscando darle mayor interés, satisfacción y orgullo por su trabajo.

b) Motivar a los supervisores para que mantengan informada a la administración de las condiciones operativas y humanas que requieran ser corregidas y tomar las acciones oportunas.

c) Utilizar los métodos estadísticos para que los mismos operarios valúen el alcance y la efectividad de la supervisión.

8. Eliminar el miedo:

a) Diseñar y dar a conocer procedimientos para que los operarios puedan conocer sin dificultad las respuestas a los problemas que les conciernen.

b) Crear un clima de comprensión y libertad para que el personal pueda expresar sus inquietudes.

c) Utilizar los métodos estadísticos adecuados para deslindar causas de pobre calidad (sistema u operario).

9. Romper las barreras entre áreas funcionales:

a) Promover el conocimiento de los problemas de operación por el personal de investigación, diseño, compras, ventas, recursos humanos, estableciendo relaciones cliente/proveedor entre todos ellos.

b) Formar equipos multidisciplinarios para conocer y atacar problemas comunes, como: diseño del producto, calidad, reducción de costos, servicios a clientes.

10. Eliminar los slogans, las exhortaciones y las metas para la fuerza laboral:

a) Descartar cuotas, slogans, posters que intenten motivar a aumentar productividad, reducir defectos, responsabilizarse por los resultados del propio trabajo.

b) Proporcionar en cambio, a los operarios un camino por el cual pueden ellos contribuir a las mejoras.

11. Eliminar estándares de trabajo, trabajo a destajo y cuotas numéricas:

a) El estándar de trabajo que no considera calidad aumentar cantidad a expensas de la calidad.

b) El estándar de trabajo que toma en cuenta calidad puede ser injusto sino asigna correcta e indiscutiblemente la responsabilidad por mala calidad.

c) Considerar la relación entre estándar es de trabajo y la satisfacción de hacer bien el trabajo.

12. Eliminar las barreras que estorban al operario:

a) Proporcionarle instrucciones claras y completas.

b) Valorar a los supervisores por su capacidad de supervisión/educación, no por la producción bruta de sus departamentos.

c) Instruir y supervisar adecuadamente a los inspectores para que puedan valorar correctamente la calidad.

d) Implantar un programa de mantenimiento del equipo que tome en cuenta la calidad del producto que se fabrique y no solo las necesidades de cantidad.

13. Instituir un programa intenso de educación y adiestramiento:

a) Prever el cambio en los requisitos de adiestramiento de los operarios: reducción del número de inspectores necesario.

b) Estudiar las nuevas tecnologías no solo de fabricación sino de medición, de técnicas estadísticas, de administración y diseñar programas de adiestramiento.

c) Diseñar e implementar programas y métodos de educación y adiestramiento en técnicas estadísticas para todo el personal.

14. Tomar medidas para lograr la transformación.

Comprometer a la dirección (y a todo el personal) a un esfuerzo permanente de calidad y productividad.

De manera complementaria hace hincapié en las enfermedades mortales que afligen a la mayoría de las Compañías del Mundo Occidental.

1. Falta de constancia de propósito. Una compañía que carece de constancia en la búsqueda de su propósito no cuenta con planes a largo plazo para permanecer en el negocio.
2. Énfasis en las utilidades a corto plazo. Aumentar los dividendos trimestrales mediante la calidad y la productividad y no mediante manipulaciones de cifras numéricas.
3. Evaluación del desempeño, clasificación según el mérito o análisis anual del desempeño. Los efectos de estas prácticas son devastadoras - se destruye el trabajo en equipo, se fomenta la rivalidad. La clasificación por mérito genera temor y deja a la gente en un estado de amargura, desesperación, y desaliento. Y estimula la movilidad de la gerencia.
4. La movilidad de la gerencia. El continuo cambio de gerentes de un puesto a otro no permite que la persona esté ahí tiempo suficiente para lograr cambios a largo plazo que garanticen la calidad y la productividad.
5. Manejar una compañía basándose únicamente en cifras visibles.
6. Costos médicos excesivos.
7. Costos excesivos de garantía fomentados por abogados que trabajan sobre una base de honorarios en caso de imprevistos.

Nota: Estos dos últimos puntos son aplicables solo en los Estados Unidos. (Op

Cit)

3.2.4 Joseph M. Juran

Abogado de profesión orientado a la estadística de costos de la "no calidad".

El pensamiento de Juran, así como de los demás filósofos de la calidad está enfocado a que las empresas consigan y mantengan por consiguiente, el liderazgo en la calidad, definir los papeles de los altos directivos para conducir sus empresas hacia ese objetivo y disponer los medios que han de utilizar los directivos para ese liderazgo.

Juran basa su teoría acerca de la calidad a partir de las observaciones hechas a los japoneses y sus estrategias utilizadas, las cuales incluían:

- Ocupación de la alta dirección
- Formación para todas las funciones y en todos los niveles
- Mejora de la calidad a un ritmo continuo y revolucionario
- Participación de la mano de obra a través de los círculos de control de calidad

Para Juran la calidad incluye ciertos elementos que conviene definir:

Producto: Salida de cualquier proceso el cual consiste en bienes y servicios, los primeros son cosas físicas y los servicios; trabajo realizado para otra persona. Incluido el software que es el programa de instrucciones para ordenadores o información general (planes, advertencias).

Cliente: Cualquier persona que recibe el producto o proceso o es afectado por él. Los clientes externos son afectados por el producto pero no son miembros de la empresa que los produce; los clientes internos son afectados por el producto y son miembros de la empresa que los produce.

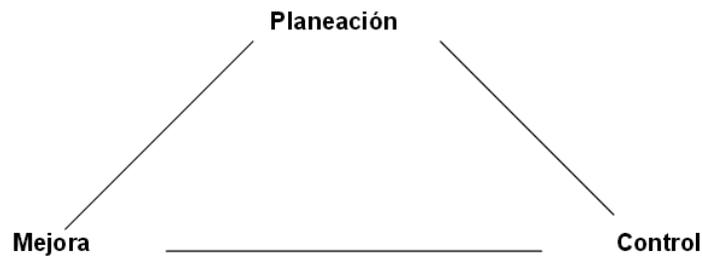
Satisfacción del producto: Es el resultado que se obtiene cuando las características del producto responden a las necesidades del cliente, generalmente, es sinónimo de satisfacción del cliente.

Deficiencia del producto: es un fallo que tiene como consecuencia la insatisfacción con el producto; el mayor impacto lo ejercen sobre los costos, al rehacer el trabajo previo y responder a las reclamaciones del cliente.

Aportaciones:

La gestión de la calidad se hace utilizando un proceso en tres actividades, determinado trilogía de Juran, representado en la figura 5.

Figura 5. Trilogía de Juran



Fuente: Hernández, 2015

a) Planificación de la calidad.

Esta es la actividad de desarrollo de los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes y que implica los siguientes pasos

- Determinar quiénes son los clientes
- Determinar las necesidades de los clientes
- Desarrollar las características del producto que responden a las necesidades de los clientes
- Desarrollar los procesos que sean capaces de producir aquellas características del producto
- Transferir los planes resultantes a las fuerzas operativas

b) Control de calidad

Este proceso consta de los siguientes pasos:

- Evaluar el comportamiento real de la calidad

- Comparar el comportamiento real con los objetivos de calidad
- Actuar sobre diferencias

c) Mejora de la calidad

Es el medio para elevar la calidad consta de los siguientes pasos:

- Establecer la infraestructura necesaria para conseguir una mejora de la calidad anualmente
- Identificar las necesidades concretas para mejorar los proyectos de mejora
- Establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin
- Proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para que los equipos diagnostiquen las causas, fomenten el establecimiento de un remedio y establezcan los controles para mantenerlos beneficios

La evaluación de las características del producto inicia preguntando a los clientes cómo evalúan ellos la calidad; y la tarea de los altos directivos, será garantizar que los manuales de la empresa y la información incluyan definiciones claras de la palabra calidad. *(Op Cit)*

3.2.5 Kaoru Ishikawa

Obtiene su grado de química aplicada en la Universidad de Tokio en marzo de 1939, año en que se vincula a una empresa dedicada a la licuefacción del carbón, que era una de las prioridades nacionales por aquella época, y adquirió experiencia en los campos de diseño, construcción y operaciones de investigación, entre mayo de 1939 y mayo de 1941, estuvo comisionado como oficial técnico naval en el área de la pólvora. Los ocho años que paso en la industria y en la armada lo prepararon para dedicarse al control de calidad.

En 1947, regresa a la Universidad de Tokio, cada vez que hacía experimentos en su laboratorio tenía problemas con la dispersión de datos, por esta razón comenzó a estudiar métodos estadísticos en 1948. En 1949 acudió a la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE).

Los pasos que siguió y las razones que lo guiaron fueron las siguientes:

1. Los ingenieros que juzgan con base en sus datos experimentales tiene que conocer los métodos estadísticos de memoria. Creó un curso titulado "Cómo utilizar datos experimentales y lo hizo obligatorio para el primer semestre del último año en la Facultad de Ingeniería de Tokio.
2. El Japón no tiene abundancia de recursos naturales sino que debe importarlos, junto con los alimentos, del exterior. Por lo tanto, es necesario ampliar las exportaciones. La época de los productos baratos y de mala calidad para la exportación se ha acabado. El Japón tiene que esforzarse por manufacturar productos de alta calidad y bajo costo, Por esta razón, el control de calidad estadístico y el control de calidad requieren un máximo de cuidado.
3. Los ocho años que paso en el mundo no académico, después de graduarse, le enseñaron que la industria y la sociedad japonesas se comportaban de manera muy irracional. Empezó a creer que estudiando el control de calidad y aplicándolo correctamente, se podría corregir este comportamiento irracional de la industria y la sociedad. En otras palabras le pareció que la aplicación del CC podría lograr la revitalización de la industria y efectuar una revolución conceptual en la gerencia.

Círculos de Calidad (CC)

A comienzos de la década de los 50 los programas de capacitación para supervisores se llamaban "Talleres de estudio de CC", estas actividades se han difundido muy rápidamente.

Ishikawa está considerando en el Japón como el principal precursor de la Administración de la Calidad Total. Se inspiró en los trabajos de Deming y Juran y, en menor grado de Feigenbaum. Es muy admirado por las siguientes contribuciones:

1. Círculos de Control de Calidad (CCC), fue el primero en introducir este concepto y ponerlo en práctica con éxito.

2. Desarrollo los diagramas de espinas pescado, de causa-efecto o de Ishikawa, que se usan actualmente en todo el mundo en las mejoras continuas, para representar los análisis de los efectos y sus posibles causas.

Técnicas de Ishikawa para el CC

A. Técnicas estadísticas elementales:

- Análisis de Pareto (los pocos vitales y los muchos triviales)
- Diagramas de causas y efectos (no es una técnica estadística)
- Estratificación
- Lista de comprobación (bitácora)
- Histograma
- Diagrama de dispersión
- Controles y gráficas de Shewart

B. Método estadístico intermedio:

- Análisis teórico y de muestreo
- Diversos métodos de estimación estadística y comprobación de hipótesis
- Métodos basados en pruebas sensoras
- Métodos de diseño experimental

C. Métodos estadísticos avanzados (con computadoras):

- Diseño experimental avanzado
- Análisis multivariados

Métodos de Investigación de operaciones

Ishikawa ha hecho comentarios de que el enfoque de Feingenbaum del Control de Calidad Total incluye muchas personas que no son especialistas y, por consiguiente, tienen limitaciones en cuanto a su contribución a la resolución de problemas. Sostiene que el control de calidad en toda la compañía, tiene que basarse en el uso generalizado de técnicas estadísticas. Clasifica las técnicas en tres

categorías, Ishikawa piensa que el 90-95% de los problemas pueden resolverse usando técnicas estadísticas elementales, que no requieren conocimientos especializados.

Nacimiento de los Círculos de Calidad. En la fabricación de productos de alta calidad con garantía plena de calidad no hay que olvidar el papel de los trabajadores. Los trabajadores son los que producen, y sin ellos y sus supervisores no lo hacen bien, el CC no podrá progresar.

En este sentido, la educación de los trabajadores en materia de CC es sumamente importante, si bien en los años 50 esa educación se consideraba prácticamente imposible.

No era difícil educar a los ingenieros y empleados directivos mediante seminarios y conferencias, pero resultaba imposible manejar al gran número de supervisores y dirigentes de grupo. Además éstos estaban dispersos por todo el país. No era fácil empezar a educarlos.

Se resolvió el problema utilizando los medios de comunicación masiva; en 1956 se empezó un curso de CC por correspondencia para supervisores, valiéndose de la radiodifusora Japonesa de onda corta. En 1957 la radiodifusora Japonesa NHK empezó a difundir los programas dentro de su programación educativa. El programa fue bien recibido por el público y se vendieron 110 000 ejemplares del texto, mucho más de lo previsto. Después de este éxito, en 1960 la JUSE publicó una monografía titulada "A text on Quality Control for the Foreman (A y B)".

En aquella época se hizo hincapié en lo siguiente:

El voluntarismo. Los círculos han de crearse voluntariamente, no por órdenes de superiores. Comenzar las actividades de círculos con personas que deseen participar.

Qué es el Círculo de Calidad (CC)

El CC es un grupo pequeño que desarrolla actividades de calidad voluntariamente dentro de un mismo taller.

Este grupo lleva a cabo continuamente como parte de las actividades de control de calidad en toda la empresa autodesarrollo y desarrollo mutuo, control y mejoramiento dentro del taller utilizando técnicas de control de calidad con participación de todos sus miembros.

Las ideas básicas subyacentes en los círculos de control de calidad en toda empresa son las siguientes:

1. Contribuir al mejoramiento y desarrollo de la empresa.
2. Respetar a la humanidad y crear un lugar de trabajo amable y diáfano donde valga la pena estar.
3. Ejercer las capacidades humanas plenamente, y con el tiempo aprovechar capacidades infinitas.

Diagrama de causa-efecto

Este diagrama muestra una relación entre las características y los factores causales, por lo cual se ha denominado de causa-efecto. Es necesario entender el control de procesos, e incorporar dentro del proceso maneras de hacer mejores productos, fijar mejores metas y lograr efectos. Aunque los factores causales son muchos, los verdaderamente importantes no lo son. (*Op Cit*)

3.2.6 Avedis Donabedian

A través de un corpus de ocho libros, más de 50 artículos y numerosas cátedras, Avedis Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales. En la mayoría de sus escritos. Donabedian estuvo a la vanguardia de sus contemporáneos, descubriendo vastos panoramas intelectuales. Cada uno de sus escritos y libros cardinales establecieron los derroteros del pensamiento e investigación futuros, y hasta del lenguaje futuro.

Como resultado de los trabajos de Donabedian, los sistemas de salud se han convertido en un campo para la investigación y en una excitante arena para la

acción. Como parte de sus contribuciones al conocimiento general sobre sistemas de salud, Donabedian hizo énfasis en el tema específico de la calidad de la atención a la salud. Los frutos de su sabiduría fueron abundantes. (Frenk, 2000)

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (Donabedian, 1988).

3.3 Modelo global de calidad

El modelo teórico que se usará es el Modelo Global de Calidad elaborado por el Dr. Luis Alfredo Valdés Hernández. A continuación se detalla dicho modelo y su conexión con las anteriores perspectivas de la calidad descritas y complementando con el enfoque del Dr. Donabedian, que la calidad es aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.

Para la presente investigación se establece que la calidad es: "El conjunto de características de un producto (bien o servicio) que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades explícitas e implícitas de los clientes" (Hernández, 2014)

Es preciso definir que la calidad del servicio de oncología se integra por un conjunto de aspectos fundamentales de la atención al paciente dentro de esa área del hospital.

Para el estudio de la calidad es importante considerar al menos cuatro aspectos fundamentales, los cuales son los siguientes:

a) Clientes: aquellas personas que reciben el producto o servicio y se benefician de él.

b) Necesidades de los clientes: son los deseos a satisfacer, mismos que deberán ser identificados y definidos.

c) Características del producto o servicio: son los elementos tangibles e intangibles asociados al bien que representa la posibilidad de satisfacer los deseos del cliente.

d) Producto: Puede ser un bien o un servicio, resultado de un proceso de transformación que se lleva a cabo en la empresa. (Hernández, 2014)

Bajo este esquema, es que se desarrolla el siguiente modelo de medición de calidad para el servicio otorgado por el área de oncología del HRAEBI.

Es fundamental mencionar que el hospital funciona como un sistema, y un sistema es un conjunto de elementos que se encuentran en interacción y que constituyen una totalidad que manifiesta una cierta organización y en donde la interdependencia e interacción entre los elementos son piezas claves.

Siendo estos los cuatro pilares fundamentales de un sistema:

- a) Un sistema está constituido por elementos.
- b) Entre estos elementos existen relaciones o interacciones.
- c) Éstos elementos y sus relaciones forman un todo, una totalidad.
- d) Ésta totalidad manifiesta una cierta organización. (Arenal, 1990)

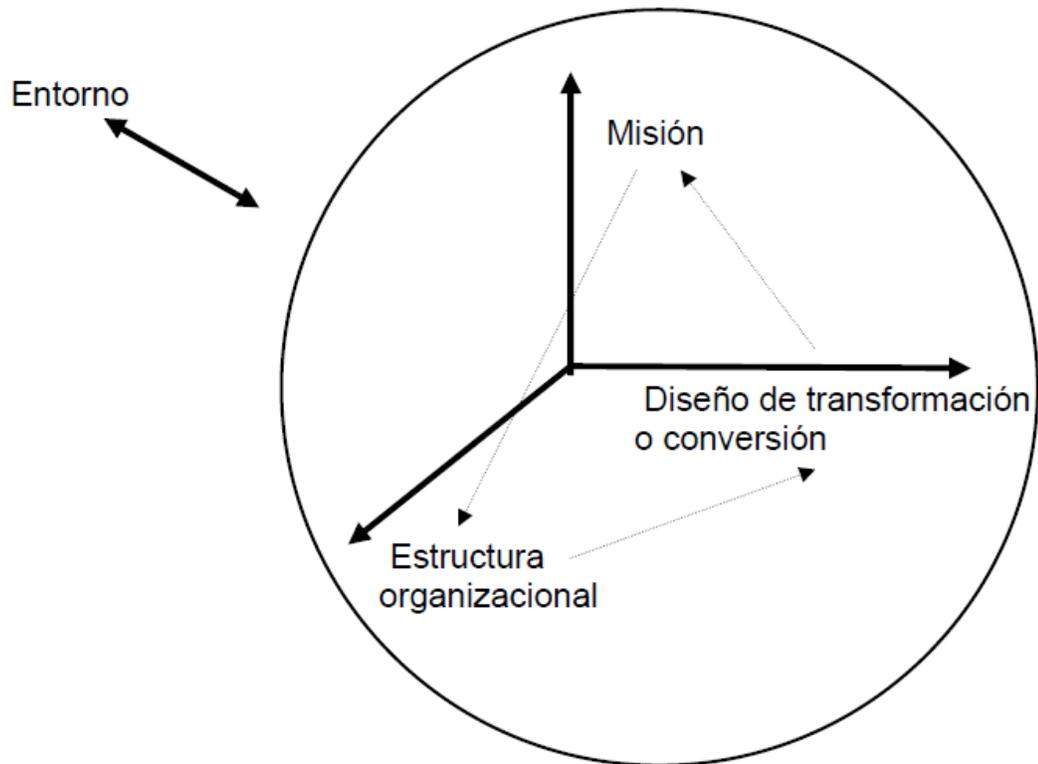
Con estas bases, es viable poder analizar al hospital como una organización que constituye un sistema.

El sistema del hospital, basado en el Modelo Global de Calidad, trabaja por medio de la integración del entorno externo y de tres elementos llamados vectores, que operan en conjunto y que se interrelacionan a fin de conformar una totalidad unificada, para obtener las mejores opciones estratégicas.

Se establece que los vectores del sistema organizacional son: la misión, la estructura organizacional y los aspectos técnicos de transformación, los cuales están en contacto directo con el entorno, que representa todos los aspectos externos al hospital pero que lo afectan directamente.

Lo anterior se visualiza en la Figura 6: Integración de los tres vectores del Modelo Global de Calidad.

Figura 6 Integración de los tres vectores



Fuente: Valdés Hernández, Luis Alfredo, "El enfoque de análisis de sistemas y la administración para la calidad", en Contaduría y Administración, Núm. 193, Abril-Junio 1999.

Para el Modelo Global de Calidad, el **primer vector** o vector principal es la misión. En la misión organizacional se define el mercado meta; los clientes y sus necesidades, implícitas y explícitas, se delimita a los competidores y los servicios que se ofrecen. Este vector determina la parte estratégica de la organización.

La misión organizacional es la guía y la razón de ser de toda empresa u organización. Su utilidad se encuentra en que permite establecer un marco de referencia delimitado para la medición de parámetros e indicadores utilizados para medir el desempeño de la organización.

La misión organizacional se define al contestar tres preguntas básicas:

- ¿Qué se ofrece?
- ¿A quién se ofrece?
- ¿Para qué se ofrece?

Por lo anterior, todas las actividades que se van a realizar de manera inmediata, deben estar encaminadas a contestar estas preguntas, y de esta manera se debe integrar la misión organizacional de manera clara y concisa.

El **segundo vector** es la estructura organizacional. Depende de la estrategia utilizada y representa el entorno social en que se desarrolla la organización, debe colaborar con el logro de la misión mediante estructuras flexibles, que puedan adaptarse a los cambios del entorno.

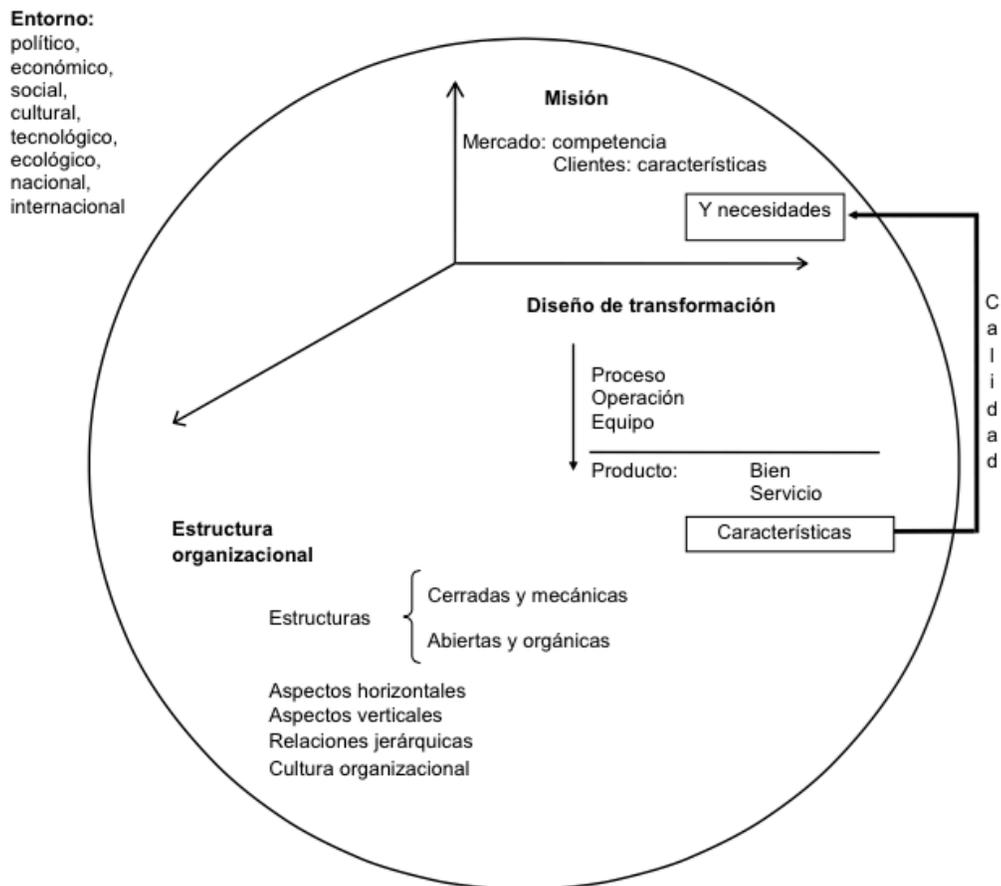
Dentro de la estructura organizacional se tienen aspectos horizontales, verticales y cultura organizacional, relaciones lineales, niveles jerárquicos y el sistema de trabajo respectivamente.

El **tercer vector** son los aspectos técnicos de transformación. Ahí se localiza el proceso de transformación para obtener el producto o servicio con las características necesarias para satisfacer las necesidades intrínsecas y extrínsecas de los clientes. Es en este vector donde recae la presente investigación.

Cualquier sistema organizacional debe tener los tres vectores antes mencionados. Sin embargo, dependerá en gran medida del sector en que se desenvuelva, el ciclo de vida que tenga y el entorno en que se desarrolle, el vector del que dependerán en mayor o menor medida.

En la siguiente figura vemos la interacción del sistema completo, el entorno y los tres vectores.

Figura 7: Sistema organizacional integrado y su entorno



Fuente: Valdés Hernández, Luis Alfredo, "Planeación estratégica con enfoque sistémico" Segunda edición, corregida y aumentada, Abril 2014.

Recordemos que el Dr. Avedis Donabedian, dice que calidad es aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.

Para esta investigación se ha tomado una aportación de cada uno de los enfoques mencionados, y se da mayor relevancia al enfoque del Dr. Luis Alfredo Valdés Hernández, el Modelo Global de Calidad, el cual se describe a detalle en el quinto capítulo.

4. Referencias internacionales de calidad en el sector salud

Este capítulo describe las experiencias internacionales de los Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud, donde incluyen la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, la reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal, y, la satisfacción del paciente con el servicio otorgado, que forman parte de las acciones para la mejora de la calidad.

La “Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente” presentado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (PAHO/WHO), presenta las políticas y estrategias regionales del Programa de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP), para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente.

Se considera que es importante tomar acciones inmediatas a nivel nacional y regional, para que los sistemas de salud presten atención efectiva, segura, eficiente, accesible, apropiada y satisfactoria a los usuarios, en síntesis, un servicio de calidad.

La resolución WHA55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud en 2002, “Calidad de la atención: Seguridad del paciente”, solicita a los Estados Miembros a prestar mayor atención al problema de la seguridad de los pacientes y a establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención.

Resolviendo que los Estados Miembros deben de Dar prioridad a la seguridad del paciente y a la calidad en la atención el las políticas y programas sectoriales de salud, incluida la promoción de una cultura organizacional e individual en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

- Asignen los recursos necesarios para el desarrollo a nivel nacional de políticas y programas en pro de la seguridad del paciente y la calidad en atención.

- Incorporen la participación del paciente en los procesos de mejora de la calidad en la atención sanitaria.
- Evalúen la situación de seguridad del paciente y la calidad de la atención en el país, con el objetivo de identificar áreas prioritarias y estrategias de intervención.
- Diseñen y realicen intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente y la calidad en la atención.
- Colaboren con la secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la elaboración de una estrategia regional de base científica que incluya resultados cuantificable para el mejoramiento de la seguridad del paciente y la calidad en la atención.

A continuación, se enlista a cinco países que forman parte de esta referencia, incluido México:

4.1 Canadá

Sistema sanitario Canadiense actual.

Canadá es un país, con datos del 2007, de una población de 32,9 millones de habitantes; una esperanza de vida de 78,3 años los hombres y de 82,9 años las mujeres; un crecimiento anual de la población (2010-2015) de 0,92%; población menor de 15 años de 16,5%; población mayor de 60 años del 19,5%; tasa de fertilidad por mujer de 1,6; tasa bruta de natalidad de 11; tasa bruta de mortalidad de 7,4; con un PIB (en miles de millones de euros) de 1.050; con un crecimiento medio anual del PIB (2002-2007) del 3,8%; y un PIB per cápita de 40.330 \$; tiene un gasto sanitario (% del PIB) de 10; 2,1 médicos por cada 1.000 habitantes y 3,6 camas de hospital por 1.000 habitantes.

Canadá es una nación muy descentralizada. Tiene un gobierno federal en Ottawa y además diez provincias y tres territorios. Los poderes en salud son competencia principal de las provincias y de los territorios, correspondiendo al gobierno federal de Ottawa cuatro campos de competencia: la salud sanitaria de las fronteras, la problemática sanitaria internacional, la acreditación de los

medicamentos y del aparataje médico, y parte de la financiación del sistema sanitario.

Los principios básicos de las Leyes Marco del Sistema de Salud Canadiense son: existencia de una administración pública; accesibilidad al sistema; integralidad; universalidad; y la transferibilidad. Con respecto al primer principio de necesidad de una administración pública, es de destacar que el sistema de salud de Canadá debe ser administrado por entidades públicas sin interés particular, y que los ciudadanos deben estar implicados en la administración del sistema. La accesibilidad se refiere a las posibilidades de todo ciudadano de ser atendidos en cualquier parte del sistema. El principio de integralidad apunta a que el sistema de base canadiense debe cubrir todos aquellos que medicamente sean necesarios, sin restricciones, y todo aquello que sea realizado por los profesionales médicos sea a nivel hospitalario o extrahospitalario. La universalidad se refiere al concepto de que todos los ciudadanos canadienses, por el mero hecho de serlo están cubiertos en materia sanitaria por el sistema. Finalmente, el principio de transferibilidad indica la garantía de los canadienses de obtención del servicio de salud, en otra provincia que no sea la de origen.

Naturalmente hay otras leyes y programas, adicionales a la Ley Marco Federal que se han ido añadiendo al sistema. El gobierno federal, por lo tanto, financia el programa de salud y la cobertura de seguro. En Canadá el 70% del gasto de salud es público y subsidiado, y el otro 30% es privado. Esta parte privada corresponde tanto a los seguros médicos como a la parte que sale directamente del bolsillo de los usuarios. La mayoría de las provincias han seguido estos principios de una manera integral, y aunque al principio el interés era sólo por la financiación, actualmente han pasado a ser valores de la sociedad canadiense respetados por la mayoría de sus ciudadanos.

Dentro de los puntos que se consideran positivos dentro del sistema canadiense merece resaltarse la universalidad del sistema: en lo que concierne a lo medicamente necesario, todos los ciudadanos están cubiertos por el mismo sistema.

Si se deja de lado esta condición, hay que prestar especial cuidado en cómo hacer para cubrir a aquellas personas que tienen condiciones particulares.

El segundo punto es la integralidad, principio en el que ha habido una mejoría progresiva al incluir otros sistemas de cobertura en el sistema central, de manera que ahora existe en Quebec un seguro universal que cubre todos los medicamentos.

En tercer lugar es de resaltar la libre elección existente del beneficiario para elegir el médico adecuado, siendo de esta manera la relación médico paciente directa y estrecha, sin intervención del Ministerio, ni del seguro o entes administrativos.

El cuarto punto positivo concierne al tema de la descentralización y a la autonomía de los establecimientos de salud, pues gracias a ella se pueden organizar los servicios sanitarios, que tienen los mismos objetivos que en el nivel central pero adecuado a las necesidades locales.

El quinto punto es la importancia acordada al establecimiento de modos de imputabilidad entre los diferentes niveles. Esto requiere de instrumentos de gestión que hacen posible una vigilancia y un seguimiento permanentes de la calidad de los servicios de salud prestados.

El sexto punto se refiere a la relevancia actual de los sistemas de información existentes, necesarios para el funcionamiento y seguimiento de los diferentes programas.

Como séptimo punto, hay que destacar la trascendencia de las Redes Locales Integradas y la coordinación entre ellas y las Redes Universitarias de Servicios Integrados.

En octavo lugar hay que destacar el tema de la participación de los ciudadanos en la administración y organización de los servicios de salud. Del mismo modo hay que recalcar la excelente participación de los profesionales sanitarios y trabajadores del sector en la organización, planificación y evaluación de estos servicios.

Un noveno punto positivo del sistema alude al valor existente en los recursos humanos, existiendo una política integrada de formación y mantenimiento de dichos recursos.

En décimo lugar hay que destacar la existencia de una agencia de evaluación que realiza evaluaciones continuas de las tecnologías, de los modos de intervención y de los medicamentos, y la importancia relevante que se da a la promoción y prevención en materia de salud, sobre todo a nivel local.

En cuanto a la financiación, es importante destacar que ésta es previsible, de carácter progresivo y compatible con la planificación y los objetivos que se propone el sistema. En Canadá se cuenta con un sistema de gestión y de administración de alta calidad, en base a sistemas de ajuste de riesgos por medio de los GRDs. También es de destacar que la integración del sistema de salud y del sistema social es excelente.

Dentro de las dificultades, en primer lugar, está el impacto del cambio del sistema epidemiológico; las enfermedades crónicas; y la edad avanzada. En segundo lugar, la demora en la toma de importancia de los sistemas de comunicación, lo que creó ciertas complicaciones al principio de su implantación. En tercer lugar, la demora en tener en cuenta la visión de los profesionales y la relevancia del diálogo con ellos. Si se quiere contar con la colaboración de los médicos, es necesario abrir el diálogo desde el primer momento en que se planifican los cambios. En cuarto lugar, hubo una subestimación de la necesidad de planificar los recursos humanos a nivel de todas las categorías profesionales.

Para finalizar, el sistema canadiense debe hacer frente al complejo problema de la orientación de su sistema, al cubrir todo aquello que medicamente se considere necesario, sin exclusión. Tal orientación ha llevado a dar prioridad a temas medicamente necesarios, dejando de lado otras condiciones, lo que ha provocado cierta insatisfacción entre los ciudadanos.

Pese a estos problemas, el sistema de salud canadiense es un emblema de los valores del país, y una institución valorada que recibe apoyo de la población.

(Cabo Salvador, 2010, pp. 60-64)

4.2 Cuba

Sistema sanitario Cubano actual.

Según datos estimados para 2009, Cuba cuenta con 11 238 412 habitantes, de los cuales 50.1% son hombres y 49.7% mujeres. (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2010) En 2009 la densidad de población en la isla era de 101.4 habitantes por km², destacándose la capital del país (La Habana) con una densidad muy superior a la del resto de las provincias (2952.3 habitantes por km²). El grueso de la población (75.4%) reside en áreas urbanas.

El sistema de salud cubano opera bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, por lo que todos los cubanos tienen derecho a servicios integrales de salud. Estos servicios se financian casi exclusivamente con recursos del gobierno. El Ministerio de Salud Pública es el organismo rector del sistema nacional de salud, concentra los recursos dedicados a la salud y opera los servicios en todos sus niveles. El nivel primario debe dar solución aproximadamente a 80 % de los problemas de salud de la población y sus servicios se prestan fundamentalmente en los policlínicos y los consultorios del médico y la enfermera de la familia. Estas unidades se corresponden, esencialmente, con unidades de subordinación municipal. En el nivel secundario se cubren cerca de 15% de los problemas de salud. Su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial. En el nivel terciario se atienden alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. La atención se brinda fundamentalmente en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional. (Ley de Salud Pública)

La asistencia médica se brinda a través de una red de 219 hospitales, 13 institutos de investigación, 498 policlínicos y un contingente de médicos de familia ubicados en las comunidades, centros laborales y centros educacionales. Además existen 127 puestos médicos, 26 bancos de sangre y tres balnearios minero-medicinales. Se brinda atención asimismo en 158 clínicas estomatológicas, 156

hogares de ancianos, 338 hogares maternos y 35 hogares de impedidos para diferentes situaciones y edades. (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2010)

La prestación se enfoca en la atención primaria de salud (APS) basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia (MEF). Para desarrollar este enfoque se tomaron en cuenta tres elementos: la tendencia a la súper especialización de la práctica médica, los cambios en el patrón de morbimortalidad con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de promover estilos de vida más sanos en la población. El modelo del MEF garantiza una mayor accesibilidad a los servicios de APS y tiene como objetivo general mejorar el estado de salud de la población. Para alcanzar este objetivo aplica un enfoque integral que va desde la promoción hasta la rehabilitación, utilizando como instrumento esencial el análisis de las situaciones de salud. Este análisis demanda la integridad, siendo imprescindible la participación comunitaria e intersectorial. (Domínguez-Alonso, 2011)

Desde la creación del sistema único de salud de Cuba los principios que lo sustentan están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, razón por la cual su evaluación ha constituido una prioridad, así como un punto de partida para la mejoría de la organización y provisión de los servicios.

El informe del Sistema de Vigilancia de la Opinión sobre los Servicios de Salud, en particular del policlínico, presentado por la Unidad de Análisis y Tendencias en Salud en el año 2003, señala que 62.4% de los usuarios encuestados se encontraban insatisfechos, tomando como criterio para esa valoración haber expresado alguna opinión negativa. (Ministerio de Salud Pública). En orden decreciente, las causas de molestias se relacionaban con condiciones estructurales de las instalaciones, recursos necesarios para la atención, tiempo de espera y maltrato, comportándose de igual manera en los años precedentes (2000- 2002). La mayoría de estas insatisfacciones estuvieron relacionadas con la crisis económica que presentó el país en los noventa y la consecuente limitación de recursos materiales, resultado que se tuvo en cuenta tan pronto se produjo una recuperación de la economía del país.

Sin embargo, todavía hay servicios que aún no satisfacen la demanda de la población. Por ejemplo, las ópticas no suplen las necesidades y persisten demoras en la entrega de lentes. También se observan insatisfacciones con algunos servicios estomatológicos debido a que la producción de prótesis dentarias es insuficiente.

Otro aspecto que está afectando la satisfacción de la población con los servicios es que no ha funcionado adecuadamente la reorganización de consultorios médicos para compensar la ausencia de quienes han salido del país a cumplir misiones internacionalistas.

La satisfacción de la población con los servicios de salud, además de que se monitorea por diferentes vías, es una de las líneas del Programa Ramal de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud, cuya finalidad es brindar resultados que permitan fortalecer la gestión en salud. (Ministerio de Salud Pública) (Rojo Pérez, 2010, pp. 209-214)

4.3 España

Sistema sanitario Español actual.

España es un país, con datos del 2007, de una población de 43,6 millones de habitantes; una esperanza de vida de 77,6 años los hombres y de 84,1 años las mujeres; un crecimiento anual de la población (2010-2015) de 0,82%; población menor de 15 años de 14,8%; población mayor de 60 años del 22,2%; tasa de fertilidad por mujer de 1,6; tasa bruta de natalidad de 11; tasa bruta de mortalidad de 8,7; con un PIB (en miles de millones de euros) de 1.050; con un crecimiento medio anual del PIB (2002-2007) del 3,8%; y un PIB per cápita de 32.020 \$; tiene un gasto sanitario (% del PIB) de 8,4; 3,1 médicos por cada 1.000 habitantes y 3,5 camas de hospital por 1.000 habitantes.

España es una monarquía parlamentaria que con la promulgación de la Carta Magna de 1978, desarrolló una profunda transformación del Estado y de su estructura política. Territorialmente la organización política del Estado Español es a través de un gobierno central parlamentario y 17 comunidades autónomas descentralizadas con sus respectivos gobiernos y parlamentos.

El gobierno central a través del Ministerio de Sanidad tiene la responsabilidad de promover la coordinación y cooperación en el sector sanitario. A partir del año 1986 se realiza la transformación de un Sistema de Seguridad Social (modelo Bismarck) de financiación de los servicios sanitarios por medio de cuotas de las empresas y trabajadores, a un modelo Beveridge con financiación y responsabilidad estatal a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado. El proceso de descentralización se completa en el año 2002, quedando configurado el Estado en 17 comunidades autónomas.

El traspaso de funciones y servicios a las comunidades autónomas comenzó en el año 1981 con Cataluña y concluyó en el año 2001, según los Reales Decretos:

- Cataluña: Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio.
- Andalucía: Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero.
- País Vasco: Real Decreto 1536/1984, de 6 de noviembre.
- Valencia: Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre.
- Navarra: Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre.
- Galicia: Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre.
- Canarias: Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo.
- Asturias: Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre.
- Cantabria: Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre.
- La Rioja: Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre.
- Murcia: Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre.
- Aragón: Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla-La Mancha: Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre.
- Extremadura: Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre.
- Baleares: Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre.
- Madrid: Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre.
- Castilla y León: Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre.

La estructura organizativa es desde la LGS con un gobierno central a través del Ministerio de Sanidad que asume la responsabilidad de áreas estratégicas como la coordinación general y la legislación sanitaria básica; la definición de la cartera de

servicios básica del SNS; la política farmacéutica; y la educación sanitaria de pre y posgrado; y la gestión, es decir, el Ministerio tiene el poder legislativo, establece los sistemas de información y asegura la cooperación entre las diferentes comunidades autónomas.

Las 17 comunidades autónomas tienen a su vez poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud, respetando la cartera de servicios básica fijada por el gobierno central. Dentro del Ministerio y con participación de todas las comunidades autónomas se crea el Consejo Interterritorial de Sanidad con la finalidad de promover la cohesión y la calidad del sistema, principios básicos de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del año 2003.

El Ministerio es responsable directamente de la planificación, gestión y administración de la comunidades autónomas de Ceuta y Melilla, en materia sanitaria por medio del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que surge a raíz del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, y considera imprescindible la adaptación del INSALUD en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Culminado el proceso de transferencias a las comunidades autónomas, a este nuevo Instituto le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

El principal problema del SNS es la falta de coordinación entre Asistencia Primaria y especializada, con duplicidad de historias clínicas y archivos, retrasos y duplicidad de pruebas diagnósticas y tiempos largos de espera en diagnósticos y tratamientos especializados hospitalarios. En cuanto a las fuentes de financiación,

tradicionalmente los gastos hospitalarios se reembolsan retrospectivamente sin negociaciones previas. En el año 1990 se empezaron a realizar contratos programa y pagos prospectivos por sistemas de ajustes de riesgos, en particular por los grupos relacionados por el diagnóstico (GRDs). Posteriormente, en el año 1997 surgen modelos de gestión innovadores en los hospitales a través de las Fundaciones, que en definitiva son hospitales públicos, con actividad clínica igual pero con estatus de fundación, siendo unidades autónomas con menos control burocrático externo.

España en el 2001 tenía 4 camas hospitalarias por 1.000 habitantes y el 39% de los hospitales eran públicos. Hay una red extensa de ambulatorios y Centros de Salud para consultas externas. En el 2000 el número de médicos era de 3,2 por 1.000 habitantes, similar a la media europea, y el número de enfermeras relativamente más bajo de la media con 3,7 por 1.000 habitantes.

Durante los años ochenta y noventa el SNS sufrió grandes reformas con la extensión de la cobertura universal; se promulgo la LGS en el 1986; la Ley de Nuevas Formas de Gestión en el 2001; y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS en el 2003. Durante estos años se reformó la asistencia primaria, reforzando su posición y ampliando las horas de trabajo de los profesionales sanitarios; se cambió de modelo sanitario de financiación, (financiación estatal por medio de los presupuestos generales del Estado); además se ha realizado una profunda descentralización delegando las competencias sanitarias a las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas. Asimismo, se ha incrementado el número de hospitales y camas hospitalarias gracias a las nuevas formas de colaboración público-privadas (PPP, PFI) en la mayoría de las comunidades autónomas.

No obstante todo esto, el reto sigue siendo la escasez de infraestructuras en Asistencia Primaria; las largas listas de espera diagnóstica, y quirúrgica; la masificación de las urgencias hospitalarias; y el mal funcionamiento del servicio de ambulancias para los traslados no urgentes con grandes demoras en el servicio; con escasez de servicios socio-sanitarios de rehabilitación, asistencia al anciano y a las personas discapacitadas. (Cabo Salvador, 2010, pp. 38-55)

4.4 Estados Unidos

Sistema sanitario Estadounidense actual.

Estados Unidos es un país, con datos del 2007, de una población de 303,9 millones de habitantes; una esperanza de vida de 76,9 años los hombres y de 81,4 años las mujeres; un crecimiento anual de la población (2010-2015) de 0,90%; población menor de 15 años de 20,3%; población mayor de 60 años del 17,9%; tasa de fertilidad por mujer de 2; tasa bruta de natalidad de 14; tasa bruta de mortalidad de 7,8; con un PIB (en miles de millones de euros) de 13.751; con un crecimiento medio anual del PIB (2002-2007) del 2,9%; y un PIB per cápita de 45.592 \$; tiene un gasto sanitario (% del PIB) de 15,3; 2,9 médicos por cada 1.000 habitantes y 3,3 camas de hospital por 1.000 habitantes.

Estados Unidos es el único país desarrollado de la OCDE que no cuenta con un sistema de cobertura sanitaria universal, lo que origina que algo más de 45 millones de ciudadanos americanos (cifra similar a la población española total censada), que representan aproximadamente el 15% de la población americana, uno de cada seis americanos, carezcan de algún tipo de protección sanitaria, bien estatal o pública, bien privada a través de aseguradoras médicas, lo que origina problemas no sólo sanitarios, sino sociales, económicos y políticos.

En Estados Unidos que se encuentra dividido en Estados no hay un sistema sanitario actuando como tal, los organismos públicos simplemente administran y distribuyen fondos para ofrecer la cobertura sanitaria, pero no suministran la atención médica, farmacéutica u hospitalaria, al carecer de una red sanitaria al estilo de los sistemas sanitarios o de Seguridad Social europeos.

El 15% de la población no tiene seguro concertado; el 55% tienen un seguro médico aportado por la empresa; el 27% tienen un seguro médico subvencionado por el Estado; y el 5% un seguro médico privado. En total 46 millones de americanos no tienen cobertura sanitaria; más de 100 millones pagan cifras desproporcionadas por una atención escasa, de mala calidad y poco estable; y más de 15.000 familias al año se ven obligadas a hipotecar sus casas para poder afrontar los gastos de salud.

El sistema sanitario público existente en la actualidad tiene varios programas de cobertura médica: MEDICARE, MEDICAID y SCHIP.

El programa MEDICARE es un programa de la administración federal que cubre la sanidad de trabajadores y jubilados y sus cónyuges, a partir de los 65 años de edad, así como la de los menores de 65 años discapacitados; y para los de cualquier edad que tienen enfermedad renal en su última etapa, con insuficiencia renal crónica que requiere de diálisis o de trasplante renal. Hoy en día, 44 millones de estadounidenses se benefician del programa.

El programa MEDICAID, regulado para toda la federación pero gestionado y administrado por cada Estado en particular. Cada Estado establece sus propias normas de elegibilidad y cobertura dentro de los parámetros federales generales. El programa conjunto federal-estatal ofrece cobertura sanitaria a las personas con bajos ingresos y sin activos. Para tener cobertura con este programa, hay que ser ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos, necesitar asistencia médica, y tener una situación económica definida como de bajos ingresos o muy bajos ingresos. También se puede obtener cobertura estando embarazada, o teniendo uno o más hijos con discapacidad o tener a su cargo a menores de 19 años de edad.

El programa SCHIP o State Children's Health Insurance Program, es un conjunto federal estatal que ofrece cobertura sanitaria a los menores de edad cuyas familias no cumplen los requisitos de acceso a MEDICAID pero no pueden afrontar el costo de un seguro sanitario privado. La financiación y normas generales también son federales, pero los Estados cuentan con gran flexibilidad en la administración y gestión del programa.

Adicionalmente a estos tres programas hay Seguros de Accidentes de Trabajo, obligatorios y subvencionados.

Los intentos de reforma y de establecer un sistema de cobertura sanitaria universal en Estados Unidos se remontan al año 1850, y han ido sucediéndose periódicamente a lo largo de la historia reciente, generalmente de la mano de proyectos o propuestas electorales presentados por el Partido Demócrata.

En el proyecto de reforma, Obama-Biden, se habla de un plan de reforma con dos objetivos claramente definidos: por un lado, reducir los costes en materia sanitaria y, por otro, asegurar una cobertura sanitaria accesible y asumible por todos los ciudadanos norteamericanos, creando un sistema de protección social mixto entre el modelo Von Bismarck, modelo alemán, en el que la fuente de financiación son las propias contribuciones de los empresarios y trabajadores mediante el pago de primas variables de protección; y el modelo Beveridge, modelo inglés de finales de la Segunda Guerra Mundial, punto de partida del Estado del Bienestar, en el que la financiación se realiza enteramente por vía tributaria; modelos ambos existentes en la actualidad en la mayoría de los países de la OCDE.

De acuerdo con el último informe publicado por la Oficina del Censo de Estados Unidos, 4,5 millones de americanos se encuentran sin ningún tipo de cobertura sanitaria. Por otro lado, el acceso a algún tipo de seguro médico en Estados Unidos, cada vez es más difícil y económicamente más gravoso para los ciudadanos y empresarios. Desde el año 2001 las primas familiares para la cobertura sanitaria se han visto incrementadas en un 78%. Muchos millones de americanos pagan actualmente cantidades excesivas y totalmente desproporcionadas por una asistencia sanitaria de baja calidad y escasa.

La reforma propuesta durante la campaña electoral por el Senador McCain consistía en la restauración del control individual del riesgo por parte del ciudadano, de manera que cada ciudadano americano recibía un crédito de \$2.500, recibiendo cada unidad familiar un crédito de \$5.000, para la compra de un seguro sanitario a su elección, de manera que si el individuo o familia se acoge a un plan menos costoso, la diferencia se incorporaría en una cuenta HSA, de ahorro en salud. McCain aborda en su programa el problema de la imposibilidad de cobertura sanitaria actual en pacientes de alto riesgo o con preexistencias, mediante el establecimiento a nivel de los diferentes Estados de un Plan de Acceso Garantizado (GAP), mediante la creación de una corporación nueva sin ánimo de lucro. McCain también habla en su programa de incentivos médicos, mediante la adecuación de protocolos seguros y la creación y seguimiento de Guías Clínicas adecuadas.

Por otro lado, Barack Obama enfoca su programa de reforma en asegurar el acceso al sistema sanitario a todos los ciudadanos americanos (universalidad); mejorar la calidad asistencial (todos los años mueren más de 200.000 americanos en los hospitales como consecuencia de errores médicos); y reducir costes asistenciales. Obama habla de un Plan de Salud Nacional disponible para todos los americanos, incluso para aquéllos con patología previa (preexistencias). Obama incluye en su programa la salud mental; y aporta subsidios, préstamos estatales a muy bajo coste, para aquellos ciudadanos que no tengan los medios económicos suficientes para afrontar el pago de las primas de seguro médico.

Obama en su plan habla de la calidad y de la necesidad de reducción de costes, con la integración y coordinación entre los distintos niveles asistenciales y la aplicación de nuevos Sistemas de Gestión de Enfermedades (Disease Management). El plan de Obama también coincide con el de McCain en la necesidad de importar medicamentos y en el incremento del uso de fármacos genéricos y en la educación sanitaria.

Como vemos, ambos planes de reforma, tanto del partido republicano como del partido demócrata, tienen puntos coincidentes y sólo se diferencian en el cómo alcanzar dichos puntos a lo largo del plan de trabajo.

Con el acceso al poder, y a la presidencia de los Estados Unidos del candidato demócrata, el presidente Barack Obama inició en febrero de este año la reforma más importante y difícil que hasta el momento haya comenzado un presidente americano, la creación de un SNS, al estilo del National Health Service del Reino Unido. (Cabo Salvador, 2010, pp. 65-80)

4.5 México

Sistema sanitario Mexicano actual.

México cuenta con una población de 106.6 millones de habitantes (2008). La proporción de hombres (48.8%) y mujeres (51.2%) prácticamente no ha variado en los últimos años. (Consejo Nacional de Población.)

En cuanto al sistema sanitario se refiere, la Secretaría de Salud(SSA) dice que en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Gobierno Federal, estableció tres prioridades en materia de salud:

1. Acceso efectivo, que tiene como propósito asegurar los servicios de salud a toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico o su condición laboral. Para ello, nos hemos comprometido a trabajar en el fortalecimiento y la coordinación interinstitucional de las acciones, programas y esfuerzos de todos los actores que conforman el Sistema Nacional de Salud.

El acceso efectivo con calidad no se concibe sin un nuevo esquema de regulación y vigilancia de los establecimientos de atención médica y de asistencia social. Además de la segmentación del sistema, hoy las funciones normativas, de calidad, de rectoría, y las de control sanitario están separadas, ubicándose en diversas unidades administrativas, lo que hace necesario plantear un instrumento que permita regular eficazmente la prestación de servicios y los establecimientos de salud.

2. Calidad en el servicio, que busca modernizar la infraestructura en el sector, privilegiando a las comunidades más alejadas y desprotegidas para dotarlas de servicios de salud con personal capacitado, suficiente y eficiente, donde el modelo esté basado en la atención integral de los usuarios. Se continúa fortaleciendo, con un sentido responsable, la infraestructura física, la calidad de la información de los usuarios, la mejora y actualización del equipamiento en los tres niveles de atención, a través de los recursos asignados. Asimismo, se avanza en la regularización del personal contratado en las entidades federativas.

3. Prevención, con el que se desarrollará un modelo de atención que permita integrar los esfuerzos de todos los actores para avanzar hacia el acceso efectivo, a partir de la vinculación del trabajo comunitario con el institucional. Se trabajará en la definición de un conjunto de intervenciones que serán universales y acordes con la situación demográfica y epidemiológica actual, lo cual implica precisar la forma de coordinación y comunicación entre las instituciones de salud que establezcan los

elementos de conformación de las redes de servicios, fortaleciendo el tránsito de la población por las diferentes unidades de salud de acuerdo con sus necesidades.

La administración actual dice estar comprometida con lograr que los mexicanos reciban una atención integral, homogénea y de calidad, a través de una mayor y mejor coordinación entre los tres órdenes de gobierno y las distintas instituciones públicas y privadas que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Este Programa de Acción Específico define de manera transversal y sectorial las estrategias y líneas de acción que nos permitirán alcanzar la meta de un México Incluyente.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), dentro de la Meta II “México incluyente”, objetivo 2.3, específicamente la estrategia 2.3.4, que establece “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”, las líneas de acción son las siguientes:

- Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud.
- Consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica mediante la distribución y combinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas.
- Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
- Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.
- Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.
- Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.
- Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos.

(Secretaría de Salud, 2013)

“Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud” son fundamentales como directrices del Programa de Acción Específico (PAE) de la DGCEs y están dirigidas a impulsar acciones de: coordinación para mejorar la calidad y la seguridad del paciente en las instituciones de salud; cumplimiento de los estándares de calidad técnica y seguridad del paciente; incorporar el enfoque preventivo en todos los niveles de atención; consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud, para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutoria; actualizar mecanismos para homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud; difundir el uso de Normas Oficiales Mexicanas, Guías de Práctica Clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud; así como consolidar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Nacional de Salud para el mejoramiento de la calidad.

Los objetivos, estrategias y líneas de acción del PAE son:

Misión: Contribuir al acceso efectivo de los servicios de salud, mediante la instrumentación de estrategias dirigidas a mejorar, homologar y consolidar la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica, en apego y cumplimiento con la normatividad; así como la formación y actualización de los profesionales de la salud en alineación con las necesidades demográficas y epidemiológicas del país para elevar la satisfacción de los usuarios.

Visión: Alcanzar la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica, así como la formación de recursos humanos para la salud orientados a satisfacer las necesidades y demandas de la población.

Objetivos, estrategias y líneas de acción: Conducir y operar la Estrategia nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica, considerando la formación y capacitación de los profesionales de la salud.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en los servicios de salud.

2. Impulsar el desarrollo de procesos y proyectos clínicos y administrativos bajo un enfoque de innovación y mejora continua que contribuya a la calidad y seguridad del paciente.

3. Establecer instrumentos normativos en materia de gestión de riesgos de atención médica, para prevenir los riesgos y mitigar sus efectos.

4. Direccionar las acciones de acreditación para consolidar la mejora de la calidad y el acceso efectivo a la salud.

5. Coordinar la elaboración de Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica, de asistencia social y de educación en salud.

6. Fortalecer la política en la formación, capacitación y educación continua del personal de salud de acuerdo con las características demográficas y epidemiológicas de la población.

Del objetivo 1, mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en los servicios de salud, cabe destacar las estrategias siguientes para poder comprender el modelo que se intenta llevar a cabo en México:

Estrategia 1.1. Calidad con énfasis en la seguridad del paciente.

Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica

Líneas de acción:

1.1.1. Establecer la metodología para el diseño sectorial de estándares e indicadores de calidad y seguridad del paciente, alineados a prácticas internacionales.

1.1.2. Diseñar, desarrollar, implementar y adecuar continuamente el sistema de evaluación, monitoreo y seguimiento.

1.1.3. Analizar la información para la toma de decisiones y retroalimentación a todos los niveles, utilizando tecnologías de la información.

1.1.4. Fortalecer los mecanismos existentes de retroalimentación para la mejora de calidad y seguridad mediante la alianza del aval ciudadano y el sistema único de gestión.

1.1.5. Diseñar e implementar el Plan Estratégico Sectorial para la difusión, capacitación e implementación de las Guías de Práctica Clínica.

1.1.6. Capacitar en el uso de las Guías de Práctica Clínica aplicables a cada nivel y problemática de salud.

1.1.7. Alinear la implementación de las Guías de Práctica Clínica con el proceso de acreditación.

1.1.8. Evaluar la utilización de Guías de Práctica Clínica con énfasis en los padecimientos con mayor morbilidad en el país.

1.1.9. Evaluar la cultura de calidad y seguridad a nivel nacional.

1.1.10. Adoptar metas internacionales de seguridad del paciente para la disminución de eventos adversos.

1.1.11. Impulsar el desarrollo de proyectos de gestión y capacitación en materia de calidad y seguridad al paciente y su difusión a través de foros estatales de calidad.

1.1.12. Incentivar la creación de equipos multidisciplinarios para la mejora de la calidad y seguridad.

1.1.13. Fomentar la cultura del reporte y análisis de los eventos adversos.

1.1.14. Promover y reconocer experiencias exitosas en materia de calidad y seguridad del paciente a través del Premio Nacional de Calidad en Salud.

1.1.15. Institucionalizar la gestión de la calidad y seguridad.

1.1.16. Promover el desarrollo de líneas de investigación vinculadas a la calidad para fortalecer el acceso efectivo a servicios de salud.

(Secretaría de Salud, 2013)

Las referencias internacionales ayudan a ampliar el panorama sobre los modelos que existen para poder gestionar la calidad de la atención otorgada a los pacientes.

Se debe de crear este marco referencial para la mejora de la calidad, teniendo en cuenta que cada modelo es diferente y debe de adaptarse a las necesidades de la población, a su demografía y a su epidemiología.

5. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

5.1 Premisa

Dentro de la literatura, existen modelos de calidad en atención, que han sido aplicados efectivamente, por lo que es posible proponer un modelo que permita identificar las necesidades de las pacientes, para poder gestionar la calidad de la atención otorgada en el servicio de oncología quirúrgica del HRAEBI del ISSSTE.

5.2 Objetivos de la investigación

5.2.1 Objetivo general

Proponer un modelo que permita gestionar la calidad del servicio de oncología quirúrgica, mediante la identificación de las necesidades implícitas y explícitas de las pacientes con cáncer de mama que reciben tratamiento en el HRAEBI del ISSSTE.

5.2.2 Objetivos específicos

- Definir las necesidades que las pacientes demandan del servicio de oncología del HRAEBI.
- Recabar la información necesaria para desarrollar el modelo de detección de necesidades para que se brinde un servicio de calidad.
- Comparar los modelos de otros países para tener referencias.
- Describir el modelo de detección de necesidades y los resultados arrojados por el mismo, detectando las áreas de oportunidad en el servicio de oncología quirúrgica.

5.3 Modelo teórico práctico

El modelo que se usará es el Modelo Global de Calidad elaborado por el Dr. Luis Alfredo Valdés Hernández, como se mencionó en el capítulo tres, aquí se detallará dicho modelo y su conexión con las perspectivas de la calidad vistas. Será complementado con el enfoque del Dr. Donabedian de evaluar la estructura, el proceso y los resultados para cumplir con su definición de calidad; "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y

más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”.

Según el Modelo Global de Calidad, se delimitan los tres vectores, para proceder a desarrollar cada uno, posteriormente se deben de identificar las necesidades de los clientes, que son la base del modelo.

Se comienza definiendo los elementos básicos, los cuales son: aspectos del mercado, aspectos técnicos, aspectos económicos y aspectos administrativos.

5.3.1 Elementos básicos

5.3.1.1 Aspectos de mercado

El proyecto está basado en dar una propuesta para detectar las necesidades de las pacientes derechohabientes con cáncer de mama que acuden al área de oncología quirúrgica que depende de la coordinación de cirugía del HRAEBI.

El mercado meta en este caso son las pacientes que cuenten con los criterios de inclusión que se detallarán más adelante.

5.3.1.2 Aspectos técnicos

El HRAEBI cuenta con el servicio de oncología quirúrgica que está conformado por dos turnos, matutino y vespertino, y en cada turno hay un médico especialista.

Se otorga el servicio a derechohabientes que son derivados con diagnóstico o sospecha clínica de cáncer de mama.

5.3.1.3 Aspectos económicos

Actualmente el servicio de oncología quirúrgica cuenta con escasa oferta de personal; dos médicos: 1 médico por turno, únicamente de lunes a viernes, dando consultas los martes y jueves.

La alta demanda del servicio por parte de los derechohabientes (en promedio 20 pacientes oncológicos atendidos por turno).

5.3.1.4 Aspectos administrativos

Se describen los responsables de realizar las actividades, ya sean claves o de apoyo y el tiempo designado para cada actividad.

Cuadro 2: Actividades y tiempos área de oncología

Actividad	Responsable	Tiempo de espera en semanas para cirugía					
		1	2	3	4	5	6
Asignación de consulta	Enfermera						
Consulta de primera vez	Oncólogo						
Consulta subsecuente	Enfermera						
Servicio al paciente (Cirugía)	Oncólogo						
Consulta de vigilancia	Oncólogo						
Contrarreferencia	Oncólogo						

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Para poder realizar todo esto, el hospital requiere de personal capacitado (recursos humanos), de instalaciones físicas y material de curación (recursos materiales), de equipos médicos (recursos tecnológicos) y de financiamiento (recursos financieros).

Los recursos disponibles durante las seis semanas son los siguientes.

Cuadro 3: Recursos disponibles

Recursos	Descripción	1	2	3	4	5	6
Humanos	Personal médico capacitado con estudios comprobables (2 médicos) de lunes a viernes						
Materiales	Instalaciones del hospital (consultorios, quirófanos, materiales de curación).						
Tecnológicos	Equipos quirúrgicos que sean de alto rendimiento y vanguardistas						

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Un servicio de calidad implica la satisfacción de las necesidades del paciente, más adelante se describe detalladamente en el apartado de Salidas.

5.3.2 Descripción de los tres vectores

Los tres vectores del HRAEBI del ISSSTE son:

Primer vector: La misión organizacional, que se presentó en el capítulo uno.

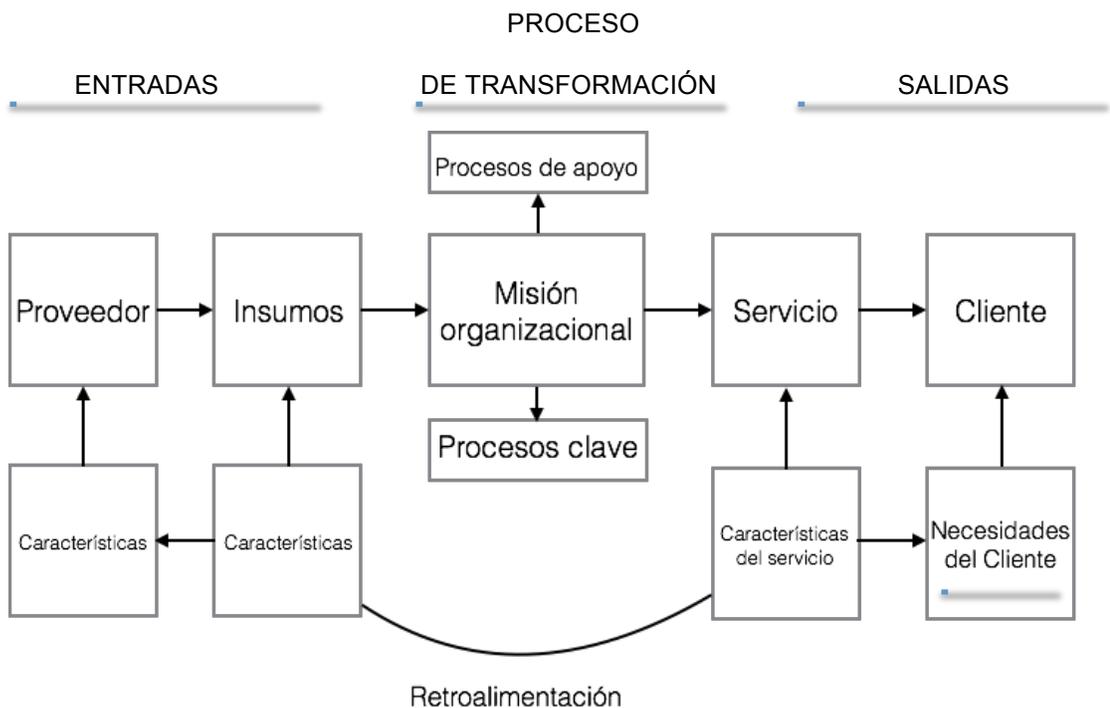
Segundo vector: La estructura organizacional. Se presentó en el capítulo uno y ahí se observa en donde se encuentra y de quien depende el área de oncología quirúrgica.

Tercer vector: El servicio de oncología quirúrgica, conformado por dos médicos especialistas, uno en el turno matutino y el otro en el turno vespertino, de lunes a viernes, dando consulta martes y jueves.

5.3.3 Elaboración del sistograma

Según el Modelo Global de Calidad el sistograma se integra por entradas (Proveedores e insumos), proceso de transformación (Misión organizacional) y salidas (Servicio y Cliente).

Figura 9: Sistograma general

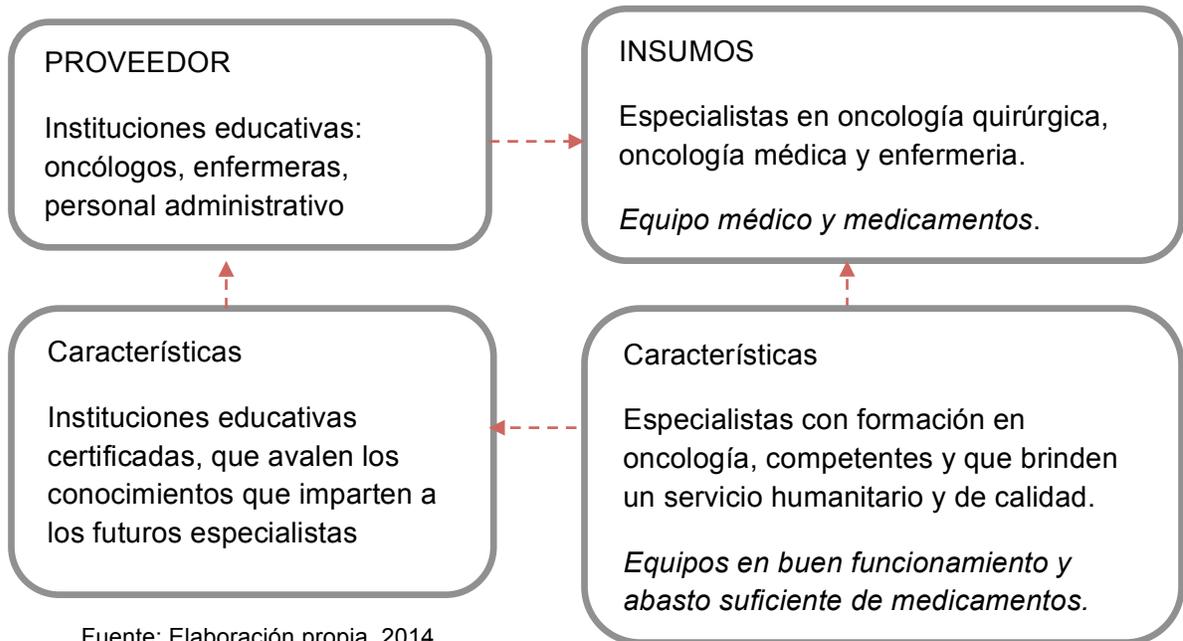


Fuente: Elaboración propia de acuerdo con la teoría del Dr. Valdés, 2015.

5.3.3.1 Entradas

Las entradas se integran por los proveedores y sus características, y por los insumos y sus características.

Figura 10: Entradas

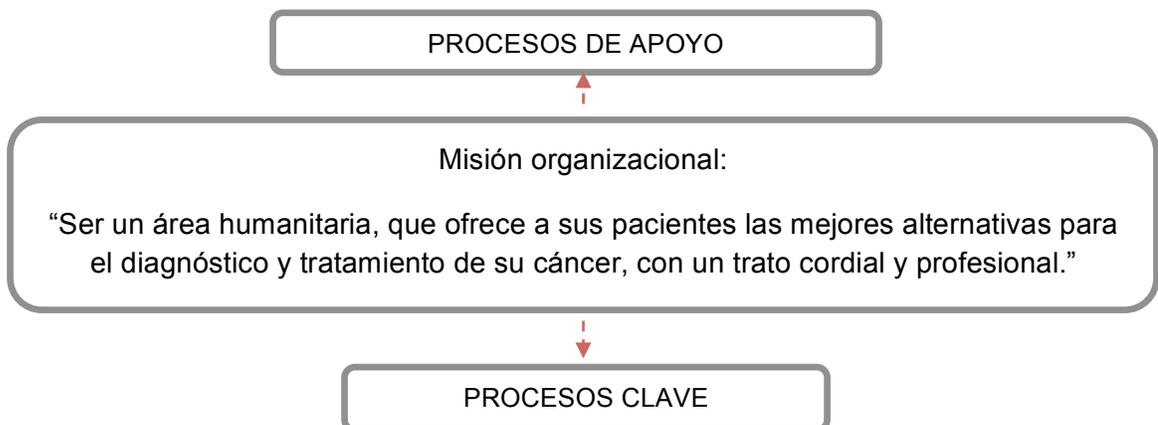


Fuente: Elaboración propia, 2014.

5.3.3.2 Proceso de transformación

En el proceso de transformación se identifican los procesos clave y los de apoyo, que se verán más adelante, y se define la misión organizacional.

Figura 11: Proceso de transformación

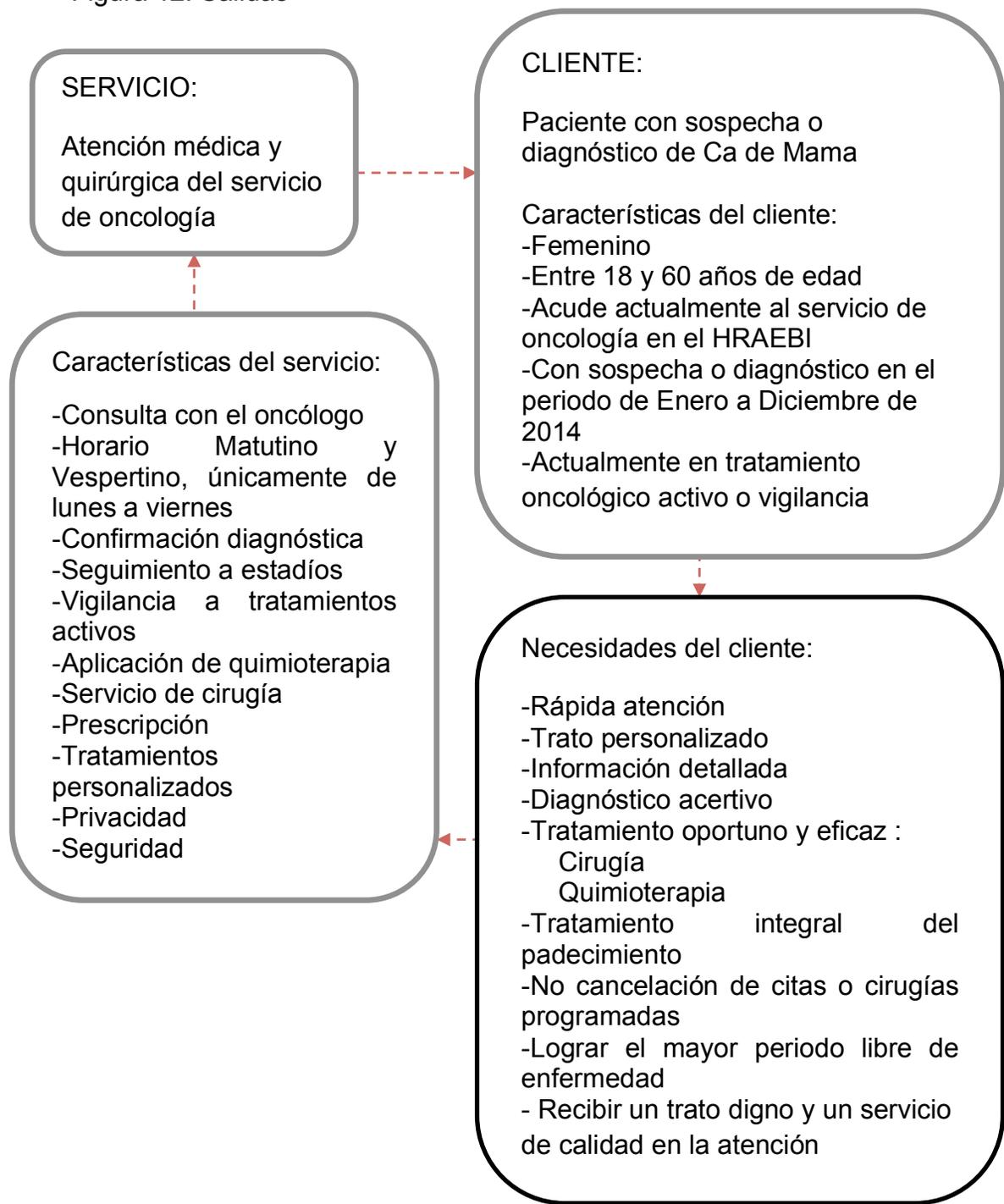


Fuente: Elaboración propia, 2014.

5.3.3.3 Salidas

En las salidas detectamos las necesidades del cliente y las características del servicio otorgado.

Figura 12: Salidas



Fuente: Elaboración propia, 2014.

5.3.4 Actividades

Las actividades son el conjunto de operaciones o tareas, que tienen que darse para llegar a una meta.

Para llegar a las actividades, se debe de responder a cuatro interrogantes:

Cuadro 4: Interrogantes

¿En dónde voy a medir?	En el servicio de oncología quirúrgica del HRAEBI.
¿Cómo voy a medir?	Mediante encuestas a las pacientes derivadas, confirmadas con diagnóstico de cáncer de mama y que recibieron procedimiento quirúrgico.
¿Cuándo voy a medir?	Entre Enero y Diciembre del año 2014.
¿Para qué voy a medir?	Para determinar las necesidades implícitas y explícitas de las pacientes con cáncer de mama que reciben el servicio del área oncología quirúrgica.

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Para el servicio de oncología quirúrgica se detectaron las siguientes actividades:

Cuadro 5: Actividades

Asignación de consulta al servicio de oncología posterior a la derivación con diagnóstico de Cáncer de mama
Consulta de primera vez
Asignación de consulta subsecuente
Consulta subsecuente
Servicio al paciente (Cirugía)
Consulta de vigilancia post quirúrgica
Contrarreferencia

Trato digno en consulta externa

Fuente: Elaboración propia, 2014.

La identificación de las necesidades de las pacientes se requiere para poder satisfacer sus necesidades dándo un servicio de calidad, ya que la calidad está considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica.

5.3.5 Diagrama Causa-Efecto

Por medio del Diagrama Causa-Efecto se analizan las necesidades no satisfechas de las pacientes, por las cuales el servicio no es percibido como una atención de calidad.

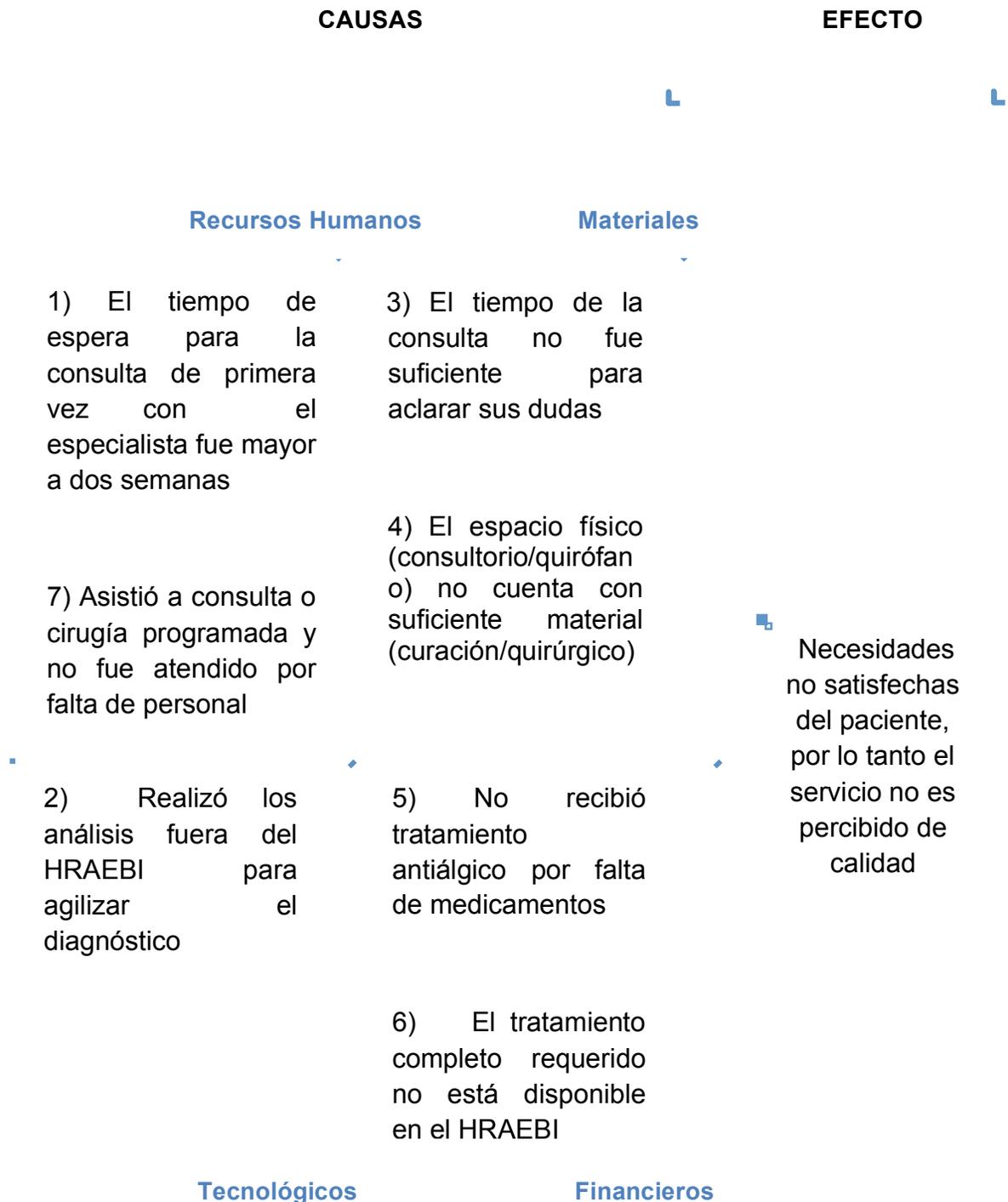
Se representan graficamente las relaciones entre las necesidades no satisfechas (causas) y la percepción de las pacientes (efecto) que itervienen en el proceso. A manera consciente se elabora el efecto, y después, se hace una lista de todas las causas posibles a través de la técnica de lluvia de ideas. La causas se organizan en función del servicio, y entonces a partir de esta se construye el diagrama de causa - efecto.

Cuadro 6: Lluvia de ideas

Ideas: Porque se cree que los pacientes no están satisfechos con el servicio que reciben en el servicio de oncología	
1	El tiempo de espera para la consulta de primera vez con el especialista fue mayor a dos semanas (Personal insuficiente)
2	Realizó los análisis fuera del HRAEBI para agilizar el diagnóstico
3	El tiempo de la consulta no fue suficiente para aclarar sus dudas
4	El espacio físico (consultorio/quirófano) no cuenta con suficiente material (curación/quirúrgico)
5	No recibió tratamiento antiálgico (Para el dolor) por falta de medicamentos
6	El tratamiento completo requerido no está disponible en el HRAEBI
7	Asistió a consulta o cirugía programada y no fue atendido por falta de personal

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Figura 13: Diagrama Causa-Efecto



Fuente: Elaboración propia, 2015.

Después de identificar las necesidades no satisfechas de las pacientes, se elaboran y aplican encuestas a las pacientes que ya recibieron el servicio (consulta y cirugía).

De los resultados se obtiene una lista cuantificable y se grafica en frecuencias absolutas y relativas, para proceder a interpretar los resultados, con lo cual se podrán dar las conclusiones y detectar las áreas de oportunidad del servicio de oncología quirúrgica.

A todos los participantes les fue garantizado el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. También fue garantizada la inexistencia de contrapartidas o perjuicios provenientes de la participación en el estudio.

La aplicación de las encuestas a las pacientes fue precedido de una conversación tipo entrevista informal entre el autor y las pacientes, donde fue solicitada la colaboración y garantizado el respeto por todos los principios éticos.

En el Anexo 1 se encuentra la encuesta aplicada a los pacientes que participaron. Los nombres no se muestran debido a la confidencialidad, únicamente se muestra la edad del participante.

5.4 Operacionalización de variables

La operacionalización de variables es un proceso que define las variables en función de factores medibles, llamados indicadores, que permitirán realizar la medición de forma empírica y cuantitativa o cualitativa, según sea el caso. En esta investigación se construye un indicador de calidad.

Según Abad García, M^a F. Un indicador es "Un instrumento de medida, o cualitativo, que refleja la cantidad de calidad que posee una actividad o un servicio cualquiera". (Abad García, 2005)

Los indicadores son instrumentos de medición, que se basan en datos que permiten evaluar la calidad de los servicios o productos, para asegurar la satisfacción de los usuarios de los mismos, midiendo el cumplimiento de expectativas y especificaciones para determinada actividad del sector para el que se realiza, en este caso el servicio de oncología quirúrgica del HRAEBI.

Cuadro 7: Variables

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	¿CÓMO SE MIDE?
Asignación de consulta oncológica posterior a derivación con diagnóstico de Cáncer de mama	Cuantitativa	Recepción del paciente, derivado con diagnóstico o sospecha clínica de cáncer de mama, se agenda de consulta de primera vez	-Con diagnóstico -Sin diagnóstico
Consulta de primera vez	Cuantitativa	Consulta de primera vez (Confirmación diagnóstica, etapificación clínica, derivar al tratamiento óptimo)	-Asiste -No asiste
Asignación de consulta subsecuente	Cuantitativa	Se asigna consulta subsecuente para dar seguimiento al avance del proceso diagnóstico; tratamiento, resultados.	-Asiste -No asiste
Consulta subsecuente	Cuantitativa	Durante la consulta se revisa al paciente para ver el avance que ha tenido	-Asiste -No asiste
Servicio al paciente (Cirugía)	Cuantitativa	Se da servicio al paciente (cirugía o quimioterapia según se requiera)	-Acepta Cx -No acepta Cx

Consulta de vigilancia post quirúrgica	Cualitativa	Consulta subsecuente: Nuevo tratamiento o vigilancia del estado actual del paciente operado	-Sano -No sano -Parcialmente
Contrarreferencia	Cualitativa	Contrarreferencia a la unidad de medicina familiar	-Se deriva -No se deriva
Trato digno en consulta externa	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad en la atención (tiempo de espera para la consulta y la cirugía). - Satisfacción por la información proporcionada por el médico. - Trato recibido del personal general de la unidad médica (enfermeras, recepción, farmacia). 	-Satisfecho -No satisfecho

Fuente: Elaboración propia, 2015.

5.5 Marco metodológico

5.5.1 Enfoque

El enfoque del presente trabajo es mixto, ya que considera elementos cualitativos y cuantitativos.

5.5.2 Tipo de estudio

El estudio es de análisis documental y descriptivo.

5.5.3 Área de estudio

El área de estudio es el Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia del ISSSTE (HRAEBI), área de oncología quirúrgica, ubicado en Tutlitán, Estado de México.

5.5.4 Población a estudiar

Se estudia una población pacientes con cáncer de mama, que acudieron al servicio de oncología del HRAEBI durante el año 2014, de un total de 486 pacientes con cáncer de mama, se toma una muestra representativa de 90 pacientes femeninas que derivadas con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama, que ya recibieron el servicio y cumplen con los criterios de inclusión y no cuentan con criterios de exclusión o eliminación.

5.5.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Los criterios de inclusión son: ser derechohabiente del ISSSTE, que sea derivado de su clínica familiar y acuda al servicio de oncología del HRAEBI del ISSSTE, con diagnóstico o sospecha de cáncer de mama, que requiera tratamiento quirúrgico, que cumpla con el rango de edad entre 18 y 60 años, que no haya recibido tratamiento previo y que el tratamiento quirúrgico lo haya recibido en HRAEBI.

Los criterios de exclusión son: ser de género masculino, únicamente requerir quimioterapia y ser menor de 18 años y/o mayor de 60 años.

Los criterios de eliminación son: no ser derechohabiente activo, haber sido intervenido quirúrgicamente y/o recibido tratamiento previo en otra unidad hospitalaria por cáncer de mama.

5.5.6 Técnicas e instrumentos de recopilación de la información

Se obtiene información mediante acercamiento a las pacientes (fuentes primarias), observación y realización de entrevistas informales previas a la realización de encuestas, las cuales consistieron en elegir tres de siete opciones marcadas con las principales necesidades detectadas.

5.5.7 Métodos y procedimientos de análisis de la información

Se selecciona a las pacientes viables para el estudio de acuerdo a la estadística interna del área de oncología quirúrgica del HRAEBI, año 2014. Posteriormente se procede a la observación y a la realización de las entrevistas informales y aplicación de las encuestas a las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.

Con los resultados obtenidos, se desarrolla la propuesta del Modelo y se plasma en un sistograma, dando énfasis a las necesidades detectadas.

Por último se realizan las gráficas de frecuencias absolutas y relativas de los resultados obtenidos, y se concluye con las áreas de oportunidad detectadas para el servicio de oncología quirúrgica del HRAEBI.

En el siguiente capítulo se muestran los resultados de la investigación.

6. Resultados

6.1 Resultados

En el presente apartado se presentan los resultados de la investigación y de las encuestas realizadas y documentadas.

A continuación se muestra una tabla con el total de pacientes con cáncer de mama derivadas al servicio de oncología durante enero a diciembre del año 2014.

Cuadro 8: Pacientes durante el año 2014

Pacientes totales anuales (2014)	<u>486</u>
Pacientes que cumplen los criterios de inclusión	486
Pacientes que tienen algún criterio de exclusión	186
Pacientes que tienen algún criterio de eliminación	122
Pacientes evaluables para aplicar encuesta	178
Tamaño de la muestra (pacientes que cumplen con los criterios de inclusión)	90

Fuente: Elaboración propia con datos del Departamento de Estadística HRAEBI, 2015.

De un total de 486 pacientes que acuden al servicio de oncología por diagnóstico o sospecha de cáncer de mama, todos son derechohabientes activos derivados de su clínica familiar, de los cuales 186 cuentan con algún criterio de exclusión; no hay masculinos, el resto no cumple con el rango de edad señalado. De los pacientes seleccionadas para encuesta, hay 122 que recibieron tratamiento quirúrgico previo en otra unidad hospitalaria, por lo cual se considera que cumplen con el criterio de eliminación y se elimina su participación, quedando así un total de 178 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión para aplicación de la encuesta, de los cuales se tomará una muestra de 90 pacientes.

A continuación se presentan los resultados de las encuestas ya concentradas:

Cuadro 9: Concentrado de encuestas

Opción	Necesidad detectada	Puntos obtenidos
1	El tiempo de espera para la consulta de primera vez con el especialista fue mayor a dos semanas (Personal insuficiente)	67
2	Realizó los análisis fuera del HRAEBI para agilizar el diagnóstico	48
3	El tiempo de la consulta no fue suficiente para aclarar sus dudas	19
4	El espacio físico (consultorio/quirófano) no cuenta con suficiente material (curación/quirúrgico)	24
5	No recibió tratamiento antiálgico (Para el dolor) por falta de medicamentos	32
6	El tratamiento completo requerido no está disponible en el HRAEBI	53
7	Asistió a consulta subsecuente y no fue atendido por falta de personal	27
TOTAL		270

Fuente: Elaboración propia, 2015.

Las necesidades de las pacientes deben de ser cubiertas para que el servicio pueda percibirse como un servicio de calidad, en el que satisfaga todas las demandas del usuario.

Mientras todos los puntos anteriores no se resuelvan, el servicio seguirá siendo poco eficiente y sin calidad. El servicio de oncología quirúrgica tiene una alta demanda, pero tiene escasa oferta de personal médico especializado.

A continuación se presenta el cuadro 10, el cual contiene las necesidades por orden de puntaje, de mayor a menor, en conjunto con las frecuencias absolutas y relativas derivadas, que nos darán los principales motivos por los cuales el servicio no está cumpliendo las necesidades y expectativas de las pacientes.

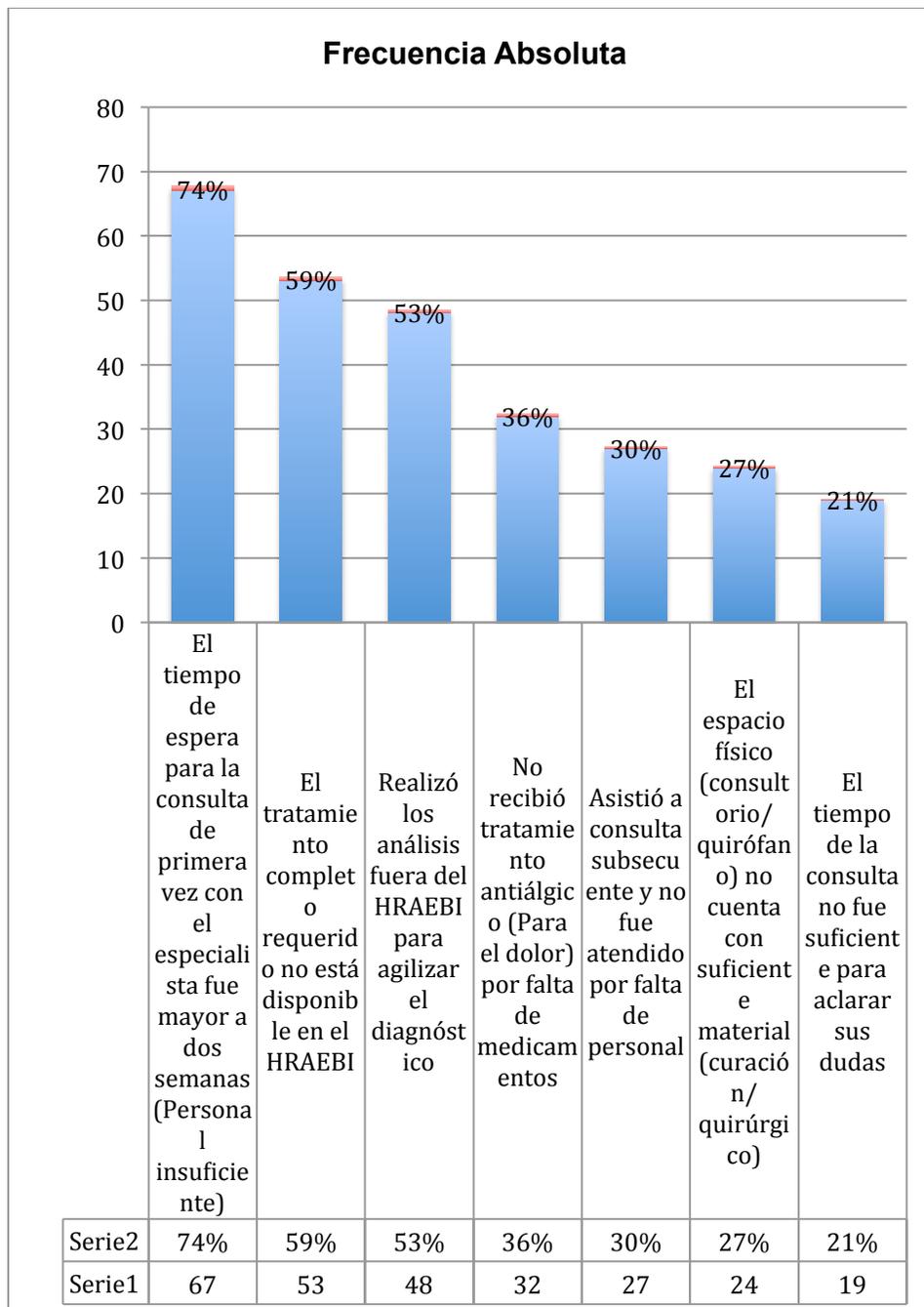
Cuadro 10: Frecuencias absolutas y relativas

OPCIÓN	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA (%)	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA (%)
1	El tiempo de espera para la consulta de primera vez con el especialista fue mayor a dos semanas (Personal insuficiente)	67	67	25%	25%
6	El tratamiento completo requerido no está disponible en el HRAEBI	53	120	20%	44%
2	Realizó los análisis fuera del HRAEBI para agilizar el diagnóstico	48	168	18%	62%
5	No recibió tratamiento antiálgico (Para el dolor) por falta de medicamentos	32	200	12%	74%
7	Asistió a consulta subsecuente y no fue atendido por falta de personal	27	227	10%	84%
4	El espacio físico (consultorio/quirófano) no cuenta con suficiente material (curación/quirúrgico)	24	251	9%	93%
3	El tiempo de la consulta no fue suficiente para aclarar sus dudas	19		7%	100%
	Total	270		100%	

Fuente: Elaboración propia, 2015.

A continuación se presenta la gráfica que se obtuvo de las frecuencias absolutas y absolutas acumuladas.

Figura 14: Gráfica de frecuencia absoluta con porcentaje



Fuente: Elaboración propia, 2015.

En esta gráfica se observa que el porcentaje más alto de las frecuencias absolutas individuales de la insatisfacción de las pacientes es el tiempo de espera para la consulta de primera vez con el especialista, el cual superó las dos semanas.

La necesidad detectada con mayor puntaje fue el tiempo de espera, siendo este mayor a dos semanas para pasar a la consulta con el especialista, según la experiencia de las pacientes encuestadas.

En segundo lugar se encontró que el tratamiento completo no está disponible, esto quiere decir que algunas pacientes requieren radioterapia, y este servicio no está siendo ofrecido por el HRAEBI.

El tercer lugar lo ocupa la realización de análisis fuera del HRAEBI para agilizar el diagnóstico y por lo tanto la cirugía. Esto no quiere decir que el HRAEBI no cuente con el servicio, sino que está tan saturado que algunas pacientes optan por realizarse los estudios en un laboratorio particular para que el médico tratante pueda darles fecha más próxima para su cirugía.

El cuarto lugar es la falta de medicamentos. La carencia de los mismos se debe al presupuesto con el que cuenta el hospital y a que no se encuentran en el cuadro básico.

En quinto lugar, la falta de personal se hace destacar, cuando las pacientes asistieron a su consulta y no fueron atendidas, porque no había personal que les atendiera, y tampoco fueron avisadas con antelación para que reprogramar la consulta.

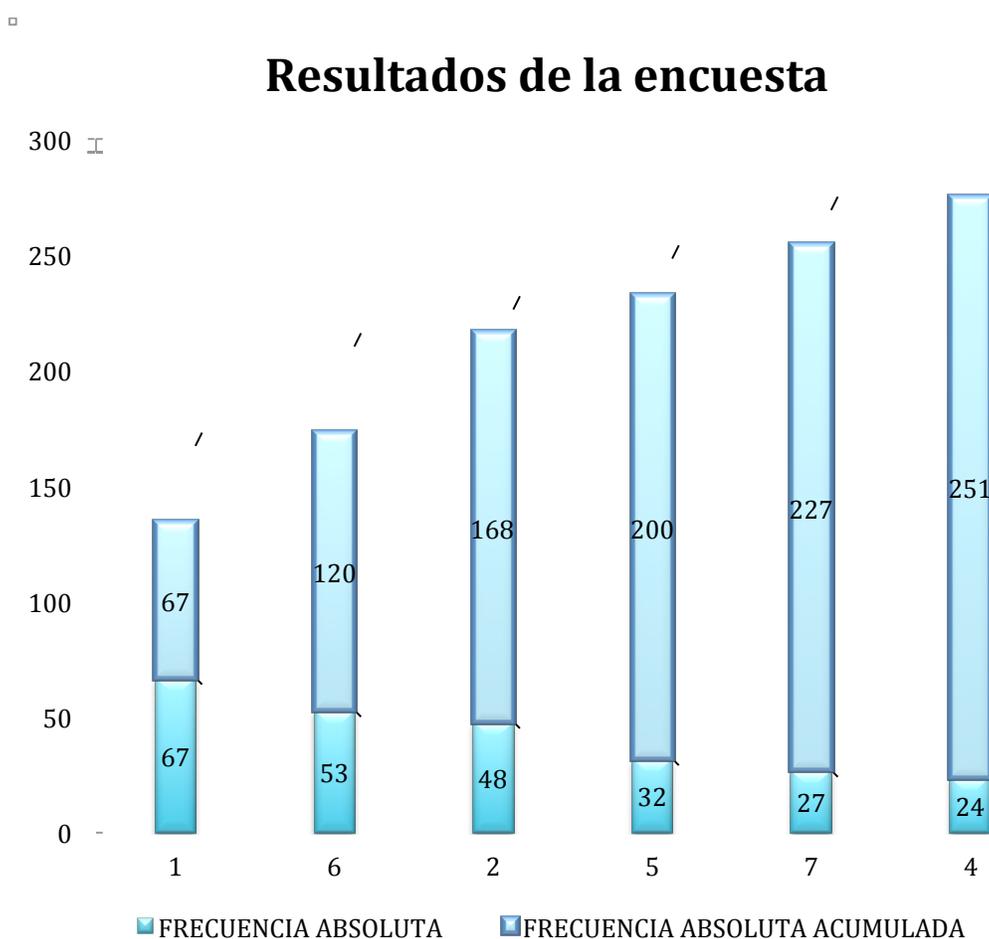
En sexto lugar, los espacios físicos, ya sea consultorios o quirófanos no tenían el material de curación necesario para la atención de las pacientes, lo cual atrasa las consultas y los procedimientos quirúrgicos.

En séptimo lugar, las pacientes argumentan que durante el tiempo de la consulta no les es suficiente el tiempo para poder aclarar sus dudas respecto al tratamiento y cuidados que deben tener, el médico tratante tiene el tiempo medido para cada consulta, para así poder atender a toda la gente que asiste su consulta.

Se les dio la oportunidad a las pacientes de marcar alguna otra necesidad, ya que cada paciente es diferente, pero ninguna hizo uso de ese espacio en la encuesta. Algunas usaron el espacio para dejar notas de porque elegían esas opciones y otras simplemente la dejaron en blanco.

Si las necesidades no se ven satisfechas, las pacientes seguirán quejándose del servicio. Más adelante, en las recomendaciones, se detallará lo que podría hacerse para mejorar estas situaciones y poder dar atención a los requerimientos de las pacientes, y con ello el HRAEBI podrá cumplir parte de su misión: dar servicios de calidad.

Figura 15: Gráfica de frecuencia absoluta y absoluta acumulada



Fuente: Elaboración propia, 2015.

Esta gráfica en conjunto con el Cuadro 10: Frecuencias absolutas y relativas, demuestran que las primeras tres causas de insatisfacción; tiempo de espera superior a dos semanas para consulta de primera vez con el especialista, tratamiento completo requerido no disponible en el HRAEBI y la realización de análisis fuera del HRAEBI para agilizar el diagnóstico, representan el 42.85% del total de las causas y la frecuencia relativa acumulada prueba que son el 62% real del problema de calidad detectado en el servicio actual.

Los cuadros y gráficas anteriores nos dan la pauta para ver que si es viable proponer un modelo que permita dar conocer las necesidades implícitas y explícitas de las pacientes del servicio de oncología quirúrgica del HRAEBI, para poder gestionar la calidad.

Por medio de la investigación se detectó que el servicio no está siendo percibido como un servicio de calidad, esto debido a que no cumple con las expectativas y las necesidades de las pacientes.

Se definieron las necesidades de las pacientes del servicio mediante la observación, la realización de entrevistas informales y la aplicación de entrevistas a las pacientes sujetos de estudio. Así mismo, mediante la investigación realizada, se desarrollo un modelo que permite medir de manera cuantitativa los porcentajes de satisfacción de las pacientes.

A continuación se presentan recomendaciones para las áreas de oportunidad detectadas para el área de oncología quirúrgica.

7. Recomendaciones y Conclusiones

7.1 Recomendaciones

Para la presente investigación se estableció que la calidad es: “El conjunto de características de un producto (bien o servicio) que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades explícitas e implícitas de los clientes” (Hernández, 2014)

Por lo cual, para que dicha definición se cumpla y el HRAEBI pueda cumplir con la misión que tiene de dar servicios de calidad, se recomienda lo siguiente para el servicio de oncología quirúrgica:

1. Se recomienda la revisión del modelo que se propone en esta investigación, para poder detectar las necesidades de los pacientes, no sólo de oncología, sino incluso de todas las áreas del hospital para poder corregir los errores que se están cometiendo y poder dar un servicio de calidad.

2. Para disminuir el tiempo de espera para la consulta con el especialista, se recomienda en primer instancia, tener mayor control sobre los registros de los pacientes. En caso de que la demanda siga aumentando, lo conveniente sería tener más personal médico capacitado para atender a la población que requiere el servicio, pero debido a que es un hospital público, no es viable ya que la contratación de personal depende en gran medida del presupuesto asignado anualmente por el gobierno.

3. Debido a que los tratamientos integrales, como la radioterapia, no están disponibles en el HRAEBI, se recomienda que se de agilidad en derivar a los pacientes a los hospitales donde si cuentan con el servicio, ya que es tiempo valioso para cada paciente.

Esto deberá hacerlo el médico tratante en conjunto con el personal administrativo, facilitando todos los análisis y pruebas que demuestren que el paciente requiere otro tipo de tratamiento no disponible en el HRAEBI.

4. Debido al presupuesto del hospital, no es posible abrir un nuevo laboratorio de análisis, y por la alta demanda que este tiene, no es posible agilizar los

resultados. En este ámbito no hay una recomendación que se pueda hacer, salvo que los pacientes que tengan la capacidad de realizar sus estudios fuera del HRAEBI los realicen, y que dichos estudios sean validados y certificados por un laboratorio confiable, para que así, el médico tratante pueda seguir dando seguimiento a su avance y necesidades.

5. Los medicamentos son un tema delicado, ya que para este tipo de pacientes los medicamentos que requieren son de un precio elevado, sin embargo para tratamiento de dolor, existen muchas opciones que están al alcance de los pacientes. Podría sugerirse al departamento de compras y adquisiciones que regule con mayor eficiencia la compra de medicamentos, dando prioridad a los que tienen mayor demanda, evitando también el que se almacenen y caduquen los medicamentos que son baratos, pero que no tienen demanda.

7. El departamento de personal debe de tener más cuidado con la programación del personal, ya que deben verificar que ningún periodo vacacional o de asueto interfiera con la agenda de pacientes, ya que esto provoca que los pacientes se queden sin ser atendidos por falta de personal. Si eso llegase a ocurrir, deben de prever el avisar a todos los pacientes al menos tres días antes de su consulta o tratamiento, para que no asistan y pierdan tiempo sin ser atendidos, así mismo volver a asignar su cita a la brevedad posible con el próximo especialista que este disponible después de estos períodos.

8. En cuanto al material requerido, no se puede exigir a los especialistas que cumplan con la norma de calidad si no cuentan con el material mínimo indispensable para realizar su trabajo. El departamento de compra y adquisiciones de nuevo tiene la ardua labor de sacar el mayor provecho de los recursos con los que cuenta para que ningún servicio se quede sin material de curación o quirúrgico.

9. El tiempo de las consultas ya está predefinido para que los especialistas puedan atender a todos los pacientes que acuden en el día, lo ideal sería promover un espacio especial para este tipo de pacientes, un modulo de información sobre todo lo relacionado con su padecimiento, así como una guía de cuidados y dudas generales, haciendo así más ágil la consulta, ya que el paciente solo se preocuparía

por los datos referentes a su cirugía y a datos muy específicos, y el resto podría consultarlo en el módulo de información.

10. Se recomienda evaluar periódicamente los servicios que brinda el hospital para asegurarse de que sigan con los estándares de calidad previstos por el HRAEBI.

11. El departamento de personal deberá ser más estricto con el control de personal y cuidar los roles de vacaciones, las faltas de personal y los tiempos de consulta que quedan sin cubrir, cuidando también la satisfacción del personal.

12. Se recomienda al departamento de compras y adquisiciones la elaboración de un plan presupuestario que pueda prever la demanda de insumos y medicamentos, un plan flexible que permita cumplir con la garantía de abasto.

7.2 Conclusiones

Sin los recursos mínimos indispensables para poder satisfacer la demanda del servicio, como son insumos, tecnología, espacios adecuados y recursos humanos, no se puede asegurar que el servicio se está dando con calidad, lo cual se ve reflejado en la insatisfacción de las pacientes.

Se está dejando de lado la importancia que tiene para el paciente el recibir un trato amable y un servicio que satisfaga sus necesidades intrínsecas y extrínsecas de manera oportuna y concisa, los aspectos tales como la amabilidad y la disponibilidad de tiempo del médico durante la consulta, las características físicas del sitio en que es atendido y el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y que efectivamente lo recibe, la disponibilidad de materiales, equipos y medicamentos, son características que el paciente puede evaluar fácilmente, y que por lo tanto, determinan su valoración de la calidad.

El conjunto de lo anterior puede llegar en la mejor de las medidas a la satisfacción total del paciente, logrando un servicio integral y un tratamiento adecuado, donde el usuario reciba el servicio en una sola institución en el tiempo y forma que sean adecuados a su padecimiento.

La atención del personal médico cumple una función fundamental para que el paciente reciba de manera efectiva su tratamiento, sin embargo esto no es posible si el HRAEBI no cuenta con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros suficientes para ello. La calidad en salud no depende de una sola característica, sino de varios aspectos, los cuales son valorados de diferente manera.

Generalmente, los pacientes, por falta de información, desconocen lo que pueden obtener de un servicio de salud y sus expectativas son muy bajas o muy altas, comparadas con lo que los recursos reales disponibles del servicio le pueden ofrecer, sin embargo la mayor necesidad de los pacientes es lograr el mayor periodo libre de enfermedad.

La calidad en el servicio de un hospital, depende en gran medida del factor humano, ya que el grado de compromiso impactará en la calidad otorgada, por ello es importante realizar una evaluación integral, ya que al final el usuario dará su juicio sobre el servicio con la información que tiene, a pesar de que eso no sea la totalidad de los factores.

Referencias

Donabedian, A. (1988). The definition of quality and approaches to its assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* , 4, 487-496.

Frenk, J. (2000). In memoriam: Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. 1919-2000. *Salud Pública de México* , 42 (6), 556-557.

Hernández, L. A. (2014 йил 19-04). 3. PRINCIPALES EXPONENTES DE LA CALIDAD TOTAL. México, México, México.

Hernández, L. A. (Noviembre de 2014). *Material educativo de la materia de Seminario: Desarrollo y evaluación de la Calidad*. Recuperado el 05 de Enero de 2015, de <http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/contenido.html>

Hernández, L. A. (Noviembre de 2014). *Material educativo de la materia de Seminario: Desarrollo y evaluación de la Calidad*. Obtenido de <http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/contenido.html>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (n.d.). *ISSSTE*. Retrieved 2015 йил 23-02 from ISSSTE: <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/historia>

Bibliografía

Cabo Salvador, J. (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. España: Centro de Estudios Financieros.

Ley de Salud Pública. *Ley de Salud Pública*. La Habana, Cuba: Asamblea Nacional del Poder Popular.

Consejo Nacional de Población. (s.f.). *Consejo Nacional de Población*. Obtenido de Indicadores demográficos básicos 1990-2030.: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193

Abad García, M. F. (2005). Evaluación de la Calidad de los Sistemas de Información. En M. F. Abad García, *Evaluación de la Calidad de los Sistemas de Información*. (pág. 80). Madrid.

Arenal, C. d. (1990). *Intriducción a las Relaciones Internacionales*. Madrid: Ed. Tecnos.

Domínguez-Alonso, E. (2011). Sistema de Salud de Cuba. *Salud Pública de México* , 53.

Donabedian, A. (1988). The definition of quality and approaches to its assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* , 4, 487-496.

Frenk, J. (2000). In memoriam: Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. 1919-2000. *Salud Pública de México* , 42 (6), 556-557.

Hernández, L. A. (2014 йил 19-04). 3. PRINCIPALES EXPONENTES DE LA CALIDAD TOTAL. México, México, México.

Hernández, L. A. (Noviembre de 2014). *Material educativo de la materia de Seminario: Desarrollo y evaluación de la Calidad*. Recuperado el 05 de Enero de 2015, de <http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/contenido.html>

Hernández, L. A. (Noviembre de 2014). *Material educativo de la materia de Seminario: Desarrollo y evaluación de la Calidad*. Obtenido de <http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/contenido.html>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (n.d.). *ISSSTE*. Retrieved 2015 йил 23-02 from ISSSTE: <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/historia>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (n.d.). *ISSSTE HRAEBI*. Retrieved 2015 йил 23-02 from ISSSTE HRAEBI: 192.168.210.12/sitio_HRAEBI/

Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2010). *Anuario Estadístico 2009*. La Habana, Cuba: MINSAP.

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Escuela Nacional de Salud Pública*. Recuperado el 30 de Abril de 2015, de Programa Ramal “Investigación en Sistemas y Servicios de Salud”: http://www.sld.cu/.../revsalud/programa_ramal-investigacion_en_sistemas_y_servicios_de_sa%85.pdf

Ministerio de Salud Pública, A. d. (s.f.). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 30 de Abril de 2015, de Sistema de Vigilancia de la Opinión sobre los servicios de salud : <http://bvs.sld.cu/uats/articulos.htm>

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (Vol. 23). España: Real Academia Española.

Rojo Pérez, N. (2010). Investigaciones en sistemas y servicios de Salud en Cuba y su proyección hasta el 2015. *Revista Cubana de Salud Pública* , 209-214.

Secretaría de Salud. (2013). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 1 de Mayo de 2015, de Programa de Acción Específico: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/PAE_2013_2018_DGCES.pdf

ANEXO 1

A continuación, se presenta el boceto de la encuesta realizada.

Estimada paciente, su participación en la presente encuesta es muy importante y valiosa, se garantiza su anonimato y confidencialidad, se garantiza que no existirá ningún prejuicio por participar en este estudio.

Por favor indique su edad: _____

SEGÚN SU EXPERIENCIA, ELIJA 3 OPCIONES:

El tiempo de espera para la consulta de primera vez con el especialista fue mayor a dos semanas (Personal insuficiente)	
Realizó los análisis fuera del HRAEBI para agilizar el diagnóstico	
El tiempo de la consulta no fue suficiente para aclarar sus dudas	
El espacio físico (consultorio/quirófano) no cuenta con suficiente material (curación/quirúrgico)	
No recibió tratamiento antiálgico (Para el dolor) por falta de medicamentos	
El tratamiento completo requerido no está disponible en el HRAEBI	
Asistió a consulta subsecuente y no fue atendido por falta de personal	
OTRO (DESCRIBA):	